



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Vliv obuvi na deformitu nohy u žen – role sestry v
prevenci**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Natálie Mlejnková

Vedoucí práce: MUDr. David Musil, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Vliv obuvi na deformitu nohy u žen – role sestry v prevenci“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 13. 5. 2019

.....

podpis

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat vedoucímu práce MUDr. Davidu Musilovi, Ph.D. za jeho odborné vedení práce, za intenzivní spolupráci, za cenné rady, za ochotu zodpovědět všechny mé dotazy a za nekonečnou trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat všem, kteří se přímo i nepřímo podíleli na jakýchkoliv úpravách mé diplomové práce. Velkým přínosem pro mou práci byly všechny rady a konzultace.

Vliv obuvi na deformity nohy u žen – role sestry v prevenci

Abstrakt

Tématem předkládané diplomové práce je „Vliv obuvi na deformity nohy u žen – role sestry v prevenci“. Teoretická část se věnuje anatomii nohy, popisuje problematiku vlivu podpatků na nohu a představuje certifikaci Žirafa. Praktická část kvalitativním výzkumem poukazuje, jakou roli zastávají sestry v prevenci před deformitami nohy pro pacientky. Tato diplomová práce má dva vytyčené cíle. Zjistit jaký má obuv vliv na deformity nohy u žen a zjistit jakou roli zastává sestra v prevenci této problematiky. Výzkumné otázky zní: 1. Jaký je význam nošení obuvi na vysokém podpatku u žen a jak se toto promítne později na noze? 2. Jakou roli připisují sestry prevenci v této problematice? Sběr dat byl nashromážděn polostrukturovanými rozhovory se sestrami na ortopedickém oddělení a na ortopedických ambulancích. Výzkumný soubor tvoří 20 respondentů, výběr byl záměrný a tvořen technikou sněhové koule (snowball sampling). V únoru roku 2019 proběhl sběr dat, který byl následně ukončen v momentě teoretického nasycení. Rozhovor se týkal témat: nošení obuvi na vysokém podpatku, deformity nohou způsobené obuví na vysokém podpatku, prevence a edukace vedené sestrou. Ve výsledcích se nachází, že pouze zlomek sester dodržuje roli sestry edukátorky, která dopomáhá pacientkám předcházet deformitám nohou. Zbytek sester prevenci a edukaci nechává na lékařích. Tato diplomová práce předkládá jako výstup práce plakát, který může být informačním materiálem pro sestry z řad ortopedických ambulancích a lůžek. Výstupem diplomové práce je edukační plakát, který bude odrazem celé sesterské problematiky v prevenci (role sestry, deformity nohou způsobené obuví na vysokém podpatku apod.

Klíčová slova:

obuv; obuv na vysokém podpatku; ortopedické stélky; deformity nohy; sestra; prevence; tejpování; hallux valgus; hallux rigidus; hallux varus

Influence of footwear on foot deformities in women - the role of nurse in prevention

Abstract

The topic of this diploma thesis is "Influence of footwear on foot deformities in women - the role of nurses in prevention". The theoretical part is devoted to the foot anatomy, it describes the issue of heels on the foot and represents the Giraffe certification. The practical part of the qualitative research shows the role of nurses in preventing foot deformities for patients. This thesis has two goals. To find out what footwear affects the deformities of the legs in women and to find out what role the nurse plays in preventing this issue. The research questions are 1. What is the importance of wearing high-heeled shoes for women and how will this be reflected later? 2. What role do nurses attribute to the prevention in this issue? Data collection was collected by semi-structured interviews with nurses in the orthopaedic ward and orthopaedic clinics. The research sample consists of 20 respondents, the choice was deliberate and formed by snowball sampling. In February 2019, data was collected, which was subsequently terminated at the moment of theoretical saturation. The interview covered themes: wearing high-heeled shoes, leg deformities caused by high-heeled shoes, nurse-led prevention and education. The results show that only a fraction of nurses adhere to the role of a nurse who helps patients prevent leg deformities. The rest of the nurses leave prevention and education to doctors. This diploma thesis presents as a work output a poster, which can be an information material for nurses from the orthopaedic clinics and beds. The output of the thesis is an educational poster that will reflect the entire nursing issue in prevention (the role of a nurse, the deformity of the feet caused by high-heeled shoes, etc.).

Keywords:

footwear; high-heeled shoes; orthopaedic insoles; leg deformities; a nurse; prevention; tape; hallux valgus; hallux rigidus; hallux varus

Obsah

ÚVOD	8
1 SOUČASNÝ STAV	10
1.1 Dolní končetina – noha	11
1.1.1 Anatomie nohy	11
1.1.2 Funkce nohy	13
1.1.3 Vyšetření nohy	14
1.1.4 Deformity nohy	16
1.1.5 Příčiny a příznaky deformit	17
1.1.6 Operační léčba nejčastějších deformit (Hallux valgus, Hallux varus, Hallux rigidus a Digitus maleus)	18
1.2 Chůze	19
1.2.1 Chůze a její mechanismus	20
1.2.2 Vyšetření chůze	21
1.2.3 Vliv podpatků na nohy	21
1.2.4 Vliv podpatků na posturální stabilitu u žen	23
1.3 Sestra	25
1.3.1 Role sestry v problematice ortopedické obuvi	26
1.3.2 Prevence vedená sestrou	28
1.3.3 Edukace a tejpování hallux valgus	29
1.3.4 Vliv ortopedických vložek a jejich funkce	32
1.4 Historie ortopedie v obuvi	34
1.4.1 Obuvnictví v České republice a výroba	35
1.4.2 ČOKA	37
1.4.3 Certifikace Žirafa	38
1.4.4 Zdravá obuv	39
2 Cíle práce a výzkumné otázky	43
2.1 Cíle práce	43
2.2 Výzkumné otázky	43
2.3 Operacionalizace	43
2.3.1 Operacionalizace pojmů	43
3 METODIKA	45
3.1 Metodika výzkumu	45

3.2	Charakteristika výzkumného souboru	46
4	VÝSLEDKY	48
4.1	Výsledky kvalitativního šetření	48
5	DISKUZE	92
6	ZÁVĚR.....	106
7	SEZNAM LITERATURY	108
8	SEZNAM PŘÍLOH A OBRÁZKŮ	117
9	SEZNAM ZKRATEK.....	124

ÚVOD

V naší diplomové práci s názvem „Vliv obuvi na deformity nohy u žen – role sestry v prevenci“ za zaměřujeme především na sestry a jejich roli v edukaci pacientek s deformitami nohy. Toto téma bylo námi vybráno z toho důvodu, že nás zaujalo svým nadčasovým a v dnešní době zajímavým propojením módy a zdravotních aspektů obuvi. Nohy jsou na vysoké obuvi mnohem krásnější a to proto, že jsou opticky delší, zeštíhlené a celé postavě tak dodávají na sex-appealu. Podpatky jsou stále ženami vyhledávané, podtrhují jejich image, pro mnohé obuv na vysokých podpatcích znamená neodmyslitelný pracovní dress code a pro jiné jen příležitostní záležitost. V obou dvou případech se stále jedná o možné riziko vzniku statických deformit nohy, které přináší ženám velké úskalí a problémy. Deformitám lze předcházet, dokonce jdou i vyléčit, ale pouze za předpokladu, že se příčina řeší léčbou včas. Bohužel často dochází k tomu, že ženy svým nezodpovědným chováním nechají bolesti nohou dojít tak daleko, že nevyhnutelným řešením je operace a s tím je spojeno i nedoporučení či zákaz nošení obuvi na vysokém podpatku po zbytek života stran recidiv. Nejčastější deformity nohou způsobené nošením obuvi na vysokém podpatku jsou vbočený palec, ztuhlý palec, hullux varus, kuří oka a bolesti zvlášť. Pro tyto deformity a pro bolest je velmi těžké vykonávat nějaký pohyb, ať už v práci či při sportování. Potíže se mohou objevit i při běžných denních činnostech, a proto je třeba zasáhnout zavčas. Dle našeho názoru, si mnoho žen ani neuvědomuje, že svoje nohy vystavují ohrožení, že je jednou budou bolet nohy. Najednou se z oblíbené boty stává past, která již dávno není radostí, ale pouze přítěží. Nevhodně nošená obuv se podepisuje nejen na nohou, ale i na malých a velkých kloubech a na páteři. V botách strávíme přibližně dvě třetiny z celého dne, a proto by sestrám nemělo být lhostejné jaký je vliv obuvi na deformity nohy. Nohy nesou celé tělo a jsou vstupní bránou pro jednu z prvních informací o terénu či o podložce. Cílem naší diplomové práce je zjistit jaký má obuv vliv na deformity nohy u žen a jakou roli zastává sestra v prevenci této problematiky. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část popisuje stručně základní poznatky z anatomie nohy, lehce nastiňuje diagnostiku deformity nohy, popisuje chůzi a její mechanismus, seznamuje s deformitami nohy a vlivu obuvi na nohy a zakončuje informací o České obuvnické kožedělné asociaci a certifikací Žirafa. V praktické části se zajímáme o výpovědi z rozhovorů sester respondentek na ortopedickém oddělení. Byl tedy použit kvalitativní výzkum formou polostrukturovaných rozhovorů, které byly doslovně přepsány a zakódovány do

diagramů. Každý diagram má svůj popis. V rozhovoru se dozvídáme, jaké nejčastější deformity sestry ošetřují, se kterými subjektivními výpověďmi se setkávají u pacientek, zda edukují a jak či zda se podílí na prevenci u pacientek a jak. V neposlední řadě se dostáváme k samotnému jádru věci, a to jaký typ obuvi by podle nich měly pacientky nosit po залечení. Tato práce vzhledem ke specifikovanému objektu v názvu tématu může posloužit především pro sestry z ortopedických oddělení a ortopedických ambulancí. Nadále může být například odrazovým můstkem pro ženy z řad veřejnosti, které s oblibou nosí obuv na vysokém podpatku a čeká je ortopedické vyšetření či operace deformit. Výsledky z této studie mohou být použity pro ortopedické sestry na odborných seminářích, pro výuku či může sloužit jako příspěvek na workshopech, konferencích zabývajících se touto problematikou. Jedná se o ucelený informační systém, ze kterého je výstupem práce edukační plakát, který bude odrazem celé sesterské problematiky v prevenci (role sestry, deformity nohou způsobené obuví na vysokém podpatku apod.).

1 SOUČASNÝ STAV

„Dobrá žena s dobrým párem bot nemůže být nikdy ošklivá“. (Coco Chanel)

V dnešní době je hodně diskutovaným tématem módní obuv na vysokém podpatku a získané deformity nohou, které úzce souvisí se zmíněnými botami. Statické deformity přednoží významně souvisí s nošením a volbou vhodné obuvi (Rapi, 2016). Začněme globálně u národů, řada deformit se ani neprojeví, protože je někde obvyklé chození naboso. Obecně u žen se klade důraz na estetickou složku a moderní trendy. Nošení kvalitní obuvi má nemalý význam v dětském věku (Dylevský, 2009b). Mnohé ženy si pro bolesti nohou stěžují a pak přichází k lékaři s proběhlou deformitou. Dylevský (2009b) tvrdí, že zdeformovaná noha je zatížena a potřebuje nutnou nápravu v podobě odlehčení. Nekvalitní obuv a zejména pak obuv na vysokém podpatku přispívají k těmto problémům (Gross, 2005). V druhé řadě je rovněž důležitá informace, po jak dlouhou dobu se ženy v botách na vysokém podpatku pohybují. Obuvní průmysl nabízí nespočet výrobních značek bot, kterými si výrobci navzájem mezi sebou navzájem konkurují (Kolář et al., 2009). Konkurence spočívá zejména v tom, zda boty splňují správnou výšku podpatku, tloušťku podpatku, tuhosti opatku, mají náležitou atestaci či zda mají ochrannou známku (www.coka.cz). Rapi (2016) tvrdí, že prevence deformit je velice důležitá a za včasného řešení se dá jim předejít. Pokud si ženy budou nadále volit boty na vysokém podpatku, musí brát i v úvahu, zda o své nohy dobře pečují. Dobře v tomto smyslu má význam takový, aby pravidelně navštěvovaly podiatra, zejména ženy diabetičky, dodržovaly správnou hygienu nohou a aby dbaly na údržbu nohou pedikúrou (Gross, 2005). V této práci nahlédneme do historie výroby bot, seznámíme se s prací slavného Tomáše Bati, lehce nastíníme i výrobu bot, budeme se věnovat deformitám nohy a v neposlední řadě si díky zde uváděným citátům slavných osobností uvědomíme, jak se boty prolínají v ortopedii a v módě (www.pribehbot.cz).

1.1 Dolní končetina – noha

„Dejte dívce ty správné boty a ona si dokáže podmanit celý svět!“ (Marilyn Monroe)

1.1.1 Anatomie nohy

„Provozování lékařství je boj a také fraška, hraná třemi osobami: pacientem, lékařem a nemocí“.
(Hippokrates)

Schilling (2007) uvádí, že noha člověka disponuje pružnou klenbou, která se velmi podobá páteři. Z pohledu anatomie lze usuzovat, že nohou jako takovou se chápe část dolní končetiny, tedy distálním směrem k hleznu. Z funkčního hlediska se noha rozděluje na laterální a mediální části (Schilling, 2007). Casan (2005) rozděluje kostru nohy, která se skládá z dvaceti šesti kostí. Existují dvě linie, podle kterých lze kostru nohy rozdělit na tři části. Tyto dvě linie jsou podle Chopartova a Lisfrankova kloubu a jedná se o části zánoží, středonoží a předonoží (Kolář, 2009). Zadní tarzus je nazýván jako zánoží a do tohoto segmentu nohy spadá: kost hlezenní (talus – zde dochází k rozložení váhy těla a zajištěno spojení mezi nohou a bérce), patní kost nazývána jako calcaneus (největší část kosti z celé nohy a má za úkol oporu talu). Druhým segmentem je středonoží = střední tarzus, a to zahrnuje pět tarzálních malých kostí (os cuboideum naviculare, ossa cuneiformia mediale, intermedium, laterale) (Rokyta a Šťastný, 2002). Petrovický (2001) píše, že třetím a posledním segmentem je předonoží (metatarzus) s prsty. Zde je pět kostí zanártních (ossa metatarsi), nártní kosti a phalanges (články prstů). Noha má čtrnáct kostí prstů nohy (Naňka et al., 2009; Kolář, 2009). Čihák (2016) popisuje svaly na noze, které mají hlavně funkci stabilizace. Rovněž mají za cíl udržovat rovnováhu postoje, aby byla zachována jistota při chůzi a vestoje. Véle (2006) tvrdí, že se svaly na dolní končetině dají rozdělit na dlouhé svaly lýtka, bérce a krátké svaly nohy. Dlouhé svaly dolní končetiny, které začínají na kondylech femuru, tibie a fibuly, mají svou účast na odvíjení nohy při chůzi v poslední terminální fázi, dále udržují stabilní polohu stoje a klenbu vestoje (Dungl, 2005). Véle (2006) píše, že část dorzální je tvořena plantiflektory, z přední a laterální strany jsou nazývány jako dorziflektory. Krátké svaly nohy připravují nohu na terén, je zde vnímání nerovností (proprioceptivní vnímání). Při vzpřímeném držení těla nastavují profil nohy k podložce. Tvoří podélné a příčné klenby nohy (Dungl, 2005). Pro naši práci se budeme dále věnovat svalům nohy a lehce nastíníme jejich funkci. Čihák (2016) píše, že svaly nohy můžeme rozdělit na dorzální a plantární s tím, že plantární se ještě dále rozděluje na palcovou, malíkovou, prostřední a mezikostní úroveň.

Dorzální svaly jsou inervovány n. peroneus profundus (Čihák, 2016). Dylevský (2009a) uvádí, že motorická inervace plantárních svalů je zprostředkována n. plantaris medialis a n. plantaris lateralis. N. plantaris lateralis inervuje mimo jiné i krátké flexory prstů, palec u nohy abduktor palce a poté i ostatní svaly. Musculus extensor hallucis brevis prochází od patní kosti a vede dále do dorzální aponeurózy palce nohy (Čihák, 2016). Spolu s tímto svalem přiléhá musculus extensor brevis, který prochází dorzální aponeurózou zbylých čtyř prstů a také provádí extenzi prstů nohy. Na straně palcové jsou tři svaly. Musculus abduktor hallucis, jenž prochází vnitřním výběžkem hrbolu patního a vede proximálním článkem palce na vnitřní sezamskou kost (Čihák 2016). Druhý sval musculus flexor hallucis brevis začínající zespoda od klínových kostí. Prochází oběma sezamskými kostmi a vede prvním článkem palce. Má za úkol palec ohýbat plantárním směrem. Jeho složení je ze dvou hlav, šikmé a příčné. Šikmá hlava vede od distálního bloku zánártních kostí ze strany plantární (Dylevský, 2009b; Čihák, 2016). Skupina svalů na malíkové straně se rovněž skládá ze tří svalů. Musculus abduktor digiti minimi, který prochází patním hrbolem, vede pátým metatarsem a pokračuje v upínání k prvnímu článku malíku u nohy (Dungl, 2005; Čihák, 2016). Dungl (2005) píše, že má za cíl vykonávat abdukci a plantární flexi v kloubu. Plantární flexi má za úkol zajišťovat i musculus flexor digiti minimi brevis. Ten vede zespodu krychlové kosti a pátým metatarsem přes první článek malíku. Musculus opponens digiti quinti je posledním svalem na malíkové straně, který vede stejně jako musculus flexor digiti minimi brevis, avšak prochází pátým metatarsem a provádí addukci spolu s plantárním tahem (Čihák, 2016). Třetím a posledním svalem je musculus flexor digitorum brevis, prochází vnitřním výběžkem hrbolu patního přes plantární aponeurózu (Dylevský, 2009b). Vede na plantární plochu prostředním článkem druhého a čtvrtého prstu u nohy. Má za úkol plantárním směrem ohýbat první dva články čtyřech prstů. Šlachy tohoto svalu se v úponu dále rozdělují na další dvě části. Mezi těmito dvěma částmi vedou šlachy, musculus flexor digitorum longus. Dungl (2014) píše, že od šlach z vnitřní strany začínají svaly musculi lumbricales. Jde o čtyři drobné svaly vedoucí do dorzální aponeurózy druhého až pátého prstu. Mají za úkol krčit MTP klouby, na rozdíl od IP kloubů, které mají funkci natahování (Čihák, 2016). Musculus quadratus plantae je posledním svalem, který neprochází šlachou musculus flexor digitorum longus, ale pouze se něj upíná. Vede od patního hrbolu a svým stahem vykonává flexi prstů u nohy. Dále zajišťuje pomoc při tahu ohýbače prstů. Mezikostní svaly jsou čtyři. Musculi interossei dorsales, které začínají v sousedních stranách metatarsů (Hudák et al, 2015). Prochází přes první články

do dorzální aponeurózy druhého až čtvrtého prstu u nohy. Hudák et al. (2015) tvrdí, že další tři svaly musculi interossei plantares, začínající od třech posledních metatarsů vedoucí přes první články a končí v dorzální aponeuróze prstů. Tyto tři svaly se upínají na mediální straně tří posledních prstů. Rovněž flektují plantárně první článek a další dva články prstů flektují dorzálním směrem (Hudák et al., 2015; Čihák, 2015).

1.1.2 Funkce nohy

„Anatomie je něco, co má každý, ale na hezké mladé dívce vypadá nejlíp“. (Anonym)

Noha je považována za pevnou, pružnou a variabilní součást spojení s podložkou, po které se noha pohybuje po terénu. Noha se o terén opírá, stabilně stojí na místě vestoje, a je tedy jejím úkolem držet celou postavu stabilně a stejně tak i bidepedální lokomoci. Noha se dokáže přizpůsobit lokomoci vestoje a zde je hlavní dominantou musculus triceps surae. I když noha bez problému kopíruje a přizpůsobuje se terénu, její funkce je spíše podpůrná než úchopová (Véle, 2006). Noha zajišťuje hlavní roli v celé posturální stabilizaci a lokomoci (Lewit a Lepšíková, 2008). Véle (2006) uvádí, že mezi další vlastnosti nohy patří její schopnost se přizpůsobit jakýmkoliv nerovnostem na terénu, ovšem to je kvůli obuvi narušené. Stěžejní pro obuv je, aby chránila patu, zastává tedy funkce jakési dlahy. Celá dolní končetina může být rovněž chápána jako flexibilní opora oddělující horní polovinu těla od země (Véle, 2006). Hermachová (1998) tvrdí, že aby noha byla neustále ve správném postavení a zajišťovala správnou funkčnost pro celé tělo, je nutné, aby kostní a v neposlední řadě vazivový aparát byl v dostatečné pevnosti. To zajistí správnou pohyblivost a samozřejmě i koordinaci. Funkčně je noha rozdělena na horní zánártní kloub, jenž má větší pohyblivost, a dolní zánártní kloub. Horní zánártní kloub vykonává dorzální a plantární flexi. Dolní zánártní kloub vykonává inverzi a everzi (Dylevský, 2009b). Larsen (2005) tvrdí, že nárt je část nohy, která plní funkci pružnosti nohy a tlumí tedy nárazy při chůzi. Navíc, tvoří pět kostí nártních a prsty. Nárt má za úkol držet stabilitu celé nohy, palec je rovněž důležitý při zvedání nohy od podložky při běhu, chůzi apod. (Dylevský, 2009b). Dungal (2005) přichází s informací, že na palci lze najít dva články, zbytek prstů má články tři. Čihák (2016) upozorňuje na to, že správný anatomický tvar nohy se také odvíjí podle toho, v jakém postavení je patní kost vzhledem k celé dolní končetině. Osa dolní končetiny k patě by měla vést vertikálně, tedy kolmo na podložku. Patní kost je často patofyziologicky v jiném postavení. Patní kost je buď vbočená, tedy valgózní (nohy do X), anebo vybočená, tedy varózní (nohy do O) (Clark, 2005). Každý kloub na noze má jiný úkol, horní hlezenní kloub provádí pohyby dopředu

tím, že se ohýbá a zase narovná s nepatrným rotováním. Dolní hlezenní kloub vyrovnává nerovnosti rotačními pohyby a překlápěním. Kostí nártní mají za úkol vykonávat spirálně šroubovitě pohyby při přední a zadní část nohy. Klouby prstů potom tlumí nárazy, odraz a odvíjení nohy (Larsen, 2005). Véle (1997) píše, že funkcí nohy je opora, percepce, termoregulace a odraz. Oporou noha zajišťuje lokomoci na terénu a má za úkol zabezpečit pevný a stabilní postoj celého těla a následně i chůzi (Véle, 2006). Aby byla zátěž rovnoměrně rozložená na dolních končetinách, musí tvořit stabilní základnu. Gross (2005) přichází s informací, že i to, jak pata dosedá na podložku, snižuje celkovou náročnost nohy při pohybu, a navíc tlumí nárazy při energetické náročnosti. Druhou funkcí je percepce, noha patří k nejnímavějším částem těla. Véle (2006) tvrdí, že umí velmi aktivní reakce na terén, na jeho nerovnosti i povrch. Noha vysílá proprioceptivní signály, což jsou signály, které nás informují o poloze těla. Proprioceptivní signál se dá rovněž chápat i jako smysl o schopnosti koordinovat tělo v prostoru (Gross, 2005). Třetí funkcí nohy je odraz, při kterém dochází k přenosu síly na svalstvo nohy. Noha zde při této funkci reaguje na již zmíněné nerovnosti terénu. Mimo jiné dokáže i tzv. uchopovat nerovnosti, které terén přináší. Pro nazutou obuv je to dost často znemožňováno (Gross, 2005 a Véle, 2006). Poslední funkcí je termoregulace, jež má pro nohu velice důležitý úkol. Je nutné, aby noha měla v pořádku funkční cévní zásobení a aby byla dobře inervována (Véle, 2006). Gross (2005) uvádí několik částí nohy z funkčního hlediska jako je hlezno, které vykonává pohyb vpřed, zánoží má za úkol pevnou stabilitu, středonoží má funkci spirální pohyblivosti, předonoží vykonává odvíjení a odraz a jako poslední chodilo, které tlumí nárazy (Gross, 2005).

1.1.3 Vyšetření nohy

„Nestačí mít pravdu. Musíte mít velké číslo bot“. (Valeriu Butulescu)

Dvořák (2007) píše, že v prvotním diagnostikování hraje významnou anamnéza pacientky. V anamnéze nás zajímá bolest nohy vestoje a v chůzi. Dále nás v anamnéze zajímá dědičné onemocnění nohou, geneticky podmíněné onemocnění z řad nejbližších rodinných příbuzných, včetně sourozenců. Zajímáme se výskyt haluxů, drápotivých a kladívkovitých prstů (Dvořák, 2007). Rovněž je důležitá i pracovní anamnéza, kde nás bude zajímat, jaké povolání vykonává pacientka, zda stojí, či sedí. Jakou obuv má po čas své směny v práci. Pohledem, tedy aspekci, dokážeme vysledovat, v jakém je postavení pata s chodidle, jak jsou na tom síly v rozložení celého chodidla, prstní postavení položení nohy na podložce (Dvořák, 2007). Kolář et al. (2009) uvádějí, že si dále

všimáme, zda noha není plochá. To zjistíme tak, že vsuneme mediálně ukazováček pod klenbu na střed a projíždíme po této straně do té doby, dokud nenarazíme. Lewit (2003) uvádí, že tato patofyziologie je dána jakýmsi sešikmením pánve, poznáme to tak, že pacientka zaujme postoj na zevní straně chodidel, a tím dojde k vyrovnání na pánvi. Další nejčastější patologie je příčně plochá noha, která má svoji etiologii útlumem flexorů prstů. Slabost svalů na noze je důsledkem špatně zvolené obuvi (Kolář et al., 2009). Vyšetření provádíme s pacientkami stojícími čelem k lékaři a po výzvě přenáší hmotnost na špičky nohou pod podmínkou, že se na ně nesmí postavit. Paty jsou položeny na podložce (Lewit, 2003). Po vyzvání pacientky k chůzi si můžeme všimnout, jak dlouhý je krok, zda je zatěžována více jedna noha a o jaký typ náslapu jde. Náslapem se myslí, zda je při chůzi vytáčena noha rotací dovnitř, či ven (Kolář et al., 2009). Mezi další vyšetřovací metodu, která vede ke správné diagnostice, patří palpace neboli pohmat. Lewit (2003) tvrdí, že pohmatem zjišťujeme, v jakém stavu je klenba nožní a v neposlední řadě i stav kůže, její potivost a jaká je teplota nohy. Vyšetřujeme svaly na noze a šlachy, při palpaci si všimáme bolesti. Dále vyšetřujeme sensorické funkce nohy, což je v přeneseném smyslu pohybcit, grafestezie a dráždivost (Gross, 2005). Dráždivost se vyšetřuje přejetím po plosce nohy předmětem, reakce by měla být ucuknutí. V případě, že je odpověď nulová, jedná se o tzv. mrtvou nohu. Kolář et al. (2009) tvrdí, že mrtvá noha přináší více úrazů a horší balanc. Polohocit vyšetřujeme tak, že vyzveme pacientku, aby zavřela oči, a lékař malým pohybem v kloubech pacientky vykoná pohyb. Pacientka potom pohyb verbalizací analyzuje (Kolář, 2009). Vélovým testem vyšetřujeme flexory prstů a jejich funkce. Principem testu je stát čelem k lékaři a střídavě přenášet váhu na špičky bez zvedání pat. Nevhodná obuv má za následek ochablost flexorů (Lewit, 2003). Do další diagnostiky zařazujeme i neurologické vyšetření, EMG, RTG snímek či CT (Muller, 1995). Z přístrojů potom vybíráme ty, které nám odhalí celý problém nohy. Jedná se pak o posturograf popisující síly, které působí při pohybování tělem. Posturograf je deska s tenzometrickou plošinou, která kinetickou analýzou vyhodnocuje rozložení sil kolmo (Kolář et al. 2009 a Kolářová et al. 2014). Síla zde zmiňovaná je síla tíhy hmotnosti pacientčina těla na tenzometrickou desku. Dalším přístrojem, který je nezbytný pro stanovení správné diagnostiky, je podoskop (Lewit, 2003). Bílková (2017) tvrdí, že je používán pro vyšetřování ortopedických vad nohou. Podoskop je podsvícený tak, že je lékař schopen správně vyhodnotit jakékoliv zatížení chodidla a může si vybrat libovolnou jeho část (Bílková, 2017). Pacientka stojí na podoskopu, což je podsvícená deska polarizovaným světlem se zrcadlem. Zrcadlo potom

odhaluje vady v kloubech a ukazuje odraz nohy zespodu, tedy chodila (Bílková, 2017) (Příloha 1). Krobot a Kolářová (2011) přichází s informací, že poslední přístrojovou metodou spolupracující na vytváření diagnostiky je EMG. Jedná se o technologii, která podává informaci o obraze v neutrálních mechanismech pohybu pomocí snímání bioelektrických signálů (Kolářová et al. 2014).

1.1.4 Deformity nohy

„Nejlepší způsob, jak zapomenout na všechny strasti, je vzít si malé boty.“

(Halina Pawlowská)

Dungl (2005) píše, že vzhledem k našemu tématu o získaných deformitách nohy prostřednictvím obuvi se budeme věnovat problematice statických deformit. Statické deformity nohy mají nejhustší promořenost vzhledem k dospělé populaci žen. Etiologie tkví ve snížené odolnosti nohy snášet zátěž (Dungl, 2005). Tyto deformity potom dokáží nejvíce potrápít a znepříjemnit život mnohým ženám (Dungl, 2005). Larsen (2005) uvádí, že vbočená noha neboli hallux valgus je považována za největšího škůdce nohou. Když noha při běhu či jen při chůzi vykonává pohyb našlapování, je její osa nakloněna o více stupňů. Může se vyšplhat až na dvacet stupňů z akceptovatelných pěti, což představuje první problém. V souvislosti s tím se zde jedná o poranění a dlouhodobé zatížení svalů, kloubů a šlach (Larsen, 2005). Dungl (2005) dále přichází s informací, že tato deformita nohy má svůj původ problému ve valgózním postavení prvního metatarzu. První metatarz mediálně uhýbá a na obraze můžeme spatřit jeho vychýlení. Přidalová et al. (2006) poznamenává, že hallux valgus je u podélně ploché nohy vzniklou deformitou následkem špatné chůze. Další známou deformitou je hallux rigidus (ztuhlý palec). Vada, která se pojí s artritidou prvního metatarsofalangeálního kloubu a postupným nárůstem ztuhlosti. Subjektivně pacientky verbalizují bolest a je dost často omezená dorzální flexe v již zmiňovaném prvním metatarsofalangeálním kloubu (Dungl, 2005). Dungl (2005) nás seznamuje s další deformitou, což je metatarzalgie. Jedná se o součet bolestivých onemocnění předonoží, které probíhají Lisfrankovým kloubem distálním směrem. Hallux rigidus vzniká nejčastěji přetažením nohy na přední straně různými mechanismy. Kladívkový prst (digitus hammatu), jak popisuje Dungl (2005), je ohnutý prst v proximálním interfalangeálním kloubu prstu do devadesáti úhlu. Můžeme si zde povšimnout flexe až mírné hyperextenze. Vada je získanou i vrozenou deformitou doprovázenou kontraktury, a tím prst nelze narovnat (Dungl, 2005). Drápotivý prst má uložen první a druhý článek vodorovně, zatímco poslední článek je ohnutý do podložky.

Etiologie je ve zkráceném extenzoru a v krátkém flexoru prstu (Přídalová et al., 2006). Přídalová et al., (2006) tvrdí, že paličkový prst (digitus malleus), který je další známou deformitou nohy, je vytvořen zkrácením musculus flexor digitorum, jenž provádí flexi druhého prstního kloubu. Deformita s sebou přináší několik kuřích ok a bolestí (Dungl, 2005) (Příloha 2). Dungl (2005) nás seznamuje s poslední nejčastěji uváděnou deformitou nohy, a tou je vybočený malík (digitus V. varus). Etiologie je podobná jako u vbočeného palce, kdy dochází k neúplnému vykloubení báze s výstupem hlavičky pátého metatarzu (Dungl, 2005). Další příklady deformit nohou popíšeme níže (v kapitole 1.2.4 Vliv podpatků na posturální stabilitu u žen).

1.1.5 Příčiny a příznaky deformit

„Sundej si boty, Ari. Žij trochu“.

(Benjamin Alíre Sáenz)

Larsen (2005) uvádí, že mezi nejhlavnější příčiny patří vrozená deformace, patofyziologická odchylka a špatná zátěž. Naštěstí mají tyto deformity dobrou prognózu k léčbě. Do těchto deformit či odchylek od fyziologického postavení spadá obloukovitá noha (pes adductus) nebo hákovitá noha (pes calcaneus) (Přídalová et al., 2006). Pes varus či ploché nohy se vyskytují méně často, tudíž patří k náročnějším zákrokům. Patofyziologie například u plochých nohou a u vbočených nohou si lze všimnout již v kojeneckém věku nebo dětském věku. Tyto získané deformity se objevují v důsledku dlouhodobé špatné zátěže. Svoji skupinu tvoří deformity nohy, kde byl dříve následkem úraz či nesprávně provedená operace (Larsen, 2005). Sosna et al., (2001) tvrdí, že obecně etiologie deformit nohou lze chápat jako druhotně vzniklé vady nejčastěji u žen po třicátém roce života. Vysoký podpatek má špatný vliv na předonoží nohy tím, že jej zatěžuje. Bota svojí těsnou špičkou zamezuje krátkým svalům na noze plnit jejich funkci. Sosna et al., (2001) vysvětlují, že výsledkem je atrofie, která má mnohem horší průběh a prognózu zvláště u žen, které mají navíc nadváhu (Sosna et al., 2001). Sosna et al., (2001) uvádějí, že příznaky mohou být bolesti v místě metatarsů, dále pak neuralgické bolesti vyvolané útlakem n. plantaris medialis, při nášlapu vystřelují bolesti mezi třetí a čtvrtý prst (Mortonova neuralgie). Na noze potom ochabují svaly a vazy, a tím se příčná klenba snižuje. Noha je v přední části široká a hlavičky metatarsů se vyklání do stran plošky. Nastává atrofie a dochází k útlaku kůže. Celý problém je umocněn těžší prognózou u ploché nohy (Sosna et al., 2001).

1.1.6 Operační léčba nejčastějších deformit (*Hallux valgus*, *Hallux varus*, *Hallux rigidus* a *Digitus maleus*)

„Nedalo se poznat, zda její úbor byl zvolen pro operu či pro operaci“.

(Irvin.Shrewsbury.Cobb)

Operace přichází na řadu v momentě, kdy selhává konzervativní terapie či když je deformita ve stádiu, kdy konzervativní léčba nepřináší žádné řešení. Operací se výrazně eliminují potíže, které vycházejí z klinických problémů (Dungl, 2005). Dungl (2005) píše, že operace *Hallux valgus* spočívá v tom, že musí být zachován rozsah pohybu prvního MTP kloubu, musí být obnovena funkce chodidla a samozřejmě správně řešena deformita (Sosna et al., 2001). Sosna et al. (2001) píše, že lékař zkontroluje pacientčin zdravotní stav, odebere anamnézu, vyšetří a zkontroluje výsledky z vyšetření. Individuálním postupem potom rozhodne o volbě operace. Dungl (2005) tvrdí, že operačních řešení pro *Hallux valgus* je mnoho, zřejmě existuje asi sto padesát metod operace s cílem odstranit deformitu a znovu navrátit pacientce komfort při chůzi. Operace je nejčastěji indikována pro bolest, kterou pacientka verbalizuje u lékaře (Dungl, 2005). Dungl (2005) uvádí, že bolest přetrvává i v jiné obuvi než v botách na podpatku a přetrvává i při konzervativní terapii. Bolesti pacientka pociťuje pravidelně a kvůli nim jsou změněny funkce končetiny a tyto změny dále vedou k dalším deformitám (Sosna et al., 2001). Infekce či porucha vaskularizace, vysoký věk a neschopnost spolupracovat jsou hlavní kontraindikace k operaci. Lékař provede korekci valgozity palce a odstraní mediální prominenci hlavy prvního metatarzu (Sosna et al., 2001). Dungl (2005) píše, že se lékař dále orientuje rovněž dle objektivního nálezu, podle kterého koriguje přídatné deformity, kterými jsou nejčastěji kladívkovité prsty, odchýlení pátého metatarzu, tětíkový efekt *musculus extensor hallucis longus* či tlakové keratózy (Dungl, 2005). Sosna et al. (2001) tvrdí, že operace *Hallux valgus* tedy spadá pod jednu z operačních technik, která se nazývá osteotomie. Osteotomie je volbou operace pro mladší pacientky. Operace dle Kellera a Brandese je v dnešní době rezervována spíše pro starší pacientky a pacienty s revmatoidní artritidou (Sosna et al., 2001). Dochází k resekci jedné třetiny baze základního článku a snáší se exostóza na metatarzové hlavičce. Tato operace je naopak upřednostňována pro starší pacientky, kdy RTG prokáže artrózu MTP kloubu palce (Dungl, 2005). Dungl (2005) uvádí, že operační řešení u *Hallux varus* se odvíjí od příčiny, většinou se však jedná o korekci. Však nejčastější operace jsou Austin, Akin, L chevron (ReveL), SCARF, Lapidus, ale i tyto mají své modifikace a kombinace *Hallux rigidus* se

operuje resekcí jedné třetiny baze základního článku obdobně jako u Keller a Bradesovy operace (Sosna et al., 2001). Dochází ke korekci vbočeného palce. Existuje však operace dle Moberga, což je osteotomie posledního článku palce, potom dle Youngswick, kdy se protíná a zkracuje první nártní kost a artodéza, která má za cíl vyztužit základní článek palce (Dungl, 2005). Dungl (2005) píše, že poslední nejčastější deformita *Digitus maleus* se řeší též operativně, a to tak, že se resekuje hlavička základního článku.

1.2 Chůze

„Vykročte ve víře. Nemusíte vidět celé schodiště, jen udělejte první krok“.

(Martin Luther King)

Kolář (2009) tvrdí, že chůze je několik shluků pohybů lidského těla, jehož výsledkem je právě sám pohyb. Díky chůzi proudí lidská krev celým tělním oběhem a je mnohem lepší než cirkulace krve vestoje. Porušená nebo nějak nabouraná chůze je jen odrazem toho, že má pacientka neurologické onemocnění. Aby byla chůze započata, je zapotřebí stání na obou i na jedné noze. Kubát (1992) uvádí, že váha těla se potom v jeden okamžik přenáší na jednu nohu a druhá noha je právě v ten moment odlehčována a je vpředu. Kolář (2009) přichází s myšlenkou, že úkolem dolních končetin je držet váhu celého těla. Jednotkou chůze je krok a každá noha má krok rozdělen na dvě části. Část stojná neboli statická a část švihová neboli dynamická (Kubát, 1992). Pro každého z nás představuje chůze neodmyslitelný pohyb, tedy lokomoční stereotyp (Kolář, 2009). Aspekci lze chůzi vyšetřovat v dostatečné míře. Véle (2006) nás seznamuje s informací, že chůzi chápe jako translatorní pohyb těla s rytmem kyvadla. Začíná výchozí polohou, pokračuje přes postavení do polohy na straně jedné a končí v druhé krajní poloze. Pohyb dopředu předurčuje to, že se kyvadlovým způsobem již nevrací zpět, ale stále vykonává pohyb vpřed posouváním. Kolář (2009) zdůrazňuje, že pro správnou chůzi musí každý znát fáze kroků, a tím je celá kineziologie v jednotlivých segmentech pohybů těla odhalena. Vše na sebe plyně navazuje (Véle, 2006). Pokud obuv představuje pro nohu úzký prostor, který znemožňuje správnou chůzi, stane se, že palec ztrácí dostatek místa a dostává se pod druhý prst na noze (Kozma, 2016). Mediální strana kolenních kloubů se začíná napínat, gluteální svaly snižují aktivitu a břicho se povolí (Kozma, 2016). Slouka (2014) a Howel (2012) dodávají, že palec tvoří oporu pro kotník, který se nesmí zborcením dovnitř. Stabilitou dochází k právě již zmíněnému zborcení kotníků dovnitř, a tím se zvyšuje napětí po vnitřní straně kolen. Hýžďové svaly jsou deaktivovány a zvýší se napětí po vnitřní straně stehien. Bursitida nastává v okamžiku, kdy jsou palce vbočené (Howel,

2012). Symptomy bursitidy se projeví nejčastěji v mnoha případech na metatarzofalangeálním prvním kloubu palce na noze. Autor dále poznamenává, že toto onemocnění spolu s vbočeným palcem podléhá bohužel genetice a projeví se při chůzi v úzké obuvi útlakem. Obuv má neblahý vliv i ve sportu při běhu. Při běhu naboso je krok kratší, došlap je na přední část nohy a flektuje se koleno, což je správné pro chodidlo, které přiléhá k terénu naplocho pronací. Klenba nohy je maximálně natažená, prsty jsou vějířkovitě roztaženy a zajišťují stabilitu k podložce. Šlachy, vazy a svaly v této poloze jsou v té nejlepší poloze pro další krok. Krok v běhu je delší než krok v chůzi a je kolenní kloub je extenzí propnut. Došlap na patu zvyšuje zátěž na klouby (Howel, 2012; Slouka, 2014).

1.2.1 Chůze a její mechanismus

„Chůze je nejlepší lék“.

