



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Péče o dolní končetiny v dospělosti a ve stáří

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Lucie Vojčová

Vedoucí práce: Mgr. Věra Olišarová, Ph. D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem Péče o dolní končetiny v dospělosti a ve stáří jsem vypracoval/a 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 výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové 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

.....

Bc. Lucie Vojčová

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce Mgr. Věře Olišarové, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, za její čas, cenné rady a trpělivost při konzultacích. Poděkování patří také všem informantům, kteří byli ochotni poskytnout mi informace o sobě a svých dolních končetinách.

Péče o dolní končetiny v dospělosti a ve stáří

Abstrakt

Úvod: Dolní končetiny jsou jednou z nejvíce zatěžovaných částí těla, ale lidé jim příliš pozornosti nevěnují. Pro jejich správné fungování je svědomitá a pečlivá péče nezbytná.

Cíle: Práce si klade za cíl zmapovat znalosti a dovednosti v péči o dolní končetiny u osob v dospělém a seniorském věku a popsat, jak ji cílová skupina realizuje. Dalším cílem je popsat, jak probíhá péče z pohledu podiatrické sestry.

Metodika: Bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Byly realizovány rozhovory s dospělou a seniorskou populací v Českých Budějovicích. Také byl realizován rozhovor se sestrou pracující v podiatrické poradně.

Výsledky práce: Výzkum ukazuje, že dospělá i seniorská populace určité znalosti v oblasti péče o dolní končetiny má. Obě populace realizují péči o dolní končetiny. Výsledky ukazují poctivost informantů při mytí nohou i sušení kritických meziprstních prostorů. O nohy pečují mazáním a pedikúrou, ale odbornou pedikúru nenavštěvují. Na druhou stranu se také ukazuje, že péče o pokožku nohou není příliš pravidelná. Problematická se jeví také péče o nehty, kde je třeba doplnit informace o vhodnějším způsobu stříhání. Na potřebu opakované a přesnější edukace poukazují i výsledky spojené s výběrem bot, kde by nemělo převažovat jen estetické hledisko. Dopady nevhodně volené obuvi a nepravidelné péče byly patrné i na nohách našich informantů, stejně jako podceňování preventivních prohlídek.

Výstup z praxe: Dílčí výsledky práce byly prezentovány na Studentské vědecké konferenci. Výsledky výzkumného šetření se staly podkladem pro navržení workshopu, určeného dospělé a seniorské populaci. Praktickou pomůckou je navržená edukační myšlenková mapa.

Klíčová slova

Péče; dolní končetiny; podiatrie; dospělost; stáří

Care of lower limbs in the adult and old age

Abstract

Introduction: Lower limbs are ones of the most strained body parts to which people do not pay much attention. Conscientious care is absolutely vital for their right functioning.

Main aims of the thesis: This thesis is focused on gathering the knowledge and skills in care of lower limbs with people at their adult and old age; and on describing how the care is being performed with the target group of people. The next aim is to describe the health care from the podiatry nurse's point of view.

Methodology: A qualitative research by means of half-structured interviews was chosen as the main method of the survey. People at their adult and old age from České Budějovice were interviewed, as well as a nurse working in the centre of podiatry.

Results of the thesis: The research proves some level of knowledge in the field of care of lower limbs both with the adult and elderly citizens. Both these groups of people take care of their lower limbs. The results show conscientiousness with washing their feet and drying them especially in the spaces between their toes. On the one hand, the interviewed people take care of their feet by means of using lotions and by means of pedicure. However, they do not go to see specialists in pedicure. On the other hand, the results show that this kind of skin care is not very regular. The care devoted to nails seems to be problematic, it is necessary to add some information about a more appropriate way of cutting them. The results of choosing shoes; when the choice is based mainly on a fashionable look of shoes; show a bigger need of repeated and more accurate education in this field. The impacts of improperly chosen shoes, irregular care of the lower limbs and also underestimating of prophylactic medical checks were all evident on our informants' feet.

The outputs gained in practice: The intermediate results of this thesis were presented at the Students Scientific Conference. The results of the research were used as the basis for a workshop intended for people at the adult and old age. A suggested educational mental map can be used as a practical tool.