(Hippokratés)

Chůze je proces, při kterém kde se střídají kroky (Gross et al., 2005). Véle (2006) tvrdí, že noha se přizpůsobuje terénu a při současném krokování se pohyb celého těla vzájemně prolíná. Aby byla chůze správná a plnila svoji funkci, je zapotřebí, aby byly do pohybu zapojeny všechny svaly na dolní končetině v celém rozsahu pohybu (Hirsch, 2012). Chůze je opakující se činnost skládající se z opakovaných kroků, z čehož jeden cyklus má dvě fáze, stojná neboli opěrná a kročná neboli švihová. Gross et al., (2005) ve své knize popisují opěrnou fázi kroků, která má dělení na pět částí: „1. *Heel strike – počáteční dotyk paty s podložkou*. 2. *Foot flat – plný kontakt a zatížení celé nohy*. 3. *Mid Stance – střední stojná fáze*. 4. *Heel off – konečná fáze stoje, odlepení paty od podložky*. 5. *Toe off – odrazová fáze, odtržení prstů od podložky*“ (Gross et al., 2005, s. 556). Stojná fáze je v krokovém cyklu obsažena zhruba v šedesáti procentech a ve zbylých čtyřiceti švihová fáze, kterou rozdělují Gross et al., (2005) do třech částí: „1. *Initial swing (acceleration) – počáteční fáze švihu, zrychlení*. 2. *Mid swing – střední švihová fáze*. 3. *Terminal swing (deceleration) – konečná fáze švihu, brždění*“ (Gross et al., 2005, s. 556). Larsen (2005) tvrdí, že každá chůze začíná vzpřímením paty, polštářky na nohou mají tlumící účinky, klínovité kosti pro nohu představují pevnou stabilitu při zátěži. Při odvíjení plosky pracují svaly jako pásek z gumy, natahují se přibližně stokrát více než při stání. Energie se po odrazu uvolní a je subjektivně vnímána jako impulz k dalšímu odrazu. Odvíjení se děje přes palce (Larsen, 2005). Gross et al., (2005) shrnuje chůzi a její mechanismy jako náročnou lokomoci, od které se odráží kvalita života. Podle zdravotního stavu lze posuzovat, jaká je chůze. Mimo jiné rovněž záleží také na tom, jaký je povrch terénu

a obutí, psychika žen a proporce těla (Kolář et al., 2009). Lippert (2006) uvádí, že během chůze hodnotíme vzdálenost mezi chodidly. Vzdálenost je zdá chápána jako linie procházející středem mezi chodidly. Tomuto jevu říkáme kroková báze. Frekvence chůze je označována počtem kroků za minutu, pomalejší chůze jich má cca sedmdesát za minutu a rychlejší čítá až na cca sto třicet kroků za minutu.

1.2.2 Vyšetření chůze

„Můžu být klidně i nahá, pokud mám na sobě ten správný pár bot“. (Anna Dello Russo)

Haladová a Nechvátalová (2010) tvrdí, že vyšetření obvykle začíná pohledem ze tří stran (zepředu, z boku a zezadu). Chůze se vyšetřuje za podmínky, že je pacientka zcela bosa a ve spodním prádle. Gross et al. (2005) Pohledem sledujeme i postavu odzdoła nahoru. Chůze se vyšetřuje jednoduchým postupem, který hodnotí krokový cyklus (cycle time), rytmus (cadence), délku dvojkroku (stride length), rychlost (speed) (Haladová a Nechvátalová, 2010). Nejvíce si všímáme při vyšetřování chůze došlapu, jeho plynulosti, zvuku při zvedání nohy u odvíjení a v neposlední řadě dynamiky klenby nohy. Rovněž vyšetřujeme, jak je krok dlouhý, souměrný a široký. U poslední stojné fáze se zaměříme na postavení kyčle, kolene a pánevní pohyby (Gross, 2005). U chůze se z hlediska fyziologie má chodidlo odvíjet od calcanea přes vnější stranu plosku nohy k palcové straně. Došlap na terén by měl být bez zvuku nebo s minimem. Kolář et al. (2009) uvádějí, že mezi jednotlivými krokovými cykly by mě neměl být rozdíl, tedy každý krok by měl být stejně dlouhý i široký. Kyčelní kloub vykonává mírnou vnější rotaci, po které následuje pánevní deviace stojné nohy, přičemž opačná noha klesá maximálně o pět stupňů (Kolář et al., 2009). Další rotace kyčelní kloub při chůzi nevykonává, dokonce z chůze není ani patrné anteverzní postavení či změny na bederní lordóze. Kolář et al. (2009) a Gross (2005) se shodují v tom, že osa těla je souměrná s rotací páteře. Ramena a lopatky se nachází v mediálním postavení, ruce jsou podél těla volně. Horní končetiny se v souvislosti s krokováním a s již zmíněnou rotací páteře pohybují (Kolář et al., 2009).

1.2.3 Vliv podpatků na nohy

„Nemohu se soustředit v botách bez podpatku“. (Victoria Beckham)

Larsen (2005) tvrdí, že v dnešní době se neustále objevují argumenty pro nošení bot na vysokých podpatcích. Na vysoké podpatky byla připevněna kamera, která snímala

postavení osy nohy na podpatku, a vyplynul velice zajímavý výsledek: pata, která je na sedmicentimetrovém podpatku, se vytáčí dovnitř o mnohem méně. Larsen (2005) uvádí, že zcela logicky, na rovném terénu a v ploché botě stojí noha pohodlně a stabilně. Noha na podpatku zaujímá špatnou polohu ihned. Navíc boty na vysokých podpatcích mají nezdravý vliv na zatížení nohy a zkracují lýtkové svaly (Larsen, 2005). Riziko představuje každá podrážka, která je vyšší než sedm centimetrů bez ohledu na věk pacientky, která je ohrožena akutní traumatem hlezenního kloubu. Moderní obuv se ve špičce zužuje, což představuje problém pro palec, který je utlačován z osy ven a předonoží je zcela stlačeno. Boty s vysokým podpatkem negativně přispívají ke zvětšování varózního úhlu na zadonoží. Noha působí zkráceným dojmem a mimo jiné je narušena architektura klenby. Nošením obuvi na vysokém podpatku výrazně snižuje shodu talu a tibiofibulární skloubením. Iqbal et al. (2012) uvádějí, že plantární flexe, v níž se nachází chodidlo, vykonává pohyby v talocrurálním kloubu podobné viklání. Noha se tudíž nachází v nestabilní poloze, a to má za následek snížený propulzní moment, který navíc posouvá těžiště dopředu. Hmotnost těla se přenáší na předonoží první a druhé hlavičky metatarzu (Iqbal et al., 2012). Na předonoží je vyvíjen tlak a umocňuje se s výškou podpatku. Z již výše zmíněné plantární flexe dochází k rovněž ke změně v došlapování chodidla (Mokošáková a Hlavačka, 2012). Nwanko et al. (2012) uvádí, že došlap je modifikován jako model tří zhoupnutí a zajišťuje plynulý pohyb, tak, aby tělo energii co nejméně ztratilo (Nwanko et al., 2012). První model zhoupnutí začíná kontaktem paty s terénem, pokračuje calcaneem, jenž kolébkovitým pohybem plynule přechází v model druhý. Ve druhém modelu se hmotnost přenáší na celou plošku nohy, protože bérce vykračuje vpřed. Nwanko et al. (2012) přichází s informací, že třetí zhoupnutí nohy probíhá přes hlavičky metatarzů. Při chůzi na podpatcích si lze povšimnout, že nohy při došlapu na podložku se dotýkají pouze jedním kontaktem, což je v tomto případě celé chodidlo. Zde je příklad dokonalé nepřímé úměry – čím vyšší výška podpatků, tím víc se zmenšuje opora nohy. Hill et al. (2008) uvádí, že těžiště je poté přeneseno na prsty, které jsou velmi zatíženy. Díky tomu se zvyšuje aktivita svalů musculus gastrocnemius, musculus soleus a musculus tibialis anterior. V poslední fázi chůze u posledního kroku nedochází tím pádem k uvolnění svalů jako je tomu u chůze na bosu. Achillova šlacha se výrazně zkracuje, protože musculus gastrocnemius je neustále v aktivitě (Lee et al., 2001). Howel (2012) píše, že boty na vysokém podpatku mohou být využívány i jako doplněk k léčbě. Léčí se jimi například zvětšení plantárního oblouku, onemocnění chodidla a v neposlední řadě zkrácení fascie. Pocit úlevy při nošení obuvi na

podpatcích mohou mít pacientky u napětí v střední části chodidla či v později rozvinuté plantární fascitidy (Borchgrevink et al., 2015). Borchgrevink et al. (2015) uvádějí, že byly prováděny biomechanické studie, které poukazují na to, že devadesát procent žen kontaktuje svého lékaře z důvodu bolesti a již utvářejících se halluxů z dlouhodobě nevhodně nošené obuvi. Hill et al. (2008) uvádějí že pro velké bolesti v oblasti prstů, které pokračují mnohdy až k nehtům a polštářkům mohou způsobit i pád. Stolt et al. (2012) jsou názoru, že existují studie, které se soustředí na hygienu nohou, do které spadá pravidelné sprchování teplou vodou střídavě s vlažnou, správná pedikúra a nošení čistých bavlněných ponožek (Nwanko et al. 2012). Nejsou to jen nohy, které si počínají s bolestmi. Bolesti postihují i páteř, která je otřesena nárazy od dolních končetin (Lee et al., 2001). Nwanko et al. (2012) tvrdí, že když je noha na bosu, tak její pružinová funkce funguje fyziologicky a tlumí nárazy. Noha na podpatku je v botě uzavřená a nožní klenba má narušenou pružinovou funkci stejně tak jako páteř, která má své fyziologické zakřivení. Lee et al. (2001) uvádějí, že nárazy, které nejsou tlumeny, se přenáší do velkých kloubů, tedy do kolene. Koleno a páteř nejvíce trpí a tvoří spolu nejohroženější postavení. Je zde riziko vážného poškození. Koleno může atrofovat, u páteře se může vyklenout hyperlordóza (Howel, 2012). Nwanko et al. (2012) píše, že dnešní doba přináší pohledy na obuv s vysokým podpatkem velice lákavý. Nohy na vysokých „šteklich“¹ v nás evokují symbol krásy a elegance. Ženy jsou vyšší postavy, opticky působí štíhleji a rovněž mohou v mnohých probouzet zdroj autority, sexuální nezávislosti. Podpatky obecně přinášejí ženám znak ženskosti a psychologické moci (Lee et al., 2001).

1.2.4 Vliv podpatků na posturální stabilitu u žen

„Muži mi neustále říkají, že jsem jim zachránil manželství. Boty je stojí jmění, ale je to levnější než rozvod“. (Manolo Blahnik)

Chodidla nám o sobě vypovídají nespočet informací. Nejvíce nás zajímá plocha chodidla a plocha, po které nohy jdou. Špatné obutí, držení těla v botách na vysokém podpatku může mít dopad na posturální stabilitu, která může končit pádem. Na noze tudíž dochází ke změně v základním postavení. Mezi další nevhodnou obuv patří obuv s kluzkou podrážkou (Menz a Lord, 1999). Dylevský (1997) přichází s informací, že nejdůležitější je mít základ již v dětství. Pokud se děti obouvají v nejtětlejším věku do správných bot, dá se zabránit spoustě komplikacím v pozdějším věku. Pro zdravý vývoj nohou je

¹ Štekle = slangové označení pro podpatek (Zdroj: jazyková příručka).

nezbytné, aby děti chodily bosé nejlépe v trávě, kde je nerovný povrch a noze se pomocí svalů a vazů tvaruje klenba, a tím se předchází deformitám (Brozmanová, 1990). Stejně jako u dětí, tak i dospělých žen a obecně platí zásady zdravého obouvání. Brozmanová (1990) píše, že bota má pro nohu splňovat ideální délku, tím chápeme míru od konce paty po nejdelší prst. Obvykle je lepší mít o deset až patnáct milimetrů v botě pro nohu v pohybu rezervu (Brozmanová, 1990). Rovněž i šířka musí být jako obvod nohy okolo prstů akorát. Široká bota rozhodně neudrží nohu ve fixaci, a proto může plandat, úzká obuv zamezuje správné cirkulaci krevního objemu a utlačuje předonoží (Dylevský, 1997). Dylevský (1997) uvádí, že obuv se zkouší vestoje a není nutné před tím nohu vyměřovat, dále je zapotřebí, aby se boty zkoušely obě dvě. Podpatky vestoje zapříčiňují elevaci calcanea s plantární flexí ve skloubení tibie a talu. Rychlíková (2002) a Howel (2012) se shodují, že těžiště je elevováno a posunuto dopředu, je tedy výrazně ovlivněná posturální stabilita. Adaptace poté přispívá k obnově rovnováhy a zaktivuje se muskuloskeletární systém těla. Kolenní kloub se posouvá dopředu, zatímco trup se pohybuje směrem posteriorním, bederní lordóza je zvětšena, sešikmení pánve je zmenšeno v sagitálním směru. Rychlíková (2002) tvrdí, že při stožení v obuvi s podpatky dochází k tomu, že chodidlo není rovnoměrně zatíženo, největší zatížení je na patě a na metatarzech. Obuv bez podpatku poskytuje noze dokonalé zatížení po celém chodidle. Čím vyšší je podpatek, tím větší je zatížení v předonoží (Howel, 2012). Rychlíková (2002) uvádí, že hlavičky metatarzů jsou zatíženy a pacientka může pociťovat nepříjemné pálení na plosce nohy a chůze je narušena pocitem nepohodlí. Může vzniknout hallux valgus, který je znám pro svou deviaci palce. Vznik digitu quintu varu může způsobit to, že malík bude vybočený mediálně. Howel (2012) píše, že kladívkovité prsty vznikají po dlouhodobém nošení obuvi na podpatku, kdy statické síly působí zatížení. Pes cavus vzniká tehdy, když je klenba vyklenutá až příliš. Zvýšený podpatek má za následek, že síly, které vzrůstají, jsou dále přenášeny na muskuloskeletární systém a na klouby (Rychlíková, 2002). Rychlíková (2002) zmiňuje, že za normální chůze nedělá chodidlu problém síly rovnoměrně přenášet, ale za chůze na vysokých podpatcích je to málo umožněno. Noha se na vysokém podpatku nachází v supinačním postavení, kdy předonoží je vystaveno varóznímu postavení chodidla. Kolář et al. (2009) nám vysvětlují, že statické deformity se objevují jako následek z dlouhodobě nevhodně nošených bot na vysokém podpatku. Jedná se o deformity plochonoží (pes planus), vysoká noha (pes cavus), vbočený palec (hallux valgus), hallux rigidus, metatarzalgie a v neposlední řadě sem řadíme i deformity prstů, jako je již zmiňovaný kladívkovitý a paličkovitý prst (Kolář

et al., 2009). Howel (2012) přichází s informací, že tyto morfologie se odráží i na postavení kolenního kloubu a laterální strana je značně přetěžována. Hovoříme zde o abdukčním zatížení a vzniká tzv. fixovaná deformita kolene (genua vara). Některé případy vykazují ojedinělé situace, kdy je u pacientek objevená kompenzace supinačního postavení a everze v hlezenním kloubu (Kolář et al., 2009). Kolář et al. (2009) uvádějí, že degenerace kolenního kloubu urychluje rozvoj artrózy. Během stoje se aktivita musculus quadricepsu femoris zvyšuje, protože točivý moment ovlivňuje síly, jež působí na kolenní kloub. Změny se odehrávají i na kyčelním kloubu a na pánvi. Howel (2012) píše, že bederní lordóza je zvětšena pro vnitřní rotaci kyčelního kloubu. U obuvi s vysokým podpatkem dochází ke zvyšování aktivity u posteriorních svalů na rozdíl od těch anteriorně uložených. Musculus erector spinae je přetížen a břišní svaly jsou méně aktivní. Howel (2012) tvrdí, že aby byla posturální stabilita efektivní, je nutné zmenšit rozsah hybnosti páteře. Obuv by měla být vyrobena z přírodního materiálu, aby dobře větrala, odváděla vlhkost a noze poskytla anatomické pohodlí (Dylevský, 1997). Brozmanová (1990) tvrdí, že dále by měla splňovat adekvátní podmínky pro ideální hmotnost, nejvhodnější jsou boty šněrovací nebo na suchý zip a kotníčkové. Dylevský (1997) je názoru, že noha při pohybu botu ohýbá, proto je nutné, aby bota byla v místě ohybu co nejpevnější, ale zároveň nesmí nohu omezovat v pohybu a narušovat komfort při chůzi. Obuv nesmí způsobovat únavu. Opatek je část boty, která má být rozhodně nejtuzší a nejvyšší částí. Pata se nesmí v botě nijak třít, hýbat či vychylovat z místa (Dylevský, 1997).

1.3 Sestra

„Průměrná žena se zamiluje sedmkrát ročně. Jen šestkrát do páru bot“. (Kenneth Cole)

Ošetřovatelství jako obor se značně rozrostl a s ním i profese sestry, dnes ovšem všeobecné sestry. Jednadvacáté století nám přináší nový pohled na sestru, jako na samostatně pracujícího zdravotníka (Ludvík et al., 2003). Ludvík et al. (2003) přichází s informací, že oproti minulé době, kdy se na sestru nahlíželo jako na pravou ruku lékaře je tomu dnes jinak, protože sestra je samostatně fungující jednotka, která s lékařem pouze spolupracuje. Ludvík et al. (2003) uvádějí, že dnes je sestra vnímána jako kvalifikovaná a schopná pracovnice, která se neustále učí a sbírá odborné kvalifikace nutné ke způsobilosti vykonávat soběstačně ošetřovatelský proces a péči pro nemocné. Mimo jiné se podílí na prevenci a na léčbě, aniž by potřebovala odborný dohled na svými činnostmi

(Ludvík et al., 2003). Rozsypalová a Šafránková (2002) uvádějí, že sesterské povolání je povolání, kde sestra přichází do kontaktu se sociálním prostředím, tedy s dalšími lidmi, o které se stará a pečuje. Mimo pacienty, se kterými přichází do kontaktu, jsou to především její kolegyně, kolegové a v neposlední řadě i rodina pacientů (Rozsypalová a Šafránková, 2002). Rozsypalová a Šafránková (2002) tvrdí, že pacienti jsou pod vlivem svého zdravotního stavu, a od toho se odráží i jejich psychický stav a chování ke zdravotnickému personálu. Nejčastěji se sestra potýká se slovními útoky ze strany pacientů, s fyzickým napadáním či obtížnou komunikací (Rozsypalová a Šafránková, 2002). Sestra je v této situaci vystavena nátlaku, stresu, strachu a mnohdy i vzteku. Přesto všechno je nutné, aby zachovala chladnou hlavu a konfrontaci ustála s klidem a asertivním jednáním. Trpělivost, takt a diplomacie jsou tři vlastnosti, kterými by měla sestra disponovat, aby tyto situace zvládala (Rozsypalová a Šafránková, 2002). Farkašová (2006) píše, že sestra zastává velmi náročnou profesi jak z hlediska fyzické náročnosti, tak i z hlediska psychické. Farkašová (2006) tvrdí, že je velmi nutné, aby byla tělesně a mentálně dost silná. Měla by dobře ovládat práci s technikou a zvládat týmovou práci. Profese všeobecné sestry se řadí mezi sedmé až desáté místo v oblíbenosti, je to povolání společností vnímáno jako velmi výjimečné a prospěšné (Zvalová et al., 2007). Farkašová (2006) a Zvalová et al. (2007) se shodují na tom, že i přesto všechno je mladou generací spíše odmítáno a zájem o něj klesá. Nejspíše proto, protože je vnímána jako skutečně náročná a špatně platově ohodnocená (Zvalová et al., 2007). Kutnohorská et al. (2007) nás seznamují s termínem syndrom vyhoření. Syndrom vyhoření může sestře znemožnit pokračovat ve své profesi a vykonávat ji tak, jak má. Syndrom vyhoření neboli Burn-out syndrom se nejvíce objevuje u sester, které pracují s handicapovanými lidmi, seniory nebo s infaustně nemocnými. Sestra je v roli edukátorky, komunikátorky, managerky a poradkyně. Rovněž se může podílet na výzkumných pracích nebo na odborných studiích. Největší revolucí pro všeobecnou sestru je slovní spojení, že je nositelkou změn pro ošetrovatelství (Kutnohorská et al., 2007).

1.3.1 Role sestry v problematice ortopedické obuvi

„Pořád mám nohy na zemi, jen jsem začala nosit lepší boty“. (Oprah Winfrey)

Bártlová (2006) tvrdí, že sestra v této problematice zastává velmi důležitou funkci. Profesionálně zastává hned několik rolí, kterými ovlivňuje společenské změny, jež zasahují do zdravotní péče. Sestra má funkci ošetrovatelskou, pečovatelskou, výchovnou,

emoční, nápomocnou, podporující, edukátorskou, poradenskou a v neposlední řadě administrativní (Bártlová, 2006). Špirudová (2015) uvádí, že sestra uspokojuje potřeby pro pacienty v rámci ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelská péče je poskytována holisticky pro každého jedince individuálně včetně jeho příbuzných a rodiny, komunity s přihlédnutím na zdraví každého z nich. V péči o pacientku s deformitou nohy způsobenou vlivem nošení obuvi na vysokém podpatku musí sestra navázat kontakt a důvěru (Špirudová, 2015). Sedlářová et al. (2008) píše, že důvěra je v této situaci velmi stěžejní pro to, aby sestra docílila kvalitní spolupráce ze strany pacientky. Rovněž dopomáhá k tomu, aby byl vytvořen pozitivní vztah a kladný postoj k motivaci. Dále je nutné, aby sestra pomáhala zvládnout psychickou zátěž pacientkám, pro které toto může být stigmatem a může být vnímáno jako jisté omezení (Sedlářová et al., 2008). Sestra svou vůlí aktivně posiluje spolupráci pacientky. Sedlářová et al. (2008) tvrdí, že aby byla spolupráce dostatečně efektivní, účelná a přispívala ku prospěchu, je dobré, aby sestra považovala pacientku za rovnocenného partnera. Pacientce bude poskytovat celistvé a jasné informace ohledně ošetrovatelské péče v rámci sesterských kompetencí pro ošetrovatelskou péči. I edukace musí být konstruktivní (Sedlářová et al., 2008). Sedlářová et al. (2008) přichází s informací, že nesmí být tzv. jednorázová. Rapi (2016) píše, že edukace by se měla utvářet pozvolným způsobem po celou dobu spolupráce s pacientkou. Edukace má své místo v ortopedii velice důležité, protože se jedná o dlouhodobý proces, mající hlavní význam při prvním kontaktu s pacientkou, při každém vyšetření, návštěvě či zákrokem (Sedlářová et al., 2008). Sedlářová et al. (2008) přichází s informací, že edukování má své místo i v propouštění pacientky do domácí péče, kdy si pacientka musí být jista instrukcemi od lékaře a sestry. Na deformity nohou u žen způsobené obuví by mělo být nahlíženo jako na problém takový, na samotnou diagnostiku, na dodržování léčby, prevenci a komplikace (Sedlářová et al., 2008). Sedlářová et al. (2008) vysvětluje, že sestra se v průběhu má ujišťovat zpětnově, zda je pacientce vše jasné, verbalizuje pochopení a názornou ukázkou předvede, jak ono doporučení sama pochopila. Rovněž je důležité, aby sestra dala prostor na dotazy. Pro naše téma je vhodné zapojit do této práce i funkci sestry výzkumnice (Sedlářová et al., 2008). Sedlářová et al. (2008) píše, že jsou dnes deformity nohou způsobené obuví na vysokém podpatku velmi časté. Aktuálně sestry mohou shromažďovat data, spolupodílet se na odborných studiích a fungují tak jako konzultantky (Magurová a Majerníková, 2009). Magurová a Majerníková (2009) tvrdí, že je proto velice nutné, aby sestra měla vzdělání a problematice věděla co nejvíce a orientovala se v daných tématech (Sedlářová et al., 2008). Presumpcí pro ochranu

a prevenci před poškozením pohybového systému je znalost sester s ovládním a manipulací technik na pacientky (Magurová a Majerníková, 2009). V současné době ošetrovatelství pracuje s eliminací výkonů, u kterých se používají techniky vertikalizace a prostého zdvihání (Magurová a Majerníková, 2009). Rapi (2016) uvádí, že více se do kinestetiky přenáší prvky polohovacích a technických pomůcek pro manipulaci s pacientkou. Proto je nutné, aby sestra měla základní poznatky o zákonech fyziky, manipulací s pacientem a v neposlední řadě o obuvi, která se v ortopedii řeší dnes a denně. Je to nezbytné pro její práci (Rapi, 2016).

1.3.2 Prevence vedená sestrou

„Nerad bych, aby se někdo podíval na mé boty a řekl: „Ach můj bože! Vypadají tak pohodlně!“ (Christian Louboutin)

Prevence je v přeneseném významu definována jako soubor opatření, která mají za úkol oddálit či předejít nevídaným fenoménům (Juřeníková, 2010). Nežádoucím jevům, jako je poškozené zdraví, nemoc, komplikace a možný vznik trvalých následků, zabráňujeme primární, sekundární a terciální prevencí. Primární prevence tvoří několik kroků, které mají zavčas zamezit vzniku patologie (Šťastná, 2006). Juřeníková (2010) píše, že tato prevence se dá pokrýt plošně na celé obyvatelstvo a globálně na všechny ženy různých věkových kategorií. Svěráková (2012) tvrdí, že sestra mentorka může docházet do nejrůznějších zařízení a apelovat na to, aby bylo předcházeno jistým následkům související se špatným obouváním. Sekundární prevenci sestra aplikuje na včasné předcházení problémů (Šťastná, 2006; Juřeníková, 2010). Sekundární prevence je zejména zaměřena především pro určité lidi se specifickým problémem. Sestra je prvním bodem, který upozoruje vady u pacientky získané špatnou obuví (Svěráková, 2012). Juřeníková (2010) se shoduje se Svěrákovou (2012) na tom, že terciální prevence se potom zaměřuje na zabránění problémů, které se mohou opakovat a později zkomplikovat celý průběh situace. Sestra by se měla dobře vyznat v edukaci ohledně rizik, která přispívají ke zhoršení průběhu deformit (Šťastná, 2006). Šťastná (2006) uvádí, že je zde vhodné aplikovat správné prvky rehabilitace. Preventivně sestra seznamuje pacientky se speciálními podiatrickými přístroji, které vyhodnocují typ obuvi, která bude vyhovující. Svěráková (2012) přichází s informací, že tyto přístroje dopomáhají ke správné diagnostice a prevenci zdravého obouvání a dále eliminují nárůst dalších deformit. Noha a pata nesmí vyjíždět, nesmí být moc na volno a bota nesmí být široká.

Jaký je obvod nohy u kloubu prstů, taková by měla být i šířka boty (Šťastná, 2006). Juřeníková (2010) uvádí, že bota vevnitř nesmí mít švy či slepené konce částí boty, utlačuje tím tak prsty. Tloušťka palce podmiňuje výšku boty (Šťastná, 2006). Šťastná (2006) píše, že sestra by měla mít znalosti o tom, jakým způsobem testovat podrážku. Buď prvním způsobem tak, že se vloží do boty ruka a simulovaně se sní přejde přes několik předmětů, a pokud je necítíme, bota je v pořádku. Pokud se podrážka ohýbá bez problému, pak je rovněž bota vyhovující. U sportovních bot platí zásady, že podrážka by měla být z tenkých a elastických materiálů (Šťastná, 2006); (Juřeníková, 2010). Svěráková, (2012) tvrdí, že je třeba pacientkám klást na srdce základy v oblasti nákupu bot, kdy se zásadně nedoporučuje koupě obuvi z tržnic, nejrůznějších burz. Obuv se má pravidelně kontrolovat, zda není příliš obnošená či v jaké stavu je opatek, podešev, stélky a podšívky. Obuv by neměla splňovat více módních prvků než těch zdravotních (Svěráková, 2012). Dylevský (1997) uvádí, že sestra preventivně doporučuje i chodit na boso na nerovném terénu. Ideální je tráva či písek, tvrdý terén je bezpředmětný (Dylevský, 1997). Velmi prospěšné je i chození v mělké vodě, zde sestra ale upozorní i na možnost zranění, pokud se bude jednat o mělkou vodu v moři. Chůze je volena rychlostí cca šest kilometrů za hodinu. Dylevský (1997) tvrdí, že i typ došlapu zde nezapomene zmínit. Jde o to, že noha má nejdříve dopadnout patou na povrch, nikoli celým chodidlem. Špičky prstů směřují po směru chůze a je doporučeno dělat kratší kroky, váha těla se přenesle směrem dopředu, a tím se prošlápne celá plocha nohy přes prsty až ke špičkám. Svižným přehoupnutím paty a špiček prstů dokončíme jeden krok (Dylevský, 1997).

1.3.3 Edukace a tejpování hallux valgus

„Nebojím se výšek. Viděli jste moje boty?“

(Carrie Bradshaw)

Kolář (2009) píše, že první volbou léčby u hallux valgus je konzervativní neoperační léčba. Proto je sestrou a fyzioterapeutem doporučená edukace o tejpoch. Hallux valgus se nachází u žen v různých stádiích, které subjektivně vykazují jiné symptomy, jež pacientka verbalizuje (Kolář, 2009). Nejlepší terapií je prevence, ale v již rozběhnutém období problému je vhodné mírnit příznaky. Léčba se zahajuje, aby se zmenšil úhel zkrácených měkkých tkání korektorem z pryže v meziprstí či tzv. noční redresor (Příloha 3). Noční redresor se přikládá z mediální strany a palec je přitažen řemínkem (Kolář, 2009). Flandera a Hrdlička (2001) nás seznamují s informací, že tejpování je dnes velmi moderní

a vyhledávanou metodou. Tape je z anglického názvu přeloženo jako páska, tedy obvazování jednotlivých částí těla. Účel má ryze preventivní, relaxační, podpurný. Hojně je využíván v rehabilitaci u zborcené klenby anebo u vbočeného palce (Flandera a Hrdlička, 2001). Neama (2018) uvádí, že na vybranou partii těla se přikládá pevná a pružná, silová náplast tahovým způsobem přímo na kůži. Způsob přikládání náplasti se může měnit. Technika aplikace tejp musí vycházet z anatomických proporcí a kineziologie a je přísně dodržována. Matějů (2006) přichází s informací, že nesmí nijak omezovat pohybový systém nebo mu zabráňovat v pohybu. Pacientky si mohou vybrat z nespočtu tejpovacích náplastí, které se od sebe odlišují v materiálu, v elasticitě, typem lepidla, přilnavosti a tloušťkou, šířkou, barvou (Neama, 2018). Hermachová (1996) píše, že tejp plní svoji funkci pouze tehdy, zda je přilepen správně. Ochraňuje, odlehčuje deformitou poškozené nebo zatížené tělesné části. Tejp zajišťuje pro postiženou oblast dostatečnou zevní oporu a proprioceptivní souhru s nociceptivním drážděním, která je zpětnou vazbou. Neama (2018) tvrdí, že snižuje bolest, dopomáhá k nárokům síle a rovněž dopomáhá upravovat biomechanické vztahy. Pokud by měl být tejp aplikován jako ortéza pro redukci pohybu, může dojít k zásadnímu ovlivnění poranění (Matějů, 2006). Neama (2018) nás seznamuje s informací, že vnímáme rozdíl mezi tejpem s funkcí ortézy a tejpem funkčním, který spadá do kinezioterapie. Kineziotape má za úkol udržovat a zvětšovat rozsah pohybu. Tejp, nahrazující funkci dlahy či ortézy, tzv. imobilizující tejp je spíše oblíbený ve sportu. Imobilizující tejp stabilizuje pasivní oporu za použití více náplastí (Neama, 2018). Matějů (2006) uvádí, že funkční tejp lze rovněž použít ve sportu, ale zde je více využívána elastická náplast, jenž zamezuje omezení volného pohybu v kloubu. Společným jmenovatelem pro oba typy tejpů je vytvoření funkční stability, která bude tvořit pasivní oporu. Nedojde tím tak k omezení pohybu či ke svalovým atrofiím. Matějů (2006) tvrdí, že výsledkem je vytvořená umělá vnější opora. Tejpem je přiložena vnější síla tvořící paralelu spolu s mechanickými vlastnostmi pokožky a elastické náplasti. Tím že je tejp aplikován, dochází k tomu, že je snížena zátěž. Hermachová (1996) píše, že tejp působí na receptory v kůži natažením a také ovlivňuje svalovou činnost u které je předpokladem svalové napětí. Tahová síla je široká, použita je právě proti bolesti, na svalovou aktivitu a propriocepci. Mimo jiné i lymfatické a periferní cirkulace jsou jím upraveny (Hermachová, 1996). Matějů (2008) píše, že spoustu metod, které odkazují na postup, jak tejp správně přiložit, mají společnou jednu podmínku, a tou jsou subjektivní zkušenosti. I přesto, že je tejpování tak moderní, oblíbené a lidmi vyhledávané, je téměř nemožné najít dostatek smysluplných studií či

odborných informací (Neama, 2018). Existuje hned několik způsobů, jak aplikovat tejp na hallux valgus (Matějů, 2006). Flandera a Hrdlička (2001) uvádějí, že korekční tejp u hallux valgus je použit proto, protože eliminuje bolest a udržuje tělesnou část v anatomickofyziologickém postavení. Tejp je vhodné aplikovat na noc a rovněž také dobré cvičit s tejpem přes den. Tejp vytváří tah, který může pozměnit úhel u hallux valgus a mediální oblouk klenby je zdvižen (Neuma, 2018). Sestra ze všeho nejdříve edukuje pacientku o tom, že je nezbytně nutné lepit tejp na čistou, suchou, oholenou a nemastnou pokožku (www.skolartejpovani.cz). Tejp na ochlupené části ztrácí svůj účel, a navíc při jeho sundávání může dojít k narušení pokožky. Příprava předchází správné účelu kinesiotapu (www.skolartejpovani.cz). Pacientka je od sestry poučena, že musí tejp zastříhnout v rozích a pak se odlepi ochranná vrstva tak, že se přetrhne papírek s tejpem na konci pásky, a tím se sejme papírová část, a pak se tejp dá nalepit ke kůži (www.skolartejpovani.cz). Nebo další metodou je odlepit pásku prstem z ochranné papírové části tejpů a potom lze nalepit na kůži. Sestra zavčas upozorní pacientku při odlepování papírové části tejpového pásku, protože se prsty musí co nejméně dotýkat strany, na které je lepidlo (www.skolartejpovani.cz). Každý tejp se na začátku a na konci nesmí maximálně natáhnout a po nalepení je třeba tejp zahřát, aby se lépe tzv. zažehnil (www.skolartejpovani.cz). Aby se tejp dostatečně zahřál, je třeba jej třít po směru lepení, nestačí jej pouze zahřát do celé jeho šířky, takto by se mohl snadno odlepit. Pásky se odlepují šetrně, pomalu a po směru chlupů (www.skolartejpovani.cz). Aby bylo odstraňování ještě příjemnější, je vhodné tejp namočit. V žádném případě se nedoporučuje, aby se tejp sundával trháním (www.skolartejpovani.cz). Sestra ukáže pacientce, jakým způsobem se vhodně zbavit tejpů bez prudkých pohybů, a tímto tak předejít k poranění kůže. Tejp se natahuje do délky, ne do šířky (www.skolartejpovani.cz). Tejp může být také zdrojem alergických reakcí, které se projeví chvíli po na lepení nepříjemným svěděním. Tejp se v tomto případě sundá a již se nepoužívá a na to sestra upozorní pacientku (www.skolartejpovani.cz). Sestra je při edukaci o tejpování znalá a v problematice se orientuje. Pacientku seznámí s tejpem a vede instruktáž správným směrem tak, aby si pacientka uměla sama hallux valgus zatejnovat. Je nutno si připravit k tejpování tejp „I“ a „Y“ (www.skolartejpovani.cz). První část tejpů „Y“ je přichycena bez toho, aniž by byl napínán okolo palce. Druhá část tejpů „Y“ se nalepí z druhé strany palce a zažehlí se. Tejp se v devadesáti procentní flexi nohy nalepí až po achillovu šlachu s maximálním napětím (www.skolartejpovani.cz). Konec tejpů se nalepí za achillovu šlachu a zažehlí se stejným způsobem jako předtím (www.skolartejpovani.cz). Okolo

palce se nalepí druhý tejp, nejčastěji jiné barvy kvůli dobrému odlišení, a ten je nazýván „kotvou“. Poslední z tejpů je umístěn na chodidle pod pátým prstem. Další tejp napneme co nejvíce a nalepíme kolmo na první a dolepíme se bez napětí (www.skolatejpovani.cz).

1.3.4 Vliv ortopedických vložek a jejich funkce

„Elegance je ta jediná krása, která nikdy neslábne“. (Audrey Hepburn)

Borský (2009) píše, že ortopedické vložky mají za úkol korekčním způsobem vést nohu do vhodného postavení nohy, aby byla podpořena snížená klenba. Ortopedické vložky mají vliv na chůzi. Rozdělují se na měkké a pevné (Borský, 2009). Hadraba (2006) tvrdí, že měkké radíme k více flexibilním, tedy přizpůsobivým, ale nemají vysokou schopnost úpravy nohy (Hadraba, 2006). Lewitová (2016) píše, že pevné vložky bývají tenčí a mívají větší schopnost kontroly pohybů nohou. Lewitová (2016) napsala, že nejsou flexibilní, a protože mají speciální úpravu, která se při ohybu ohýbá, patří k těm dražším (Hadraba, 2006). V momentě, kdy noha ztratí svalové napětí, zhroutlí se. Borský (2013) píše, že dochází tudíž k pes planus nebo pes cavus. Těmito diagnózami dojde ke změně zatížení a tvoří se deformity, ne-li menší traumata (Lewitová, 2016). Borský (2013) uvádí, že ortopedické vložky nejsou léčbou, nýbrž pouze pasivní podpora. Na trhu je na výběr několik typů ortopedických vložek do bot, jako je například klasický typ, dynamický či inteligentní (Larsen, 2005; Maršáková a Jelen, 2007). Brozmanová (1990) píše, že ortopedické vložky mají podpurný účel, jelikož vyrovnávají plosku nohy, a tím ovlivňují postoj celého těla (Müller a Herle, 2010). Müller a Herle (2010) uvádějí, že vložky vyrábí proškolený protetický technik z různých materiálů na základě lékařské zprávy (Brozmanová, 1990). Brozmanová (1990) uvádí, že individuální typ ortopedické vložky je vyráběn anatomickým, sportovním, krátkým, diabetickým či pronačním nebo supinačním klínem s vyměkčenou patní částí. Müller a Herle (2010) píší, že přední část může být rovněž změkčená nebo se může vyrábět s prosekem kvůli ostruže, s pelotami pod kladívkové prsty apod. Ortopedická vložka se vyrobí proti otisku nohy pořízeného z plantogramu (Müller a Herle, 2010). Lewitová (2016) napsala, že speciální ortopedické vložky jsou vyráběny pro deformity závažnějšího původu. Po zhotovení trojrozměrného prošlapu se vyhotoví sádrový odlitek, a vytvoří se tak speciální ortopedická vložka (Park, 2017). Park (2017) uvedl, že nedílnou součástí k výrobě vložky je práce s digitálním baropodometrickým kobercem, ze kterého odchází data do počítače. Pomocí tohoto systému se zobrazuje rozmístění tlaků po celém chodidle (Park, 2017). Kodrlová (2007)

tvrdí, že mimo jiné se zde dynamickou metodou ukazují i patologické změny na plosce nohy (www.ortopedica.cz). Larsen (2005) tvrdí, že časté nošení ortopedických vložek se může později odrazit na noze a projevit se jako obtížný problém. Aby léčba byla úspěšná a noze přinesla úlevu, musí být vhodně přiložena k dané deformitě (Larsen, 2005). Nošení ortopedických vložek rozhodně neznamená léčbu nebo neslibuje nápravu (www.ortopedickaobuv.cz). Larsen (2005) píše, že je lepší nohu pravidelně zatěžovat, než provádět jakoukoli korekci pomocí ortopedických vložek, které mohou být nesprávným způsobem zvoleny (Larsen, 2005). Ortopedické vložky můžeme chápat jako jakousi ortézu mající vliv na funkci pohybového aparátu a ovlivňující jej. Kompenzují odchylky, a pokud se nosí pravidelně, mají dobrý vliv na léčbu deformit. Slouží jako kompenzačně rehabilitačně pomůcka, která je navržena lékaři. Park (2017) tvrdí, že nejen ortopedické vložky, ale i ortopedická obuv dopomáhá k léčbě vad nohou. Vkládá se do běžné obuvi, do ortéz či do samotných ortopedických bot. Park (2017) píše, že mohou se využívat s ostatními ortopedickými pomůckami. Jejich kombinace je žádána i v případě speciálních bandáží, které je třeba vyhotovit na míru a dle potřeb každé pacientky (Park, 2017). Kodrlová (2007) píše, že ortopedické vložky by měly být poslední alternativou jako třetí volba (Kodrlová, 2007). Nejdříve by se u pacientky měla pozměnit obuv, potom zahájit cvičení klenby nohy, chůze na bosu a až teprve pak, za předpokladu, že se u pacientky objevila těžká deformita, použití vložky (Tang, 2015). Jen zlomek procenta pacientek je indikováno pro nošení ortopedických stélek do obuvi a zbylé procento nosí stélky zcela zbytečně, protože jsou názoru že je potřebují (Tang, 2015). Tang (2015) uvádí, že pravidlem zůstává, že vložky musí být ve vhodné botě, pakliže toto pravidlo není akceptováno jako ve většině případů, dochází pak ke zbytečným problémům navíc (Tang, 2015). Maršálková a Jelen (2007) se shodují, že dnes je k dostání nespočet ortopedických vložek různého materiálu či tvaru nebo funkce (Park, 2017). Sešikmené ortopedické vložky mají podložený mediální oblouk, a tím dochází k nápravě ploché nohy (Kodrlová, 2007). Noha nesmí z boty či z ortopedické stélky sklouzávat a ani nesmí stát zešikmeně. Pata musí být na tvrdém materiálu, aby byla zachována stabilita (Maršálková a Jelen, 2007)

1.4 Historie ortopedie v obuvi

„Když lékař pojmenuje tvoji chorobu, to neznamena, že ví, co ti je“. (Arthur Bloch)

První zmínka o dnes již slavném zlínském zdravotnictví se datuje již od devatenáctého století. Ve Zlíně pracoval lékař MUDr. Šlechta, kromě něj se v kronikách píše jen o místních mastičkářích. Psal se rok 1900, kdy ve Zlíně působili pouze dva lékaři. Doktor Rudolf Gerbec, který pobýval ve Zlíně jako městský lékař (Příloha 4) byl znám jako osobní lékař obuvníka Tomáše Bati, (Soukromý archív, 1937). Zde zastával funkci zdravotního rady a byl později pracovníkem sociálně zdravotní organizace města Zlína. Tuto jeho funkci ovlivnil vývoj Baťových závodů a tímto stoupaly příležitosti k lukrativnějšímu životu pro více lidí (Soukromý archív, 1937). Bakala (2007) tvrdí, že Baťova firma disponovala po roce 1927 asi deseti tisíci zaměstnanci, přičemž tamní dva lékaři byli na tento počet velmi málo (Bakala, 2007). Bakala (2007) uvádí, že Tomáš Baťa se svým darem v podobě finanční injekce zasloužil o to, aby byla postavena nemocnice. Již tehdy na zrealizování tohoto nápadu padl jeden milion korun českých. Tato nemocnice spatřila světlo světa v dubnu roku 1927. Stavební návrh provedl F. L. Gahury. Funkce primáře tehdejší nemocnice byla sháněna přes inzerát a patřila doktoru Bohuslavu Albertu (Příloha 5), jenž byl vybrán samotným Baťou. Doktor Albert se později stal i ředitelem nemocnice (Bednář, 2011). Baťa byl vlivný člověk a také dobře vybíral své zaměstnance na managerské pozice. Rok po výstavbě nemocnice Baťa oslovil doktora Račanského (Příloha 6) pro navržení kopyt a aby prostudoval ideální modely k výrobě obuvi (Soukromý archív, 1940). Rovněž také vybudoval ortopedické oddělení a díky němu se zrodila první zdravotnická péče o nohy a prevenci jejich deformit. O další rok později byl Račanský jmenován primářem na ortopedii (Soukromý archív, 1940). Baťova firma apelovala na prodejce obuvi, aby obuv, kterou prodávají, vyhovovala zákazníkům, a tím se zredukoval počet nespokojených zákazníků. Došlo tedy k tlumočení přání zákazníků, kteří se potýkali s vadami nohou (Moravský zemský archív, 1929). Rodina doktora Alberta se pohybovala ve zdravotnictví rovněž jako on. Jeho sestra Marie Rechtová (roz. Albertová) byla diplomovanou ošetřovatelkou. Na pražské škole ošetřovatelek absolvovala a poté se vrchní sestrou stala (Wicherek, 2005). Ortopedie jako obor se věnuje léčbě pohybového systému. Onemocnění, která do ortopedie spadají, jsou vrozené a získané vady, různé deformity, onemocnění degenerativního původu, úrazy či poškození po úrazech, nejrůznější infekční onemocnění či tumory vůbec (Bednář, 2011). V neposlední řadě se zde zachycují i projevy onemocnění pohybového aparátu. Chirurgie

se s ortopedií rozhodně nevyklučuje. Jedná se totiž o chirurgii měkkých tkání a velkých kloubů, svalů, vazů a šlach (Bednář, 2011). Bednář (2011) píše, že si lze povšimnout, že se ortopedie vepsala do obuvnictví. Štýbrová (2006) píše, že snaha chránit nohy před chladem, horkem a traumaty vznikla již v pravěku. Obuv byla vyráběna z primitivních materiálů, které přinesla sama příroda. Příhodová (2004) se shoduje se Štýbrovou (2006), že byla použita například tráva, kůže ze živočichů či z kůry stromů byly zhotovována nejrůznější obutí. Starověký Egypt přinesl do obuvi tuhý podešev a novodobější materiál, který byl charakteristický pro Egypt. Obuv byla ze dřeva, z papyru nebo z rákosí, nechýbělo ani zdobení. Komfort a technické provedení se řešilo i v Řecku v Římě (Příhodová, 2004). Štýbrová (2006) píše, že jedenácté století přináší první dílny, ve kterých ševci rozjížděli svoje řemeslné výroby. Kůže, brokáty, hedvábí, aksamit byly stěžejními doplňky a materiály, se kterými řemeslníci pracovali. Příhodová (2004) tvrdí, že móda byla ve hře v první polovině druhého tisíciletí a ve středověku si jen šlechta mohla dovolit krásné boty, které za něco stály. Gotika, renesance, baroko, rokoko mělo spoustu trendů (Štýbrová, 2006; Příhodová, 2004). Každý směr měl své vlastní zdobení, styl a význam. Šicí stroj byl vynalezen v druhé polovině osmnáctého století, za který museli být ševci opravdu věční, protože jim nahradil ruční výrobu šití bot. Průmyslová revoluce s sebou přináší i průmyslovou výrobu (Štýbrová, 2006; Příhodová, 2004).