Key words:

Health care; lower limbs; podiatry, adulthood; old age

Obsah

ÚVOD	7
1 SOUČASNÝ STAV	9
<i>1.1 Dospělost a stáří</i>	<i>9</i>
<i>1.2 Anatomie a fyziologie dolních končetin</i>	<i>11</i>
<i>1.2.1 Onemocnění dolních končetin</i>	<i>12</i>
<i>1.2.2 Defekty dolních končetin</i>	<i>17</i>
<i>1.3 Péče o dolní končetiny v dospělosti a ve stáří.....</i>	<i>23</i>
<i>1.3.1 Hygienická péče.....</i>	<i>23</i>
<i>1.3.2 Využití kompenzačních pomůcek</i>	<i>26</i>
<i>1.3.3 Role sestry v péči o dolní končetiny</i>	<i>28</i>
<i>1.3.4 Vliv podiatrie v péči o dolní končetiny</i>	<i>32</i>
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	35
<i>2.1 Cíle práce.....</i>	<i>35</i>
<i>2.2 Výzkumné otázky</i>	<i>35</i>
3 OPERACIONALIZACE POJMŮ.....	36
4 METODIKA	37
<i>4.1 Použité metody</i>	<i>37</i>
<i>4.2 Charakteristika výzkumného souboru</i>	<i>37</i>
5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	39
6 DISKUZE	73
7 ZÁVĚR.....	86
8 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	88
9 SEZNAM PŘÍLOH	95

ÚVOD

Dolní končetiny, které se skládají z mnoha částí a jsou souhrou svalů, vazů a šlach, na základě čehož se může člověk vzpřímeně pohybovat, jsou neméně důležitou oblastí, které je potřeba věnovat pozornost. Všechny vznikající problémy mají zpravidla původ právě v nohách. Vzhledem k tomu, že na nohou trávíme převážnou část dne, tak bychom si měli uvědomit, jak moc je péče o ně důležitá. Péče, která je pečlivá, svědomitá a především dobrovolná, je základním předpokladem prevence. Každý člověk může pro zdraví svých nohou něco udělat, když sám bude chtít. Jak už bylo zmíněno, péče o dolní končetiny je základem k dobré prevenci. Slouží především jako prevence vzniku onemocnění či deformit dolních končetin. Mezi onemocnění postihující dolní končetiny můžeme zahrnout bércové vředy, křečové žíly, ischemickou chorobu dolních končetin, dnu nebo lymfedém. Mezi deformity dolních končetin řadíme plochou nohu, kladívkovité nebo dráповité prsty, hyperkeratózy, kuří oko, mozoly, kostěné výrůstky, vbočený palec či zarostlý nehet. Nesmíme zapomenout ani na mykotické infekce kůže nazývané jako dermatofytózy, které se dále rozdělují podle místa postižení.

Do správné péče o dolní končetiny zahrnujeme důkladnou a pravidelnou kontrolu dolních končetin včetně mezíprstí. Dále důkladnou a pravidelnou hygienu dolních končetin včetně mezíprstí, kam zařazujeme kromě mytí i promazávání nohou. Důležitá je i pravidelná péče o nehty a chodidla, v ideálním případě pravidelné navštěvování odborné pedikúry. Nesmíme ale zapomenout ani na správně zvolené prádlo a samozřejmě i na správné obouvání. Mezi péči o dolní končetiny zařazujeme i pravidelný pohyb, cvičení, masáže nebo zvýšenou polohu dolních končetin.

Již od minulosti existují obory, které se zabývají studiem nohy. Mluvíme o podiatrickém oboru, jenž je velmi rozšířen, prošel mnoha změnami a neustále se vyvíjí. Jeho doménou je však syndrom diabetické nohy, což by se dalo považovat za jedno ze slabých míst v prevenci péče o dolní končetiny. Tím pádem spadá veškerá edukace v oblasti péče o nohy do rukou obvodního lékaře nebo pedikéra. Na základě studované literatury vyplývá, že lidé svým nohám příliš pozornosti nevěnují, přesto, že se jedná o část těla, která je nejvíce zatěžovaná. Vzhledem k tomu, že pracuji na lůžkovém oddělení, kde každý den vidím nohy pacientů bez ponožek a mnohdy je to

pohled opravdu nehezky, s touto informací souhlasím. Důkladná, opakovaná a především srozumitelná edukace přizpůsobená jednotlivému člověku je v této oblasti opravdu důležitá v rámci prevence.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Dospělost a stáří

Dospělost i stáří jsou náročná období. Člověk během nich prochází různými změnami, některé jsou příjemnější a jiné méně příjemné. Tyto změny se také promítají do zdravotního stavu. Proto je důležité znát jednotlivá období, která jsou popsána níže.