1.4.1 Obuvnictví v České republice a výroba

„Styl je způsob, jak říct, kdo jste, aniž byste museli mluvit“. (Rachel Zoe)

Příhodová et al. (2004) tvrdí, že zlomový byl rok 1894, kdy v naší zemi byla rozvinuta výroba valašských papučí od sourozenců Anny a Tomáše Baťových. Od papučí se postupně přenesli k výrobě obuvi, u které se měnil materiál a tvar. V roce 1905 odjel Tomáš Baťa do USA, aby nasbíral tamní zkušenosti, které převezl do svého podnikání v Československu (Příhodová et al. 2004). Příhodová et al. (2004) uvádějí, že obuv se Baťovi podařilo vyexportovat do dalších zemí. Baťovky se staly oblíbenými, lacinými a byly hojně využívány technickými novinkami, které doba přinášela. Po roce 1945 došlo komunisty k znárodnění Baťova majetku a roku 1948 se Baťovy závody přejmenovaly na Svit. V Kanadě, v Torontu se nachází samotné centrum firmy pod názvem Batawa. Stala se tak největší obuvnickou společností na světě (Příhodová et al. 2004). Příhodová et al. (2004) píše, že věda se rozmohla tak silně, že obouvání vykročilo směle vpřed vstříc nejnovějším poznatkům o obuvi. Pomocí počítače a počítačových programů se začala obuv navrhovat dle aktuální módy. Móda s sebou přináší i nový typ výroby obuvi, jako

je např. laser, kapalinový paprsek či automatický nožík, který kmitá a je veden robotem (Příhodová et al. 2004). Všechny stroje jsou již automatické, a tím se přispělo ke kvalitě výroby bot a zvýšila se nabídka. Kůže je snadno čistitelná, šije se a lepí. Její vlastnosti jako je tažnost, a především pevnost ji povyšují nad jedny z nejoblíbenějších materiálů vůbec (Příhodová et al. 2004). Česká země byla velmocí v obuvnictví. Naši výrobci patřili k těm největším a jejich boty se exportovaly ve velkém měřítku. Liberalizace a import přinesly firmám v Česku konkurenty na trhu, především z Asie. Rozmanitost, jednoduchost a lacinost vystihovaly boty vyráběné od Asiatů. Rok 1997 přinesl největší pokles, co se týče vyexportovaných bot českými výrobci. Toto období trvalo sedm let. Firmy krachovaly pro snižování fixních nákladů, což zapříčinilo zmenšující obrat ve výrobě. Poté se celá situace na chvíli uklidnila až do doby, kdy nastala hospodářská krize. Zanikly velké firmy a obuv prodávaly jen firmy malé a střední. V České republice je síť třiceti pěti firem, které disponují více jak dvacet zaměstnanci, a spoustu dalších firem je na trhu s menším počtem zaměstnanců. Odborníci odhadují, že v roce 2014 Česká republika vyrobila cca přes čtyři miliony párů bot, a ve firmách tak počet zaměstnanců vzrostl na tři tisíce. Každý rok se zmenšil počet párů obuvi kvůli snížené výrobě a vývoz bot do ostatních zemí Evropské unie a Ruska. České obuvnické firmy vyrábí atestovanou obuv s ochrannou a bezpečnostní známkou vhodnou nejen jako pracovní obuvi ale i pro ortopedické a zdravotní účely. Samostatnou kapitolou je i dětská obuv, která má i jiné certifikace, které představíme níže. Střední generace z řad spotřebitelů tvoří nejhustší síť odběratelů a rovněž tak i rodiče menších dětí. České boty, tedy česká výroba obuvi, se nejvíce dokázala prosadit v dětské certifikované obuvi, která se zmítá kvalitou. Novinkou, která je na trhu od roku 1991, se stala firma FARE, spol. s.r.o., jenže byla založena pro italské firmy, poté dosáhla na odbornou výši. Převzala ji rakouská firma, a zavládl tak pořádek a kvalita (www.fare.cz). FARE byl nejprve navržen pro dětskou obuv, později pak pro pánskou a o několik let později se stal výrobcem i pro dámskou a chlapeckou obuv. Boty byly vycházkové na celý rok, na letní a na zimní měsíce (www.fare.cz). Firma se nachází v poklidném prostředí ve městě Valašské Klobouky, což je Zlínský kraj. A jak sám kraj napovídá, firma je známá tím, že její zakladatel byl již zde několikrát zmíněný Tomáš Baťa. Firma je na trhu, co se tradice výroby týče, cca sto let (www.fare.cz). Mayerová (2015) tvrdí, že lidé v rámci šetření shánějí méně kvalitní obuv za nízkou cenu, a to je důvodem proč je pro české firmy těžký úkol prorazit s jedničkou na trhu. Jednou z nevýhod je i to, že nabídka výrobců v českém obuvnickém byznysu je velmi omezen. Dobrou myšlenkou je zaměření na e-shop, prodej přes internet.

Konkurentů v Česku je bohužel víc než dost, proto je nutné čelit i mezinárodní konkurenci (Mayerová, 2015). Mayerová (2015) ve své ročence píše, že vhodné specializované produkty, které budou výhodně investovány, se mohou dost dobře vyplatit nejedné české firmě. Marketing bude mít v budoucnosti vliv na budování distributorské sítě po celé České republice. Velký vliv na to budou mít i okolní země (Mayerová, 2015).

1.4.2 ČOKA

„Pamatuj si, že žiješ v době, o níž budeš jednou říkat staré zlaté časy.“ (Leszek Kumor)

Havrda (2006) píše, že Česká obuvnická a kožedělná asociace je společnost nabízející proškolení prodejců obuvi v obchodech. Prodavači se musí obratně orientovat v prodeji bot. Aby byli schopni zákazníkům dobře poradit a zavčas správně vyřídit reklamaci, je školení nezbytné (Šťastná, 2006). Šťastná (2006) uvádí, že ČOKA je asociace neboli sdružení podnikatelů. Členem ČOKA se může stát každý, kdo podniká a má zájmy v kožedělném průmyslu. Fyzická či právnická osoba předloží proti Stanově písemnou přihlášku ve sdružení a zaplatí příspěvek (Šťastná, 2006). Havrda (2006) napsal, že aby byl obchod úspěšný, lze mu předejít kvalifikovaně vedenou osobou, která se bude dobře orientovat v problematice údržbě obuvi (Havrda, 2006). Šťastná (2006); Havrda (2006) se shodli, že anatomie, fyziologie a měření nohy patří nesporně k problematice, kterou by měl prodavač zvládat a dobře se v ní orientovat. Personál v obchodě je prodejcem či výrobcem vždy dopředu seznámen s legislativou, která právně nabývá platnosti v oblasti reklamace, který podléhá zákonu o ochraně spotřebitele. Šťastná (2006) píše, že společnost podiatrů školí ročně o certifikovaných dětských botách a apeluje na to, aby se ve specializovaných obchodech nacházely podiatrické přístroje. Na základě základních podiatrických přístrojů se dá vyhodnotit typ obuvi (Havrda, 2006). Havrda (2006) uvedl, že ČOKA má zaostřeno na zdravé obouvání, kterou se předchází deformitám především u dětí (Mayerová, 2015). ČOKA garantuje obuvnický a kožedělný průmysl v České republice, prezentuje se na akcích s centrálními orgány, obhajuje, vyzdvihuje zájmy členů, kterými disponuje, uzavírá další ustanovení a v neposlední řadě koordinuje další postup (Mayerová, 2015). Šťastná (2006) napsala, že s dalšími asociacemi se spolupodílí na tom, aby se zamezilo ilegálnímu importu nekvalitních bot do České republiky. Mayerová (2015) napsala, že ČOKA se spojuje se spoustou dalších sdružení v evropských a v mimoevropských zemích. Tyto asociace připravují programy, jako jsou speciální prezentace na obuvnických veletrzích. Kožená galanterie, jako je

Brněnské KABO nebo několik dalších organizací, připravuje studentské soutěže či akce pro začínající designéry (Mayerová, 2015). Mayerová (2015) nás seznamuje s tím, že ČOKA zajišťuje program Česká kvalita, jenž má správcovskou záštitu nad dvěma značkami kvality. Značka Zdravotně nezávadná obuv s názvem „ŽIRAFÁ“ a Komfortní obuv (Šťastná, 2006). „ŽIRAFÁ“ bude popsána později v kapitole 1.4.5 O certifikaci Žirafa (Šťastná, 2006). Od prvního března 2018 asociace disponuje přibližně šedesáti právníky a fyzickými osobami, které pracují s činnostmi ve výrobě a prodeji bot a obuvnického materiálu (Šťastná, 2006). Rovněž se zabývají prvky, spadající do vědeckého výzkumu, provádějí testovací neboli zkušební činnost a podílejí se na výuce a vzdělávání (Šťastná, 2006). ČOKA se účastní na spoustě veletrhů a výstav po celé České republice, navazuje další kontakty v obchodech u nás či v zahraničí, pracuje s informacemi o prodejcích a výrobcích obuvi či kožených výrobků, publikují na svých webových stránkách inzerce, vydávají katalogy pro firmy, řeší problémy ve výrobě bot, zakládá přednášky a odborné semináře (Šťastná, 2006). Výhodou členství v ČOKA je především zvýšení prestiže a důrazu na důvěryhodnosti, možnost mít bezplatné poradenství, propaganda a další (www.coka.cz).

1.4.3 Certifikace Žirafa

„Některé děti se chovají tak, jako kdyby neměly rodiče. To proto, že někteří rodiče se chovají tak, jako by neměli děti“. (Leonid Nikolajevič Andrejev)

Jak je již z citátu patrné, jsou to především rodiče, kdo zodpovídají za zdravý vývoj nohou svých dětí. I když je naše práce zaměřena především na deformity nohou u žen, je třeba se zamyslet, že i děti budou jednou dospělé (Mayerová, 2016). Mayerová (2016) píše, že z dívek vyrostou ženy, které budou chtít v dospělosti nosit podpatky, a proto je nutné prevenci začít již v samotném začátku. Žirafa představuje garant pro zdravotně nezávadnou obuv u dětí (www.veselatkanicka.cz). Šťastná (2006) tvrdí, že ČOKA sídlící ve Zlíně se po roce 1997 rozhodla vytvořit českou dobrovolnou certifikaci s názvem Žirafa, která má zaštitit zdravou dětskou obuv (Šťastná, 2006). Mayerová (2016) tvrdí, že obuv s označením malé žirafy je pravidelně posuzovaná Komisí pro zdravotně nezávadné obouvání, jež provádí několik zkoušek v instituci, která se zabývá testováním všech certifikací (www.detskaobuv.cz). Mayerová (2016) píše, že odtud prochází obuv, která splňuje všechny nároky a nezbytnosti, jako jsou například hygienické a ortopedické požadavky, bezpečnost atd (Mayerová, 2016). Mayerová (2016) tvrdí, že pak taková obuv dostane

certifikát, který ji chrání před nezávadností, v tomto případě se jedná o etiketu s logem žirafy a nápisem „Zdravotně nezávadná obuv – obuv pro Vaše dítě“ (Příloha 7). Šťastná (2006) uvádí, že v roce 2016 byla Českou obuvnickou a kožedělnou asociací právoplatně uznána značka kvality Komfortní obuv. Tato značka nabyla velké popularity a díky svému osvědčení má bohatý výčet pozitivních hodnocení na nadstandardní systém. Šťastná (2006) píše, že ČOKA pro velký úspěch rozběhla obdobný systém hodnocení kvality obuvi, který se bude zaměřovat na dospělé. Výběr té nejlepší obuvi je hlavní prioritou této značky a spotřebitel se tak může zcela spolehnout, že zakoupí obuv té nejlepší kvality a pečlivě stavěné konstrukce (Šťastná, 2006). Bota s touto certifikací zajišťuje pohodlí, komfort a zdravé nošení po celou dobu. Tyto boty jsou relevantně očíslované a musí splňovat další kritéria, která podléhají kvalitě. S programem Žirafa nejčastěji spolupracují značky obuvi dostupné v lékárnách, jako je Santé, Rak, KTR a DPK (www.veselatkanicka.cz). Pokud jsou boty vybírány prostřednictvím internetu na e-shopech, je důležité, aby se spotřebitel nejprve ujistil na oněch webových stránkách, zda se jedná opravdu o obuv, které spolupracuje se Žirafou (www.veselatkanicka.cz). Děti do tří let věku mají nejčastěji velikost nula a jedna. Proto je na výrobce, distributory a v neposlední řadě i na prodejce apelováno, aby byly prováděny zkoušky obuvi testující propustnost vodní páry (www.detskaobuv.cz). Tyto zkoušky jsou většinou již výrobci a distributory provedeny, takže stačí bezpečnostní a ortopedické vyhodnocení a až teprve potom lze vystavit certifikát a kompetentní visačku s žirafou (www.detskaobuv.cz).

1.4.4 Zdravá obuv

„Kdykoli nacházím na botách, které vycházejí z dílny, špatně vytlačené šnyty nebo zakřivený podpatek, nezajímá mě takto pokřivená práce. Ale zajímá mě, kde a v čem se pokřivil charakter lidí v dotyčné dílně. Je mi naprosto jasné, že lidé s pokřiveným charakterem nemohou udělat rovnou práci“. (Tomáš Baťa)

Veber (2007) píše, že pro běžné denní nošení musí bota splňovat několik zásadních pravidel, která jsou potřebná pro zdravotně nezávadnou obuv. Krátoška (1999) píše, že u bot je důležité, aby měly ideální tvar, který odpovídá anatomickému tvarování nohy a špička boty byla dostatečně kulatá (Veber, 2007). Je nezbytné, aby bota představovala pro předonoží ideálně široký prostor, který zajistí prstům volný pohyb. Jeden centimetr nadměrku je dostačující pro volný pohyb u dospělých (Straus, 1999). Veber (2007) tvrdí, že u dětí se míra může lišit z důvodu neukončeného růstu, nejčastěji se pohybuje od jedné

po jeden a půl centimetru. Součková (2015) tvrdí, že vnitřní strana boty musí být strmá, protože jedině tak nebude docházet k útlaku a pozdějším deformitám prstů nohy (Mayerová, 2016; Toppischová, 2008). Smetana (2003) uvádí, že za zdravou neboli zdravotně nezávadnou obuv považujeme obuv pohodlnou, přinášející noze komfort a podporu pro všechny její funkce mimo jiné (Horák, 2004). Larsen (2005) píše, že do funkcí patří např. chůze, běhání, skákání anebo stoj (Horák, 2004). Bota má chránit nohu před vnějšími okolnostmi a vlivy, v žádném případě ji nesmí nijak poškodit či ovlivnit tvarově (Veber, 2007). Larsen (2009) je názoru, že aby byla obuv zdravotně nezávadná a mohla nosit přívlastek zdravá, je nutná certifikace, která je opatřena zvláštními piktogramy. Pročková (2016a) píše, že obuv jde s módními trendy neustále kupředu, zejména ženy jsou největším ohniskem vybírání. Fešar (2008) uvádí, že dámské obutí je speciálně ušito, aby noha opticky evokovala pocit, že působí zmenšeně a úzce. Tím je i celá dolní končetina opticky delší a štíhlejší. Pročková (2016b) tvrdí, že z téměř osmdesáti procent žen nosí boty o celý centimetr užší, než je skutečně třeba vzhledem k velikosti jejich chodidel (Mueller, 2008). Fešar (2008) píše, že aby byla obuv zdravotně nezávadná a pro nohu zdravá, je důležité, aby měla správný tvar a dostatečně kulatou špičku, která noze dopřeje prostor a v neposlední řadě musí splňovat i ohebnost v místě, kde jsou prsty (Mayerová, 2016). Poděbradská (2015) píše, že tuhá a tvrdá podrážka zamezuje dobré ohebnosti a znemožňuje komfortní chůzi, proto je velmi stěžejní, aby byla bota z kvalitních materiálů a měla dostatečnou tloušťku a tuhý podešev (Poděbradská, 2015). Krátoška (1999) píše, že pokud je bota příliš těsná, tak dochází k poškození nohy různými oděrkami, puchýři, otlačeninami, které označujeme jako hyperkeratotická ložiska (Fešar, 2008). Součková (2015) uvádí, že těsná bota nohu utlačuje, což vede ke vzniku subunguálního hematomu, a to zapříčiňuje zhoršení trofiky měkkých tkání (Borský, 2009). Borský (2009) napsal, že pacientky se setkávají s deformitami prstů, které se odchýlily od dlouhé osy nohy a udávají pocit útlaku v oblasti nártu. Havrda (2006) tvrdí, že zdravou botu rovněž tvoří i správný svršek obuvi, který je spíše trendem odrazu dnešní módy. Smetana (2003) píše, že je proto velmi důležité, aby si ženy vybíraly botu, která bude nejlépe fixovat nohu a bude v ní dostatečně zabráněno posuny nohu uvnitř (Borský, 2009). Nejlepší pro výběr je obuv na šněrování klasickými tkaničkami, na přezku či na suchý zip. Borský (2009) píše, že obuv z textilu či z pravé kůže představuje ten nejlepší materiál, protože je dobře vzdušný pro potící se nohu a noha se díky nim dobře vytvarovává, v neposlední řadě je pro nohu vytvořeno ideální mikroklima (Horák, 2004). I opatek má své standardy (Kozma, 2016). Součková (2015)

uvádí, že pokud je dost dlouhý a hlavně pevný, je zaručena výborná fixace pro nohu. V opatku by nemělo dojít k žádným pohybům paty do stran (Krátoska, 1999). Mueller (2008) napsal, že k poškozování kloubů a samozřejmě i páteře dochází kvůli tvrdému došlapu na tvrdý terén. Zmírnit tyto nárazy se dají již představovanými protetickými stélkami či gumovým podešvem (Fešar, 2008). Avšak Součková (2015) uvádí, že nesmíme opomenout fakt, že co se týče vložek určených do bot, není jejich problematika ještě stále dostatečně prozkoumána. Borský (2009) píše, že tyto stélky jsou vhodné u maximální zátěže a u deformit nohou. Stélky zdánlivě nevyřeší celý problém, je nutné, aby si pacientky vybíraly i ortopedickou obuv, do níž je ještě vhodné vložit ortopedickou stélku (Borský, 2009). Veber (2007) píše, že kouzlo samotné prevence tkví ve cvičení a chození na bosu. Číslování obuvi nemá ucelený celosvětový systém. Slezáková (2015) uvádí, že na výběr jsou čtyři druhy hodnocení číslování bot (www.zirafka.com). Velikost bot se řídí palcovým systémem původem z Anglie a ten čísluje délku nohy jako chodidla (Slezáková, 2015). Od čtyřech do osmi palců je číslo jedna až třináct (www.zirafka.com). Francouzský systém nabízí měření délky bot a metrický systém je rozdělen na centimetrový, jenž udává délku boty a milimetrový měří délku chodidla (Borský, 2009). Borský (2009) nás seznamuje s informací, že aby bylo měření čísla nohy co nejvíce relevantní, je obecně doporučováno vybírat si obuv nejlépe v odpoledních hodinách, protože noha je již nějakou dobu přes den zatížena a je tedy oteklejší a celkově větší. Fešar (2008) píše, že tato svalová síla by neměla během zkoušení obuvi ženám působit nepříjemné tlaky, bolesti či pocit narušeného komfortu během výšlapu. Pokud bota tlačí, je velmi často společensky zažitý nesmysl, že se povytáhne (Fešar, 2008). Fešar (2008) uvádí, že noze vždy a při každém nošení způsobí odřeniny, otlaky či nepříjemné puchýře. Pokud se žena rozhodne pro ortopedickou obuv a současně používání ortopedických vložek, je nutné včas upozornit na to, aby bota měla možnost odejmout stélku uvnitř (Horák, 2004). Pro informaci zde seznamujeme s tzv. fenoménem barefoot (Pročková, 2016a). Pročková (2016b) píše, že se jedná o bosou nohu, která s sebou přináší nový pohled na obouvání poddajné, tedy flexibilní obuvi. Uvnitř této boty noha funguje, jako by chodila naboso (Pročková, 2016a). Pročková (2016b) nás seznamuje s tím, že praktická výhoda této obuvi je ta, že v ní dochází k velmi tišivému došlapu na podložku. Skaličková et al. (2016) nás seznamuje s tím, že soft podrážka poskytuje pro senzorickou vazbu nohy komfort a výborné řešení konstrukce v přední části boty. Pročková (2016a) tvrdí, že barefoot je vhodný pro ženy a muže všech věkových kategorií i děti. Ve výrobě je lifestyle, fitness či running typ. Pročková, (2016b) uvádí, že barefoot je moderní,

nadčasová obuvnická novinka, která je anatomicky řešená tak, aby noze poskytovala pružnou chůzi a díky ní noha vnímala povrch terénu zcela bez rizika (Pročková, 2016a). Při nošení barefoot obuvi je ze začátku vhodné chodit po přírodních materiálech, ze kterých je podložka (Kratoška, 1999). Noha si tímto tak povrch lépe prozkoumá a zareaguje na podněty vnímavěji (Pročková, 2016b).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

1. Zjistit jaký má vliv obuv na deformitu nohy u žen.
2. Zjistit jakou roli sestra zastává v prevenci této problematiky.

2.2 Výzkumné otázky

1. VO: Jaký je význam nošení obuvi na vysokém podpatku u žen a jak se toto promítne později na noze?
2. VO: Jakou roli sestry připisují prevenci v této problematice?

2.3 Operacionalizace

2.3.1 Operacionalizace pojmů

Ortopedická obuv – obuv, kompenzující vady nohou. Zhotovuje se individuálně, základem je kopyto. Často je využívána zdravotní obuv či ortopedicky upravená konfekční obuv. Vždy záleží na typu a stupni deformity. Je vyráběná přísně podle anatomickofyziologických požadavků pro nohu. Noze přináší správnou oporu a podešev tvoří proti nárazovou bariéru i pro ostatní klouby na dolní končetině. Drobné klouby na noze jsou znehybněny a místa citlivá na tlak jsou odlehčena (Kraus, 2004).

Hallux valgus – (vbočený palec) patří do získaných deformit předonoží. Tato deformita má příčinu v nevhodně nošené obuvi, která představuje pro nohu velkou zátěž. Geneticky podmíněná vada (Baravarian, 2014).

Hallux rigidus - (ztuhlý palec) deformita spadající do získaných vad nohou. Podmíněna degenerací prvního MTP kloubu v místech první nártní kosti a palce. Nachází se zde artróza, která znehybňuje palec a vznikají bolesti při zátěži (Giza, 2015).

Všeobecná sestra – zdravotnický pracovník, poskytující ošetrovatelskou péči za účelem udržení a navrácení zdraví při uspokojování biopsychosociálních potřeb pozmeněných nemocí jednotlivce či skupiny (zák. č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, v souladu s vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků).

Prevence – souhrn lidských činností, které cíleně snižují nástup nových onemocnění či zpomalují, zastavují další vývoj nemoci. Prevence má fokus v předcházení vzniku choroby nebo zavčas zpomalit rozvoj onemocnění a eliminovat tím důsledky choroby i poruchy zdraví. Rozlišujeme prevenci primární, sekundární a terciální (Kukla, 2016).

3 METODIKA

3.1 Metodika výzkumu

Praktická část této diplomové práce byla zpracována kvalitativní výzkumem. Formou polostrukturovaných rozhovorů bylo zrealizováno výzkumné šetření s dvaceti respondenty. Respondenty tvořily pouze sestry, které pracují na ortopedickém oddělení nebo v ortopedických ambulancích. Výzkumné šetření proběhlo ve dvou zkoumaných nemocnicích, v Jihočeské nemocnici a v nemocnici na Vysočině. Více informací o těchto dvou nemocnicích budou z anonymních důvodů utajeny. Všichni respondenti byli vždy dopředu seznámeni s tématem diplomové práce a s otázkami v rozhovoru. Každý z rozhovorů byl veden dle okruhů otázek, který měly respondenti vyvěšený na svém pracovišti od vrchní sestry. A každý rozhovor se týkal deformit nohou způsobené obuví na vysokém podpatku, rolí sestry v prevenci a sesterskou edukací pacientek. Otázky byly pokládány otevřeným způsobem tak, aby respondenti odpověděli svými slovy. Rozhovor obsahoval dvacet otázek, přičemž byla někdy položena i podotázka pro upřesnění odpovědi. Okruh otázek v rozhovoru se může rozdělit na tři části, první část zkoumá obuv na vysokém podpatku, druhá část popisuje, jak sestry vnímají edukaci v prevenci a ve třetí části popisuje s čím pacientky přicházejí či jaké potíže verbalizují v souvislosti s deformitami nohou způsobené nezdravou obuví. Rozhovory byly doslovně přepsány přímo na místě vedení, nebyl proto tedy použit diktafon. Pro zaznamenání rozhovorů byl použit Microsoft Office Word (viz CD). Každý informátor musel sdělit kolik je mu let, jaké má dosažené vzdělání, počet let odpracované praxe v profesi sestry a počet let praxe na ortopedii. Všichni respondenti poskytli rozhovor přímo na pracovišti ve své pracovní době v odpoledních hodinách, kdy chodí na oddělení návštěvy a v ambulancích těsně před koncem nebo chvíli po skončení pracovní doby. Sběr informací k rozhovoru proběhl vždy osobně a ústně na předem dohodnutém místě a čase. Většinou respondenti odkazovali na své kolegy, doporučení lze tedy brát jako *snowball technique* (Švaříček a Šed'ová, 2014). Výzkumné šetření pro diplomovou práci probíhalo v měsíci únoru 2019. Pro zanalyzování všech rozhovorů byla využita metoda *papír a tužka* (Švaříček a Šed'ová, 2014). Tímto se v dostatečném rozsahu zjistil počet probandů, kteří v rozhovoru měli stejné odpovědi. Dle práva respondentů, byla všem dopředu nabídnuta možnost následného odeslání diplomové práce v elektronické podobě a přislíbeno tak v měsíci květnu 2019.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Ve výzkumném šetření bylo osloveno 20 sester respondentek. Výzkumné šetření probíhalo v kvalitativním výzkumu. Polostrukturovaným rozhovorem byly sebrány informace od jednotlivých probandů. Respondenti pracovaly na ortopedickém oddělení nebo v ortopedických ambulancích, tím bylo lépe uskutečněno nahlédnutí do celé ortopedické problematiky a výpovědi byly tak i mnohem relevantnější než od respondentů z jiného oddělení. Deset informátorů se nacházelo v Jihočeské nemocnici odkud byly přímo sebrány data a dalších deset v nemocnici na Vysočině, kde rozhovor probíhal stejným způsobem. Mezi těmito 20 sestrami se nachází jeden muž, který pracuje na pozici Všeobecné sestry na ortopedickém oddělení na Vysočině. V tomto výzkumném šetření se nachází sestry s dosažením vzdělání buď středoškolským, vyšším odborném s titulem diplomovaný specialista A v neposlední řadě s vysokoškolským vzděláním s titulem bakalář a magistr. Nenachází se žádný zdravotnický asistent v tomto šetření. Pro ucelený přehled v rámci diskuse uvádíme tabulku, ve které je vše o probandech přehledným způsobem zaznamenáno (viz v tabulce identifikačních údajích). Sestry jsou jednoduše označeny od R1 – R20, přičemž R = respondent.

Tabulka 1 identifikace respondentů – sestry

Jihočeská nemocnice				
	Věk	Celková praxe	Praxe na ortopedii	Vzdělání
Sestra – R1	42	16 let	10 let	Mgr.
Sestra – R2	26	3 roky	2,5 let	Bc.
Sestra – R3	35	9 let	3 roky	Dis.
Sestra – R4	44	25 let	5 let	SZŠ
Sestra – R5	32	8 let	6,5 let	Mgr.
Sestra – R6	58	39 let	13 let	SZŠ
Sestra – R7	29	7 let	1 rok	Bc.
Sestra – R8	37	15 let	6 let	Dis.
Sestra – R9	53	33 let	15 let	SZŠ
Sestra – R10	29	7 let	5 let	Bc.

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 2 Identifikace respondentů – sestry

Nemocnice na Vysočině					
	Věk		Celková praxe	Praxe na ortopedii	Vzdělání
Sestra – R11	36	12 let		5,5 let	Bc.
Sestra – R12	42	22 let		8 let	SZŠ
Sestra – R13	56	36 let		12 let	SZŠ
Sestra – R14	58	40 let		9 let	SZŠ.
Sestra – R15	32	9 let		2 roky	Dis.
Sestra – R16	49	30 let		15 let	SZŠ
Sestra – R17	55	30 let		7 let	SZŠ
Sestra – R18	24	1 rok		6 měsíců	Dis.
Sestra – R19	37	17 let		13 let	SZŠ
Sestra – R20	25	2 roky		2 roky	Bc.

Zdroj: Vlastní zpracování

Legenda:

Bc. = baccalaureus, tj. bakalář

Dis. = diplomovaný specislista

Mgr. = magister, tj. magistr

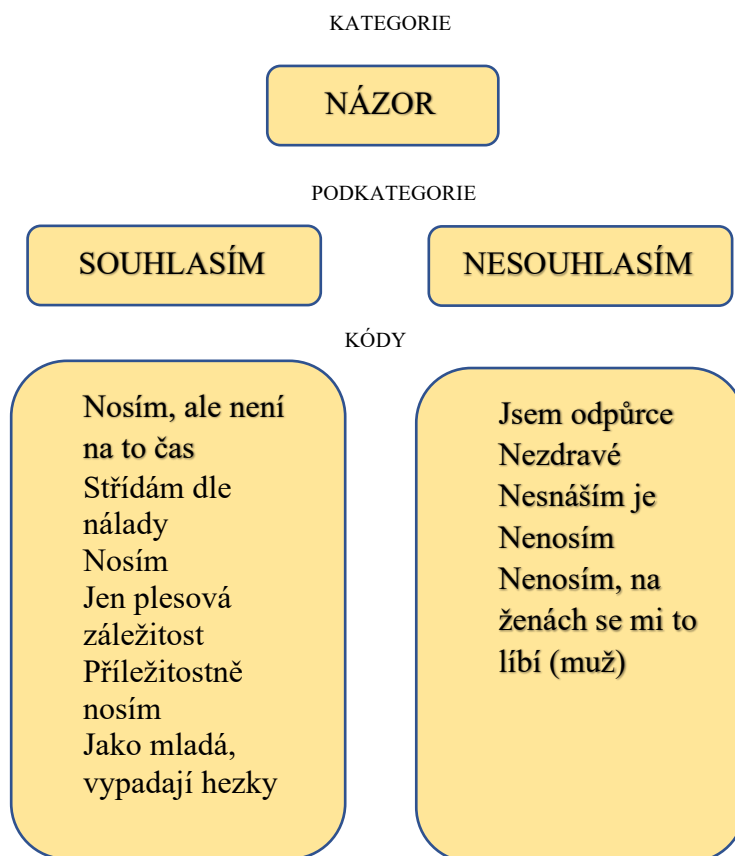
R = respondent

SZŠ = střední zdravotnická škola

4 VÝSLEDKY

4.1 Výsledky kvalitativního šetření

Diagram 1 Boty na vysokém podpatku



Zdroj: Vlastní zpracování

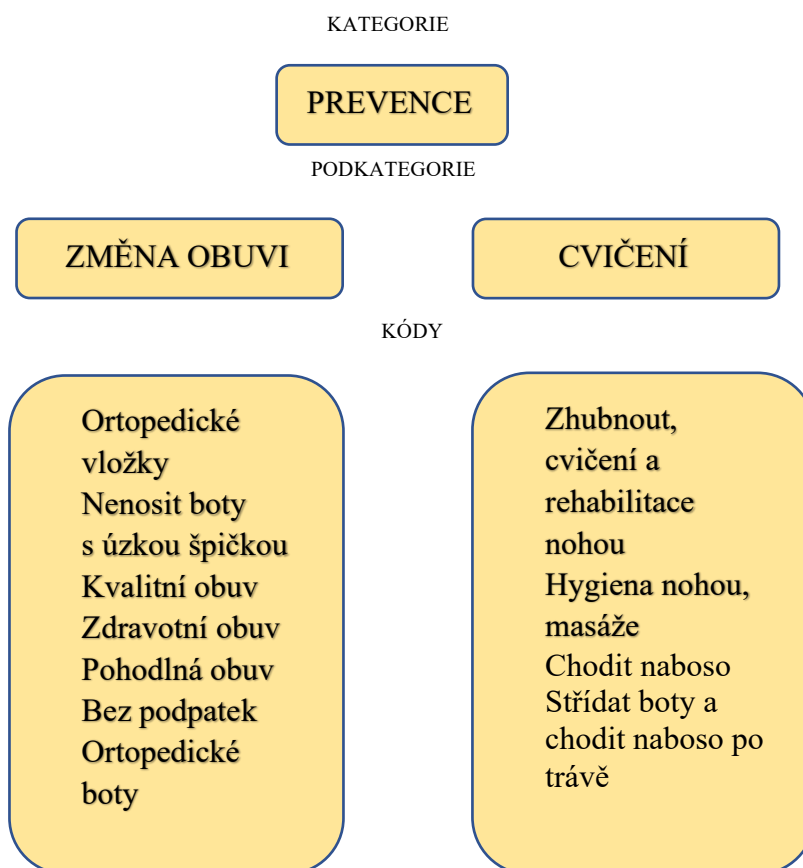
Názor na obuv na vysokém podpatku

Diagram 1 nám napovídá, že probandi byli dotazováni na to, jaký mají názor na obuv na vysokém podpatku. Diagram obsahuje jednu kategorii s názvem názor a dvě podkategorie s názvem na Souhlasím a Nesouhlasím. Podkategorie přehledně třídí dva rozdílné názory, které jednoznačně vystihují celý pohled na věc mezi jednotlivci. Odpovědi respondentů se nejčastěji shodovaly v tom, že nohy jsou sice v botách na podpatku krásné a štíhlé, ale to s sebou přináší i spoustu zdravotních komplikací a rizik. Předkládáme i odpověď, která bohužel i hanobila podpatky. Často se nad touto otázkou respondenti pozastavili a přemýšleli, jaký vlastně mají na obuv na vysokém podpatku názor. Ve většině případů, tedy kladný, ale nošení dle výpovědí není na každý den vhodné. Vzhledem k tomu, že

v našem výzkumném souboru jsou informátoři ve věku 50+, tak se odpovědi mnohdy velmi odlišují od mladších respondentů. Mladší probandi aktivně vyhledávají tuto obuv a nedají na ni dopustit, zatímco starší probandi si této obuvi „užili“ dost vykazují, že raději volí obuv bez podpatku. Rovněž se odpovědi odrážely i od pracovních zkušeností, protože z respondentů byly dost často oslovovány sestry pracující na ambulanci, které se setkávaly s deformitami velice často oproti sestrám pracujících na lůžkách. Porovnejme dvě odlišné odpovědi od dvou respondentů kolegů. R4 uvádí, že „*Sama je nosím, takže dobrý, ale není to na každé den. Nosím je na střídačku a podle nálady nebo podle počasí*“. Odlišná odpověď od R7: „*Mám na to dost negativní názor. Pracuju v nožní ambulanci, takže přímo vidím, co k nám potom chodí a že je to dost nevyhovující. Za mě rozhodně ne*“. Zde se střetávají dva rozporuplné názory na obuv na vysokém podpatku. Dá se tedy předpokládat, že některé sestry jsou opravdu ze své profese natolik zkušené a ponaučené, že se snaží této obuvi vyhýbat. Naopak neutrální odpověď od R6: „*Jako jo, líbí se mi to, ale jenom na ples je to hezký. Na takový akce si je беру, ale jinak vím, že je to hrozně nezdravý a moc příjemný to taky nebude. Proč to pokoušet?*“. Tento respondent se na celou věc dívá celkem s nadhledem. Obuv na vysokém podpatku nijak nezavrhuje a příležitostně si je obuje i když si je vědom, možných rizik a bolestí. Nacházíme zde i odpověď od informátora, který je opačného pohlaví, a proto jsme se zaměřili i na jeho názor. R11 tvrdí, že: „*Takže jako chlapovi se mi to líbí, ale ze zdravotního hlediska to není úplně ideální pro klenbu, ale záleží taky na tom, jak dlouho se v tom chodí. Jestli se to nosí celý den nebo jednorázově pár hodin*“. Z čehož jasně plyne, že doba, po kterou jsou nohy v obuvi na vysokém podpatku ovlivňuje možnost získání vady nohou. R18 uvedl, že: „*Já to moc nepreferuju vzhledem k tomu, když jsou ty holky vysoký, a ještě si vezmou štekle, tak to je jak žirafa pak. Spíš jen na parádu*“. Z této odpovědi lze poznat, že spousta respondentů vnímá boty na vysokém podpatku jako něco, co nemá dobrý vliv na nohy. Berou na vědomí, že nohy jsou opticky delší a štíhlejší, ale pro nohu a pro její anatomickofyziologické postavení nejsou podpatky zdravé. R19 se dostává do samotného jádra problému: „*Nenosím to pro bolest nohou. Mám špatné zkušenosti a taky to máme v rodině. Prej to geneticky ovlivňuje z 20 %*“. Informátor je názoru, že vznik deformit nohou ovlivňuje z 20 % rodinné predispozice. Mimo jiné, byly to právě bolesti, které donutily tohoto respondenta, aby přestal nosit boty na vysokém podpatku. Avšak zajímavou odpověď jsme obdrželi od R20: „*Obecně si myslím, že nošení bot s vysokým podpatkem není zdravý. Sama se snažím je nosit co nejmíň, ale někdy je to nejlepší doplněk. Ve svém okolí mám plno ženských co je nosí každé den, ale zatím žádná kvůli*

tomu neměla nějaký zdravotní problémy“. Z této odpovědi lze vyzorovat, že si proband není vědom toho, že by z jeho okolí měla žena získanou deformitu. Avšak namítl, že se podpatkům snaží vyhýbat, ale příležitostně si je nazuje.