Dospělost je podle Kučery (2013) a Kopecké (2011) označovaná jako období stacionárního vývoje, kdy dochází k biologické, sociální i psychické vyzrálosti jedince. Období dospělosti podle Vágnerové (2007) je rozděleno do tří etap. Podle Langmeiera a Krejčířové (2007) se rozděluje do čtyř etap. Kučera (2013) to ve své knize shrnuje jednotně podle obou zmíněných autorů. První období mladé dospělosti je ve věku od 20-35 let. Věkem 35-45 let označujeme střední dospělost, která je druhou etapou dospělosti. Poslední třetí období nazvané jako starší dospělost nebo také tzv. střední věk člověka je mezi 45-60 lety.

Období *mladé dospělosti* je obdobím intimity a počátku generativity. V této životní fázi dochází k nakumulování několika zásadních životních mezníků (Vágnerová, 2007). Vágnerová (2007) a Kopecká (2011) se shodují, že v tomto období je v popředí práce, kdy člověk dosahuje stabilnějšího profesního postavení. Vágnerová (2007) dále uvádí, že *střední dospělost* není přesně vymezenou životní fází. V období střední dospělosti nejsou jasné mezníky, které by toto období oddělovaly od předcházejícího nebo následujícího období. V tomto období je hlavním úkolem podle Vágnerové (2007) a Kopecké (2011) dosáhnout a udržet si uspokojivou profesní pozici a věnovat se péči o rodinu. Jak popisuje Kopecká (2011) mezi 35-40 věkem se u člověka často objevuje krize středního věku. Nazývá to, jako takové „loučení se s mládím, kdy člověk hodnotí svůj dosavadní život. Období *starší dospělosti* nebo také *pozdní dospělosti* je považováno za mezník, jak popisuje Vágnerová (2007) a Kopecká (2011). V tomto období dochází k postupnému uzavírání profesní kariéry (Vágnerová, 2007). Během tohoto období, jak uvádí Kopecká (2011), tělo člověka prochází výraznými involučními změnami. Vágnerová (2007) s tím souhlasí a uvádí, že dochází k postupnému zhoršování vlastní psychické i tělesné kondice, sociálního postavení i různých kompetencí. Tento proces je neodvolatelný a nezvratný. Člověk se kromě

vyrovnávání s postupným úbytkem kompetencí musí také naučit odhadnout, jaké má svoje aktuální možnosti.

Stáří nastává v důsledku stárnutí. Jedná se o pozdní fázi přirozeně dlouhého života (Čevela, Čeledová, Kalvach et al., 2014). Křivohlavý (2011) ve své knize potvrzuje, že stáří a stárnutí jdou ruku v ruce. V ontogenetickém vývoji člověka je stáří přirozeným úsekem, který má své znaky stejně jako jiná vývojová stádia. Jako nezvratné a převážně s regresivním charakterem vznikají v průběhu stárnutí a stáří strukturální a funkční změny. Zároveň nastávají i změny v psychické, somatické, sociální i v duchovní oblasti (Hanzlíková, 2007). V tomto období dochází k promítání fyzické zátěže, kterou člověk po celý život měl, a také se objevují následky prodělaných onemocnění (Kopecká, 2011). Kučera (2013) ve své knize sjednotil rozdělení stáří podle Langmeiera a Krejčířové (2007) a Vágnerové (2007) na tři období. První období je od 60 do 75 let. Toto období označujeme jako rané stáří nebo vyšší věk, starší věk či presenium. Druhé období je od 75 let a výše. Toto období označujeme jako pravé stáří člověka nebo také jako vysoký věk, stařecký věk, starý věk, vlastní stáří či senium. Třetím posledním obdobím je období nazvané jako dlouhověkost. Toto období začíná, u lidí starších 90 let (Kučera, 2011). Období se rozděluje podle kalendářního věku člověka, který se určí datem narození. O zdravotním stavu či soběstačnosti člověka kalendářní věk ale neříká nic. O skutečném funkčním stavu člověka vypovídá biologický věk, který nemusí být totožný s věkem kalendářním (Hanzlíková, 2007). Čeledová, Kalvach a Čevela (2016) ve své knize charakterizují biologický věk jako pocitové nebo výkonové vyjádření stavu konkrétního člověka. Tedy shodu či rozpor daného stavu. To znamená, že se porovnává dojem, který konkrétní člověk vzbuzuje s obvyklým stavem u lidí stejného věku.