Diagram 2 Předcházení deformit nohou



Zdroj: Vlastní zpracování

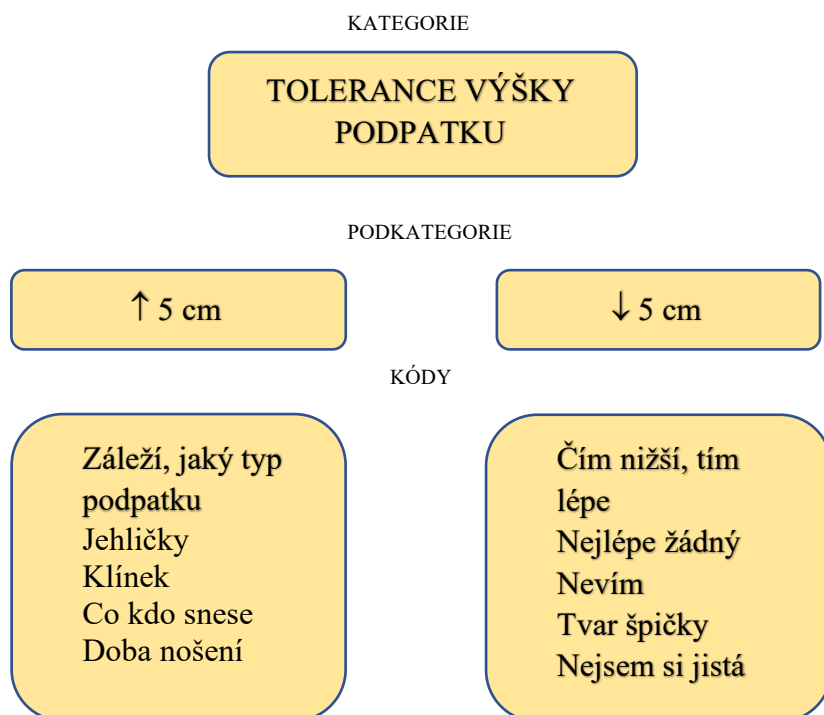
Prevence před deformitami nohou

Tyto kategorie přinášejí informaci o tom, jaké mají probandi povědomí o prevenci deformit nohy. Odpovědi, které jsme měli od respondentů nejčastěji, jsme prezentovali do podkategorií Změna obuvi a Cvičení. Lehce jsme tyto dvě podkategorie rozšířili pomocí několika kódů, které více upřesnily celou problematiku zabývající se prevencí. Probandi se měli vyjádřit, k tomu, které kroky vedou k předcházení získaných vad z nošení nevhodné obuvi. Nejčastěji se odpovědi shodovaly v tom, že by mělo být dodržováno pravidelné cvičení nohou, masáže či chození naboso. Potom se opakovaly, jaká by měla být obuv. Například, že by se neměly nosit boty na vysokém podpatku, měly by se využívat ortopedické stélky, využívat ortopedickou obuv a také se nejvíce

zmiňovali o vhodnosti chození v písku či po šterku. R20 se k prevenci vyjádřil: „*Snížit hmotnost, pokud má žena nadváhu. Pokud má predispozice: nosit vhodnou obuv, která nemá úzkou špičku, a cvičit v rámci RHB nohy*“. Tento respondent celou prevenci chápe tak, že by bylo vhodné snížit hmotnost a tím by se nohám ulevilo v první řadě. Zmiňuje se ve své výpovědi i tom, že roli hrají i genetické predispozice, takže by bylo zcela na místě u těchto žen, aby v rámci předcházení rehabilitovaly a nenosily obuv s úzkou špičkou. R13 uvádí, že: „*Podle mě prevence taky není všechno. Obecně by se mělo o nohy starat, pedikúra, dobrá hygiena, chození na bosu, vyhýbat se levným botám a podpatky nosit výjimečně*“. Tento respondent nejspíše prevenci nedůvěřuje, ale vyjmenoval několik kroků a zásad, které mají vliv na nohy. Chození na bosu je nejvyhledávanější technikou první volby, jak předejít deformitám a přispět tak dobré péči o nohy. R7 se zmiňuje i o volbě podpatku: „*Vybrat správnou obuv a správnou šířku pro předonoží. Podpatek do 2 cm*“. Tento respondent jasně uvedl, že by ženy neměly otálet s výběrem obuvi a šířka obuvi je důležitým prvkem pro předonoží aby tato část nohy nebyla v obuvi utiskována. R10 uvádí, že: „*Ženy by se měly především vyhýbat podpatkům. Když už, tak raději zvolit klínky, ty jsou pro nohu lepší. Nejlepší je nosit ortopedickou obuv, není sice moc pěkná, ale noze dělá dobře*“. I zde u tohoto respondenta je vyzdvižována ortopedická obuv jako jediné možné řešení před získanými vadami nohou. R6 tvrdí, že: „*Nenosit úzký boty, to by se měli lidi odnaučit v první řadě. Nejsou dobrý ani ty úplně rovný a je nutný vybrat správnou velikost boty. Často lidi chodí v očíslu menších nebo větších botách. Nechápu proč*“. Tento informátor si dokonce i všimnul, že ve své praxi chodí ženy ve špatně zvolených botách. Nejspíše volí o číslo menší či o číslo větší obuv, z důvodu toho že, v obchodě při výběru bot pro jejich velikost neodpovídá daná oblíbená bota, a tak raději koupí špatnou velikost. R8 zde přichází jako jediný s originálním názorem či nápadem, že: „*Správná a dostatečně široká obuv je stěžejním bodem pro to, aby se deformitám dalo bezpečně předejít. Nemají se moc nosit podpatky. Noha by se měla cvičit např. sbíráním drobných věcí ze země nebo chození naboso po trávě či v písku*“. Tento respondent zřejmě vidí, jako vhodnou prevenci před deformitami nohou cvičení typem, že se sbírá předmět ze země. Podobná odpověď zaznívá i u R4, který navíc přichází s názorem o stélkách „*Nosit pohodlnou obuv, dostatečně širokou, chodit bosky, používat vložky jako prevenci*“. Stručně a jasně vystižená odpověď která předkládá dobré zkušenosti o ortopedických vložkách, které jsou zřejmě stále málo využívány. R13 uvedl, že „*Vhodné jsou podle mě masáže, to kolikrát pomůže víc než jen nošení vhodné obuvi. Podpatky se střídát mohou, ale ta masáž není vůbec špatná*“. Odpověď u R11 se ubírá

trochu jiným směrem: „*Využívat ortopedické stélky, kvalitní obuv. Volit rozhodně značkovou než obuv od Vietnamců*“. Tento proband čelí názoru, že obuv vyráběná a distribuovaná z Asijského kontinentu, není zela v pořádku. O Vhodnosti nosit opět kvalitní obuv a ortopedické stélky se zde již po několikáté opakuje.

Diagram 3 Výška podpatku



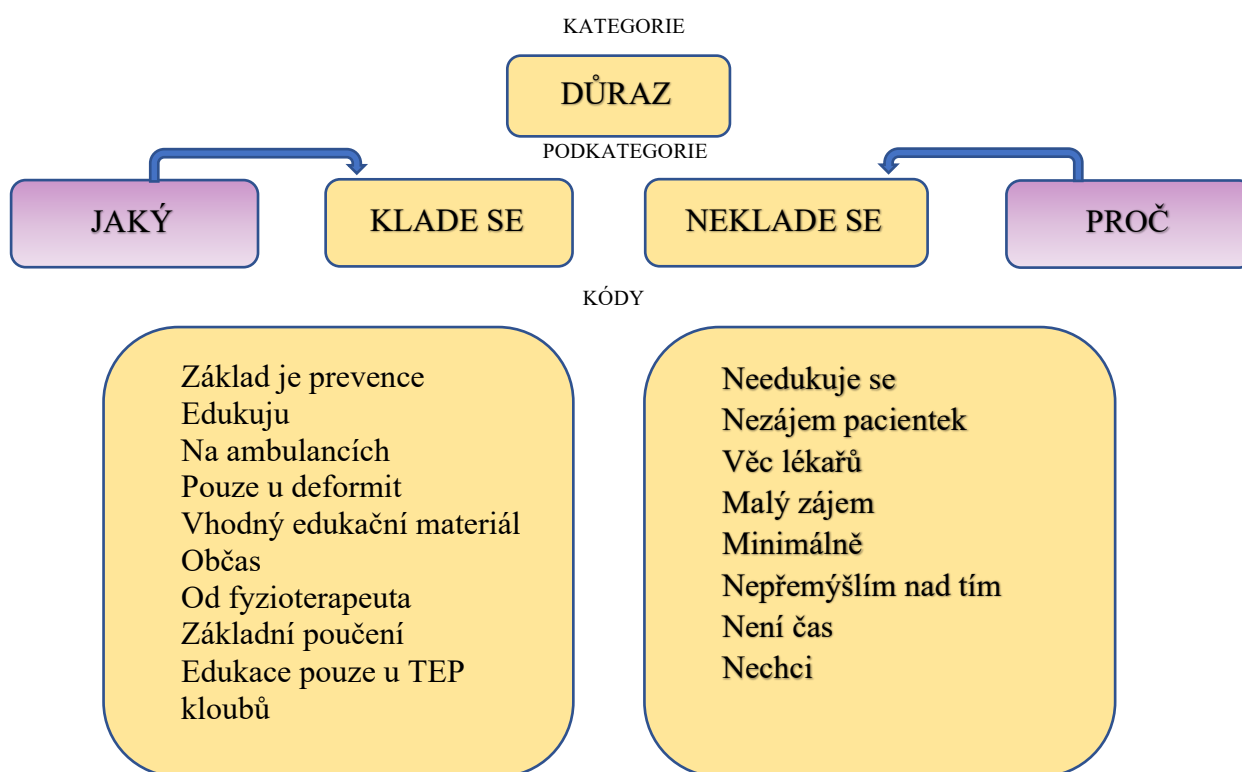
Zdroj: Vlastní zpracování

Maximálně možná výška podpatku

Tato otázka měla od respondentů zjistit, kolik centimetrů navíc je noha schopná zvládnout na vyšším podpatku. Proto jsme vybrali dvě hlavní podkategorie Pod pět centimetrů a Nad pět centimetrů. Tyto odpovědi byly nejvíce diskutovanými mezi respondenty a dobře tak vyhodnocují pohled na to, kolik by měl měřit podpatek u obuvi. Probandi často nevěděli, zda je jejich odpověď správná, takže pokud byl hromadný skupinový rozhovor začali otevřeně diskutovat jaká odpověď je správná. Respondent 20, který neměl tušení a svůj typ nechtěl sdělit se vyjádřil jiným způsobem: „*Nevím. Podle mě nejvíce závisí na tvaru špičky boty*“. I zde lze chápat z této odpovědi, že si proband svojí odpovědí nebyl jistý, proto odpověděl tak, že záleží na tvaru špičky obuvi. Rovněž se dá z odpovědi vydedukovat, že nezáleží na tom, jaká je výška podpatku, ale jak moc je široká a tvarovaná přední část obuvi pro přednoží. Naproti tomu R1, R2, R4 a R5 se naprosto

shodují v odpovědi: „5 cm“. Pět centimetr tedy zřejmě stačí k tomu, aby byla zachována fyziologie nohy v chůzi v botě na podpatku. Nesmíme však opomenout, že i pro velký vliv módy na obuv má zde i své místo především pohodlí. R3 tvrdí, že pro pohodlí nohy stačí: „3 cm“. R6 a R8 se shodují v názoru, že výška má být: „1 cm“. R7 uvedl že ideální pro stabilitu nohy je „3 cm“. Názor R9, je „do 3 cm“. R10 se vyjádřil „do 2 cm“. V jihočeské nemocnici se odpovědi pohybovaly do pěti centimetrů maximálně. Odpovědi v nemocnici na Vysočině jsou zcela obdobné. R11 a R18 se shodují, že podpatek by měl měřit maximálně do „5 cm“. R12 tvrdí, že „3–5 cm“. R17 svoji odpověď rozvedl a uvedl, že: „Není podpatek jako podpatek, ty jehličkové jsou špatnou volbou. Jednotlivý podpatek, jako ten na klínu asi do těch 4 cm“. Tento respondent vnímá rozdíl mezi podpatky v tom, že jinou výšku bude mít obuv na klínku a obuv na klasickém podpatku. R13 odpověděl stejně jako R14 a R15: „5 cm“. S touto odpovědí se dost často probandí ztotožňovali, protože měli pocit, že pětcentimetrová výška je ještě tolerovatelná a pro fyziologickou stavbu nohy nepředstavuje žádné riziko vzniku deformit. R16 dodává, že: „Řekla bych asi těch 5 cm, ale jde taky o to, jak dlouho se ty boty nosí. Pokud to budou třeba desetcentimetrové štkle a bude je někdo nosit 12 hodin tak je to taky o něčem jiném, že jo“. Z této odpovědi je patrné, že respondent vidí největší problém v tom, jak dlouho je noha obutá v botě na vysokém podpatku. Zde informátor poukazuje na to, že čas hraje velmi důležitou roli, protože výška podpatku ovlivňuje to, jaké noha bude mít postavení a odtud se odvíjí i to, zda se noha bude postupně dále deformovat. R18 si není jistý, proto uvádí, že: „Nevím, jestli je to dobře, ale okolo 5–6 cm by se to cca mohlo asi pohybovat“. Další odpověď, která zřejmě akceptuje výšku podpatku u obuvi mezi pěti až šesti centimetry. Informátoři jsou ze své praxe zřejmě dost často fundovaní v této problematice. R19 se názorově od ostatních respondentů úplně odlišuje, tvrdí, že: „2 cm“. Taková odpověď zde ještě nezazněla a zřejmě to informátor chápe z pohledu prevence, že by měl být podpatek co nejnižší, aby noha byla v pořádku. Odpověď od R20: „4 cm“. Zde i tento informátor je názoru, že pro nohu je nejlepší, když podpatek je pod pět centimetrů. Tato odpověď se ubírá opět preventabilním směrem, protože fyziologicky je noha v postavení bez podpatku.

Diagram 4 Edukace pacientek



Zdroj: Vlastní zpracování

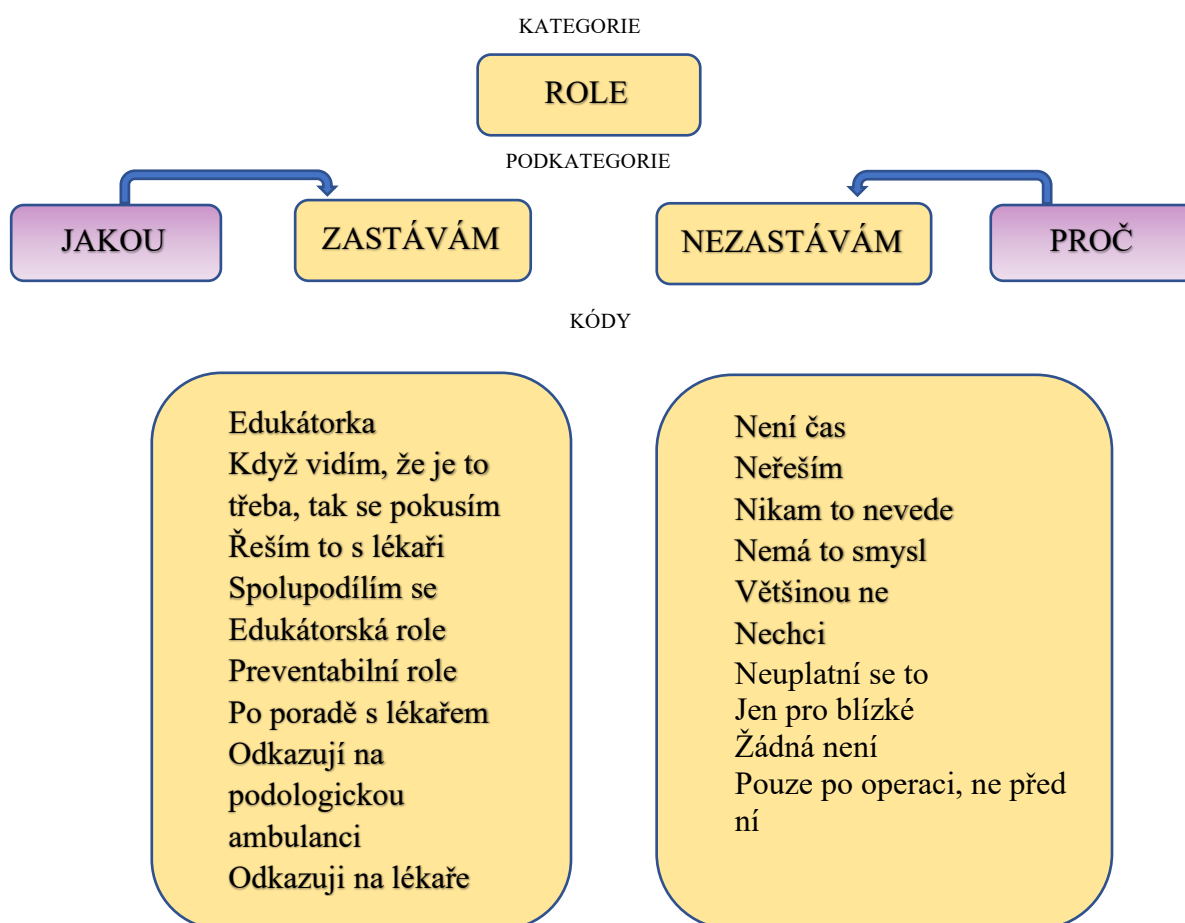
Edukování žen pacientek v oblasti prevence

V tomto schématu můžeme vyčíst, že respondenti byli dotazováni na to, zda je ze strany sester kladen důraz na prevenci v oblasti nošení podpatků. V diagramu jsme vytvořili kategorií s názvem Důraz, který je dále rozdělen na dvě podkategorie s názvy Klade se a Neklade se. K těmto dvěma podkategoriím je rozdělena odnož, která má jen lépe upřesnit tyto dvě podkategorie. Pokud se důraz na prevenci klade, chtěli jsme se dozvědět o jaký se přesně důraz jedná a pokud se neklade tak z jakého důvodu, tedy proč. Informátoři nejvíce odpovídali, že by jejich edukace pro pacientky mohla být mnohem užitečnější a přínosnější, kdyby o ni měly pacientky zájem. Ovšem někteří respondenti však měli pocit, že je to výhradně věcí lékaře nikoliv sester. Zbylé sestry se edukovat snaží a jejich prevence je na místě, ale je už samozřejmě na každé z pacientek, jaký k ní zaujme postoj. V následujících výpovědích, se dozvíme několik pohledů na věc. R1 uvedl, že: „*Nepřijdeme do styku s edukací a není možnost edukovat*“. Tento informátor jasně tvrdí, že ve své práci se neseťkává s tím, že by se kladl důraz na edukaci pacientek, které by mohly předcházet získaným vadám nohy. Stejně odpovídá i R2: „*Tady needukujeme, k nám přijdou zdeformovaný už ty ženský*“. Z této odpovědi, můžeme usuzovat, že ženy

přicházejí pozdě k lékaři až když už mají rozvinutou deformitu nohy, a proto tento informátor nabývá názoru, že se zde již u těchto žen prevence nemá možnost uplatnit. R1 a R2 tedy jasně uvedli, že sami needukují a pro edukaci ze strany sester není prostor. Obdobná odpověď, ale s dodáním, že prevence je výhradně věcí lékaře jsme se dozvěděli od R3, který tvrdil, že: „*Nemyslím si, že se klade velký důraz, spíš je to věc lékařů*“. Tato sestra, nemá pocit, že by sestry ženy pacientky edukovali ohledně nošení obuvi na vysokém podpatku. Zaznělo zde, že je to kompetencí lékaře a tento názor sdílí i R5: „*Je to na lékařích. Edukují většinou oni, ale až když už je vzniklá deformita*“. Prevence tedy je v opravdu malém měřítku ze strany sestry, dostává se ženám pacientkám od lékařů, ale až když přicházejí s vadou nohy. R8 řekl, že: „*Myslím si, že edukace v této oblasti probíhá úplně minimálně a pouze u pacientek, které již mají nějaké deformity nohy. Na edukaci v této oblasti by se mělo daleko více dbát a například vytvořit nějaký edukační materiál pro ženy, který by byl dostupný v ortopedických ordinacích*“. Tento informátor, si je vědom toho, že prevence není taková, jaká by měla být. Celou situaci vystihl tak, že je rozhodně na místě, aby se sestry zdokonalily v oblasti prevence a edukační materiál by mohl pomoci k tomu, aby celé edukování v oblasti prevence deformit mělo větší hodnotu. R10 zmiňuje, že: „*Já nad tím nikdy takhle nepřemýšlela, ženský si stejně budou podle mě nosit co chtějí dál*“. Tato sestra, se zřejmě ve své praxi setkává nejčastěji s tím, že ženy pacientky jsou neukázněné a pro vzhled budou i nadále nosit obuv na vysokém podpatku dál. Bolesti či deformity pro ně nejsou překážkou a doporučení neberou mnohdy tak úplně vážně. Opačná odpověď, kterou jsme dostali od R6: „*U nás na ambulancích klademe velký důraz, ano. To je základ*“. Tento proband, ve své profesi edukuje i s dalšími kolegyněmi. Prozradil, že pracuje v ambulanci, tudíž se prevence účastní i on a celá problematika se edukací řeší. R4 řekl, že: „*U nás velký se klade velký důraz, lékaři upozorňují ženy hodně, je to jejich náplň práce a spadá to pod prevenci*“. Zde se prevence uplatňuje také pro ženy pacientky, ovšem ze strany lékařů. Edukování zřejmě probíhá dostatečně a má velký význam, ale tato sestra zmínila, že ji vykonává lékař. Na rozdíl od R7, který uvedl, že: „*Malej význam to má. Lidi po tom nepátrají. Ještě kolikrát přijdou s podpatkama na ambulanci*“. Edukace není žádaná ve smyslu, toho že by byla vyhledávaná ze strany žen pacientek, proto se nevykonává. Proband uvedl, že s již rozběhlou deformitou ženy přijdou na ambulanci v nevhodné obuvi na vysokém podpatku. R20, řekl, že: „*Nevím, jak je to v rámci primární prevence, nepracuji na ambulanci. Ovšem ženy po operaci halluxů u nás na oddělení edukujeme o nošení vhodné obuvi, případně vložek. Před operací jim fyzioterapeutka ukazuje i cvičení po operaci*“.

Tato sestra uvedla, že i přesto, že nepracuje na ambulanci, edukuje ženy pacientky v oblasti prevence na svém lůžkovém oddělení kde pracuje. Po operaci halluxů, přichází na řadu fyzioterapeut, který se zapojuje do edukování žen. Doporučuje se ortopedická obuv a ortopedické stélky do obuvi. R11 se vyjádřil, že: *„Po TEP kyčle/kolene doporučujeme pevnou obuv s patou bez podpatku, nejlépe zapínatelnou. Většinou pacientky, který k sem k nám přichází, tak už mají edukaci za sebou. Následně po lůžkách (hospitalizaci) chodí na RHB. Edukaci dostanou před samotným přijetím od ambulanti sestry“*. Respondent uvedl zajímavou myšlenku, že v nemocnici, ve které pracuje edukace probíhá formou, že ženy pacientky před přijetím na lůžkové oddělení jsou edukovány v příjmové ortopedické ambulanci. Během pobytu na oddělení se jejich edukace pouze prohloubí a celá prevence tak má větší smysl. Nyní se setkáváme s negativními odpověďmi. R16 uvedl, že: *„Ze strany své to беру tak, že já needukuju. Nekladu se důraz, nikdo needukuje, tak jak by měl a ani nevím o tom, že by edukovaly kolegyně“*. Zde není prevence podle této odpovědi vůbec. R18 řekl, že: *„Samozřejmě jako poučím je, ale je to na každým. Nesetkala sem se s tím, že by nás ženský poslechly“*. Tato sestra, se alespoň o edukaci snaží. Spolupodílí se na prevenci deformit, ale zároveň dodává, že ženy pacientky nemají zájem o edukaci. R14 odpověděl, že: *„Sestrám je to úplně jedno, já se na boty pacientky nedívám. Takže to nijak neřeším ani“*. Podobná odpověď od R15: *„Mně je to taky jedno a ani já na to nemám čas. Jen teda když vidím, že když přijdou ve strašně vysokejch botách, tak jako se pokusím jim říct, že by to neměly nosit“*.

Diagram 5 Role sestry v prevenci



Zdroj: Vlastní zpracování

Prevence vedená sestrou

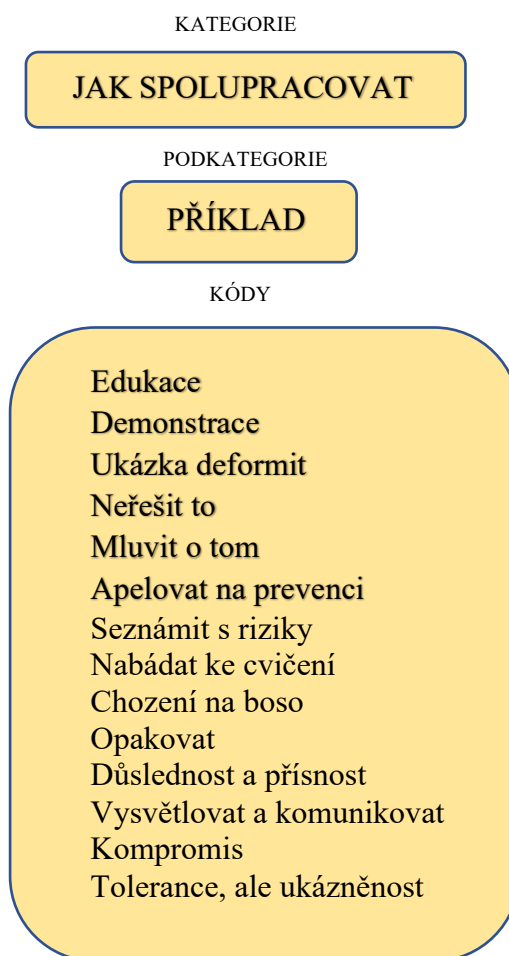
V této otázce se měli informátoři postavit čelem ke své profesi a sdělit, jakou zastávají roli v prevenci u deformat nohou. Mnozí se netajili tím, že skoro žádnou roli nezastávají. Naopak probandi, kteří se shodli na jedné důležité, nepostradatelné roli, kterou je bezpochyby edukátor, navíc uvedly, jakým způsobem tuto roli zastávají. Z diagramu jsme proto vytvořili kategorii Role a potom jednoznačné odpovědi v podobě dvou podkategorií Zastávám a Nezastávám. K těmto dvěma podkategoriím byly vytvořeny dvě odnože, které navíc upřesňují, o jakou roli se jedná, pokud sestry nějakou zastávají a v případě, že nezastávají, tak proč. R6 se vyjádřil: „Řešíme to s lékařem“. Z této odpovědi můžeme usuzovat, že role sestry edukátorky je vytvářena tím, že se nejdříve sestra poradí před edukováním v prevenci s lékařem. Odpověď od R7: „Zastávám edukační roli a taky edukuju“. Tento proband chápe svoji profesi a zcela profesionálně se zřejmě i tak chová. Na prevenci se spolupodílí a ženám pacientkám ukazuje vhodné předcházení deformat.

R9 uvedl, že: „*Na edukaci je v práci na oddělení méně času a prostředků. Proto se na ni neklade příliš důraz, ale alespoň částečně se snažím ženám s deformitami předat nějaké informace o prevenci*“. Tento proband v rámci svého volného času se snaží přizpůsobit edukaci tak, aby ze strany sester alespoň zazněla v nějakém směru. I když tvrdí, že vzhledem k tomu, že v práci pociťuje časový nedostatek, tak se podílí na prevenci pro ženy pacientky, které se potýkají s již vzniknutými deformitami. R8 řekl: „*Kladu důraz na nošení správné obuvi, noha se nesmí nepřetěžovat. A když bolí, tak spíš jezdit na kole než chodit pěšky. O vhodnosti obuvi, říkám jen to, že pokud se nosí dlouhou dobu podpatky, měla by po tom následovat nějaká masáž aspoň*“. Tento proband edukuje stylem, že si nejprve uvědomí, jaká je vhodná obuv a potom prevenci směřuje tímto směrem dál na ženy pacientky. Na bolesti doporučuje místo chůze volbu kola a v případě, že se obuv na vysokém podpatku dále nosí, je třeba nohám dopřát masáž pro zmírnění napětí v malých kloubech. Naproti tomu jsme se setkali s odpověďmi, které poukazovaly na to, že sestry nezastávají z nějakého důvodu žádnou roli. Odpověď od R1: „*Tady se prevence neužívá. Z naší strany vůbec a pokud ženy poslechnou lékaře, jako, že ve výjimečných případech, tak snad. Jinak ne*“. Z této odpovědi plyne, že má tento informátor pocit, že ženy pacientky sestry neposlouchají nebo, že si edukaci v prevenci odmítají nechat sdělit. Sestry tuto možnost potom předem dopředu zamítávají a nesnaží se. R2 řekl, že: „*Nezastávám žádnou*“. Tato odpověď je podobná, ne-li stejná jako i následující od R3, který vedl, že: „*V rodině nebo v příbuzenstvu zastávám akorát. Tam se to ještě vyplatí anebo si dají říct. Jinak se taky edukuje rodina a jinak lidi v práci. Tady to není tak nastavený a dělají to lékaři*“. Tento respondent využívá zdroj informací ve své práci, aby potom mohl předávat informace v oblasti prevence nošení obuvi na vysokém podpatku ve své rodině mezi svými nejbližšími. Téma edukování v sestřích dost často evokuje pocit, že by musely vykonávat práci „na víc“ či snad mají obavy, že budou ženami pacientkami odmítnuty, nepochopeny nebo že svoji roli edukátorky nevykonají, tak jak by vykonat měly. R20 uvedl: „*Jako sestra z oddělení se s pacientkami setkávám až tam. Většinou si s pacientkami povídáme i o prevenci vzniku halluxů na druhé noze. Ale jelikož se jedná o pacientky, které mají predispozice, tak se k nám většinou vrací i přesto, že jim lékař ukáže cviky. Myslím, že mojí hlavní rolí je to, že pacientkám připomínám, jak je důležité dát na rady lékaře a zodpovědět doplňující otázky*“. Tento respondent rozebírá s pacientkami na lůžkovém oddělení prevenci halluxů vzniklých z dlouhodobého nošení obuvi na vysokém podpatku. Rovněž ženy pacientky upozorňuje na možný vliv genetických predispozic vzhledem k deformitám nohou a získaných vad.

Možné recidivy ze strany deformit jsou zde dle výpovědi časté, protože ženy pacientky se znovu vracejí s potížemi. Lékaři zastávají rovněž roli edukační a navíc, demonstrují různé druhy cviků, kterými si ženy pacientky mohou pomoci i samy. R11 řekl: „*Já edukační, na lůžkách. Do nemocnice si ženský berou pantofle, který si po výkonech obujou. Doporučuju jim i o něco větší. Pantofle jsou protiskluzové nebo ty důchodky. Mladší přijdou i s teniskami, aby to bylo na gumu a pohodlně se do toho dalo vklouznout. Tak asi to jim říkám, co se týče toho obouvání bezprostředně po operaci a tak. Nazouvací boty taky doporučuju, stejně jako bandáže. Na doma rovněž apeluju na tom, aby nosili boty s ortopedickou pomůckou. Vložky samozřejmě taky*“. Tento informátor zastává roli edukátora podle jeho výpovědi pečlivě. Nezapomíná ženám pacientkám doporučit vhodnou obuv po zákroku i zmíní vhodnost bandážování nohou. Do domácího prostředí doporučuje ortopedické stélky do obuvi nebo přímo ortopedickou obuv. R12 řekl: „*Deformity už řešíme přímo tady. Takže se prevence moc neuplatní. Poučení po operaci od nás následuje asi stylem, že jim řekneme, co se myslí vhodnou obuví. Operace a ta bolest po tom výkonu těm ženskejm stejně nedovolí vzít si podpatky*“. Tato sestra se do prevence zapojuje více méně tak, že z její strany proběhne klasická edukace v předoperační přípravě a pooperační době. Více se podle jejích slov edukace na oddělení neuplatní. R16 uvedl: „*Žádnou neplním. Možná někdy něco řeknu tak, jak si to myslím. Jinak abych pravdu řekla, nikdy jsem neuvažovala nad tím, abych to změnila*“. Tento přístup zřejmě této sestře vyhovuje již od začátku svého působení na ortopedii. Na edukaci zvyklá není a do prevence se příliš nezapojuje. O změnu zřejmě nemá zájem a takto jí to vyhovuje. R14 řekl: „*Jako sestra si nemůžu dovolit udávat rady, ani podle lékaře. V podologické poradně se sice zabýváme deformitama, ale sama ta lékařka apeluje dost na tom, aby se podpatky nenosily. Stejně si to nejradši udělají podle sebe, možná by ani nechtěli, kdybysme jim edukovaly pacienty. Sice by to byla možná dvojitá prevence, ale nefunguje to tak. A že nošení podpatků není dobře, to je jasný*“. Informátor poukázal na zajímavou myšlenku, ve které myslí na věc z pohledu lékařů. Uvítali by lékaři edukaci ze strany sester a vnímali by to jako jistý krok ku předu pro ženy pacientky co s oblibou nosí podpatky? Tato myšlenka zůstala nezodpovězená, ale později se jí v kapitole diskuze pokusíme hlouběji alespoň rozebrat v rámci tématu. R19 přichází se zajímavým nápadem, řekl: „*Ženský sem přijdou pozdě, až když se něco děje. Většinou už to nejde moc zachránit, ale zase jak u koho. Já to dělám tak, že si vlezu na pedoskop v práci a zkontroluju stav nohou i sama sobě*“. Tato sestra věnuje prevenci i sama sobě a to tak, že se občas vyšetří na pedoskopu. Prevenci k ženám vnímá tak, že když přijdou

v pozdější fázi, kde se léčba již tak dobře nedaří. Proto nemá potřebu dál v prevenci pokračovat. R13 tvrdí: „*Dbám na prevenci, snažím se sama kupovat si dobrý boty. Řeknu to i pacientkám, ale nevezmou si to k srdci a já je nutit nebudu*“. Další proband, který vycítil, že ženy o edukaci v prevenci před deformitami nemají zájem. Sama sestra dbá na prevenci, co se týče svých nohou, ale nutit pacientky, jak sama říká, nechce. Ženy by měly především samy se zajímat o zdraví svých končetin a tím spíš, pokud nosí obuv na vysokém podpatku.

Diagram 6 Spolupráce se ženami



Zdroj: Vlastní zpracování

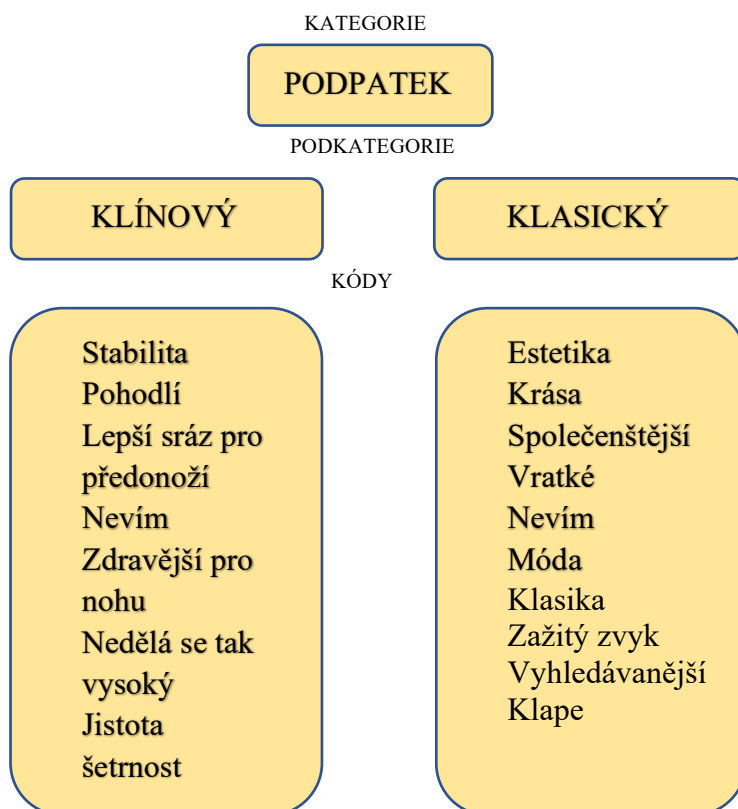
Jak mohou sestry spolupracovat s pacientkami

Hlavní kategorie Jak spolupracovat je upřesněna podkategorií Příklad v něčem jsou obsaženy kódy obsahující slovesa. Slovesa, která vyjadřují, co sestry dělají, mohou dělat nebo jak by mohly udělat. V konkrétním případě, jak by pracovaly se ženami, které

s oblibou nosí obuv na vysokém podpatku. Z našeho seznamu respondentů vyvstaly dva protichůdné názory na spolupráci s takovými ženami. Jeden názor se opírá o přesné vylíčení toho, jaký by byl postup, který by mohl úspěšně vést k tomu, aby se eliminoval výskyt deformit. A druhý názor je spíše negativní, kdy sestry přistupují k těmto ženám ne příliš kladně. Výsledky přinesly spoustu zajímavých výpovědí. R1 řekl: „*Vysvětlovat, vysvětlovat, a ještě jednou vysvětlovat. Pořád jim to vtoukat do hlavy*“. Tento proband se snaží ženám pacientkám vysvětlit, že je vhodné omezit nošení podpatků na co nejmenší dobu. Oproti tomu R2 řekl: „*Stejně si budou dělat co chtějí*“. Z této odpovědi jasně vyplývá názor, že je zřejmě pozdě a bezpředmětné ženám cokoli sdělovat či se snažit o jakoukoliv edukaci. Tato sestra má zřejmě špatné zkušenosti, a proto již nedoufá, že by si ženy odnesly něco z nabízené prevence. Neutrální postoj k celé problematice zaujímá R3, který řekl: „*Řeknu, co se přihodí. Zhrouť se klenba a že se budou dělat vbočený palce, noha bude zdeformovaná a hnusná. Pak je to celý na nich, jestli si z toho něco vezmou nebo ne*“. Racionální přístup v prevenci má rozhodně své místo. Ženy nelze v žádném případě nutit k něčemu co si sami nezvolí, pokud budou chtít dál pokračovat v nošení bot na vysokém podpatku což jejich noze nedělá dobře, je to jejich volbou. Rozhodně, ale musí být předem upozorněny na možná rizika, recidivy a bolesti. V případě, že mají genetické predispozice v rodině, riziko se zdvojnásobuje. Velmi podobnou odpověď jsme obdrželi od R4, řekl: „*S pochopením s nimi pracovat a najít nějaký kompromis*“. Tento názor je vlastně obdobou toho před ním. Citlivá práce a péče o tyto ženy může plodit více ovoce než klást přehnané důrazy či nevhodnými způsoby odrazovat od podpatků. R5 řekl: „*Vysvětlit k čemu to vede, když ty lodičky budou nosit nerozumně dlouhou dobu, jaké to nese komplikace, zda to fakt stojí za to*“. Tento názor zaujímá informátor, jenž by mohl vést nenásilným způsobem k zamyšlení ze strany pacientek, zda opravdu nechtějí přehodnotit jaká úskalí vedou k pozdějším potížím. R6 uvedl: „*Nebavím se s nima a rozčiluje mě to*“. Rozlícenost dovedla tohoto respondenta k tomu, aby se negativně postavil k těmto ženám a nepokoušel se o žádnou nápravu či prevenci vůbec. Stejným způsobem tak i R7, řekl „*Odmítavě*“. Stručné a strohé odpovědi, které byly informátory prezentovány jen odráželi fakt, že jsou sestry někdy zklamané či rozčilené nad celou situací. R10 tvrdil: „*Je to jejich věc. Ale snažila bych se nejspíš jim říct, jaké potíže mohou při dlouhodobém nošení nastat. Pokusit se najít kompromis, například nošení alespoň nižšího podpatku*“. Tato sestra přišla se zajímavým kompromisem, který by mohl leckterou ženu pacientku potěšit ve smyslu toho, že si oblíbené podpatky ještě nazují, ale vzhledem ke zdravotnímu stavu jejich nohou, je

vhodné snížit centimetry z podpatku. R20 řekl: „*Určitě bych se jim snažila vše opakovaně vysvětlit, ukázat. Ale v konečném důsledku jsme každý svého zdraví strůjci a lékaři nejsou všemocní, aby vše vyřešili za nás*“. Skoro totožná odpověď s těmi předchozími. Sestry se alespoň snaží vymyslet kompromis, či i přes očekávaný odmítavý přístup ze strany pacientek edukovat a neztrácet motivaci. R11 řekl: „*Edukace, ukázat jim deformity, lidově řečeno poděsit je následky z nevhodného nošení obuvi*“. Tento informátor by použil prvky demonstrace a ukázky fotografií deformit jako výstrahu či postrašení žen pacientek. Tento přístup by mohl být celkem prospěšný, otázkou však je na jak dlouho a u koho. Mnohdy jsou ženy pacientky dost odolné. R19 tvrdil: „*Tak hlavně aby si ty nohy protahovaly, cvičení, v létě chodit na bosu ne na rovno, po klikatých cestách s nerovným terénem, trávník, protahovat achilovky, gelový vložky nosit o bot...*“. Tento respondent vidí spolupráci v neustálém vysvětlování a edukování. Doporučuje chodit naboso, a dokonce vyjmenoval po jakých terénech. Problematiku ortopedických stélek do obuvi rovněž zmínil. R14 zmínil: „*Budou si dělat co chtějí a přestávají to nosit až když mají problém, a to je pozdě*“. Je na každé ženě, zda si edukaci a snahu o prevenci deformit vezme k srdci či ne. Avšak bylo by potřeba neustále připomínat možnost toho, že se deformity vrátí a potíže s bolestmi se ještě navíc prohloubí.

Diagram 7 Klínek versus podpatek



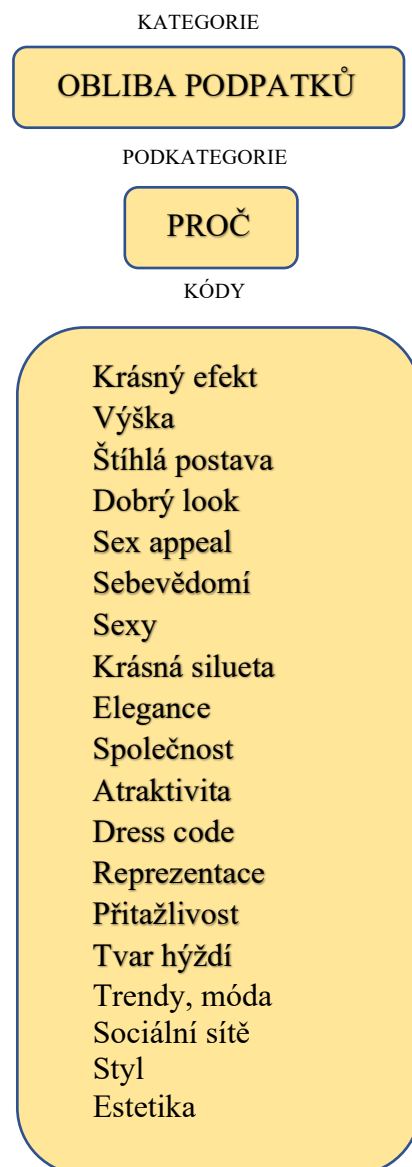
Zdroj: Vlastní zpracování

Rozdíl mezi obuví na klínovém podpatku a na klasickém podpatku

Ke kategorii s názvem Podpatek byly vytvořeny dvě podkategorie Klínový a Klasický. Tyto dvě podkategorie lépe rozlišují, jak je vnímán sestrami podpatek. Zda je lepší ten na klínovém podpatku nebo ten klasický. Nejvíce upřednostňován, co se týče zdraví je ten na klínovém podpatku. Obuv na klasickém podpatku byla argument podpořena, že je sice pro nohu horší, co se stability týče, ale je mnohem modernější, krásnější a esteticky více vyhledávanější. Klasický podpatek lez totiž uplatnit ke každému outfitu. Klínový podpatek je pro noh stabilnější a působí více či méně lepší sportovně elegantním dojmem. Klasický podpatek pro tělo vytváří, jakou křeč a chůze tak je vratká a svaly se mnohem více napínají a tělo balancuje. Klínky mají stabilnější základku v patní části. Pojdme se podívat na odpovědi sester. R1 řekl: „*Pohodlí na klínu*“. Zde se respondent zmínil hned o tom, že v první řadě je klínek pohodlnější než ten klasický. R2 uvedl: „*No, klínek je pohodlnější, co se týče rozdílu, je i stabilnější*“. Klínku dává přednost i tato sestra a rovněž zmiňuje stabilitu pro nohu. R3 řekl: „*Na klínku je noha ve větším pohodlí, ale nevím, jestli je to vzhledově lepší*“. Pohodlí, stabilita a jistota. To jsou tři základní výpovědi našich probandů o celé problematice podpatků. Nejčastěji je takto vnímán právě klínový podpatek, představuje pro nohu lepší postavení. Chůze je i jistější pro celé tělo. R6 uvedl: „*Je to hlavně ve výšce toho podpatku, takže je to úplně jedno, jestli klín nebo podpatek*“. Informátor nám objasnil, že zde nezáleží na typu podpatku, ale na tom, jak je vysoký. Výška podpatku jistě závisí na tom, jak síly budou působit na nohu, ale lepší stabilita pro nohu je obuv na klínku. R7 řekl: „*Boty na klínu nejsou úplně ideální, ale jsou rozhodně vhodnější než vysoké podpatky a také jsou na chůzi pohodlnější*“. Naprosto odlišný názor, který vypovídá o tom, že i klínový podpatek není vhodný a má tedy tudíž vliv n deformity nohy. R11: „*Myslím si, že tam je rozdíl ve stabilitě. Společenské boty jsou vratké, protože je tam menší plocha*“. Stabilita je nejvíce vnímanou vlastností podpatků. Nespočet informátorů uvedlo, stabilitu jako první rozdíl mezi těmito podpatky. Klínový podpatek také může pro některou ženu pacientku znamenat jako první možnou volbu ihned po uplynutí rekonvalescence pooperačním zákroku. Tato volba je samozřejmě velmi individuální, záleží na celkovém zdravotním stavu ženy, na doporučení lékaře, na stavu končetin, věku a v neposlední řadě i na samotném výběru ženy pacientky. R14 tvrdil: „*Na klínku je stoj a chůze pohodlnější, stabilnější, úhel sklonu není tak moc velký. V předu má bota menší sráz než u klasického podpatku*“. Respondent zmiňuje i fakt, že sklon úhlu na klínovém podpatku se odlišuje od toho klasického. Je

rozdíl v tom, že u klasického není noha zcela podložena po celé svojí ploše. R18 řekl: „*Nevím, neumím odpovědět, nemůžu posoudit*“. Z této odpovědi, můžeme usuzovat, že nechce odpovědět nebo že opravdu nezná či nevnímá rozdíl mezi těmito dvěma druhy podpatků. R19 řekl: „*Klínovej podpatek je lepší než jehličky v každém případě. To i víc toleruju*“. V této odpovědi se odrazila i respondentova oblíba klínku oproti klasickému podpatku. R20 řekl: „*Obuv na klínu je pohodlnější a z osobní zkušenosti bych řekla, že není pro nohu tak náročná*“.

Diagram 8 Oblíbenost podpatků



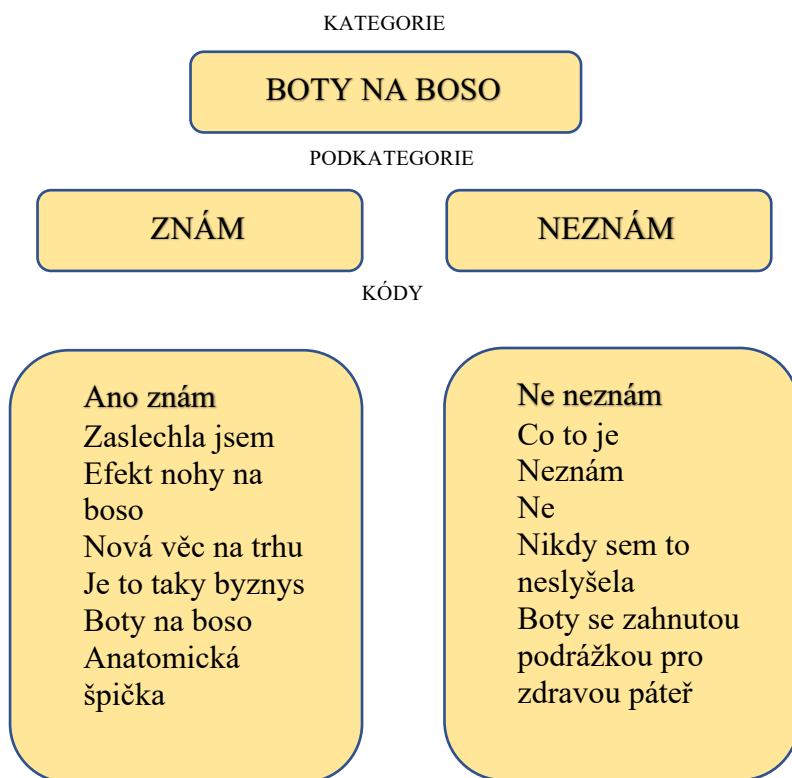
Zdroj: Vlastní zpracování

Vyhledávání podpatků ženami

Diagram má název kategorie Obliba podpatků a jako podkategorii Proč. Tímto jsme chtěli zjistit, proč si sestry myslí, že jsou podpatky oblíbené a stále vyhledávané ze strany žen. Ženy, které později většinou končí s bolestmi nohou a s vadami či deformitami. R1 řekl: „*Protože si ženy připadají víc sexy*“. První zmínka o vzhledu, který má sexy pohled na celou postavu. R2 uvedl: „*Protože je to elegantní*“. Elegance je na druhém místě v nejčastěji zmiňovaném odůvodnění, proč jsou podpatky ženami vyhledávané. R3 tvrdil: „*Dělají ženu vyšší, má štíhlejší nohy. Celkově to působí, že je elegantnější noha*“. Tento respondent uvedl přímo co ženu mění, když si obuje obuv na vysokém podpatku. Nohy jsou opticky štíhlejší a žena působí vyšším dojmem. R4 zmínil: „*Dělají krásnou siluetu, pěknější nohy. Žena je atraktivnější*“. R5 uvedl: „*Mezi určitým typem žen je to vyhledávané. Jen ve společnosti to vypadá dobře, a dokonce jsem slyšela, že jsou firmy, které vyžadují boty na podpatku jako dress code. Ženský reprezentují firmu nebo podnik, a ještě to vypadá líp, ale já si to nemyslím*“. Proband si povšimnul že ne každá žena je fanouškem podpatků. Zmínil i fakt, že vzhledem k některým firmám, které připisují důležitost dress code vzhledu, je rovněž důležité, aby byla i součástí looku i obuv na vysokém podpatku. Celkově to tak lépe podtrhává vzhled zaměstnanců firmy, kteří ji reprezentují. R6 řekl: „*No tak asi aby žena vypadala přitažlivě*“. Přitažlivost je dalším důvodem, proč jsou oblíbené podpatky u žen. R7 tvrdil: „*Žena se na nich cítí lépe a víc sexy a také se říká, že podpatky dělají hezčí zadek*“. Zda má obuv vliv na pevnost hýždí nebo ne jsme se nedozvěděli ani to není naším tématem práce. Pravdou však zůstává, že postava má jiné držení a celkově silueta vypadá vyšší. R11 řekl: „*Ženy podléhají trendům a nejnovějším stylům. Dnes je to z instagramu a z facebooku převzatý. Více je to výsadou módního hlediska, než funkčního výsadou že se chtějí především líbit a nemyslí tak na své nohy*“. Informátor si myslí, že jsou ženy ovlivňovány sociálním světem, kde přímo vidí nejnovější výstřelky módy a nechávají se tedy inspirovat. Zmínil i to, že si ženy podpatky vybírají kvůli vzhledu a že v nich nevidí funkčnost nebo praktičnost. R12 řekl: „*Nohy jsou atraktivní. Vypovídá to o stylu, prodlužuje to celkově nohy. Je to moderní a líbí se to mužům. Taký jsou vyšší*“. Nošením obuvi na vysokém podpatku je tedy žena vyšší, má opticky delší nohy, je přitažlivá, atraktivnější, dodává si sebevědomí a v neposlední řadě je to moderní a elegantní. R6 řekl: „*Jsou estetické*“. R17 řekl: „*Dobře to vypadá a dělá jim to hubenější nohy*“. To, že tato obuv opticky přispívá k tomu, že noha bude vypadat hubeněji však neznamená, že výměnou zdravého životního stylu a prevence nadváhy či

obezity ženy začnou preferovat obuv na vysokém podpatku. Stejně tak lze uvažovat, zda jsou vhodnou volbou pro ženy korpulentní, které mají problémy s nadváhou nebo dokonce s obezitou. Klouby se opotřebovávají dvojnásobně rychleji. R19 tvrdil: „Připadají si vyšší“. R20 řekl: „Jde o velmi hezký efekt, kterej dokážou vykouzlit podpatky. Dodají výšku, opticky zeštíhlí postavu a žena se může cítit sebevědoměji“.

Diagram 9 Barefoot



Zdroj: Vlastní zpracování

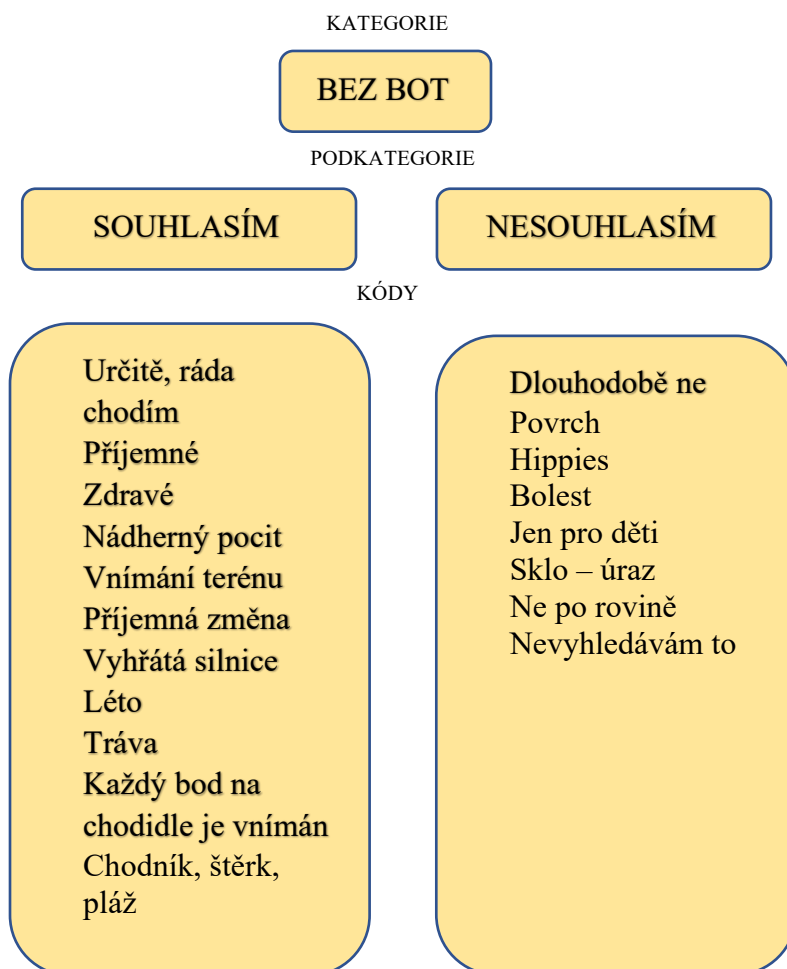
Znalost sester efektu bosých bot

Naším cílem této otázky bylo zjistit, zda sestry znají barefoot obuv. Protože tato kapitola je obsahem naší teoretické části práce, zajímalo nás, jak se tento fenomén dostal do povědomí. Většina sester tuto technologii vůbec neznala a ihned po položení otázky se dotazovaly co to znamená. Diagram je členěn na kategorii s názvem Boty na boso což je synonymum ke slovu barefoot. Je to překlad z anglického jazyka. A dvě podkategorie s názvy Znám a Neznám. Pokud sestry znaly, odpověděly, co to je a pokud neznaly nebo chtěly něco dodat, tak dodaly. R1 řekl: „Ano, znám. Víím, že to má nějak tu jinak tvarovanou špičku voproti jiným botám“. Anatomicky tvarovaná špička boty, která se odlišuje na první pohled od klasických bot. Technika barefoot má opravdu jinak

tvarovanou špičku. Noha v nich dokáže rozprostřít prsty do vějíře mnohem lépe a komfortněji než v klasické botě. R2 řekl: „*Ne. Co to je?*“. První respondent, který se s touto technologií ještě nesešel, ihned jsme mu sdělili o co se jedná. Možná se tak tímto způsobem dostane do hlubšího povědomí sester, o co se jedná. R3 tvrdil: „*No, jenom sem o tom něco zaslechla. To je ta nová věc na trhu, bosá noha nebo tak?*“. Jak informátor správně odhadl, jedná se o obuv, která při chůzi má noze dopřát pocit, že je na boso bez tvrdé podrážky. R4, R5, R6, R7, R8, R9 se stejnou odpovědí: „*Ne, neznám*“. Šest sester nemělo tušení, co je technika barefoot. Po našem sdělení, co je barefoot, všechny nabyly dojmu, že by chtěly tuto obuv poznat. Dostalo se do zájmu tak moc, že si některé sestry ihned aktivně vyhledávaly více informací na internetu. R10: „*Znám, ale nikdy sem je neměla na noze. Jde o pocit bosý nohy. Ani sem neviděla, že by to tady někdo nosil, nevím o nikom, kdo by to měl*“. Barefoot boty jsou na trhu již delší dobu, ale dosud je zřejmě dle této výpovědi moc lidé nenosí. Pokud by firma, která vyrábí obuv barefoot měla zájem, dostat tuto techniku více mezi lidstvo, měla by si zařídit reklamu. R11 řekl: „*Jo znám, nejsou to takový ty prstový boty? S tou ohlou podrážkou zdravou pro páteř? Viděla sem to v teleshoppingu*“. Tato odpověď tak úplně nekoreluje s tím, že by informátor znal barefoot. Zřejmě došlo k mýlce či si několik společných prvků pro tyto dvě odlišné obutí popletl. Zmínil však, že boty s ohnutou podrážkou, které mají dobrý vliv na zdraví páteře viděl v reklamě z teleshoppingu. To souvisí s tím, že by opravdu firma vyrábějící barefoot mohla oslovit několik propagačních agentur, které by mohly barefoot představit široké veřejnosti. R12 uvedl: „*Ano, je to bosá obuv. Pocit že s e hodí naboso, minimální podrážka. Něco jako ty boty v Chorvatsku, který mají zabránit tomu, aby se nešlapalo na ježky v moři*“. Tento proband zmínil, že mu připomíná barefoot obuv jako boty určené na oblázkové pláže, které jsou například v Chorvatsku. Jedná se o pocit bosé nohy, která je i přesto v botě. R13 řekl: „*Nevím, neznám, neslyšela jsem o tom nic*“. Tento informátor, barefoot vůbec nezná a chtěl se o tom dozvědět více informací. R14 řekl: „*Ne*“. Další neznalost ze strany respondentů. R15 tvrdil: „*Ano, znám. Ale není to podle mě nic jinýho než marketingovej tah a byznys. Pocit bosý nohy je pěkná blbost, je kvůli tomu dost úrazů. Proto to ani moc lidí nezná*“. Zde se setkáváme s velice negativním názorem. Jedná se nejspíš o špatnou zkušenost nebo o respondentův ne příliš pozitivní postoj. Informátor barefoot vnímá jako byznys a marketingový podvod na klienty. Zmínil i fakt, že může v souvislosti s nošením barefoot dojít i k úrazu. Což je samozřejmě možné i s klasickou obuví. Technika barefoot má pouze přinášet pocit bosé nohy a rozhodně podle výrobce není vhodná na všechny terény, činnosti, aktivity atd. R16 řekl: „*Myslím, že jsem o tom*

slyšela, ale nemám o tom příliš mnoho informací“. Tato sestra má zřejmě nějaké povědomí i barefoot, ale není si tak úplně jistá. S největší pravděpodobností se jedná nejspíše o záměnu jako to bylo u R11. R17, R18, R19 mají totožnou odpověď: „*Neznám*“. R20: „*Ano znám to, nenosím to ale*“. O barefoot mnohdy respondenti něco slyšeli, ale nikdo s tímto neměl bližší osobní zkušenost, že by si je třeba nazul.

Diagram 10 Chůze na bosu



Zdroj: Vlastní zpracování

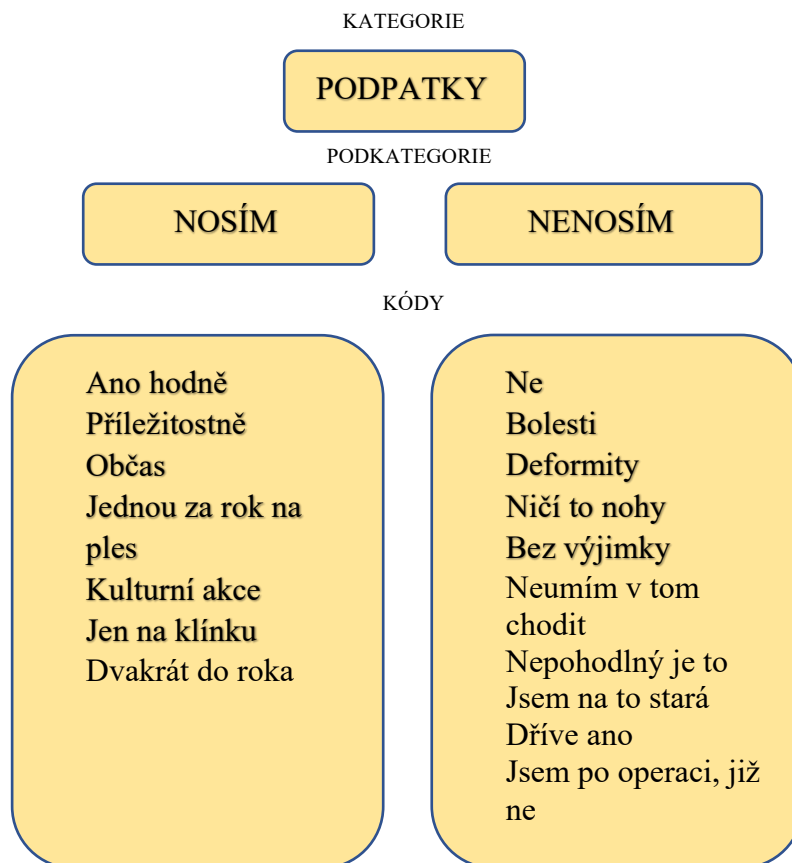
Názor sester na chůzi na bosu

Tato kategorizace zjišťovala, jaký mají sestry názor na chůzi na bosu. Kategorie Bez bot a dvě podkategorie Souhlasím a Nesouhlasím. Očekávali jsme, že se nenajde výjimka mezi sestrami, která by nedoporučovala či snad že by se postavila proti chůzi na bosu. Pár takových výjimek se opravdu našlo a jejich argumenty jsou zajímavé. Ti informátoři, kteří souhlasili pro chůzi na bosu se prakticky shodovali ve stejné rovině. Odpověď od R1: „*Záleží, na jakém povrchu. Pokud je to v ideálních podmínkách jako třeba na pláži*

tak je to jiné než běhat v práci, když si šlápnu bosou nohou na ampulku. Hippísáci chodí na boso, a to je strašný, je to přímo odstrašující. Vídám často lidi, co chodí po městě na boso, a to už je moc“. Respondent hovoří o tom, že záleží na typu terénu. Zda je rovný, křivý, hladký nebo lehce drsný. Vyzdvihuje ideály pláže jakožto písku a nedoporučuje, aby jako sestra chodila na boso v práci s rizikem šlápnutí na ampulku. Což chápeme jako prostou poznámku či legraci, protože sesterská profese striktně nedovoluje něco podobného. Hippies z této odpovědi chodí na boso, protože je to jejich styl, dlouhodobá chůze na boso rovněž není možná ani zdravá. R2 řekl: *„Já chodím ráda, myslím že to hrozně bolí. Chodím na boso i venku, po jakýmkoliv terénu. Nevadí mi štěrky. Shodneme se na tom celá rodina, že je to zdravý. I v dospělém věku“.* Tato sestra záměrně vyhledává všechny druhy terénu i nerovností. Má to v oblibě a dělá jí to dobře. Z této odpovědi vyplývá, že i její rodině chodí na boso a zřejmě si to i užívají. R3 řekl: *„Já na to moc nejsem“.* Tento proband, nevyhledává chůzi na boso a cítí se lépe když má nazuté boty. R4: *„Vím, že je to zdravý, ale při dnešní době, kdy se všechno válí po zemi a ani nevím co všechno a může tam být sklo. Tak opatrně“.* Ne příliš kladný přístup k chození na boso, ale ne zase úplně negativní. Respondent upozorňuje na možný výskyt úrazy v případě došlapu na sklo. R5: *„Nevadí mi to, ale možná že je to lepší jen u děcek“.* Proband má pocit, že je chození na boso významově lepší u dětí než u dospělých. Odpověď u R6: *„Mám na to dobrý názor, chodím na boso, tráva, dlažba...“.* Tento proband uvádí, že má rád chůzi na boso a jako nejoblíbenější terén zmínil trávu a dlažbu. R7 řekl: *„Na boso venku, ne doma. Většinou u moře, pláž, nerovný terény, kamínky. Nebolí to, nevadí mi to. Vyhledávám to“.* Podobná odpověď u R8: *„Po správném terénu je to fajn, chodím po venku. Chodník, kterež si doma udržuju a mám uklizeno před barákem, ale nikde jinde bych nešla“.* R9 zmiňuje: *„Po rovnu je to nezdravý, trávník je dobrej“.* Rovný terén nedělá dobře nohám, tvrdí tento respondent. R10 zmínil: *„Doma na zahradě, mám to ráda“.* Informátoři nejčastěji věří svým osvědčeným terénům, které mají doma a znají je bezpečně, jako je například chodník u domu nebo zahrada. R11 řekl: *„Doma dobrý, ale venku to bolí a když chodím v počasí, který není vhodný tak nic moc“.* Tato sestra má nejspíše nedobré zkušenosti s terénem, který je venku pozměněn v souvislosti s počasím. Odpověď u R15: *„Vadí mi to, nohy jsou pak špinavý. Noha se může zranit, pak následuje infekce, sepse a tak dále. Tráva jo, proč ne. Po městě fuj, to ani náhodou a já nechodím ani doma. Doma zase je tvrdo a to není dobře. Co se týká chodidel ani páteři to nesevědí“.* Proband nemluví o chůzi na boso moc pozitivně. Staví se k tomu spíše negativně, ale trávník vidí jako ideální kompromis. Vše ostatní zavrhl. R16: *„Jedině v písku*

a v kamínkách na tvrdých podložkách, doma v bytě ne“. Další respondent, který si povšimnul a ví, že chůze na boso na rovině rovněž není ideální a zdravá ani pro nohy ani pro páteř. R17 řekl: „Je to rozhodně vhodné, ale také záleží, po čem se chodí, jaký povrch. Kamínky a tráva jsou v pořádku, ale například po asfaltu to také není příliš vhodné. Sama někdy chodím bosá a vyhovuje mi to“. Z respondentovi odpovědi lze vyčíst, že záleží, po jakém povrchu se chodí na boso. Ideální však zůstává tolik oblíben trávník a u někoho i drobný štěrk. R20 řekl: „Ráda chodím bosá – například v létě po trávě, na pláži, po vyhřáté silnici. Je to příjemná změna a člověk vnímá každý bod na svém chodidle. Obecně si ale myslím, že chodit dlouhodobě na boso není zdravé pro klenbu nohy“. Pro respondentovy potřeby a dobrý pocit mu stačí, když se projede po vyhřáté silnici, po trávě nebo po pláži. Avšak ví, že dlouhodobá chůze na boso není zdravá.

Diagram 11 Zkušenosti sester s podpatky

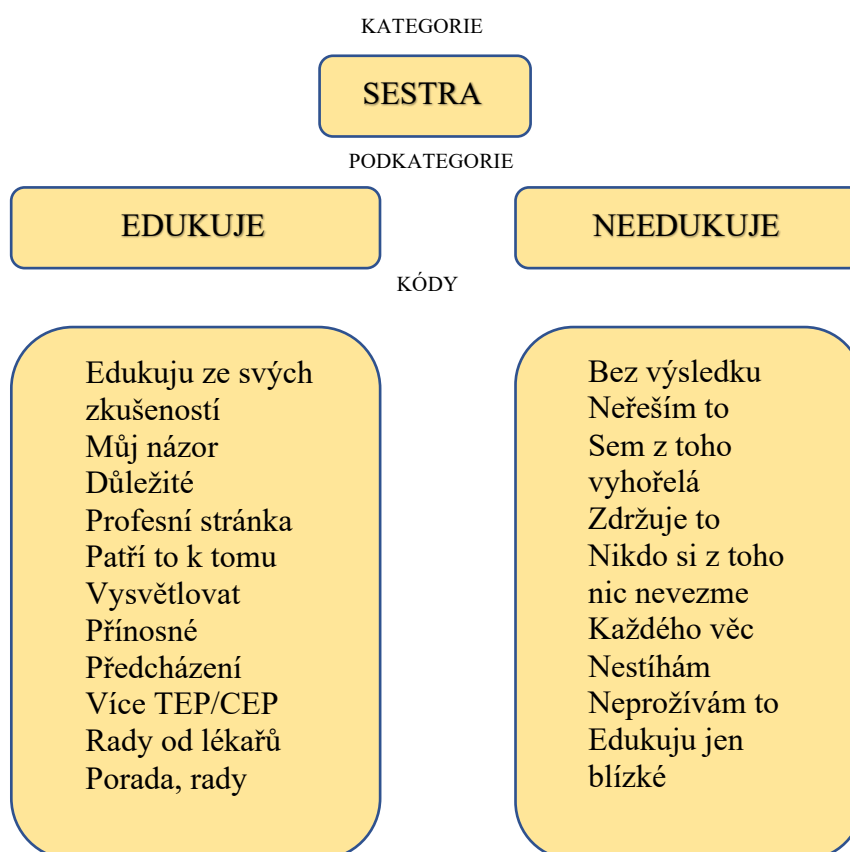


Zdroj: Vlastní zpracování

Sestry a podpatky

Dotazovali jsme se, zda i sestry nosí sami obuv na vysokém podpatku. V diagramu jsme rozdělili kategorii Podpatky na dvě podkategorie Nosím a Nenosím. Většinou sestry odpovídaly, že když v práci vidí, co za potíže ženám obuv na vysokém podpatku přináší, tak je nosit nechtějí. R1 je muž, proto nemohl odpovědět. R2 řekl: „*Ne*“. R3 a R4 řekli: „*Ano, příležitostně*“. R5 zmínil: „*Sama jsem s tím byla na operaci a není to sranda. Navíc to máme v rodině (halluxy) takže už se tomu vyhýbám*“. Tento respondent má osobní zkušenosti s operací halluxů. Sám tvrdí, že v souvislosti s genetickou predispozicí a v minulosti nošenými podpatky se tomuto zákroku musel podrobit. R6 a R7 uvedli: „*Ne*“. Stále se mezi informátory vyskytovaly odpovědi, že nenosí podpatky z důvodu toho, že si jsou vědomí rizik a následků. Odpověď od R8: „*Příležitostně, do 6 cm*“. Tato sestra zmínila dokonce i výšku, kterou nosí. Příležitostně si obuv na vysokém podpatku nazuje. R9 řekl: „*Ne, výjimečně dvakrát do roka*“. Zde měl nejspíše respondent na mysli některé z kulturních akcí, na které si boty na vysokém podpatku obuje. R10 řekl: „*Je to nepohodlný jak kdy, záleží taky na věku, já už si na to připadám stará*“. Ovšem i věk může znamenat jisté omezení pro obuv na vysokém podpatku, avšak vždy zůstává na rozhodnutí každého jednotlivce, zda si obuv vezme či ne. R11 a R13 řekli: „*Ano*“. R12 uvedl: „*Příležitostně si je vezmu. Vím, ale že to ničí nohy a jsou z toho deformity a získané vady. Mně po tý akci nebo po plese dycky hrozně dlouho bolí nohy. Nedokážu si představit že v tom třeba i pracuju celý den jak někde ve firmě*“. Tento respondent se zřejmě z jeho výpovědi bojí bolesti, kterou zažívá při nošení obuvi na vysokém podpatku. R14 řekl: „*Občas jo*“. Tento informátor nosí střídavě obuv na vysokém podpatku s obuví bez podpatku a cítí se možná tak lépe a nohám tak prospívá. R15 tvrdil: „*Jednou za rok na ples*“. R16 tvrdil: „*Ne protože už mě nohy bolí a vidím pak důsledky z práce kam to vede, když chodí bolavý ženský a stěžujou si*“. R19 řekl: „*Nosím je do divadla, na plesy a podobně, na běžné nošení téměř vůbec*“. Tento proband využívá nošení podpatků sporadicky. Ojediněle si je obuje, když vyrazí za kulturou a tímto také končí. R20 zmínil: „*Ano, nosím*“.

Diagram 12 Co pro sestry znamená edukace



Zdroj: Vlastní zpracování

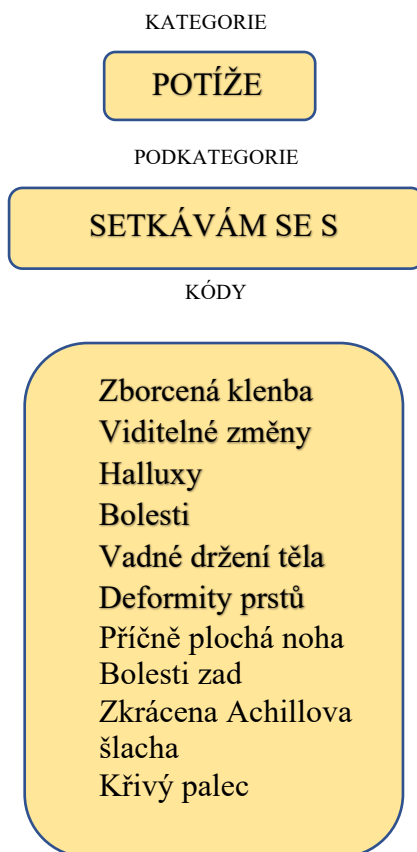
Sestry v problematice edukace

Kategorie Sestra nese pod sebou dvě podkategorie s názvem Edukuje a Needukuje. Tento diagram poukazuje na to, jaké je pro sestry ženy pacientky edukovat. A protože se naše téma opírá o prevenci a edukaci, jsou proto tyhle dvě slova v naší práci nejčastěji skloňovány. Sledování zdravotního stavu u žen pacientek, jejich prognózy, diagnostiky a léčby mnohdy může vést k tomu, že se sestry mohou poučit z druhých lidí. Konkrétně byly sestry dotazovány, zda si prevenci přebírají i pro své blízké, přátelé či rodinu. Pojdme se společně podívat jaké byly jejich odpovědi. R1 řekl: „Člověk z toho čerpá a je tou prací trochu zdeformovanej. Říkám známejm tohle nos a tohle ne. Zde se soustředíme na totálky, operace na velkejch kloubech, korekce přednoží tady jsou taky, ale ne v takovém množství, téhle tady máme pár do měsíce“. Respondent tvrdí, že to, co vidí ve své práci si později odnáší domů. Edukuje svoje známé a blízké a snaží se jim vštípit něco z prevence deformit. R2 řekl: „Neberu to nijak domů, pokud můj blízcí nemají žádný problém, tak to nechávám být. Nijak to neřeším. Jen řeším pracovní věci“. Tento proband nijak neřeší a neodnáší si oblasti prevence či edukace pro své blízké. R3 uvedl: „Jako jo,

něco člověk pochytá z práce, ale to je tak asi všechno“. Podobná odpověď u R4: *„Když něco stihnu z práce tak to svým blízkým vysvětlím. Taky mám okolo sebe z rodiny lidi, kteří nedají dopustit na podpatky, ale pak se nesmí divit, že jo...*“. Zřejmě záleží, o co se přesně jedná. Zda se jedná o prevenci samotnou, kterou sestry opravdu moc neřeší nebo již o započatou léčbu. Z té se dá povšimnout více postupů a zásad, které mohou vést jako postrašující příběhy z ordinací či lůžek pro blízké sester. Celé to může posloužit jako prevence o kterou nám tolik jde. R6: *„Needukuju“*. R7 řekl: *„Beru si rady od lékařky, pak poučuju doma své blízké. Já mám dceru a ta je nenosí“*. Stejná odpověď u R9: *„Blízké poučím“*. Rodina se poučuje snáz než pacienti. Avšak pro sestry to může být dobré bezděčné učení, pochopí a navážou tak nový kontakt a dozví se spoustu nových informací, které mohou uplatnit právě pro své známé s podobnými problémy. R8 řekl: *„Určitě, snažím se něco pochytit. Člověk nikdy neví, jestli s emu to nebude hodit někdy. Ale v rodině to naštěstí nikdo u nás nenosí“*. R10: *„Sem tam jo, když se mě zeptají, tak jim poradím, když vidím že o to stojí“*. Tato sestra je ochotná edukovat v oblasti prevence, jen pokud z jejich blízkých o to stojí. Ně vždy se to neobejde bez edukace. R11 řekl: *„Nic mi to nepřináší sama to nosím vím, že je to špatně, neřeším to. Pak sem z toho akorát vyhořelá“*. Zde respondent poukazuje na to, že z přílišné edukace u něj dochází k syndromu vyhoření. Odpověď u R12: *„Už mám svůj názor na to nebo životní zkušenost, takže to říkám ze svého, občas“*. Další podobná odpověď, většina sester edukuje ze svých zkušeností, které nabyly během života a předávají je dále. R13: *„Edukovat toho člověka je pro mě dost důležité stran profesní stránky“*. Obdobná odpověď u R15: *„Určitě, já to tady vidím každý den a apeluju na moje známý, kor když si stěžujou na bolesti, aby nosili správnou obuv. Pak lidi potkávám v žabkách anebo i ty moje známý a já můžu omdlít z toho. Prostě se mi to nelíbí, žabky patří na pláž“*. Tyt dvě odpovědi v porovnání přináší to, že se sestry snaží apelovat na své rodinné příslušníky, známé a přátelé, aby nosili správnou kvalitní obuv. Aby se vystríhaly nošení nekvalitní obuvi, ale záhy potom vidí, že si prevenci neberou k srdci a nosí dál obuv špatnou. R14 pochopil, že si informace může přinést z práce, řekl: *„Vysvětluju to v rodině, proč to nenosit, je to přínosné z práce“*. R16 řekl: *„Je to pro mě dost přínosný a vopravdu zkušenosti předávám dál, že nohy bolí. Protože je vždycky lepší potížit předcházet než pak operace“*. Tento informátor dává přednost raději dobré prevenci než v pozdější stádiu operačnímu zákroku. R17 vnímá edukaci jako svoji náplň práce, řekl: *„Edukace je velice důležitá a je to naše povinnost, ale všichni víme, jaká je teorie a jak to chodí v praxi“*. Tento proband nastínil, že ne vždy se jedná o dobře mířenou edukaci, jak by měla být. Někdy se stane,

že si sestra moc dobře uvědomí, že nevykonala edukaci takovou, jak by měla být. R20 uvedl: „Úplně nevím, jak odpovědět... Pacientky edukuji normálně jako každého po operaci. Hodně z nich se k nám vrátí s druhou nohou, ale nepokládám to za neúspěšnou edukaci“.

Diagram 13 Problémy pacientek



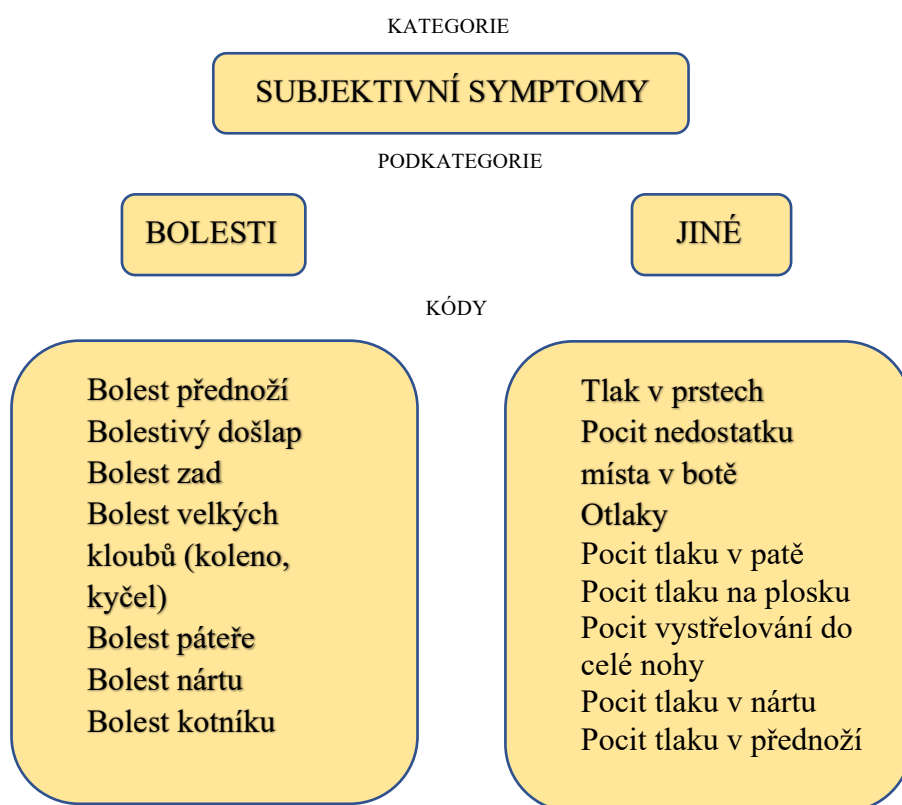
Zdroj: Vlastní zpracování

S čím pacientky přicházejí

V kategorii Potíže, které se dále rozdělí podkategorie Setkávám se s, jsme se chtěli od sester dozvědět jaké symptomy pacientky verbalizují. Tedy s jakými nejčastějšími problémy se ženy pacientky potýkají, jaké změny pociťují a vnímají nebo čeho si všimly na svých nohách v souvislosti s nošením obuvi na vysokém podpatku. R1 řekl: „Většinou mají bolesti v oblasti ostruhy, nebo paty. Dochází ke zborcení klenby, občas mají deformity prstů, druhý prst přes palec, pak se dělají korekce přednoží drátama“. Respondent zmínil na prvním místě bolesti, zřejmě způsobené útlakem kostí a tkáně z obuvi. Uvedl také, jak se tato vada řeší. R2 řekl: „Zborcená klenba, příčně plochá noha, deformity prstů a tak dále“. Zborcená klenba zřejmě patří k nejvíce vyskytovaným

potíží u žen vůbec. Rovněž i deformity prstů patří také k dalším nejčastěji uváděným problémům. R6 uvedl: „*Spadá klenba, halluxy, bolesti páteře*“. Tento respondent si povšiml, že se vyskytují symptomy jako bolesti páteře, které jsou dost často ohroženy, protože vzhledem k bolesti nohou z obuvi toto může vést ke špatnému držení těla. Dále uvedl halluxy, které jsou největší deformitou v získaných vadách nohou. R7 tvrdil: „*Propadá se jim klenba, tvoří se halluxy, různé deformity na nohou, a to se pak řeší operativně*“. Podobná odpověď od R8: „*Zbortí se jim klenba, halluxy*“. Halluxy jsou nejčastější příčinou získaných deformit nohou v souvislosti s nošením obuvi na vysokém podpatku. Stejná odpověď od R10: „*Halluxy, palec se zkriví, zkrátí se achilovky a nastanou bolesti*“. Vlivem nošení obuvi na vysokém podpatku se zkracují Achillovy šlachy a dochází k dlouhodobým bolestem. Odpověď od R9: „*Bolesti*“. K nejčastějším příznakům začínajících deformit či dyskomfortu se dostávají ke slovu bolesti, které mnohdy dokáží ženám pacientkám dost nepříjemnit život. R11 řekl: „*Bortí se klenba*“. Zborcená klenba se nejčastěji dá vyřešit konzervativním řešením, například vložením ortopedických stélek do obuvi. R12 uvedl: „*Halluxy, vbočený palec, zhroucená klenba, bolesti*“. Tyto příznaky, které respondenti nejčastěji vyjmenovávali se dále potom ztotožňovaly se zbytek informátorů. Všichni se shodli, že nejhorší pro ženy pacientky jsou bolesti nohou. R13 tvrdil: „*Bortí se klenba, palec je vybočený, bolesti*“. Halluxy jsou jednoznačně nejhorší deformitou v získaných vadách vůbec, co se týče subjektivního vnímání jsou to bolesti, které rozhodně ovlivňují i kvalitu života u žen pacientek. R14 řekl: „*Zborcená klenba, vbočený palec, vadné držení těla*“. Tento informátor navíc prozradil, že se k těmto dalším symptomům, které se bezpochyby u respondentů opakují, přidává i vadné držení těla, které může s sebou dále přinášet i bolesti zad. R15 uvedl: „*Bolesti nártů, bortí se jim klenba, bortí se jim nárt, tvoří se halluxy a bolí je paty*“. Zde máme navíc symptomy z řady bolesti pat a nártů. Pokud se tyto dvě přidruží k dalším příznakům narušeného komfortu při chůzi, celé toto vede k vadnému držení těla, bolestem páteře a změně se i styl chůze. R17 uvedl pro nás dosud nevyřčený nový symptom což je: „*Deformita prstů, a deformita přednoží*“. Zdeformované přednoží je rozhodně poslední fáze, kdy je nutné zakročit léčbou. Nejdříve se zváží vhodnost konzervativního řešení a pak se přistupuje k samotné operativě. R19 řekl: „*Bolest nohou, podélně a příčně ploché nohy, halluxy*“. Ploché nohy jsou jasnou známkou o dlouhodobě nošených bot na vysokém podpatku, které mají vliv na deformity nohy a přednoží. R20 uvedl: „*Setkávám se pouze asi s hallux valgus*“. Hallux valgus je velmi nepříjemnou deformitou se kterou se ženám pacientky mohou nejčastěji setkat.

Diagram 14 Bolesti nohou



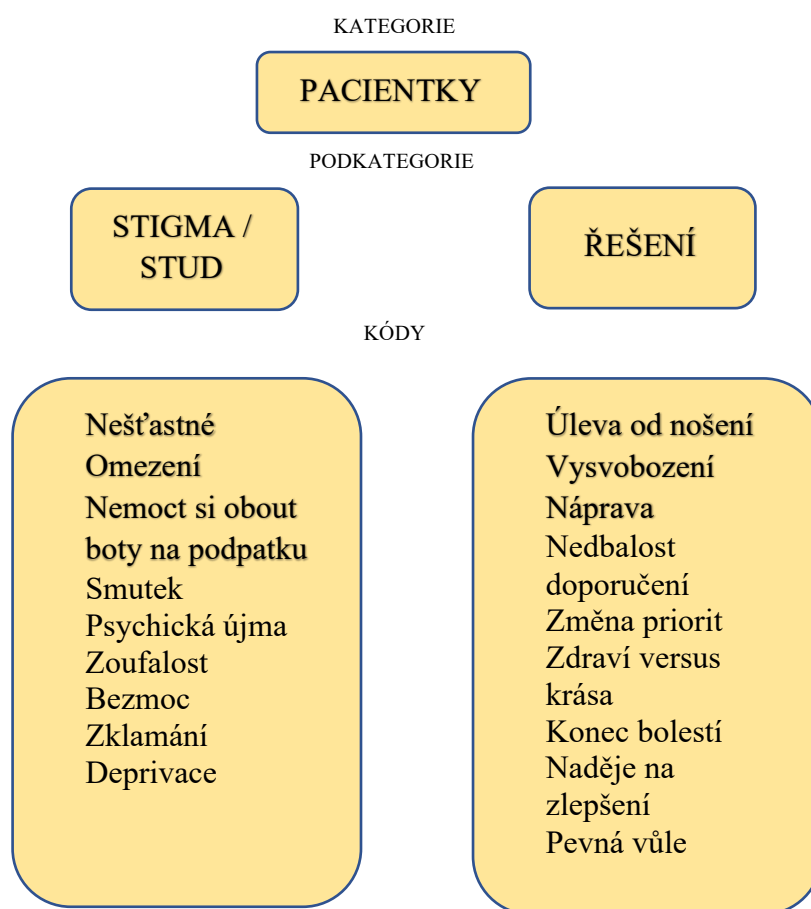
Zdroj: Vlastní zpracování

Co ženy pacientky trápí nejvíce

V diagramu si lze povšimnout, že kategorii Subjektivní symptomy jsme přehledně rozdělili na dvě podkategorie Bolesti a Jiné. Z čehož vyplývá, že respondenti byli dotazováni, jaké subjektivní potíže či symptomy v tomto případě ženy pacientky verbalizují. Zajímaly nás především subjektivní potíže. Protože ty objektivní jsou zjevné většinou na první pohled, či prokazatelné nějakým vyšetřením. Ženy pacientky si mnohdy všimnou změny na chodidlech a nohou až když je většinou pozdě. Odpovědi informátorů se velmi shodovaly a nejčastěji byla skloňovaná bolest. První odpověď od R1: „*Stěžují si na bolesti plosky a místa u paty, potom se nemohou obout do boty a mají problém s obutím, otlaky. Při došlapu je to bolí v oblasti paty nejvíce*“. Respondent zde dokonale vystihl celou situaci v tom, že bolestmi to celé začíná. Pocit nemožnosti obout se do boty, kterou za normálních situací vždy obuli se stupňuje, až přicházejí k lékaři. Oblasti paty jsou nejvíce bolestivé, protože noha není zatěžována po celé své ploše. R2 řekl: „*Otlaky, otoky, pocit těžkých nohou, bolesti přednoží*“. Otlaky od bot jsou dalším kritériem pro vstup do ordinace lékaře, pocit těžkých nohou dále znemožňuje fungovat za běžných denních činností. Pokud bolí přednoží, celá noha se tak stává unavenou a chůze je takto

narušená. R3 uvedl: „*Bolesti, nemůžou nosit všechny boty, zvětšují se jim nohy, a vyhledávají bačkory. Lékaři to potom řeší operací*“. Otlaky, otoky a vlivem zátěže v nesprávné obuvi, která je pro nohu nezdravou se může noha zvětšit. Z této výpovědi lze usoudit, že pacientky pro úlevovou polohu nohy vyhledávají pohodlnější boty, především přezůvky a jednoduchých pantoflí. R5 řekl: „*Bolest, vzhledově změny*“. Bolesti jsou mnohdy stěžejním předpokladem toho, že žena bude čelit potížím a vzhledové změny celý problém pouze umocní. R8, R9, R10 se shodnou na stejné odpovědi: „*Bolesti*“. R6 tvrdil: „*Bolesti pociťují a tlak v nártu, patě, přednoží, plosce, v malých kloubech na noze, bolest zad a páteře*“. Bolesti páteře a zad se ozývají poměrně záhy, protože vlivem špatného držení těla se změní i chůze a stoj. Pocit tlaku v nártu, plosce, patě a malých kloubech na noze vede k dyskomfortu. R11 řekl: „*Bolest palcových kloubů*“. Bolesti palcových kloubů jsou nejčastěji způsobené útlakem obuvi po celém obvodu. R14 řekl: „*Bolest, nevejdou se do boty, a to se jim nelíbí, proto to přicházejí řešit k nám*“. Estetika patří u žen na první místo. Pokud však je něčím narušená, například deformitou nohy z nevhodně nošených bot, přicházejí k lékaři. R16 řekl: „*Bolest a tlak v různých částech chodidla*“. Pocit tlaku v plosce nohy a obzvláště v kloubech je velkou nepříjemností a mnohdy i překážkou pro vykonání chůze. R17 se shoduje s odpovědí s R18: „*Bolesti*“. R18, uvedl: „*Bolesti a otok nohou*“, Nemožnost dále chodit pro nepřestávající bolesti, pocit těžkých, oteklých nohou se střídá s pocitem tlaku v chodidle. To jsou nejčastější příznaky žen pacientek, které sestry nejvíce zmiňovaly. R20 uvedl: „*Bolest, otlačený palec, nevejdou se do své běžné obuvi*“.

Diagram 15 Pocity pacientek



Zdroj: Vlastní zpracování

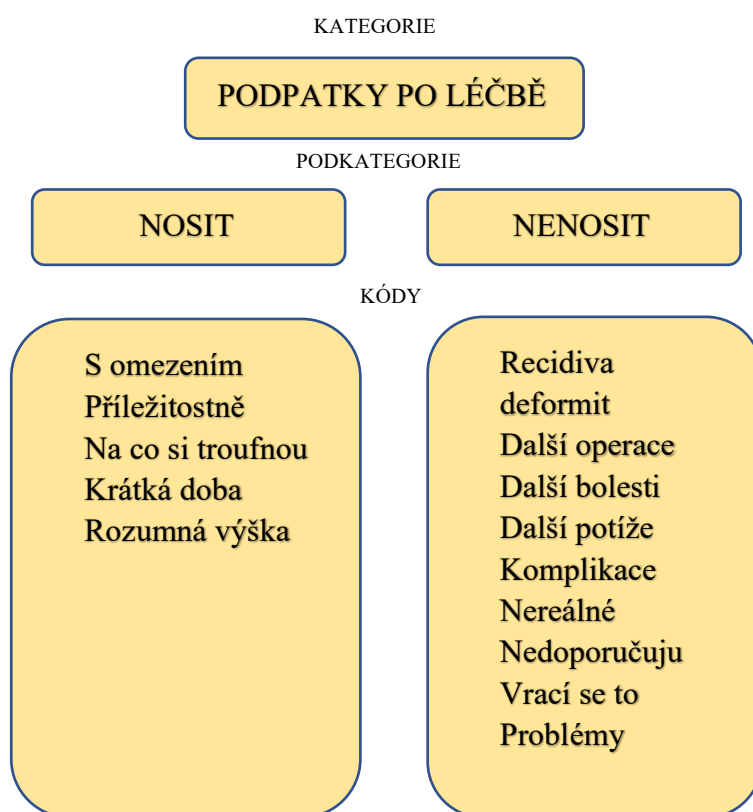
Jak se ženy cítí a co pocít'ují

Diagram s názvem kategorie Pacientky a dvě podkategorie s názvem Stigma/stud a Řešení bylo takto rozděleno proto, protože byla směřována otázka na respondenty tak, že měli zodpovědět, jak se podle nich pacientky cítí, když přichází k lékaři s deformitou. Respondentům nedělalo vůbec problém vyjmenovat několik pocitů jaké ženy mají, když je jim nedoporučeno nosit již obuv na vysokém podpatku. Pro bolesti nohou, deformity, získané vady či jiné potíže je tato volba zkrátka jedinou možností. V podkategorii Řešení jsme uvedli kódy, které nám byly sděleny od respondentů, jaké řešení ženy pacientky podstupují. Mnohdy je to i řešení konzervativně neoperační. Záleží pak už jen na ženách, zda uposlechnou rady lékaře. R1 řekl: „*Jsou rozhořčené a zoufalý, že nemohou fungovat tak, jak by chtěly. Nedokážou pracovat, dělat volnočasové aktivity, sport atd. Až v poslední řadě oplakávají, že si už nenazujou podpatky*“. Respondent zmínil, že ženy pocít'ují zoufalost a rozhořčenost. Rády by třeba sportovaly, ale pro dočasné omezení se této aktivitě musí vyhnout. R2 uvedl: „*Dámy zralejšího věku sem chodí, nezažila sem že*

by to někdo hrotil. V pětapadesáti to berou jako vysvobození, někdo mladší by to bral hůř spíš. Těm starším už je to fuk, a navíc je to jediná volba netrápí je to“. Informátor tvrdí, že mladší generace tuto nemožnost nosit obuv na vysokém podpatku snáší mnohem hůře. Je názoru, že starší pacientky toto řešení jedinečně uvítají. R3 tvrdil: „Cítí se podle mě zklamaně že už si je neobujou“. Zklamání je častý pocit, který ženy pacientky mají, protože se musejí nedobrovolně vzdát svých oblíbených bot. R5: „Jsou nešťastný, vadí jim to. Nohy je bolí, nelíbí se jim to. Noha je ještě hnusná, takže se jejich pocity stupňují a když se vyzujou tak to vidí na vlastní oči, že potřebují pomoci. Deprimuje je to psychicky a musí s tím něco dělat“. Další proband, který vystihl pocit, že se ženy cítí nešťastně, mohou mít narušený vlastní obraz těla, protože nohy jsou zdeformované a navíc bolí. R8 řekl: „Jak kdo. Záleží jakej k tomu mají přístup. Ve většině případů to ze začátku nenosí a pak až bolest přejde, tak zase začnou“. Nedbalost a nedodržování lékařských doporučení jsou další častou problematikou u žen pacientek. Nerespektování často vede k operačnímu řešení, protože deformita se zhoršuje. R9 uvedl: „Většinou to těžce nesou, protože to vnímají jako konec“. Podle tohoto respondenta ženy vnímají nemožnost nazout si obuv na vysokém podpatku tak dramaticky, že to považují za veliký problém. R10 řekl: „I přes zákaz si je obujou, sem do ambulance si je už nevezmou, do města jo“. Nedbalost, lehkomyšlnost a nemožnost pro své zdraví udělat to, co ženám pacientkám lékař doporučuje je patří mezi nejčastější pocity u pacientek verbalizované sestrami. R11 uvedl: „Jsou nešťastný“. R12 je názoru, že: „Cítí se omezeně“. Pocit omezenosti mohou mít pacientky, proto, protože dle respondenta do poslední chvíle měly možnost nošení obuvi na vysokém podpatku. R13 tvrdil: „Jsou nešťastný, protože už si nevezmou podpatky, malá část je ráda že to takhle dopadlo, ale to jsou výjimky“. Mezi nešťastnými pacientkami se najde i malá část, těch, které toto řešení chápou a vnímají jako vysvobození pro své nohy. Dle informátora, si zřejmě nechají lékařem poradit a mají pevnou vůli v dodržování opatření. R14 uvedl: „Pocitují omezení ve výběru obuvi, spíš jim to vadí, že budou muset mít změnu obuvi“. Podle slov tohoto respondenta, dochází k mrzutým pocitům u žen pacientek proto, protože jim lékař v rámci léčby doporučil změnu obuvi, zřejmě za ortopedickou. R16 tvrdil: „Pocitují asi. Možná úlevu, ale já nima nepřijdu moc do styku. Asi taky jsou z toho smutný. Moje známá si pořídila zdravotní obuv a říkala, že se cítí dobře, že jí nebolí nohy. Pak nemusí vyhledávat ortopeda a nemusí rehabilitovat. Pomohla si sama“. Informátor vnímá pocit smutku od žen. Dodává však, že pocitují úlevu, protože léčba přináší komfort, který byl noze dlouho špatnou obuví odepřen. Pokud si ženy pořídí ortopedickou obuv zavčas a samy, nemusí navštěvovat

lékaře. R18 řekl: „*Mají z toho psychickou ujmu většinou a nechtějí uposlechnout rad lékaře, dokud na to sami nepřijdou. Kolikrát to trvá 2 roky, než se přesvědčí, že to tak fakt je nejlepší*“. Žena pacientka si zřejmě prochází několika fázemi, kdy si sama uvědomí že nošení těchto bot je velmi pro nohy zatěžující. R19 uvedl: „*Především je to omezuje v životě, protože často cítí poměrně silné bolesti, dále pak záleží na jejich prioritách. Jestli raději zdraví nebo krásu...*“. Zde si respondent uvědomil, že si ženy pacientky srovnávají priority až později. Nejdříve zřejmě bojují a zkouší střídání obuvi, ale záhy zjistí, že tento postup nevede k dobrému řešení. R20 řekl: „*Jsou spíše zklamané, že nemohou nosit podpatky*“.

Diagram 16 Obuv na vysokém podpatku po léčbě



Zdroj: Vlastní zpracování

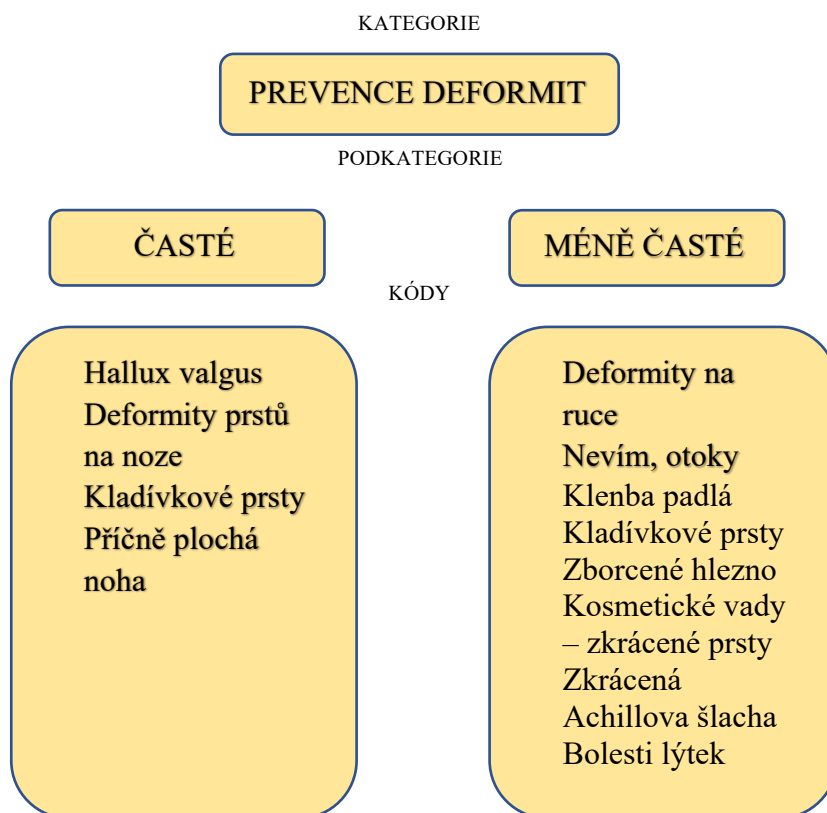
Doporučení od sester

Zde jsme zjišťovali, zda by sestry doporučily ženám pacientkám i nadále aby po léčbě deformat nosily obuv na vysokém podpatku. Byl vytvořen diagram, pomocí kterého jsme kategorii Podpatky po léčbě nazvali záměrně, aby bylo na první pohled jasné, že se ptáme na další nošení po léčení. Dvě podkategorie, které nesou název Nosit a Nenosit jasně napovídají, že si sestry měly vybrat, zda po podpatky dovolily či nikoliv. V této otázce

měly sestry hned jasno. Pro zdraví pacientek by byly schopny vymluvit jednotlivě ženám, že nošení obuvi na vysokém podpatku po léčbě nebo po jakékoli snaze eliminovat dosavadní problémy, které dovedly ženu pacientku až k lékaři není vhodné. Výpovědi sester jsou jasné. R1 řekl: „*Já bych to jako chlap nedoporučil. Nedoporučil určitě. Já si myslím, že tam potom dochází k návratu. Je možné, že by se pacientka vrátila k operaci, naši ortopedi doporučují vhodnou obuv a stélky. Nikdo Vám nezaručí, že se to nevrátí, že nedojde možná k deformitě klenby znovu. Nebo k nějaký komplikaci*“. Názor respondenta s sebou přináší obavy, zda kdyby ženy neuposlechly rad, že by jejich cesta k lékaři zanedlouho vedla znovu pro nové bolesti či potíže. R2 uvedl: „*Už to ani nedokážou pro bolesti. Navíc ta léčba taky není výhra, ono se možná zdá, že mají vyhráno, ale prostě ta noha už navždycky bude nějakým způsobem nabeuráná. Takže ne*“. Informátor je názoru, že ženy pacientky po úspěšné léčbě, když by si nazuly znovu podpatky budou pocítovat nepříjemné pocity nebo bolesti. Nová deformita či získaná vada by se vyskytla znovu a tomu se chce předejít v první řadě. R4 tvrdil: „*Ne nedoporučila, a protože si myslím, že po takové operaci to ani není zcela reálný. Těžko by v tom chodily. Znamenalo by to pro ně další operaci, další problémy a další neřesti s tím spojený*“. Proband ze své výpovědi jasně poukazuje na to, že si ženy pacientky více rozmyslí, zda se do obuvi na vysokém podpatku znovu obují či ne. Rozhodující je uvědomění, že si prošly již léčbou, která není jednoduchá a celé riziko by podle tohoto probanda podstupovaly celé znovu. R7: „*Nedoporučuju*“. Jasná odpověď, která zřejmě nepotřebuje komentář, protože se všichni zcela shodují. R8: „*Ne, protože se to může vrátit, ale my to stejně nijak neovlivníme, pokud si vyberou špatně. Je to na nich*“. Tato sestra zastává názor, že je vždy rozhodnutí na pacientkách. Pro dobře míněné rady se však mnohdy rozhodnou špatně. Stejná odpověď od R9: „*Ne, protože se to vrací ty problémy*“. Pro přetrvávající problémy, které by následovaly by ani tento respondent nedoporučil nosit obuv na vysokém podpatku. R10 uvedl: „*Ne*“. Svolení v nazutí si obuvi na vysokém podpatku znovu není žádné řešení a plně se vylučuje s dosavadní léčbou. R11 uvedl: „*Už ne když už se s tím léčí. Je to nereálný nedokáží si to vůbec představit ani...*“. Tento respondent by nedoporučil ženám pacientkám po léčbě podpatky a. ani si tuto skutečnost nedokáže vůbec představit v praxi. R12 řekl: „*Nedoporučila, dostanou se tam, kde byly před tím. Škodí si samy, deformity hold recidivují*“. Tento informátor uvedl, že pro vracející se deformity by nedoporučil nošení podpatků. Opačná odpověď u R13: „*Ne, že bych výslovně doporučila. Ale příležitostně když by si je vzaly si myslím, že by se nic nestalo. Na pár hodin to nijak neovlivní, pokud to samozřejmě nebudou přehánět*“. Informátor je názoru, že záleží, jak

dlouho se v botách na podpatku pohybuje. Odvíjí se to od doby stání a chůze. R14 řekl: „Nedoporučila, ale pokud si troufnou a nebolí je to nebo to není moc vysoký tak pro mě za mě. Ale je to cesta do pekla. Na tom se shodneme všichni“. Tato sestra má racionální pohled na věc. Z její výpovědi lze usuzovat, že rovněž záleží, na výšce podpatku. Stále by však tuto možnost nedoporučila a nevylučuje ani, že by se deformity nemohly znovu vrátit. R17 uvedl: „Ne nikdy, protože se to vrací“. Tento názor sdílí skoro všichni respondenti. R19 tvrdil: „Rozhodně ne, pokud by to bylo nutné, tak snad pouze nízké podpatky a pouze příležitostně“. Dle slov informátora, zůstává na místě, pokud si ženy dokáží zvolit správný typ podpatků a správnou výšku. R20 řekl: „Ne“.

Diagram 17 Získané vady



Zdroj: Vlastní zpracování

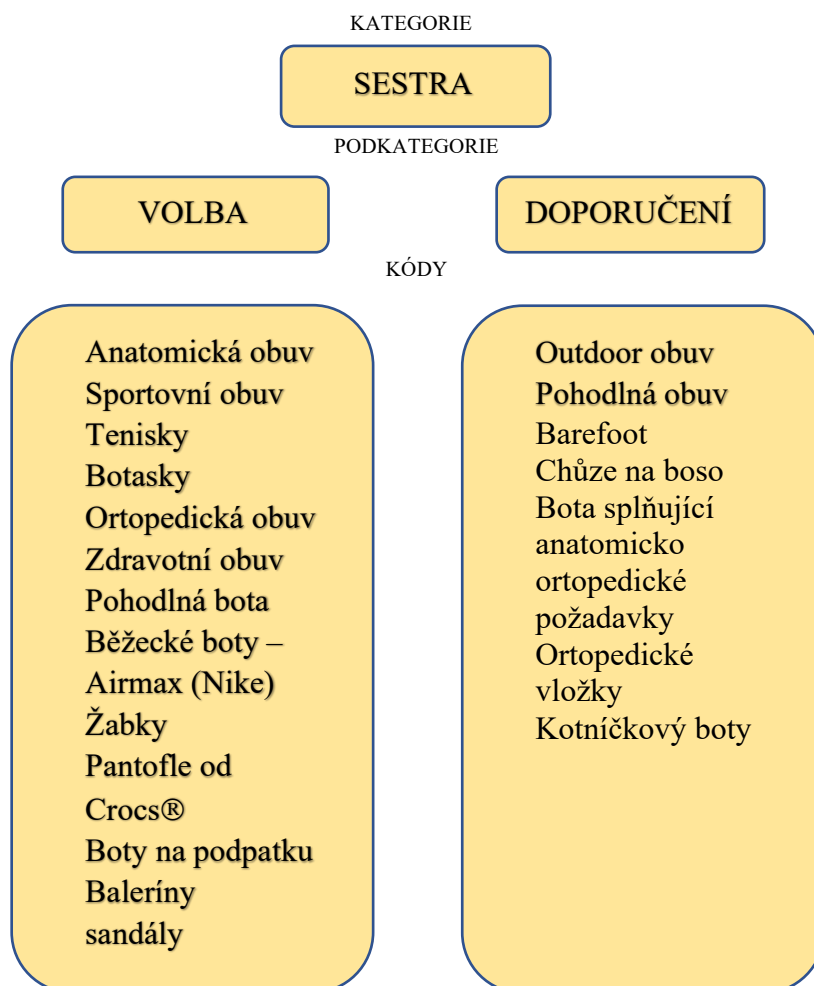
S jakými deformitami se sestry setkávají více a s jakými naopak méně

Respondenti byli dotazováni, jaké deformity nejčastěji vidají ve své profesi a které naopak ne tak běžně. Proto byla v diagramu pojmenována kategorie dominantním názvem celé otázky Prevence deformit a dvě k ní přidružené podkategorie Časté a Méně časté. Odpovědi se vyskytovaly různé. Protože jsme v našem výzkumném vzorku měly sestry respondentky z lůžkového oddělení a sestry z ambulancí, kde se vyskytuje jiná

povaha deformit, může se zdát, že jsou stejné kódy v obou kategoriích. R1 řekl: „*Nejčastější jsou deformity prstů, když jsou překřížené. Pacientky to nechávají dojít dost daleko až když je pozdě, než aby si to nechávaly dělat z kosmetických důvodů. Většinou je vhodná operativa. Méně časté – přiznám že nevím*“. První zmíněné od respondenta byly překřížené prsty. R2 uvedl: „*Halluxy, kladívkové prsty, klenba padlá je asi nejmíň se nevyskytující se deformita. Nejhorší je celková trojkombinace, a taky příčně plochá noha*“. Druhou nejvíce častou deformitou je podle slov respondenta hallux a kladívkové prsty. Padlá klenba se tolik nevyskytuje, nebo ji informátor neregistruje za tak častou. R3 tvrdil: „*Plochá noha, spadnutá klenba, halluxy, kladívkové prsty. Nejmíň asi nějaký páteře*“. Nejvíce časté jsou podle probanda plochonozí, halluxy a zborcená klenba. Z méně častých si není tak úplně jistý. R6 řekl: „*Halluxy nejvíc, kladívkové prsty vyloženě jen když je v čudu přednoží. Pak deformity jako takový, co se nohy týče. Málo častý asi když se bortí hlezno, je to dost vyvalený, a to u nás nebývá. To se řeší na odbornějších pracovištích*“. Zde respondent hovoří o tom, že nejčastější vidá vady jako jsou halluxy, kladívkové prsty a jako méně časté uvedl zborcené hlezno. R8 tvrdil: „*Nejčastější jsou halluxy a klenby*“. Stejná odpověď je i u R9: „*Halluxy, ploché nohy, nejmíň častý jsou kosmetické vady, třeba delší prsty. To se moc neřeší*“. Dlouhé prsty jako méně častá vada již zde byla uvedena, a jako nejčastější rovněž nejvíce zmiňované halluxy a plochonozí. R10 uvedl: „*Z nejčastějších jsou to asi deformity prstů a kladívkáče. Ty míň častý možná achilovky zkrácený, bolesti lýtek*“. Bolesti lýtek a zkrácené Achillovy šlachy jsou uvedeny podle informátora jako jedny z méně častých získaných vad. Z nejčastějších deformit pak deformity prstů a kladívkové prsty. R11 řekl: „*Halluxy a kladívkový prsty, nevím, jaký málo častý*“. Stejně jako R1 tento proband si nedokáže vzpomenout jaké jsou nejméně časté deformity, uvedl však nejvíce časté, a to jsou hlavně halluxy a kladívkové prsty. R12 tvrdil: „*Halluxy nebo druhý či třetí prsty překřížený, málo častý jsou tady kladívkový prsty*“. Naopak zde je jako málo častá vady uvedeno kladívkové prsty. Nejvíce nejvíc trápené halluxy či překřížené prsty. Stejná odpověď u R13: „*Halluxy, tady se málo vyskytuje bolest zad*“. Bolest zad je zde nejméně častou potíží u žen pacientek. Podobná odpověď u R14: „*Častý jsou halluxy, pokročilejší deformity páteře, už tady moc ne*“. Málo vyskytující se je prý podle slov probanda pokročilejší deformity páteře, nejvíce se vyskytující rovněž halluxy. R15 řekl: „*Tady často halluxy, kladívkový prsty. Sem chodí jen když se zvažuje operace, takže plochonozí spíš patří na polikliniku. Takže ty ploché nohy tady moc nejsou, příčně plochá noha taky ne, ale to lékaři neradi slyší, využívají se metatarzální srdíčka*“. Nejčastější deformity jako jsou halluxy a kladívkové prsty jsou

nejtěžší získanou vadou podle slov respondenta a nejméně plochonozí, které zřejmě patří na polikliniku, a ne do ambulancí, které jsou součástí nemocnice. R17 tvrdil: „*Hallux valgus, kladívkové prsty hodně, otoky pak už málinko*“. Informátor nás seznamuje s nejčastější získanou vadou nejvíce se vyskytující. Jedná se o hallux valgus a kladívkové prsty. Nejméně se zde vyskytuje otok nohou. Podobná odpověď u R18: „*Časté jsou ploché nohy, halluxy. Málo pak deformity prsů*“. Halluxy byly označeny každou sestrou jako jedna z největších deformit vůbec. Nejméně kladívkové prsty. R20 řekl: „*Nejčastěji hallux valgus a deformity na ruce*“. Deformity na ruce se tolik nevyskytují jako například halluxy, které jsou na první místě podle slov každého respondenta.

Diagram 18 Zdravá obuv



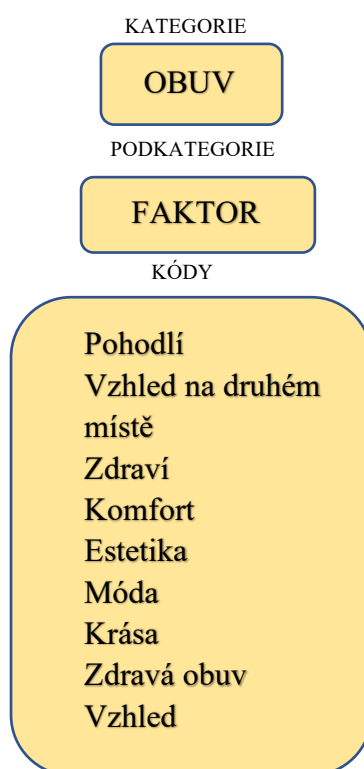
Zdroj: Vlastní zpracování

Jaký typ obuvi sestry preferují

V této otázce měly respondenti odpovědět na to, jaký typ obuvi preferují pro sebe a které doporučují ženám pacientkám. Vyjmenovaly nespočet druhů bot, které splňují zdravotní požadavky pro kvalitní obuv. Spoustu sester má na vědomí to, že je důležitý komfort před vzhledem. V diagramu je kategorie Sestra a dvě podkategorie Volba a Doporučení. V podkategorii Volba měli respondenti vyjmenovat co volí sami za sebe, které boty se jim nosí nejlépe a mají je v oblibě. V podkategorii Doporučení měli zase uvést, jaké boty doporučují svým pacientkám s deformitami. R1 řekl: „*Já chodím v anatomických botách a ve sportovní obuvi. Ne úplně tenisky, ale lehce městsko-běžecké outdoorové boty střídám. Nejlepší bota byla zřejmě s tím barefoot efektem nebo žádná – naboso. Ale pozor na ukopnutý palec. Aby splňovala určité parametry anatomické*“. Respondent zde pomýšlí na efekt barefoot což je správné a rovněž i na chůzi na bosu, která je nejlepší masáží díky terénu pro chodidlo. Sám informátor chodí nejraději v teniskách nebo běžeckých sportovních botách, ve kterých se cítí nejlépe. R2 uvedl: „*Botasky*“. Tento proband nosí rád botasky a rovněž si myslí, že i pro ženy pacientky jsou dobrou volbou. R4 tvrdil: „*Snažím se nosit ortopedickou obuv nebo s ortopedickou stélkou. Ženskejm doporučuju zdravotní obuv*“. Pro ženy pacientky proband volí raději zdravotní obuv, ve které má jistotu, že se noze bude pohodlně bota nosit a nevznikne tak nová deformita. R6 tvrdil: „*Nejlepší je určitě kecka, s tou platformou, tak to bych asi doporučila. No a já mám nejradši ty vyměkčený, aby ta noha v tom držela a bylo to pohodlný. Nesmí to plandat*“. Tento respondent vidí jako nejlepší řešení pro pacientky s deformitami klasické boty s pevnou platformou, která tvoří dobrý základ pro chodidlo. R8 řekl: „*Klasická teniska je to pohodlná bota. Nosím je taky a myslím, že by to pro ně bylo taky nejlepší*“. Teniska je tímto informátorem vnímána jako vhodná bota pro ženy pacientky a on sám tuto variantu pro sebe volí a je s ní spokojen. R9 uvedl: „*Běžecký botasky, konkrétně Airmaxy Nike, obyčejný kozačky nosím. No a pro ženský něco zdravotního, nebo ty kroksky, ale ty pravý od značky Crocs®*“. Tento respondent má nejoblíbenější obuv sportovní běžeckou od značky Nike Airmax a pacientkám doporučuje značkové crocsy. R10 tvrdil: „*Žabky, kotníčkový boty jsou ty nejpohodlnější moje boty. Tak buď ty bych doporučila nebo nějaký ty co splňují ty limity pro zdravotní obuv, nebo ortopedický*“. Tento proband má v oblibě letní boty a kotníčkovou obuv, pro pacientky doporučuje zdravotně nezávadnou obuv s ortopedickou atestací. R11: „*Ortopedickou obuv se snažím nosit a ženskejm to jedině prospěje*“. Jednoznačná odpověď. R12 řekl: „*Pohodlný boty*

dle vkusu“. Tato sestra dává ženám pacientkám volný výběr dle sebe. Avšak neopomíjí to, že musí být pohodlná na prvním místě. R13 uvedl: „*Pohodlná bota, já klidně můžu mít pantofle ortopedický, sandálová bota s pevnou patou.*“. zde se doporučuje ortopedická obuv a sandály s pevnou patou a páskem přes patu. R14 tvrdil: „*Sportovní obuv, tenisky, baleríny a pak boty na podpatku. Střídám to. Pacientky si mohou v podstatě nosit co chtějí, ale ty podpatky by neměly už. Asi zdravotní obuv by pro ně byla nejlepší*“. Respondent dokáže střídat boty na podpatku se zdravotní či ortopedickou obuví. Jako doporučení pro pacientky volí spíše zdravotní obuv než podpatky. R15 řekl: „*Sportovní obuv, sandály, baleríny*“. Podobná odpověď jako u předchozí probanda. R16: „*Outdoorová obuv je u mě, ve volném čase nosím všechny typy bot a do práce mám pohodlné boty. Městskou nosím to je klasika a nenosím vysoký podpatek, maximálně jen široký do 2–3 cm a ženám asi radím to samý*“. Zde u respondent je důležité, aby bota byla pohodlná a byla komfortní. Pokud zvolí podpatek, musí být okolo dvou až tří centimetrů. R17 tvrdil: „*Pantofle jediné od značky Crocs®, tenisky jen běžecké Nike, společenské boty od Salamandru, tam jsou i ty zdravý boty. Doporučuju*“. Oblíbená značka crocsů a běžeckých bot se zde vyskytují hned dvakrát. R18 uvedl: „*Asi jak kdy. Hlavní je pohodlí a pak se rozhoduju podle vzhledu obuvi... Jinak, jim doporučuju nosit tenisky, pokud jsou kvalitní jsou fajn, v létě sandály. V zimě pohodlné zimní boty...*“. Informátor doporučuje na zimu pohodlné zimní boty a v letních měsících sandály z kvalitního materiálu sám nosí pohodlné boty ve kterých se cítí pohodlně a dobře. R20 tvrdil: „*Tenisky s ortopedickou vložkou – již tak vyrobené. Myslím, že to samý by bylo vhodný i pro pacientky*“. Informátor má na mysli sportovní obuv s již od výrobce vloženou ortopedickou stélkou.

Diagram 19 Pohodlí versus vzhled



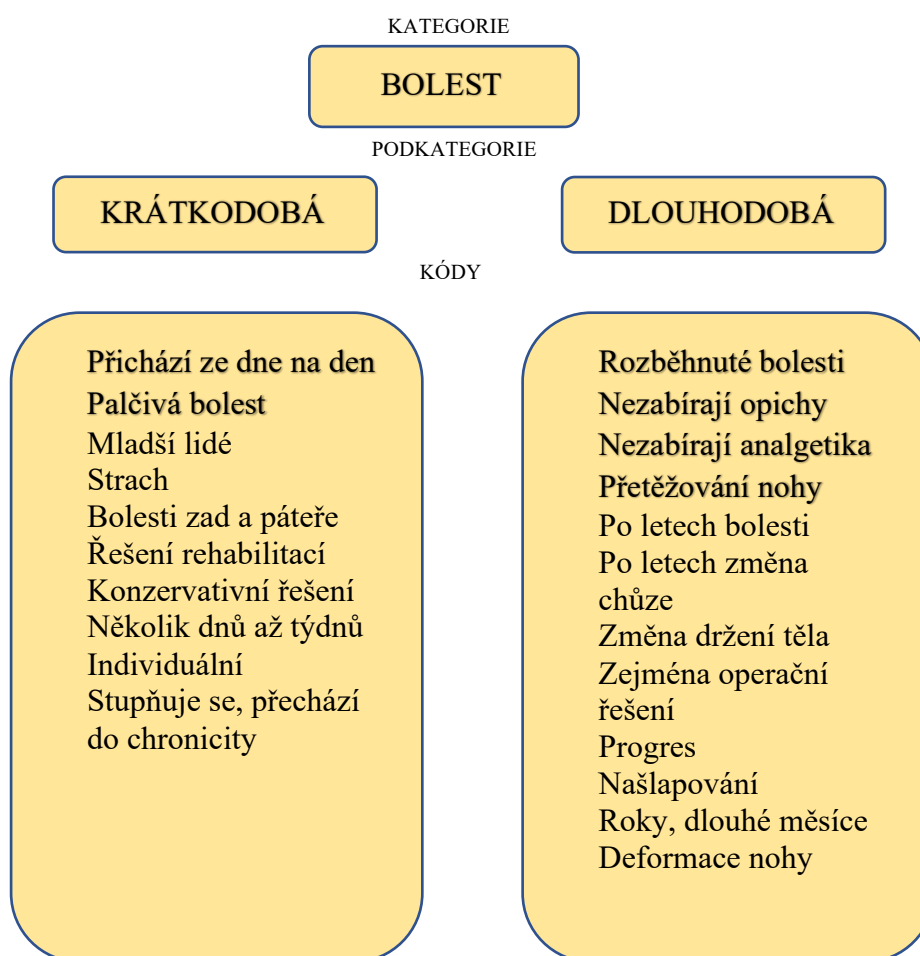
Zdroj: Vlastní zpracování

Priorita při výběru obuvi

V této otázce se měly sestry rozhodnout jaký faktor je u nich při výběru obuvi nejdůležitější. Zda je to vzhled nebo zdraví/pohodlí. Diagram jsme proto rozdělili na kategorii s názvem Obuv a podkategorii s názvem Faktor. Takto jsme potom přehledně řadili jednotlivé kódy, které byly respondenty vyjmenovány. R1: „*Pohodlí. Vzhled je ten druhý až. Ale bohužel ženy si vybírají podle vzhledu. Každému se líbí něco jiného, záleží na preferencích každé osoby. Jestli lodičky nebo tenisky*“. Jednoznačná odpověď, která dává přednost pohodlí. Vzhled je na druhém místě. R2 řekl: „*Pohodlí určitě. Kdyby byla sebehezčí, tak pohodlí volím. Ve dvaceti to člověk překousne s vysokou nepohodlnou botou, proto si asi vybere vzhled, ale na stáří je pak problém*“. Další respondent, u které vítězí pohodlí na prvním místě. Zmiňuje navíc, že mladý člověk vybírá nejčastěji podle vzhledu boty. R3 uvedl: „*Pro mě je určitě pohodlí vítěz*“. Informátor se shoduje i s R5: „*Pohodlí je určitě nejlepší. Dá se koupit bota pohodlná, ale i pěkná*“. Proband svým názorem naznačil, že v dnešní době není problém na trhu sehnat obuv, která je pohodlná, pro nohu zdravá, a ještě vypadá esteticky krásně. R8 tvrdil: „*Pohodlí. Určitě. Dají se koupit hezký a pohodlný*“. Obdobná odpověď jako u předešlého respondenta. R9 řekl: „*Pohodlí. Je důležité mít nohu bez otlaků, bez deformit klenby všeho nedobrého, že jo*“.

I tento proband zastává názor, že nejlepší je pro nohu pohodlí. Vzhled obuvi mnohdy může poškodit nohu nebo ji přinášet později potíže. R11 uvedl: „*U mě zatím ještě vzhled vítězí no. Vím, že ej to sice špatně, ale vybírám jen očima. Ale zase si klidně připlatím, co je dražší to je lepší*“. Zde se proband netají tím, že si vybírá obuv podle toho, jaká s emu líbí. Pohodlí má zřejmě na druhém místě, i když tvrdí, že si kupuje dražší obuv, která může být i zdravá pro nohu. R12 tvrdil: „*Oba faktory jsou pro mě důležité. Pohodlí i to, jak ta bota vypadá. Snažím se to skloubit, někdy je to těžký*“. Vybírat obuv, aby splňovala zdravotní standardy a zároveň byla estetická může vytvářet těžkosti. Avšak i přesto si tento respondent dokáže obuv vybrat takovou, podle jeho představ. R13 řekl: „*Ve svém věku asi pohodlí než to, jak ta bota bude vypadat. I když...?*“. Tento informátor vzhledem ke svému věku, dokáže vybrat hlavně obuv, která mu přináší komfort a je si v ní jistý. R14 uvedl: „*Vzhled je na prvním místě i to pohodlí je důležité, ale jak kdy*“. Další proband, u kterého je pohodlí a komfort na prvním místě než vzhled. R15 tvrdil: „*Pro mě pohodlí, ale někdy to bývá na půl. Dá se vybrat i hezká pohodlná bota. Někdo takový názor nemá, záleží na jejich zaměstnání*“. Obdobná odpověď jako u R16: „*Pohodlí, pak noha bolí a nestojí to za nic*“. Bolestivost potom znesnadňuje nošení určité obuvi, která noze přináší potíže. R17 řekl: „*Asi bych řekla, že záleží na té dané ženě... Pro mě je třeba pohodlí důležité, když jako sestra vím, jaké problémy pak mohou z nevhodné obuvi vzniknout*“. Díky své profesi se tento proband ztotožňuje s tím, že musí vybírat pohodlnou obuv, která mu nepřinese do budoucna deformity. R20 zastává názor: „*V dnešní době už tyto dva prvky lze skloubit dohromady. Více mám ale asi těch hezkých bot než těch pohodlných. Přiznávám*“. Jednoznačná odpověď, i tento respondent má nevhodnou obuv a ví o tom.

Diagram 20 Bolesti v čase



Zdroj: Vlastní zpracování

Akutní versus chronická bolest

Zjišťovaly jsme u sester, zda ženy pacientky přicházejí k lékaři s bolestmi, které trvají chvíli nebo mají dlouhodobější charakter. Odpovědi byly dost individuální. Záleží totiž hlavně na tom, jak moc a kde přesně je noha z obuvi bolí a také záleží, zda se v souvislosti s bolestí změnila chůze, držení těla či našlapování. S každou bolestí jsou ženy pacientky blíž k deformitě. I krátkodobá bolest, pokud se neřeší ihned, přechází do chronicity a stává se tak dlouhodobou. V dlouhodobé bolesti ženy pacientky už dále nemohou vydržet, proto mnohdy už nezbyvá nic jiného než operační metoda řešení. Zde je opět individuální léčba pro každou ženu. Rehabilitací, analgetiky či cvičením, masáží apod. se dá tímto konzervativním řešením zvládnout celý problém. Snášení bolestí tedy rozhodně problém nevyřeší, nemá cíl a nikam nevede. Vytvořili jsme jednoduchý diagram, který v hlavní kategorii Bolest přechází na dvě podkategorie Krátkodobá a Dlouhodobá. Celé schéma proto jasně odkazuje na myšlenku, která směřuje k pochopení otázky, na kterou

jsme se ptali. Zda ženy pacientky přicházejí k lékaři s dlouhodobými bolestmi, které s sebou přináší většinou již větší problém či snad zda přicházejí s krátkodobou bolestí, která může ale nemusí mít přidružené potíže. R1 řekl: *„Přichází s již rozběhnutými bolestmi. Nezabírají opichy, nezabírají analgetika a nefunguje ani chronická léčba/medikace. Myslím si, že když je to bolí, tak uhýbají v pohybu a tím se noha přetěžuje“*. Podle respondenta přicházejí s dlouhodobými bolestmi. Stěžují si při tom na to, že medikamentózní léčba tlumící bolesti již nezabírá, a tak mění styl chůze pro odlehčení. R2 uvedl: *„Přicházejí s bolestmi nohou, projeví se změnou chůze, stylem chůze, která značí, že je něco bolí. Toto se stane ze dne na den a může trvat i dlouhodobě. Takže se ničí i páteř a kyčle a mají vadné držení těla“*. Podle slov probanda, je to hodně individuální. Bolesti ženy dovedou k lékaři i přesto, že nemusí cítit bolest v nohou, ale i v zádech či jiných částech těla. R4 tvrdil: *„Dělsí dobu trpí, ulevujou si v chůzi“*. Protože mají pacientky deformity nohy, bolesti a otlaky hledají úlevový styl chůze, který je změněn od toho fyziologického. R7 řekl: *„Bolí je to roky. Pokud jsou bolesti krátkodobé, tak se začíná konzervativně – rehabilitací, vířivkama. Pokud vada progreduje, tak není jiného řešení než operativa. Pro ženský je to zákrok bolestivý. Bolest má vliv na chůzi, uhýbají tomu dost často, našlapují na určité tvary a noha dostává zabrat. Takže to odnese páteř a kyčle, velký klouby jako třeba i kolena“*. Do konzervativního způsobu řešení podle tohoto informátora spadá i vířivka. Ovšem řešení je to krátkodobé, dlouhodobé potíže vedou o operativnímu řešení. R8 uvedl: *„Pár měsíců to trvá, takže krátkodobě. Dochází určitě k tomu, že ulevují těm bolestem. Pak mají i vadný držení těla“*. Vadné držení těla je následkem bolesti pozměněno a pacientky si mohou stěžovat i na další bolesti zad. R9 tvrdil: *„Bolesti mají roky a mají vliv na to, že po určitý části nohy chodí víc a pak se ta noha deformuje. Mají bolestivý nárt. Je jedno, jestli jsou to mladší ženský nebo starší. Ty mladší, u nich se předpokládá že neuposlechnou, ale někdy jsou lepší než ty starší, kteří by měly být rozumnější“*. Bolesti, které trvají dlouhé měsíce nebo roky jsou od toho, že ženy volí obuv, která má nezdravý vliv na jejich nohy. R11 řekl: *„To je dost individuální, asi spíš jim to trvá dlouho“*. Jednoznačná odpověď, respondenta, který tvrdí, že problémy jsou dlouhodobého charakteru. R12 uvedl: *„Roky“*. Podobná odpověď jako u předešlého informátora. R13 tvrdil: *„Nepřijde mi, že by trpěly, spíš je to z estetických důvodů. Bolest je podle mě až na druhém místě. Většinou jim vadí, že mají velké nárt, prst přes prst a je to hnusný“*. Tento proband má pocit, že pacientky přichází k lékaři z estetických důvodů. Bolesti, pokud mají, tak ty řeší až na druhém místě. R14 řekl: *„Je to individuální, jak u koho. Někdo to má dyl někdo kratší dobu“*. Tato odpověď

se prolíná s odpovědí od R15: „*Sem k nám si přijdou stěžovat na bolesti, který trvají roky. Jinde na poliklinice je to třeba jen měsíční záležitost. My tady hlavně řešíme už jen tu přípravu na samotnou operaci*“. Tento informátor, zmiňuje, že se ve své práci soustředí již jen na samotnou přípravu k operaci. Srovnává s poliklinikou, kam by mohly ženy chodit k lékaři s dlouhodobějšími bolestmi. R16 uvedl: „*Roky i měsíce si stěžují*“. Bolesti dokáží ženy pacientky potrápiti krátkodobě v rádech několika týdnů nebo pár měsíců i dlouhá léta. R17 tvrdil: „*Spíše bych řekla, že roky. Je to dlouhodobý problém, který se často stupňuje*“. Bolesti jsou vystupňovány do takové intenzity, že pokud se neřeší ihned, potíže přetrvávají pak dlouhou dobu i nadále. R20 řekl: „*Spíše to řeší až po letech. Obecně bych řekla, že je to nešvar nás Čechů. Začít řešit něco až když to zajde opravdu daleko. Navíc lékaři a sestry nejsou vždy příjemní a myslím si, že se k nim i lidé bojí chodit, když si myslí, že nejde o nic vážného. Ano, bolesti mají tento vliv. Pacientky často mění styl chůze, ale nevím, jaký to má podložený efekt např. na jejich kyčle*“. Tento proband vidí problém v tom, že si myslí, že ženy jako Češky, neřeší problém ihned. Pokud cítí bolest, zkoušejí to vydržet, ale potom už může být celkem pozdě.

5 DISKUZE

Cílem naší diplomové práce s názvem „Vliv obuvi na deformitu nohy u žen – role sestry v prevenci“ bylo zjistit jaký má vliv obuv na deformitu nohy u žen a zjistit jakou roli sestra zastává v prevenci této problematiky. Výzkumným souborem byly sestry pracující na ortopedickém oddělení lůžkové části a na ambulantním traktu. Tato diplomová práce byla zpracována kvalitativním výzkumem a formou polostrukturovaného rozhovoru byly sebrány informace od sester respondentek, které byly následně zakódovány pomocí metody „tužka a papír“ (Švaříček a Šedřová, 2014). V našem výzkumném souboru jsme oslovili celkem 20 respondentů ze dvou nemocnic v ČR. Otázky kladené respondentům se týkaly obuvi na vysokém podpatku, získaných deformit z nevhodně nošené obuvi, edukace, role sestry v oblasti prevence, barefoot obuvi, chůze na bosu, bolestí nohou a v neposlední řadě subjektivně vnímaných potíží od žen pacientek. Ohledně edukace a bližších tématech edukování sestrou píše ve své knize i Juřeníková, 2010. Rovněž i o chůzi na bosu se zmiňuje ve své publikaci i Howell, 2012. praktická část této diplomové práce měla seznámit čtenáře, jak ovlivňuje obuv na vysokém podpatku nohu a chodidlo a také měla zdůraznit důležitost role sestry v prevenci této problematiky. Celá práce je koncipovaná obuví na vysokém podpatku, vzhledem ke stále větší oblíbenosti této obuvi ze strany mladších i starších žen. V diplomové práci se rovněž nachází i několik typů řešení získaných deformit nohou. Vyskytují se řešení konzervativní i chirurgické, tedy operační. Konzervativnímu řešení a ortopedické protetice se blíže věnuje Hadraba, 2006. Do neoperační léčby spadá i kineziotaping, který popisuje Vrbová, 2011 a Věle, 2006. v praktické části jsme také zkoumali povědomí sester o technice barefoot. Zajímalo nás také, zda sestry samy jsou zastávkyněmi podpatků či jsou odpůrkyně. Zajímavým přínosem pro tuto práci bylo zjištění od informátorů, s jakými potížemi se nejčastěji ženy pacientky potýkají a zda jsou bolesti krátkodobé či dlouhodobého charakteru (Slouka, 2014). Ke zpracování výsledků bylo třeba, stanovit si i výzkumné otázky, které zní: „Jaký je význam nošení obuvi na vysokém podpatku u žen a jak se toto promítne později na noze“. A dále pak „Jakou roli sestry připisují prevenci v této problematice“. Praktická část je koncipovaná zpracováním doslovně přepsaných rozhovorů, ze kterých jsme poté vytvořili diagramy. Údaje o respondentech jsme přehledně zaznamenaly do dvou informačních tabulek (viz Tabulka 1 a Identifikace respondentů – sestry, Tabulka 2 Identifikace respondentů – sestry). Jedna tabulka disponuje informacemi o informátorech z nemocnice v jižních Čechách a druhá vlastní

informace o probandech, kteří pracují v nemocnici na Vysočině. Identifikační údaje o sestřích byly zaznamenány do tabulek tak, aby prozrazovaly věk, celkovou sesterskou praxi, praxi na ortopedii a nejvyšší dosažené vzdělání v profesi Všeobecné sestry. Z rozhovorů od sester jsme potom mohli zjistit to, že věk sester se pohyboval přibližně od 25 do 58 let. Nejdelší praxe na ortopedii byla 15 a 10 let. Nejvyšší dosažené vzdělání bylo vysokoškolské – magisterské, při čemž mezi sestrami byly i ty, které měly středoškolské vzdělání. Nejdelší celková sesterská praxe je 39 a 40 let. Podle věku, celkové délky praxe, praxe na ortopedii a v neposlední řadě i na dosaženém vzdělání se odrážely odpovědi od respondentů. Potvrdilo se nám, že sestry z těchto dvou zkoumaných nemocnic velice často odpovídaly podobně nebo se skoro stejnou odpovědí. Naopak v některých případech se pro změnu odpovědi dost lišily a nepodobaly se vůbec. Sporadicky se také jevílo v naší výzkumné části práce, že se některé odpovědi sester mezi sebou navzájem prolínaly. Ať už to byl názor či odpověď sestry z jedné nemocnice souvisel nebo byl velmi podobný s názorem sestry v druhé nemocnici. Tento fenomén se nejvíce vyskytl u otázky, zda sestry znají barefoot, měly totiž odpovědět jednoslovnou odpovědí ano nebo ne. O této problematice blíže pojednává Mueller, 2008 a Pročková, 2016a. Podobnost odpovědí mezi sestrami zřejmě vypovídá o tom, že i když jsou sestry každá z jiného města, z jiného kraje a nemocnice, situace je prakticky stejná. Konkrétně například když jsme se sestrami hovořily o tom, jakou roli zastávají v prevenci. Každá sestra zmínila fakt, že i když ví, že prevence je zcela na místě a je ne málo důležitou součástí celého procesu edukace pacientek, je často sestrami zanedbávána. Ovšem, našly se i takové sestry, které vzhledem ke svému času v práci se dokáží do problematiky zapojit zcela dobrým způsobem. Rapi (2016) uvádí několik druhů deformit, které jsou jako získané vady nejčastěji vyskytujícími se mezi ženami. Sestry proto v rámci rozhovoru měly uvést, které deformity a vady se vyskytují u nich na oddělení či v ambulancích nejvíce v souvislosti se špatně zvolenou nezdravou obuví. Aby byly cíle a výzkumné otázky splněny, domohl nám k tomu právě onen rozhovor s každou jednotlivou sestrou. Toppischová (2008) seznamuje o tom, co by měla správná obuv mít, aby tak předcházela vzniku deformit. Definuje, co znamená zdravá obuv a podle toho také sestry měli odpovědět, jakou obuv preferují pro sebe a kterou by doporučily pacientkám po zákroku. Pro přehled byly ke každým otázkám vytvořeny diagramy, které jako názorné schéma vysvětlují jednotlivými podkategoriemi celý problém a v kódech jsou obsaženy jednoslovnými či krátkými slovními spojeními odpovědi respondentů. Diagram 1 byl sestaven na otázku jaký mají sestry názor na obuv s vysokým podpatkem.

Většinou sestry odpovídaly, že nejsou zastánkyněmi bot na vysokém podpatku, protože si moc dobře uvědomují ze své práce možná rizika deformit nohou. Jak uvádí Štýbrová (2006) není vhodné nosit obuv na vysokém podpatku každý den, je dobré je střídat s nízkými botami a jen na krátkou dobu. S tímto názorem se ztotožňuje R1, který uvedl: „*Takže jako chlapovi se mi to líbí, ale ze zdravotního hlediska to není úplně ideální pro klenbu, ale záleží taky na tom, jak dlouho se v tom chodí. Jestli se to nosí celý den nebo jednorázově pár hodin.*“. S tímto názorem se můžeme ztotožnit. Doba, po kterou se chodí v botě na vysokém podpatku rozhodně ovlivňuje to, v jakém postavení bude noha a zda je do budoucna projeví deformita nebo ne. O chůzi na vysokých podpatkách dále popisuje situaci ve své publikaci i Součková (2015), která se věnuje i dětské podologii. Tato otázka byla čistě informativního původu, a zjišťovala pouze jaký mají sestry názor na celou problematiku. Může se totiž v jejich odpovědích odrazit i celý postoj ke své profesi k roli, kterou zastávají v problematice. R7 například uvedla, že: „*Mám na to dost negativní názor. Pracuju v nožní ambulanci, takže přímo vidím, co k nám potom chodí a že je to dost nevyhovující. Za mě rozhodně ne*“. Zde se respondent domnívá, že podpatky jsou skutečně velkým rizikem toho že do budoucna pro nohu vznikne deformita ve smyslu vážnější komplikace. O deformitách na noze, například o nejčastějších vadách píše Dungal (2005) a přidává i několik typů operací. Sestry ve většině případů ihned dodaly, proč podpatky nosí a pokud nenosí tak proč ne. Ti respondenti, kteří nemají obuv na vysokém podpatku v oblibě, tvrdili, že se chtějí vyvarovat bolestem, či pozdějším vzhledovým změnám na noze. R19 zmínil, že: „*Nenosím to pro bolest nohou. Mám špatné zkušenosti a taky to máme v rodině. Prej to geneticky ovlivňuje z 20 %*“. O genetické predispozici rovněž napsal i kolektiv autorů Sosna et al. (2001), přidávají možnost vzniku valgosity palce, ke kterému se může přidat i další deformita. Dále jsme položili otázku, jaké existují kroky, které by mohli předcházet vzniku deformit nohou. Informátoři nejčastěji odpovídali, co by ženě doporučili na prvním místě, pokud by chtěla svůj problém řešit konzervativním způsobem, tedy neoperačně. Mnozí vyjmenovávali hlavně ortopedické stélky do bot, ortopedickou a zdravotní obuv, masáže, cvičení bylo nejvíce zmiňováno a také omezit nošení obuvi na vysokém podpatku. Sosna et al. (2001) uvádí, že pro úlevu nohou může dobrý efekt přinést snížení váhy, v případě, že žena trpí nadváhou. R20 vystihl celou věc svým názorem: „*Snížit hmotnost, pokud má žena nadváhu. Pokud má predispozice: nosit vhodnou obuv, která nemá úzkou špičku, a cvičit v rámci RHB nohy*“. Rehabilitace a cviky opravdu mohou dopomoci a snížit tak bolesti, způsobené nošení nevhodné obuvi (Larsen, 2005). R11 rovněž zmínil, že: „*Využívat ortopedické stélky,*

kvalitní obuv. Volit rozhodně značkovou než obuv od Vietnamců“. Kvalitní obuv je stěžejní krok k tomu, aby byla vybrána přesně taková obuv, ve které bude noha v komfortu a nebudou vznikat různé patologické znaky (Iqbal et al., 2012). s touto informací se rovněž ztotožňuje i Hadraba (2006), který navíc tvrdí, že vyměkčené stélky jsou více flexibilní a dokáží se noze lépe přizpůsobit. Lewitová (2016) uvedla, že ortopedické stélky jsou spíše pro deformity horšího stupně. Avšak R10 řekl: „*Ženy by se měly především vyhýbat podpatkům. Když už, tak raději zvolit klínky, ty jsou pro nohu lepší. Nejlepší je nosit ortopedickou obuv, není sice moc pěkná, ale noze dělá dobře*“. Tento názor dobře odráží důležitý bod, který je obsažen v citátu od Audrey Hepburn: „*Elegance je ta jediná krása, která nikdy nestárne*“. Na trhu je nespočet ortopedických bot se zdravotní úpravou, která vypadá i moderně, proto si může vybrat každý dle svého vkusu (Borský, 2013). Další otázkou jsme se snažili zjistit, kolik centimetrů má mít podle sester podpatek. Výška podpatku může být jakákoliv, protože se podpatky dělí do několika skupin nebo tříd a každý má jiné míry. Obecně však platí, že pohodlná chůze, kde není změněna a ohrožena valgozita kloubů zůstává pod 5 centimetrů (Smejkal a Bachrachová, 2011). R17 s podobnou odpovědí: „*Není podpatek jako podpatek, ty jehličkové jsou špatnou volbou. Jednolitý podpatek, jako ten na klínu asi do těch 4 cm*“. Podobná odpověď od R20: „*Nevím. Podle mě nejvíce závisí na tvaru špičky boty*“. Krátoška (1999) ve své knize píše že je u bot důležité, aby měly ideální tvar. Bota musí splňovat základní anatomické požadavky. Go samé zmiňuje i Veber (2007) a dodává, že je nezbytné, aby mělo předonoží ideálně široký prostor a špička boty, aby byla dostatečně kulatá pro prostor prstů. R1, R2, R4 a R5 odpověděli: „*5 cm*“. Pětcentimetrová výška se obecně vztahuje za zdravotně nezávadnou (Smejkal a Brachrachová, 2011). Na webových stránkách (www.veselatkanicka.cz) a (www.ortopedickaobuv.cz) jsme našli stejné míry tolerance podpatků. R19 se názorově od ostatních probandů zcela odlišuje, uvedl: „*2 cm*“. Tuto skutečnost jsme nenalezli v žádné literatuře, proto necháváme údaj 5 centimetrů. Zbylé sestry se buď náhodně shodly na této výšce, či byly dobře orientovány v problematice a byly informovány. Od zjišťování výšky podpatků jsme plynule přešli k další otázce. Ta, měla za úkol zjistit, jak velký důraz se klade ze strany sester na pacientky v oblasti nošení obuvi na vysokém podpatku. Náš výzkumný soubor plný respondentů, se pomyslně rozdělil na dvě skupiny. Jedna skupina tvrdící, že needukují z nějakého důvodu. Nejčastěji z časových důvodů či argumentovali tím, že je to práce lékařů. Druhá skupina tvrdila, že edukují a přispívají k prevenci pro ženy pacientky nebo že by alespoň chtěli svoji edukaci vylepšit. Respondent 1 se svojí

odpovědi: „*Nepřijdeme do styku s edukací a není možnost edukovat*“. Tento názor zastává i R2: „*Tady needukujeme, k nám přijdou zdeformovaný už ty ženský*“. K těmto ne příliš pozitivním názorům se přidává i R10: „*Já nad tím nikdy takhle nepřemýšlela, ženský si stejně budou podle mě nosit co chtějí dál*“. Tito tři probandi jsou zástupci jedné společné nemocnice, ve které pracují. Mají pocit, že edukace není důležitá nebo snad že se nevyužije tak, jak by se očekávalo. Ovšem Bartlová (2006) je názoru, že sestra ve své profesi má velmi důležitou roli v edukačním procesu. Stejně tak Špirudová (2015) přispívá svým názorem na to, že aby sestra mohla kvalitně a dobře edukovat, musí si s pacientkou navázat dobrý kontakt, vztah a v neposlední řadě i důvěru. Na důvěře a vzájemné toleranci je postavená celá práce sestry a pacientky (Sedlářová et al., 2008). Dostalo se nám naprosto protichůdné odpovědi od R6: „*U nás na ambulancích klademe velký důraz, ano. To je základ*“. Z této odpovědi můžeme posoudit, že oproti předešlým respondentům, si tento informátor potrpí na tom, aby byla docílená správná edukace. Sám ve svém názoru připouští, že pracuje na ambulanci. Je tedy možné, že na ambulanci pro to mají sestry větší prostor, vyjádřit svoji edukační roli. Sedlářová et al. (2008) vysvětluje, že je velmi podstatné, aby k edukování sestra nezapomněla připojit i prostor pro dotazy. Prostor, který bude pro vyjádření svého názoru ženou pacientkou. Většinou sestry věděly, že by měly edukovat, ale podle toho, zda pracují na ambulancích nebo na lůžkovém oddělení se odrážely jejich odpovědi. V odpovědích hrála roli i délka praxe na ortopedii. R4: „*U nás velký se klade velký důraz, lékaři upozorňují ženy hodně, je to jejich náplň práce a spadá to pod prevenci*“. Tento názor se odlišuje od názoru tohoto informátora R7: „*Malej význam to má. Lidi po tom nepátrají. Ještě kolikrát přijdou s podpatkama na ambulanci*“. Tento proband, má pocit, že o edukaci nikdo z pacientek nestojí. Respondent je rozlícen nad realitou, kterou vidí ve své práci, že ženy přicházejí na ortopedickou ambulanci v obuvi na vysokém podpatku. Pak můžeme chápat z jeho pohledu, že již nemá chuť dále motivovat, zapojovat se do prevence či edukovat dále. Sedlářová et al. (2008) však uvádí, že z hlediska dobré zpětné vazby, kterou sestrám může pacientka dát je nezbytné, aby k edukování došlo. Prevence je stěžejní a musí proběhnout, bez toho je potom celý kontakt bezpředmětný. Následující otázka v rozhovoru, která směřovala na probandy měla odhalit to, jakou roli sestra zastává prevenci před deformitami. Ludvík et al. (2003) píše, že v dnešní době je sestra zcela kvalifikovaný, samostatný a schopný zdravotník, který formou učení a sběrem nových informací v ošetrovatelském procesu edukuje pacienty. Nepotřebuje proto však nad sebou odborný dohled a podílí se na prevenci a léčbě vhodným způsobem. R7 se s tímto názorem ztotožnil: „*Zastávám*

edukační roli a taky edukuju“. Je obtížné posoudit, zda tomu opravdu ve skutečnosti takto je. Proband dále svoji odpověď nerozšířil, a proto uvedl pouze, že zastává edukační roli, ve které edukuje. Jak uvádí Rozsypalová a Šafránková (2002) sesterská profese, je povolání, ve kterém sestra přichází do kontaktu s dalšími lidmi. Nejedná se pouze jen o pacienty, ale také se svými kolegy a kolegy. V tomto sociálním prostředí se nalézají i rodina pacienta. Proto je zde důležité, aby do prevence byla zapojena i rodina a tímto se tak umocnila prevence deformit. Názor R14: *„Jako sestra si nemůžu dovolit udávat rady, ani podle lékaře. V podologické poradně se sice zabýváme deformitama, ale sama ta lékařka apeluje dost na tom, aby se podpatky nenosily. Stejně si to nejradši udělají podle sebe, možná by ani nechtěli, kdybysme jim edukovaly pacienty. Sice by to byla možná dvojí prevence, ale nefunguje to tak. A že nošení podpatků není dobře, to je jasný.“* Tento respondent je názoru, že prevence by měla spadat jen do rukou lékaře. což není nejlepším řešením, v naší práci se snažíme poukázat a apelovat na opak. Prevence vedená ze strany sestry může být velmi prospěšnou pro pacientky. Lékař si plní svoji funkci, stanoví diagnózu, prognózu a léčbu a je na sestře, aby se rozhodně spolupodílela. Souhlasíme s názorem Farkašové (2006), která vysvětluje, že sestra musí být diplomat a musí být mentálně dostatečně silná. Potýká se s různými typy pacientů, kteří nemusí brát její dobře míněné rady v oblasti edukace či prevence dobře. Další negativní postoj od R2: *„Tady se prevence neuživí. Z naší strany vůbec a pokud ženy poslechnou lékaře, jako, že ve výjimečných případech, tak snad. Jinak ne“*. odpověď na stejném podkladě od R1: *„Nezastávám žádnou“*. Tito dva informátoři, se staví velmi negativně k prevenci. Prevence je nedílnou součástí k úspěšné léčbě. Vzhledem k množícím se recidivám a výskytu opakovaných bolestí či problému, je zde třeba apelovat na ženy pacientky, aby se i nadále vyvarovaly nošení obuvi na vysokém podpatku. Rapi (2016) je názoru, že by se měla edukace pozvolným způsobem utvářet mezi sestrou a pacientkou. K vybudování vztahu může navíc dobrý způsobem přispět i to, že nenápadně bude směřovat ženy pacientky k tomu, aby si samy pro sebe a pro své zdraví uvědomily, že nošení obuvi na vysokém podpatku si mohou dále škodit. R13 řekl: *„Dbám na prevenci, snažím se sama kupovat si dobrý boty. Řeknu to i pacientkám, ale nevezmou si to k srdci a já je nutit nebudu“*. Tento respondent si je vědom toho, že prevenci musí především sestra začít u sebe. S tímto názorem souhlasíme. Sestra ví, jakou obuv má zvolit, dbá na prevenci a také ji směřuje k ženám pacientkám. Avšak přesto pociťuje nezájem ze strany pacientek k prevenci. Na deformity by mělo být nahlíženo jako na holistický problém, nikoliv brát v potaz jen estetiku. S deformity souvisí i diagnostika, prognóza, dodržování

léčby, komplikace a v neposlední řadě i prevence (Sedlářová et al., 2008). Prevence je skutečně nedílnou součástí celého procesu léčení a neměla by být sestrami upozadována. Jak tedy pracovat s takovými ženami, které se nechtějí vzdát svých podpatků i přesto, že mají potíže? Určitě nás nepřekvapí, že mnohdy ženy pacientky nedbají rad a doporučení lékaře a obuv na vysokém podpatku dále nosí. V tomto případě by se dalo uvažovat o možném kompromisu, kdy by si ženy na nezbytně dlouhou dobu vzaly obuv na vysokém podpatku a po skončení akce nebo po nejnutnější dobu by si obuv vyměnily za jinou (Krátoska, 1999). Noha potřebuje dostatek prostoru v oblasti přednoží, aby se prsty mohly co nejvíce pohodlně rozprostřít po celém prostoru. O již zmíněném kompromisu se zmínil i R4: „*S pochopením s nimi pracovat a najít nějaký kompromis*“. Jde tedy o to, aby ženy i přesto, že jejich potíže je dovedly až k lékaři věděly, že je nutné, aby střídaly obuv. Noha potřebuje komfort a nesmí dále nohu poškozovat. Jak tvrdí Toppischová (2008) a Fešar (2008) dámské obutí je navrženo tak, aby v nich postava evokovala pocit sebevědomé nositelky a dlouhých, štíhlých nohou. Celá atraktivita poté může přinášet i jisté známky opotřebovaných velkých klubů a v neposlední řadě i získané vady nohou. Vhodnost nošení ortopedických stélek má svoje místo. Zde se noze může ulevit natolik, že se tímto konzervativním řešením dá spolehlivě eliminovat zborcená klenba či bolesti. Svě uvádí i R19: „*Tak hlavně aby si ty nohy protahovaly, cvičení, v létě chodit na boso ne na rovno, po klikatých cestách s nerovným terénem, trávník, protahovat achilovky, gelový vložky nosit o bot...*“. Chůze na boso je jednou z nejvíce vyhledávaných prvních pomoci pro nalezení ztraceného komfortu u obuvi na vysokém podpatku. Mnohé ženy jsou názoru, že chůze na boso patří jen k letním měsícům a jsou alternativou pro obutí. Nikoliv. Je tomu opačně, a to sice tak, že chůze na boso je skoro jediným řešením pro bezpečnou prevenci před deformitami (maršálková a Jelen, 2007). S tímto názorem se plně ztotožňujeme a přidáváme i názor Tanga (2015), který uvedl, že předcházení deformit by mělo začít změnou obuvi, tedy výměnou obuvi s vysokým podpatkem za zdravější potom chůzi na boso a až pak nakonec použití ortopedických stélek. R11 nám v rozhovoru vypověděl, že: „*Edukace, ukázat jim deformity, lidově řečeno poděsit je následky z nevhodného nošení obuvi*“. s jeho názorem se rovněž ztotožňujeme, protože jinak, než edukací se prevence ženy nemohou dočkat kýženého efektu. Správně vedená edukace sestrou by měl rozhodně být cílem proto, aby spolupráce s takovými ženami byla produktivní. Ovšem z hlediska nošení podpatků je velký rozdíl mezi typem podpatku. V naší práci se soustředíme na klínový a ten klasický. Zajímalo nás u respondentů, jak je vnímají. Většinou informátoři vypovídali, že je to pořád stále podpatek, který ničí nohu.

Poté jsme dostali odpovědi, že ten na klínku je o něco bezpečnější, protože je na něm noha více stabilní než na tom klasickém. R4 uvedl: „*Je to hlavně ve výšce toho podpatku, takže je to úplně jedno, jestli klín nebo podpatek*“. Proband zde nastínil, že u podpatků se jedná především o to, jak vysoký je. Hill et al. (2008) jsou názoru, že čím vyšší podpatek je, tím více je opora nohy ochuzena o podstatnou stabilní část. Tato narušená stabilita potom ovlivňuje i postoj a chůzi a v neposlední řadě má neblahý vliv i na páteř. Naši respondenti jsou ve většině stejného názoru. R7 řekl: „*Boty na klínu nejsou úplně ideální, ale jsou rozhodně vhodnější než vysoké podpatky a také jsou na chůzi pohodlnější*“. Paradoxní je fakt, že obuv na vysokém podpatku může být i jako doplněk léčby ve smyslu, že napomáhají při zkrácených fasciích nebo při zvětšených plantárních obloucích (Howel, 2012). R11 uvedl: „*Myslím si, že tam je rozdíl ve stabilitě. Společenské boty jsou vratké, protože je tam menší plocha*“. Ať již ženy zvolí jakékoliv podpatky, neměly by opomenout i hygienu nohou (Stolt et al, 2012). Máme na mysli, pravidelnou péči, pedikúru a sprchování vodou střídavě vlažnou a teplou vodou. To vede k lepší cirkulaci oběhu a pocitu úlevy. Podpatky jsou stále vyhledávané mezi ženami, pro svůj obdiv u druhého pohlaví ale i u žen samotných. Atraktivita, sexuální přitažlivost a zvýšené sebevědomí. To jsou základní aspekty, proč jsou právě podpatky nejvíce vyhledávané ženami (Lee et al, 2001). Naši respondenti se prakticky všichni ztotožňují s tímto tvrzením. R5 je názoru, že: „*Mezi určitým typem žen je to vyhledávaný. Jen ve společnosti to vypadá dobře, a dokonce jsem slyšela, že jsou firmy, které vyžadují boty na podpatku jako dress code. Ženský reprezentují firmu nebo podnik, a ještě to vypadá líp, ale já si to nemyslím*“. Obuv na vysokém podpatku může být i jakou součástí pracovního oděvu. Existuje spousta firem či podniků, které pro svůj reprezentativní projev u svých žen zaměstnankyň vyžaduje nošení těchto bot. Avšak u těchto profesí se dá očekávat, že ženy v těchto botách setrvají i několik hodin, což už může později vést k získaným vadám. Nejvíce trpí koleno a páteř, zatímco u kolene je riziko že začne dříve či později atrofovat (Nwanko et al., 2012). Přesná odpověď proč, jsou tak podpatky oblíbené nikde neexistuje. Každá žena je nosí z nějakého jiného svého důvodu. Pro jiného je to pouze doplněk k oblečení, pro jiného je to zase symbol přitažlivosti. Jak uvedl R6: „*No tak asi aby žena vypadala přitažlivě*“. Ovšem přitažlivost by neměla být na úkor zdraví. Jsme zastánci všeho s mírou a pokud není výskyt nějakých komplikací při nošení této obuvi, není důvod pro absolutní nenošení. R7 tvrdil: „*Žena se na nich cítí lépe a víc sexy a také se říká, že podpatky dělají hezčí zadek*“. Nejen dlouhé nohy a sebevědomější chůze, ale i tvar hýždí se zde může projevit i jiným vzhledem. Hýždě dostávají jiný tvar, protože svaly gluteální

jsou ovlivněny změněným postojem. Změněný postoj je důvodem, kdy došlo k posunutí těžiště dopředu, lordóza je zvětšena a zešíklila se pánev v sagitálním směru. Tedy souhlasíme s názorem Rychlíkové (2002), která tvrdí, že čím vyšší je podpatek, tím vyšší je zatížení v předonoží. Jak již bylo výše zmíněno o chůzi naboso, tuto problematiku jsme se pokusili rozpracovat více a sice tak, že nás zajímalo, zda mají sestry povědomí o barefoot obuvi. využíváme zde definici od Pročkové (2016), že barefoot je anatomicky řešená bota s nadčasovou a moderní funkcí pocitu bosé nohy. Obouvání je poddajné a přináší chůzi flexibilitu. Z našeho výzkumné vzorku, který tvořilo 20 sester, tuto techniku znalo přibližně 6. Proto jsme se dále dotazovali i nato, jaký je názor sester na chůzi na bosu. Odsud totiž vyplyne, to, jak se o své nohy starají samy sestry. Zda pak apelují i na prevenci u žen pacientek či ne. R16: „*Jedině v písku a v kamínkách na tvrdých podložkách, doma v bytě ne*“. Výběr terénu či povrchu také rozhoduje o tom, jaká chůze bude pro člověka. Jinak se chodí po písku a jinak po kamenech. Obecně se doporučuje, že by se neměl vybírat hladký příliš rovný povrch. Ztotožňujeme se s názorem Dylevského (1997), který tvrdí, že rovný povrch není nejlepší variantou a je třeba vybírat povrchy více nerovné, např. tráva nebo písek. Mělká voda a chůze v ní má rovněž přínosný charakter. R17 uvedl: „*Je to rozhodně vhodné, ale také záleží, po čem se chodí, jaké povrch. Kamínky a tráva jsou v pořádku, ale například po asfaltu to také není příliš vhodné. Sama někdy chodím bosá a vyhovuje mi to*“. Tento rozhovor se shodl s názorem Dylevského (1997), že by každý měl zvážit co dokáže snést. Ne každému dělá dobře procházet se bosou nohou po šterku, někdo volí přijatelnější alternativu s více jemnějším povrchem, jako je již zmiňovaný písek či ona tráva. R20 řekl: „*Ráda chodím bosá – například v létě po trávě, na pláži, po vyhřáté silnici. Je to příjemná změna a člověk vnímá každý bod na svém chodidle. Obecně si ale myslím, že chodit dlouhodobě na bosu není zdravé pro klenbu nohy*“. Dlouhodobé chození naboso rozhodně nevyřeší všechny problémy nohou. Je to pouze doplněk či rehabilitace celého procesu řešení deformit. Nic se nemá přehánět a souhlasíme s názorem Dylevského (1997), že pokud se chodí naboso, musí se předcházet rovněž i nežádoucím úrazům, které celou věc mohou jen zhoršit. Další zkoumanou oblastí v našem rozhovoru s respondenty bylo, zda sestry samy nosí podpatky či ne. Většinou se sestry zmiňovaly i tom z jakého důvodu je nenosí. Je to věcí vkusu. Sestry staršího věku, které se pohybují na ortopedii delší dobu, již podpatky nenosí právě z toho důvodu, že ve svém pracovním procesu přímo vidí, co podpatky způsobují nohám. Tato otázka byla doplňující k rozhovoru stejně jako otázka o povědomí sester techniky barefoot. Byla to uzavřená otázka, na níž sestry odpovídaly jen ano či ne. V další otázce

zkoumáme, jak sestry vnímají edukaci v práci a jaké je pro ně být přímo u toho, když se pacientkám sděluje diagnóza deformity, prognóza a léčba. Na tuto otázku měli informátoři problém odpovědět, většinou otázku chápali z různých úhlů pohledu, a proto ji každý respondent pojal po svém. My jsme chtěli zjistit, zda informace z práce dokáží přenést i na své blízké, pokud je to zapotřebí a co přesně. R3 řekl: „*Jako jo, něco člověk pochyťá z práce, ale to je tak asi všechno*“. Tento respondent zřejmě informace ze své práce nepřenáší na své blízké ani z nich nečerpá rady či doporučení pro své soukromé účely. Jak sám tvrdí, během dne je přítom, vidí a slyší, jak spolupracuje lékař s pacientkami, ale více se tím nezabývá. Respondenti mohou při nejmenším slyšet o redresorech. Souhlasíme s Kolářem (2009), který tvrdí, že redresor je pomůcka k léčbě zmenšování úhlu na měkkých tkáních. Jedná se o typ korektoru, který řeší palec a mediální stranu. Toto mohou doporučovat mezi svými nejbližšími. R1 pochopil správně naši otázku. A odpověděl: „*Člověk z toho čerpá a je tou prací trochu zdeformovanej. Říkám známejm tohle nos a tohle ne. Zde se soustředíme na totálky, operace na velkejch kloubech, korekce přednoží tady jsou taky, ale ne v takovém množství, tēhle tady máme pár do měsíce*“. Proband uvedl, že se cítí svojí prací poznamenán ve smyslu deformace. Avšak tuto skutečnost můžeme chápat jako nadsázku, neboť podle věku se to dá vyloučit. Ztotožňujeme se s názorem Vebera (2007) že prevence se dá uplatnit i ve cvičení, a proto je cvičení mnohdy doporučováno ze strany lékařů pro pacientky. R2 odpověděl, že: „*Neberu to nijak domů, pokud mý blízcí nemají žádný problém, tak to nechávám být. Nijak to neřeším. Jen řeším pracovní věci*“. Tento respondent je nejvíce odkloněn od názoru ostatních a odlišil se svojí odpovědí i od našeho očekávání. Protože ve své práci vůbec nepovažuje za důležité, aby mohl pro sebe či své okolí, nejbližší, rodinu, přátele vytěžit něco, co by mohli použít jako radu z jeho profese. Další zkoumanou kategorií se dostáváme do hloubky věci. A to sice, že se dotazujeme sester, jaké jsou nejčastější problémy žen pacientek, které je dovedou až k lékaři. Všechny sestry z ambulancí i z lůžek se shodly na hallux valgus. Potom se odpovědi dost podobaly, či se navzájem doplňovaly o nejrůznější příznaky či subjektivní symptomy. Sosna et al. (2001) tvrdí, že na prvním místě v symptomech jsou bolesti metatarzů, ploché nohy, vbočený nárt a změnou chůze. Výpovědi našich respondentů jsou zcela podloženy tímto názorem. R7 vypověděl, že: „*Propadá se jim klenba, tvoří se halluxy, různé deformity na nohou, a to se pak řeší operativně*“. Podobná odpověď od R8: „*Zbortí se jim klenba, halluxy*“. Hallux valgus byl opravdu nejčastěji zmiňovaným symptomem. V teoretické části jej prezentujeme jako již samotnou deformitu, která je zároveň i diagnózou, ale mnohdy ženy

pacientky přijdou k lékaři pozdě. Příchod k lékaři, který měl být již dříve pro lepší diagnostiku a pozdní řešení problému je odrazem toho, že pacientky přicházejí s diagnózou, a ne se symptomem. Jak tvrdí Larsen (2005) deformity nohou vznikají jako sekundární prvek u žen po 30. roku života. R10 uvedl: „*Halluxy, palec se zkríví, zkrátí se achilovky a nastanou bolesti*“. Hill et al. (2008) jsou stejného názoru a dokonce uvádějí, že se Achillova šlacha zkracuje o to víc protože je namáhám musculus gastrocnemius, který je neustále v pohybu. R14 uvádí pro nás nově zjištěnou informaci to, že: „*Zborcená klenba, vbočený palec, vadné držení těla*“. O vadném držení těla se shoduje proband s Menzem a Lordem (1999), kteří uvádějí, že při takto špatné stabilitě celého těla může dojít k nežádoucímu úrazu, a to je pád. Pád by znamenal traumatické poškození končetin a možná i páteře. Deformitám se dá spolehlivě předejít již ve výchově. Pokud se od dětství bude vštěpovat, že se musí boty střídat, dá se potom v dospělém věku eliminovat výskyt deformit. Z dalších zjišťovaných otázek ohledně symptomů nás zajímalo, co přesně pacientky verbalizují. Odpovědi byly překvapující, protože se všichni respondenti shodli na bolestech. R6 uvedl: „*Bolesti pociťují a tlak v nártu, patě, přednoží, plosce, v malých kloubech na noze, bolest zad a páteře*“. K bolestem nohou se přidružuje i bolest velkých nosných kloubů, jako je kolenu a kyčel a v neposlední řadě i bolest páteře. Bolesti zad a páteře dokáží ženy pacientky potrápít ze všeho nejvíce. Tím, že je narušeno vadné držení těla pro například úlevovou chůzi, která je změněná pro bolesti nohou, dochází tedy k prvním příznakům bortící se plosky i páteře. Souhlasíme s názorem Muelera (2008) který vysvětluje že se poškozuje páteř pro tvrdý došlap na terén. Toto se dá spolehlivě zmírnit ortopedickými stélkami. R14 řekl: „*Bolest, nevejdou se do boty, a to se jim nelíbí, proto to přicházejí řešit k nám*“. Estetika je dalším verbálním projevem od žen pacientek. Pro otlaky nebo nateklé nohy se často nemohou vejít do svých oblíbených bot, které běžně nazuly bez problému. Nohy jsou nateklé, zdeformované, bolavé a nártý jsou zvětšené. Nemusejí ani pociťovat nějaké tlaky či bolesti v chodidlech nebo plosce nohy, mnohdy stačí jen fakt že se jim nohy „mění před očima“. Pro vybírání vhodné obuvi po návštěvě lékaře je vhodné, aby se obuv vybírala v odpoledních hodinách, protože to je noha nějaký čas již zatěžkána a je tedy o něco větší než v ranních hodinách (Fešar, 2008). Pacientky přicházejí k lékaři s velkými obavami ale i pocitu nezdaru či beznaděje. Ale jak pacientky odcházejí po návštěvě lékaře? a co cítí? Na to jsme se ptali našich probandů. Odpovědi byly opět velmi různorodé. Sestry respondenty byly dost rozlícené nad touto otázkou. Jsme názoru, že ej to tím, jak později samy vypovídaly, že si ženy za své problémy a bolesti mohou především samy. Velká většina z nich provádí to, že

přijdou k lékaři, který jim naordinuje nějakou léčbu pro nápravu a preventabilní zachycení deformit a jakmile dojde k úlevě, ihned se vrací k obuvi na vysokém podpatku. R8 řekl: „*Jak kdo. Záleží jaké k tomu mají přístup. Ve většině případů to ze začátku nenosí a pak až bolest přejde, tak zase začnou*“. Tento proband odpověděl, tak jako většina. Po úlevě přichází období recidivy a to tak, že si ženy znovu nazují podpatky i když se nachází ve fázi léčby. R11 uvedl: „*Jsou nešťastný*“. R12 je názoru, že: „*Cítí se omezeně*“. Pocit neštěstí a omezenosti, je dost často provází z ambulance ven. Jejich kroky mnohdy míří do lékárny nebo do obchodu se zdravou obuví, kde si samozřejmě zaopatří nějaké obutí pro přechodné období, ale podpatků se nechtějí vzdát (Borský, 2009). Zda by informátoři i po úspěšné léčbě doporučili obuv na vysokém podpatku pacientkám jsme se snažili dozvědět v následující otázce. Mayerová (2016) je názoru, že toto rozhodnutí by nebylo v žádném případě v pořádku. Vždy totiž hrozí riziko, že se znovu vrátí potíže a recidiva stoupají. Nemusí se projevit u každého a všechny, ale jisté riziko shledává. Ztotožňuje se i s názorem Šťastné (2006), která spolupracuje přímo s ČOKA, že výběr zdravé obuvi je stěžejní pro úspěch v léčbě, v rehabilitaci a v neposlední řadě i v prevenci. R13 uvedl, že: „*Ne, že bych výslovně doporučila. Ale příležitostně když by si je vzaly si myslím, že by se nic nestalo. Na pár hodin to nijak neovlivní, pokud to samozřejmě nebudou přehánět*“. Informátor nabývá pocitu, že zde záleží na jak dlouho by se podpatky nosily. Záleží na ženě pacientce, zda má potřebu nosit podpatky i po vyléčení a pokud to nebudou podpatky monstrózně vysoké, deformita by se neměla objevit. Avšak výjimka potvrzuje pravidlo a nejlépe by bylo, kdyby ženy vůbec nenosily podpatky po již úspěšné léčbě, neboť na příště to nemusí dopadnout stejně úspěšně (Šťastná, 2006). R17 uvedl: „*Ne nikdy, protože se to vrací*“. Jednoduchá a stručná odpověď, která jasně poukazuje na to, že možné recidivy rozhodně jsou a není dobré jim jít naproti. Nehledě na to, zda pacientka má genetické predispozice. Nejčastější deformity jsou z minulé otázky zjevně hallux valgus a ty méně časté? To se snažíme dozvědět od našich respondentů v další otázce. R20 uvedl: R20 řekl: „*Nejčastěji hallux valgus a deformity na rukou*“. Protože se naše téma zabývá vyloženě deformitami na noze, odpověděl tento proband, že nejméně časté deformity jsou ty na rukou. Pojdme se podívat na další odpovědi. Mezi další často vyřčené odpovědi na otázku, které vady jsou méně časté byly bolesti zad. Avšak bolesti zad raději chápeme jako symptom, a ne jako deformitu. R3 tvrdil: „*Plochá noha, spadnutá klenba, halluxy, kladívkové prsty. Nejméně asi nějaký páteře*“. Tento informátor zřejmě vidá nejméně deformity páteře a nejčastěji opět halluxy, kterých je opravdu mnoho a trápí nespočet žen. S halluxy se dost často pojí

i nejrůznější deformity prstů a v neposlední řadě i bolesti. Dále informátoři odpovídali že méně časté jsou kosmetické vady nebo zkrácené Achillovy šlachy či bolesti lýtek. Jeden proband dokonce uvedl i zborcené hlezno jako nejméně častou deformitu. Většina těchto nejméně častých vad a deformit se léčí na jiných specializovaných pracovištích. My pro potřeby naší práce se zaměřujeme spíše na deformity vzniklé z nevhodně nošených bot. Dle názoru Larsena (2005) vznikají deformity jako následek špatně provedené operace v minulosti. Hallux valgus se dnes operuje různými druhy operace, nejznámější je operace Austin, Akin a L Chevron (Dungl, 2005). Na otázku, jaký typ obuvi sestry preferují odpovídaly různě. Avšak mnohé odpovědi se ani moc nelišily, všechny mají stejného jmenovatele – ortopedické či zdravotní. R17 uvedl své nejoblíbenější značky: *„Pantofle jedině od značky Crocs®, tenisky jen běžecké Nike, společenské boty od Salamandru, tam jsou i ty zdravý boty. Doporučuju“*. Podobný názor zastává i Veber (2007), píše že zdravá obuv musí splňovat několik zásadních standardů pro zdravotně nezávadnou obuv. My se s tímto názorem ztotožňujeme a přikláníme se i k názoru Horáka (2004), který napsal že bota musí nohu chránit před několika vlivy zvenčí i zevnitř a nesmí ji nijak poškodit. R20 uvedl: *„Tenisky s ortopedickou vložkou – již tak vyrobené. Myslím, že to samý by bylo vhodné i pro pacientky“*. Tento názor je obdobný s názorem Pročkové (2016a) která uvedla, že v dnešní době jde zdravá nezávadná obuv ruku v ruce i s módními trendy. Takže se dá již dnes vybrat obuv, která bude krásná, estetická, a ještě zdravá pro nohy. Obuv nebo vzhled? Na tuto otázku odpověděli všichni probandi jasně a stejně. Pohodlí vítězí nad vzhledem, nacházíme asi dva respondenty, kteří jsou v mladém věku, a proto se rozhodli opačně. R9 o sobě řekl, že: *„Pohodlí. Je důležité mít nohu bez otlaků, bez deformit klenby všeho nedobrého, že jo“*. Zdraví pro nohy je to největší, co nohám můžeme dát. Nesou celé tělo a nebýt jich, celá chůze i stoj by nebyl ani dobrým ukazatelem vývoje pro páteř. Těsnost boty odráží i to, že na noze, především na měkkých tkáních se začne vyvíjet tlak a ten později může vést k získaným deformitám či vadám (Součková, 2015). souhlasíme s názorem Krátošky (1999) který tvrdí, že pokud bota příliš těsní, vznikají na noze oděrky, puchýře a otlačeniny, které způsobují bolest při chůzi a celá chůze je narušená. R11 je názoru opačného: *„U mě zatím ještě vzhled vítězí, no. Víím, že je to sice špatně, ale vybírám jen očima. Ale zase si klidně připlatím, co je dražší to je lepší“*. Tento názor evokuje v alibismu. Respondent si dokázal obhájit proč vybírá obuv podle estetiky a podle vzhledu. Přiznává, že mu nedělá problém připlatit si za výběr obuvi. Poslední otázka měla poukázat a lehce nastínit fakt, zda pacientky trpí

bolestmi, než navštíví lékaře dlouhodobě či krátkodobě. R9 má pocit, že: *„Bolesti mají roky a mají vliv na to, že po určité části nohy chodí víc a pak se ta noha deformuje. Mají bolestivý nárt. Je jedno, jestli jsou to mladší ženský nebo starší. Ty mladší, u nich se předpokládá že neuposlechnou, ale někdy jsou lepší než ty starší, kteří by měly být rozumnější“*. Kvůli bolestem mění pacientky styl chůze a ta se stává kamenem úrazu pro páteř. Trpí bolestmi celé měsíce či roky. Jedná se tedy o dlouhodobou bolest, kterou neustále odkládají. Důvodů proč ji odkládají může být několik, snad nedostatek času, snad strach. Blíže jsme se touto otázkou nezabývali (Gross, 2005). Opačná odpověď od R13: *„Nepřijde mi, že by trpěly, spíš je to z estetických důvodů. Bolest je podle mě až na druhém místě. Většinou jim vadí, že mají velké nárt, prst přes prst a je to hnusný“*. Informátor poukazuje na estetiku a vzhled nohy, která se pomalu ale jistě stává zdeformovanou. Souhlasíme s názorem Dylevského (2009b), který uvedl, že pacientky si všimnou, že mají prst přes prst a začínají to řešit. Je to jeden z případů, který jsme již zmiňovali výše, kdy se bolesti mohou a nemusí projevit ale vzhled či vada sama pacientky je dovede k lékaři. Řešení je mnoho, jak neoperační, tak i operační (Fešar, 2008). Na závěr naší diskuze můžeme podotknout, že se mnohé odpovědi sester dost podobaly. Jindy se zase rapidně odlišovaly. Je to především tím, že každá sestra je jiného věku a pohybuje se v celkové praxi a v praxi na ortopedii jinak dlouhou dobu. V neposlední řadě to také rozhoduje o tom, v jaké nemocnici pracuje. My jsme prováděli rozhovor ve dvou nemocnicích. Nemocnice v jižních Čechách je větší a mnohem známější než ta na Vysočině, která má menší spádovou oblast. Citát od Richarda Brinsley Sheridan dokonale vystihuje podstatu věci: *„Skromnost je vlastnost, kterou ženy na svých milencích spíše chválí, než obdivují“*. I ženy by si mohly více vážit pohodlí ve svých nízkých botách bez podpatku, a i na nich si najít něco hezkého, atraktivního než jen u obuvi na vysokém podpatku.

6 ZÁVĚR

V této naší diplomové práci se věnujeme vlivu obuvi na deformitu nohy u žen – role sestry v prevenci. Sestry, které pracují na ortopedickém oddělení jsou v kontaktu s nespočtem pacientů. Pro potřeby naší práce jsme se zaměřily především na sestry z ortopedických ambulancí a z ortopedických lůžek. V celé problematice se zaměřujeme na ženy pacientky, které mají jakékoliv potíže či získané vady, deformity z nevhodně nošené obuvi. Tato práce nemusí být pro sestru jednoduchá. Setkává se s ženami pacientkami různé věku, a proto je pro mnohé mladé ženy velkou těžkostí, když při diagnostice hallux valgus je jim nedoporučeno již about obuv na vysokém podpatku, kterou měly dříve tak moc v oblibě. Sestry se proto setkávají s nešťastnými či bezmocnými ženami, a proto je zde velmi důležitá edukace v oblasti prevence. Edukace a prevence je nedílnou součástí terapeutického plánu, na kterém se sestra podílí. Jak jsme již naznačili je to právě hlavně edukace, která se promítne v prevenci a je jedinou zbraní se kterou sestra pracuje. Diplomová práce měla za cíl zjistit jaký má vliv obuv na deformitu nohy u žen a zjistit jakou roli sestra zastává v prevenci této problematiky. Vybrali jsme si kvalitativní výzkum a formou polostrukturovaných rozhovorů jsme sbírali výsledky, které jsme poté zakódovali. Mimo jiné jsme stanovily 2 výzkumné otázky:

1) Jaký je význam nošení obuvi na vysokém podpatku u žen a jak se toto promítne později na noze?

Po zpracování výsledků a následné analýze, jsme došli k závěru, že významem je oblíbenost obuvi na vysokém podpatku. Dlouhé, štíhlé nohy, větší sebevědomí, elegance, estetika, podmanivý styl chůze ale i sex-appeal jsou nejvýznamnější důvody pro jejich volbu. Později se však mohou vyskytnout projevy získaných vad z nevhodně nošené obuvi, deformit jako jsou hallux valgus a bolesti.

2) Jakou roli sestry připisují prevenci v této problematice?

Problematika prevence vedená sestrou a s ní spojená role sestry v prevenci v našem výzkumu nedopadla nejlépe. Sestry nekladou moc velký důraz na prevenci. Avšak se našly i sestry, které vykonávají roli edukátorky v prevenci a edukují poctivě. Prevenci nezanedbávají ani ve svém osobním životě, a to je odrazem toho, jak potom přistupují ke své profesi a jaký k ní mají postoj.

Nejčastější nedostatky u sester se promítly v lhostejnosti v prevenci a edukaci. Předcházení deformit a edukaci o prevenci přenechávají na lékařích a tvrdí, že je to jejich náplní práce. Svoji sesterskou roli si plní v administrativě a ve výkonech, které mají v popisu práce ohledně diagnostiky (zobrazovací metody) či podílení se na léčebném a v ošetrovatelském procesu. Objevila se nízká znalost barefoot obuvi a převažovaly odpovědi, které poukazovaly na nečinnosti v prevenci. Názory na obuv s vysokým podpatkem rovněž nedopadly nejlépe. Sestry se vyjadřovaly více méně negativně a nesouhlasily s tím, aby si je ženy i po úspěšné léčbě znovu nazouvaly a nosily. Důležitost edukace sestry v problematice předcházení deformit následkem nošení nevhodné obuvi zůstává nadále sestrami upozadováno. Je to proto velkým milníkem a nedostatkem, protože obuv na vysokém podpatku byla, je a neustále bude ženami vyhledávána. Jak se lidově říká „s jídlem roste chuť“, a takto je to i s podpatky. S jejich atraktivitou, oblíbeností a elegancí přichází i deformity, hallux valgus, bolesti, získané vady a různé druhy potíží s celým pohybovým systémem spojené. Je proto nezbytné, aby se důležitost a nutnost v této oblasti prevence rozšířila do podvědomí sester a tím se tak mohly eliminovat deformity u žen. Šíření by mohlo probíhat například formou přednášek, seminářů ale i informačních letáků. Tato naše diplomová práce může být odrazovým můstkem pro sestry z ortopedických oborů. Může posloužit jako motivace pro tyto sestry nebo také může zrcadlit to, jak a co by se mělo posílit. Nemůžeme však výsledky paušalizovat na všechny sestry, nachází se i výjimky, kterých se toto opatření netýká. Pokud si čtenář po přečtení této práce uvědomí, jaká by měla být role sestry v prevenci a proč do ní zapojit právě edukaci tak porozuměl celému obsahu a pointě této problematiky. V neposlední řadě se dozví, jaký je vliv obuvi na deformitu nohy u žen a práce tak splnila svůj účel a má smysl. Výstupem diplomové práce bude informační plakát pro sestry a ženy, které nosí obuv na vysokém podpatku.

7 SEZNAM LITERATURY

1. BAKALA, J., 2007. 80. let Bařovy nemocnice v obrazech, faktech a dokumentech 1927-2007. 173 s.
2. BARAVARIAN, B., 2014. Hallux abducto valgus surgery. USA: Elsevier, 2014, **31**(2). 333 s. ISBN 9780323290128.
3. BÁRTLOVÁ, S., 2005. Sociologie medicíny a zdravotnictví. 6. Vydanı. Praha: Grada. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
4. BEDNÁR, R. et al., 2011. Zásady správnej manipulácie s imobilnym pacientom – řkola chrbta pre sestry. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. **18**(2), 69-77 s. ISSN 1211-2658.
5. BÍLKOVÁ, I., 2017. *Fyzioklinika centrum fyzioterapeutické péče: Podoskop s polarizovaným světlem* [online]. Praha: Fyzioklinika fyzioterapie s.r.o. [cit. 2018-02-12]. Dostupné z: <https://www.fyzioklinika.cz/clanky-o-zdravi/podoskop-s-polarizovanim-svetlem>.
6. BORCHGREVINK, E. et al., 2015. Does the use of high-heeled shoes lead to fore-foot pathology? A controlled cohort study comprising 197 women. *Foot and ankle surgery* [online]. **22**(2016), 239–243 [cit. 2018-12-18]. Dostupné z: https://ac.els-cdn.com/S1268773115001654/1-s2.0-S1268773115001654-main.pdf?_tid=7d2a6a85-31d0-4543-b49a89d8202acbea&acdnat=1545487964_e24639aee504603b3887a2303baf6c83
7. BORSKÝ, M., 2009. Ortopedické vlořky s podpůrným stabilizačním segmentem. *Ortopedická problematika*. [online]. [cit. 5.2.2018]. **1**(16), 10–13 s. ISSN 1212-6705 Dostupné z: http://www.ortotikaprotetika.cz/download/ortopedicka_protetika_16.pdf
8. BORSKÝ, M., 2013. Vyuřitı měření tlaku na plosku nohy uvnıtrı obuvi v ortopedii. *Podiatrické listy*. [online]. [cit. 9.1.2019]. ISSN 2336-7725. Dostupné z: <http://www.podiatric.cz/upload/listy/pod-listy-2013-02.pdf>
9. BROZMANOVÁ, B. et al., 1990. Ortopedická protetika. Martin: vydavatelství Osvěta. 478 s. ISBN 80-217-0133-1
10. CASSAN, A., 2005. *Anatomie ˇloveka*. Havlıckuv Brod: Fragment. 96 s. ISBN 80-253-0080-3.
11. CLARK, R., 2005. *Anatomy and physiology: understanding the human body*. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers. 455 s. ISBN 0763748161.

12. ČIHÁK, R., 2016. *Anatomie*. 3. Vydání. Praha: Grada. 552 s. ISBN 978-80-247-3817-8.
13. DYLEVSKÝ, I. et al., 1997. *Pohybový systém a zátěž*. Praha: Grada Publishing, 260 s. ISBN 80-7169-258-1
14. DYLEVSKÝ, I., 2007. *Základy funkční anatomie člověka*. Praha: Manus. 194 s. ISBN 978-80-86571-10-2.
15. DYLEVSKÝ, I., 2009a. *Funkční anatomie*. Praha: Grada. 544 s. ISBN 978-80-247-3240-4.
16. DYLEVSKÝ, I. 2009b. *Speciální kineziologie*. Praha: Grada Publishing. 184 s. ISBN 978-80-247-1648-0.
17. DUNGL, P., 2014. *Ortopedie*. 2. Vydání. Praha: Grada. 1192 s. ISBN 978-80-247-4357-8.
18. DVOŘÁK, R., 2007. *Základy kinezioterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 104 s. ISBN 978-80-244-1656-4.
19. FARKAŠOVÁ, D., 2006. *Ošetrovatelství – teorie*. Martin: Osveta. 209 s. ISBN 80-8063-227-8.
20. FEŠAR, J., 2008. Podiatrické listy: mezioborový zpravodaj České podiatrické společnosti. *Nohy, nožky, nožičky – Hallux valgus z pohledu podiatra*. 2008(2), 12-13. ISSN: 2336-7725.
21. FLANDERA, S., HRDLIČKA, L., 2001. *Taping: Prevence a léčba poruch pohybového aparátu. Příručka pro maséry a samoléčbu*. Olomouc: Poznání. 101 s. ISBN 80-902739-9-8.
22. GIZA, E. *Hallux rigidus* [online]. Philadelphia: Elsevier, 2015 [cit. 2019-03-23]. ISSN 1083-7515. 525 s. ISBN 9780323395632. Dostupné z: <https://www.elsevier.com/books/hallux-rigidus-an-issue-of-foot-and-ankle-clinics-of-north-america/giza/978-0-323-39563-2>
23. GROSS, J. et al., 2005. *Vyšetření pohybového aparátu*. Praha: Triton. 599 s. ISBN 80-7254-720-8
24. GURKOVÁ, E., 2017. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada Publishing, 2017. Grada. 191 s. ISBN 978-80-271-0461-1
25. HADRABA, I., 2006. *Ortopedická protetika*. Praha: Karolinum. 106 s. ISBN 80-246-1296-8.

26. HALADOVÁ, E., NECHVÁTALOVÁ, L., 2005. Vyšetřovací metody hybného systému. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 135 s. ISBN 80–7013–393–7
27. HAVRDA, M., 2006. Memorandum za zdravé obouvání dětí v České republice. *Podiatrické listy*. 8 s. ISSN – chybí
28. HERMACHOVÁ, H., 1998. Jaké boty? Rehabilitace a fyzikální lékařství. **5**(1). 21–31 s. ISSN 1211–2658
29. HERMACHOVÁ, H., 1996. O fenoménu bariéry. Rehabilitace a fyzikální lékařství **3**(2), 81–85 s. ISBN 978-56-604-4326-8.
30. HILL, C. et al., 2008. Prevalence and correlates of foot pain in a population-based study: the North West Adelaide health study. *Journal of Foot and Ankle Research* [online]. 2008, **1**(2), 1-7 [cit. 2018-12-18]. DOI: 10.1186/1757-1146-1-2. Dostupné z: <https://jfootankleres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1757-1146-1-2>
31. HORÁK, O., 2004. S péčí o dětské nohy začněte včas. *Podiatrické listy*. **2**(2), 4. ISSN 2336-7725.
32. HOWELL, D., 2012. Naboso: 50 důvodů, proč zout boty. Praha: Mladá fronta, 168 s. ISBN 978–80–204–2637–6.
33. HUDÁK, R. et al., 2015. Memorix anatomie. Praha: Triton. 607 s. ISBN 978-80-7387-959-č.
34. IQBAL, R. et al. 2012. Study on lumbar kinematics and the risk of low back disorder in female university students by using shoes of different heel heights. *Work: A Journal of prevention, assessment and rehabilitation* [online]. **41**(1), 2521-2526. [cit. 2018-12-12]. ISSN 1875-9270. Dostupné z: <http://iospress.metapress.com/content/fxn603t41p8m2n37/>.
35. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2
36. KODRLOVÁ, J., 2007. Speciální ortopedické vložky podle sádrových odlitků. *Ortopedická protetika*. [online]. [cit. 10.12.2018]. **(13)**1, 11–12 s. ISSN 1212-6705. Dostupné z: <http://ortotikaprotetika.cz/download/op13.pdf>
37. KOLÁŘ, P. et al., 2009. Rehabilitace v klinické praxi. Praha: Galén. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.

38. KOLÁŘOVÁ, B. et al., 2014. *Počítačové a robotické technologie v klinické rehabilitaci – možnosti vyšetření a terapie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 138 s. ISBN: 978-80-244-4266-2.
39. KOZMA, M., 2016. *Přirozený pohyb: Chodila 1. díl*. [online]. [cit. 2019-01-01]. Dostupné z: <http://www.matyaskozma.com/cs/chodidla-1-dil/>.
40. KRÁTOŠKA, J., 1999. *Sborník referátů z 11. antropologických dnů – září 1998*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 71–82. ISBN 80-7067-980-8.
41. KRAUS, J. et al., 2004. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada. 331 s. ISBN 80-247-10188.
42. KROBOT, A., KOLÁŘOVÁ, B., 2011. *Povrchová elektromyografie v klinické rehabilitaci*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 82 s. ISBN 978-80-244-27621.
43. KUBÁT, R., 1992. *Ortopedické vady dětí a jak jim předcházet*. Jinočany: H & H. 74 s. ISBN 80-85467-13-5.
44. KUKLA, L., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing. 432 s. ISBN 978-80-247-3874-1
45. KUTNOHORSKÁ, J., et al. 2014. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. 9-11 s. ISBN 978-80-247-3843-7.
46. LARSEN, Ch., 2005. *Zdravá chůze po celý život*. Olomouc: Poznání. 154 s. ISBN 80-86606-38-4
47. LARSEN, Ch., 2009. *Zdravé nohy pro vaše dítě*. Olomouc: Poznání. 93 s. ISBN 978-80-86606-82-8.
48. LEE, Ch. et al., 2001. Biomechanical effects of wearing high-heeled shoes. *International journal of industrial ergonomics*. [online]. **28**(1), 321-326. [cit. 2018-12-12.]. ISSN 0169-8141. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0169814101000385>.
49. LEWIT, K., 2003. *Manipulační léčba*. Praha: Sdělovací technika, spol. s.r.o., 411 s. ISBN 80-86645-04-5
50. LEWITTOVÁ, C., 2016. O dospělých nohách. *Umění fyzioterapie*. **1**(2), 5–8. ISSN 2464-6784.

47. LEWIT, K.; LEPŠÍKOVÁ, M. 2008. Chodidlo – významná část stabilizačního systému. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. Roč. 15, č. 3, s. 99–104. ISSN 1211–2658.
48. LIPPERT, L., 2006. *Clinical kinesiology and anatomy*. 4th ed. Philadelphia: F.A. Davis. 396 s. ISBN 978-080-3612-433.
49. LUDVÍK, M. et al., 2003. *České ošetrovatelství: Praktická příručka pro sestry*. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 67 s.
50. MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L., 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Bratislava: Martin: Osveta. 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.
51. MATĚJŮ, H., 2006. Vliv funkčního tapu na interakci chodidla s podložkou během chůze. *Mladí Evropané ve vědě 2005. Sborník příspěvků mezinárodní studentské vědecké konference*. Praha. 90–96 s.
52. MAYEROVÁ, L., 2015. Studie k situaci ve výrobě, dovozech, vývozech obuvi, ve spotřebě a prodeji obuvi v české republice a ve světě. In: *ČOKA* [online]. Zlín: ČOKA, 5(2016) [cit. 2018-12-30]. Dostupné z: <http://coka.cz/images/Informace/Rocenky/obuvnicka-rocenka-2016.pdf>
53. MAYEROVÁ, V., 2016. Proč mohou maminky důvěřovat značce „Žirafa“ na dětské obuvi? *Umění fyzioterapie. ČOKA*. 1(1), 57–61. ISSN 2464-6784.
54. MARŠÁKOVÁ, K., JELEN, K., (2007). Effect of the insole shape on pressure distribution in interaction with foot. *Rehabilitace a Fyzikalni Lekarstvi*, 14(1), 31–33 s. ISSN 2-0-84883423544
55. MENZ, H., LORD, R., 1999. Footwear and postural stability in older people. *J Am Podiatr Med Assoc*. 89(7), 346-357. ISSN 8750-7315.
56. MERKUNOVÁ, A., OREL, M., 2008. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-1521-6.
57. MOKOŠÁKOVÁ, M., F. HLAVAČKA., 2012. Elektromyografická aktivita svalov predkolenia počas chodze na vysokych podpatkoch. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, Praha: ČLS JEP. 19(4), 181–189. ISSN 1211–2658.
58. MORAVSKÝ ZEMSKÝ ARCHÍV., 1929. *Sdělení č. 3*. Brno, pracoviště Zlín.
59. MUELLER, M. et al., 2008. Plantar Stresses on the Neuropathic Foot During Barefoot Walking. *Physical Therapy* [online]. 88(11), 1375–1384 [cit. 19.1.2019]. ISSN 0031-9023. Dostupné z: <https://watermark.silverchair.com/ptj1375.pdf>
60. MÜLLER, I., 1995. *Bolestivé syndromy pohybového ústrojí*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 120 s. ISBN 80-7013-196-9

61. MÜLLER, I., HERLE, P., 2010. *Ortopedie: pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe. 132 s. ISBN 978-80-86307-92-3.
62. NAŇKA, O. et al., 2009. *Přehled anatomie*. 2. Vydání. Praha: Galén. 416 s. ISBN 978-80-7262-612-0.
63. *Národní soustava povolání* [online]. Praha: NSP, 2008 [cit. 2019-03-23]. Dostupné z: <https://nsp.cz/jednotka-prace/vseobecna-sestra-0359>
64. NEAMA, A., 2018. Effect of repeated application of rigid tape on pain and mobility deficits associated with sacroiliac joint dysfunction. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation* [online]. 2018(1), 1-10 s. [cit. 2018-12-27]. DOI: 10.3233/BMR-181156. Dostupné z: <https://content.iospress.com/articles/journal-of-back-and-musculoskeletal-rehabilitation/bmr181156>
65. NWANKO, M. et al., 2012. Effects of different heel height on selected gait parameters of young undergraduate females. *Journal of paramedical sciences*. **3**(3). ISSN 2008-4978.
66. PARK, K., 2017. Effects of wearing functional foot orthotic on pelvic angle among college students in their 20s with flatfoot. *Journal of Physical Therapy Science* [online]. 29(3), 438–441 s. [cit. 30.12.2018]. ISSN 0915-5287. Dostupné z: [doi:10.1589/jpts.29.438](https://doi.org/10.1589/jpts.29.438)
67. PETROVICKÝ, P., 2001. *Anatomie s topografií a klinickými aplikacemi*. Martin: Osveta. 464 s. ISBN 80-8063-046-1
68. Poděbradská, R., Kettmanová, E., (2015). O botách a,, plochonožích”. Dostupné Z: <https://svethomeopatie.cz/cs/443-o-botach-a-quot-plochonozi-quot>
69. PROČKOVÁ, P., 2016a. Barefoot obuv pro děti. *Umění fyzioterapie*. **1**(1), 11–15. ISSN 2464-6784.
70. PROČKOVÁ, P., 2016b. Život naboso. *Umění fyzioterapie*. **1**(2), 55–59. ISSN 2464-6784.
71. PŘÍDALOVÁ, M. et al., 2006. *Aplikace fyzické antropologie v tělesné výchově a sportu. Příručka funkční antropologie*. Olomouc: Nakladatelství Hanex. 3. Vydání. 262 s. ISBN: 8085783525
72. PŘÍHODOVÁ, E., 2004. *Stručné dějiny oborů – Textil, oděvnictví, obuvnictví*. Mníšek pod Brdy: Scientia spol, s.r.o. 33 s. ISBN 80-7183-303-7
73. PŘÍHODOVÁ, E. et al., 2004. *Textil, oděvnictví, obuvnictví*. Praha: Scientia. Stručné dějiny oborů. 33 s. ISBN 80-7183-303-7.

74. RAPI, J., 2016. Statické deformity přednoží – diagnostika a terapie. *Umění fyzioterapie: rehabilitace, diagnostika, léčba, prevence*. Brno. 2016(2), s 9-16. ISSN 2464-6784.
75. ROKYTA, R., ŠŤASTNÝ, F., 2002. *Struktura a funkce lidského těla*. Praha: Tegis. 175 s. ISBN 80-900130-2-3.
76. RYCHLÍKOVÁ, E., 2002. *Funkční poruchy kloubů končetin*. Praha: Grada Publishing. 256 s. ISBN 80-247-0237-1.
77. SEDLÁŘOVÁ, P. et al., 2008. Základní ošetrovatelská péče v pediatrii. 1. vyd. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
78. SCHILLING, J., 2007. *Anatomy & Physiology*. 2. Vydání. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 423 s. ISBN 1-58255-562-1.
79. SKALIČKOVÁ, V. et al., 2016. Umění fyzioterapie: rehabilitace, diagnostika, léčba, prevence. *Dětská noha a její problémy, principy rehabilitace*. 2016(1), 21-23. ISSN: 2464-6784
80. SMETANA, V., 2003. Od nohy k obuvi. *MaMiTa*. 3(3), 12-15. ISSN 1214-1690
81. SMEJKAL, V., BACHRACHOVÁ, H.S., 2011. *Lexikon společenského chování*. 5. Vydání. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-247-3649-5.
82. SLOUKA, I., 2014. *Ne-li bosky, z nohou trosky* [online]. Praha: Freetimepublishing. [cit. 2019-01-01]. Dostupné z: <https://www.palmknihy.cz/ne-li-bosky-z-nohou-trosky.html>.
83. SOSNA, A. et al., 2001. *Základy ortopedie*. Praha: Triton. 175 s. ISBN 80-7254-202-8.
84. SOUKROMÝ ARCHÍV PRIMÁŘE MUDR. JIŘÍHO BAKALY. 1937., „Vzpomínáme na Dr. Gerbece“. Zlín č. 27.
85. SOUKROMÝ ARCHÍV PRIMÁŘE MUDR. JIŘÍHO BAKALY. 1940., „Na návštěvě v ortopedickém oddělení Bařovy nemocnice ve Zlíne“. Zlín č. 18.
86. SOUČKOVÁ, M., 2015. Podiatrické listy: mezioborový zpravodaj České podiatrické společnosti. *Jak koupit pro sebe nebo dítě správné boty*. 2015(1), 11. ISSN: 2336-7725
87. STOLT, M., 2012. Foot health and self-care activities of older people in home care. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 1(21), 3082–3095 [cit. 2018-12-18]. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04223.x. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.13652702.2012.04223.x#accessDenial>

88. SVĚŘÁKOVÁ, M., 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.
89. STRAUS, J., 1999. Geometrické a dynamické znaky podogramu dětské nohy. *Pohybové ústrojí*. 6(2), 24-130. ISSN 1212-4575
90. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-9965-0.
91. ŠTÝBROVÁ, M., (2006). *Boty, Botky, Botičky*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. 248 s. ISBN 978-80-7106-986-7
92. ŠŤASTNÁ, P., 2006. *Česká obuvnická a kožedělná asociace: Zdravé obouvání*. ČOKA [online]. [cit. 2018-12-25]. Dostupné z: <http://www.coka.cz/>
93. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. Vydání. 384 s. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.
94. TANG, S., 2015. The effects of total contact insole with forefoot medial posting on rearfoot movement and foot pressure distributions in patients with flexible flatfoot. *Elsevier* [online]. 2015(129), 8-11 s. [cit. 2019-01-09]. DOI: 10.1016. Dostupné z: https://ac.els-cdn.com/S0303846715300044/1-s2.0-S0303846715300044-main.pdf?_tid=2b31c0ab-9c0e-421e-80c22a1ecc2f1d9d&acdnat=1547047977_859be3760481986e35dda539fbee4f0
95. TOPPISCHOVÁ, M., 2008. Jaké jsou nároky na vhodnou obuv? *Podiatrické listy* [online]. (1). [cit. 28.12.2018]. 6-7 s. ISSN 2336-7725. Dostupné z: <http://www.podiatric.cz/upload/listy/pod-listy-2008-01.pdf>
96. VEBER, J., 2007. *Řízení jakosti a ochrana spotřebitele*. 2. Vydání. Praha: Grada. 201 s. ISBN 978-80-247-1782-1.
97. VÉLE, F., 1997. *Kineziologie pro klinickou praxi*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 80-7169-256-5
98. VÉLE, F. 2006. *Kineziologie. Přehled kineziologie a patokineziologie pro diagnostiku a terapii poruch pohybové soustavy*. 2. Vydání. Praha: Triton. 375 s. ISBN: 80-7254 837-9
99. VRBOVÁ, M., et al., 2011., Vliv tapu aplikovaného v průběhu svalových vláken na svalovou aktivitu pod ním ležícího svalu. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 18(2). 87-96 s.
100. ZVALOVÁ, D. et al., 2007. Niektoré aspekty sesterského povolania. *Sestra a lekár v praxi*. 6(9-10), 6-8 s. ISSN 1335-9444.

101. WICHEREK, J., 2005. Zdravotnictví na Zlínsku ve dvacátých a třicátých letech XX. století. *Museum jihovýchodní Moravy ve Zlíně*. Acta musealia. **3**(97). Zlín. ISSN 0862-8548.
102. www.detskaobuv.cz
103. www.fare.cz
104. www.ortopedica.cz
105. www.ortopedickaobuv.cz
106. www.pribehbot.cz
107. www.skolatejpovani.cz
108. www.veselatkanicka.cz
109. www.zirafka.com

8 SEZNAM PŘÍLOH A OBRÁZKŮ

8.1 Seznam příloh

Příloha 1 Podoskop – pohled ze spodu

Příloha 2 Digitus malleus

Příloha 3 Noční redresor

Příloha 4 Doktor Rudolf Gerbec

Příloha 5 Doktor Bohuslav Albert

Příloha 6 Doktor Račanský

Příloha 7 Etiketa s logem žirafy a nápisem „Zdravotně nezávadná obuv – bota pro Vaše dítě“

Příloha 8 Žádost o realizaci výzkumu – nemocnice Třebíč

Příloha 9 Žádost o realizaci výzkumu – nemocnice České Budějovice

Příloha 1 Podoskop – pohled ze spodu



Příloha 2 Digitus malleus



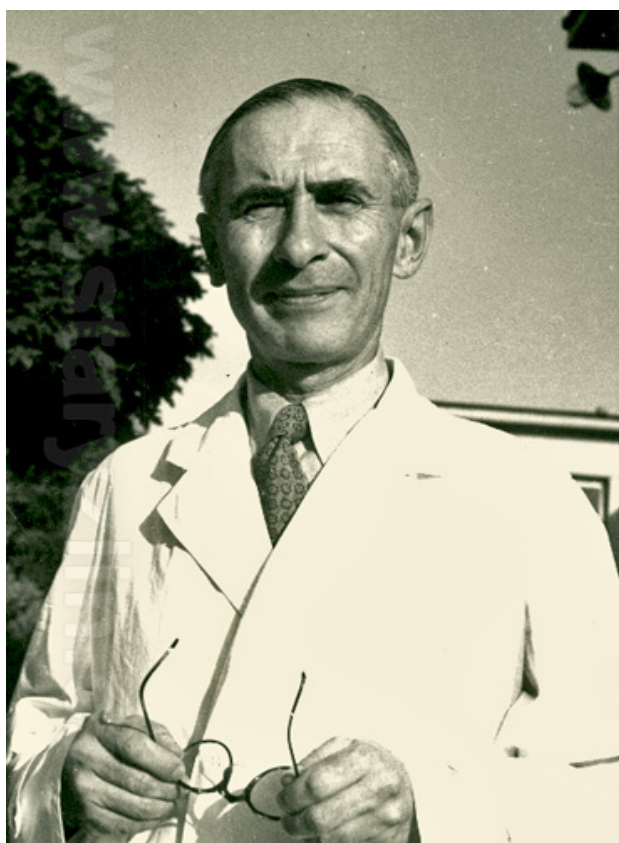
Příloha 3 Noční redresor



Příloha 4 Doktor Rudolf Gerbec



Příloha 5 Doktor Bohuslav Albert



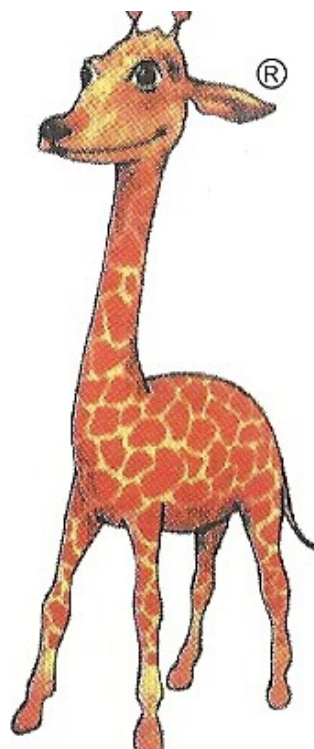
Příloha 6 Doktor Račanský



Příloha 7 Etiketa s logem žirafy a nápisem „Zdravotně nezávadná obuv – bota pro Vaše dítě“

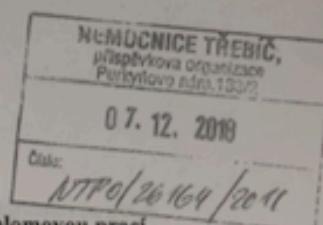


Zpracovala:
RNDr. Pavla Šťastná, Ph.D.,
antropolog zdravotně
nezávadného obouvání
a Komise zdravotně
nezávadného obouvání



Příloha 8 Žádost o realizaci výzkumu – nemocnice Třebíč

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Bc. Alena Hošková
Nemocnice Třebíč, příspěvková organizace
Purkyňovo nám. 133/2
674 01 Třebíč
Česká republika



Žádost o povolení výzkumného šetření v souvislosti s diplomovou prací

Vážená paní náměstkyně Bc. Hošková,

Tímto bych Vás chtěla požádat o povolení výzkumného šetření v nemocnici Třebíč, příspěvková organizace, které je potřebné pro mou závěrečnou diplomovou práci na téma „Vliv obuvi na deformity nohy u žen – role sestry v prevenci“. Jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia Ošetrovatelství v klinických oborech, modul chirurgie na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Výsledky tohoto šetření budou použity pouze pro účely mé diplomové práce.

Děkuji za ochotu a spolupráci.

Bc. Natálie Mlejnková
Vedoucí práce: MUDr. David Musil, Ph.D.

Bc. Alena Hošková



Příloha 9 Žádost o realizaci výzkumu – nemocnice České Budějovice

Hlavní sestra Mgr. Monika Kyselová, MBA
Nemocnice České Budějovice, a.s.
B. Němcové 585/54
370 01 České Budějovice

Žádost o povolení výzkumného šetření v souvislosti s diplomovou prací

Vážená paní magistro,

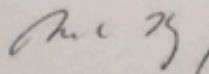
Tímto bych Vás chtěla požádat o povolení výzkumného šetření v nemocnici České Budějovice, a.s., které je potřebné pro mou závěrečnou diplomovou práci na téma „Vliv obuvi na deformity nohy u žen – role sestry v prevenci“. Jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia Ošetrovatelství v klinických oborech, modul chirurgie na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Výsledky tohoto šetření budou použity pouze pro účely mé diplomové práce.

Děkuji za ochotu a spolupráci.

Bc. Natálie Mlejnková
Vedoucí práce: MUDr. David Musil, Ph.D.

14.2.2019

SOUHLASÍM

 Mgr. Monika Kyselová, MBA

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Nemocnice České Budějovice, a.s.

9 SEZNAM ZKRATEK

MTP Metatarsophalangeální

IP Interphalangeální – meziprstní

Tzv. Takzvaně

RTG Rentgen

EMG Elektromyelografie

CT Computer tomography

Cca Circa – přibližně

Roz. Rozená