Spektrum onemocnění, které člověka postihují, se s věkem mění. Narůstají chronické degenerativní choroby, mezi které patří osteoartróza, osteoporóza, kardiovaskulární a cerebrovaskulární choroby, postižení a demence. Dochází ke kombinaci orgánových postižení, která jsou doprovázena celkovou křehkostí seniora (Čevela, Čeledová, Kalvach et al., 2014). Kopecká (2011) kombinaci onemocnění nazývá jako polymorbiditu. U většiny lidí po 60. roku života se objeví alespoň jedno chronické onemocnění, jak uvádí Hanzlíková (2007). Po 80. roce už jsou to pak tři nebo více onemocnění. Také nejméně polovina lidí starších 85 let už vyžaduje pomoc při provádění běžných životních činností.

1.2 Anatomie a fyziologie dolních končetin

Lidská noha je významnou součástí pohybového aparátu. Zajišťuje dvě důležité funkce. První funkce je statická, která slouží k udržení stability těla v prostoru, tedy jako opora vzpřímeného postoje a nese tíhu celého těla. Druhá funkce je dynamická, která umožňuje lokomoci člověka, přizpůsobuje se tvaru podložky a tlumí nárazy. Klenba nohy se skládá ze tří oporných bodů, které dělí nožní klenbu na podélnou a přední příčnou (Levitová, Hošková, 2015).

Volná *dolní končetina* je připojena k osovému skeletu pánevním pletencem. Pánevní pletenec se skládá z pánevní kosti neboli os coxae (Merkunová, Orel, 2008). Pánevní kost vzniká spojením ze tří kostí, které byly původně samostatně. Jedná se o kyčelní kosti, stydké kosti a sedací kosti (Dylevský, 2009). Kostra volné dolní končetiny se skládá ze stehenní kosti, holenní kosti, lýtkové kosti, zánártní kosti, nártní kosti a článků prstů. Dolní končetinu tvoří svaly. Mezi které patří svaly kyčelní, stehna, bérce, nohy, hřbetu nohy a svaly plosky nohy (Merkunová, Orel, 2008). Pohybová aktivita svalů, vazů i kloubů dolní končetiny má mnoho dalších účinků. Tyto účinky slouží pro další systémy v lidském těle. Jedná se o podporu žilního návratu a prokrvení dolních končetin, podporu lymfatického a nervového systému a také o kvalitu a elasticitu kůže (Kazmarová, 2016).

Součástí dolní končetiny je chodidlo. Alpert (2016) popisuje chodidla jako velmi malá ve srovnání se zbytkem našeho těla. Právě chodidla jsou ta, co se každým krokem musí vypořádat se značnou zátěží, a to samozřejmě s přihlédnutím na váhu, kterou musí denně unést (Alpert, 2016). Zdravému vývoji naší nohy příliš nepřeje civilizovaný způsob života, jak uvádí Levitová a Hošková (2015). Ten se může negativně projevit v oblastech pohybového systému, kdy dochází k poruchám sklonu pánve nebo os dolních končetin. Nebo se může negativně projevit přímo různými deformitami nohy, kam například patří podélně plochá noha, příčně plochá noha, vybočená noha, lukovitá noha, vbočený palec či kladívkovité prsty (Levitová, Hošková, 2015). Jak uvádí Havrda (2014), noha může být první oblastí, kde se projeví první příznaky závažných stavů, jako jsou onemocnění srdce, diabetes a artritida.

Hanzlíková (2007), popisuje ve své knize specifika nemocí ve stáří. Podle ní se tak všeobecně označuje polymorbidita, mikrosymptomatologie nemocí, fenomén „ledovce“,

výskyt vzdálených nebo atypických příznaků. Dále také sklon k protrahovanému nebo chronickému průběhu nemocí, možné komplikace nemocí, akcelerační fenomén a v neposlední řadě i propojenost zdravotního a sociálního stavu. Prevence vede ke zlepšení kvality života, k ochraně nebo ke zlepšení tělesného i duševního zdraví.

1.2.1 Onemocnění dolních končetin

Plevová (2011b) se domnívá, že se člověk začne zabývat vlastním zdravím, až když se u něho vyskytnou zdravotní problémy. V životě člověka velmi často převažují jiné skutečnosti, často pro člověka „důležitější“ a člověk pak věnuje péči o své zdraví jen malou pozornost. Takto tomu je ale pouze do chvíle, než člověk sám neonemocní. Poté si uvědomí, co pro něj opravdu zdraví znamená. Podle Klouda (2017) vznikají téměř všechna onemocnění na podkladě emoční nerovnováhy. Na nohou můžeme krásně číst změny a na chodidlech vidíme následky narušení našich vztahů. Ať už se jedná o vztahy se sebou samým, s okolím nebo se světem. Kloud (2017) ve svém článku dále uvádí, že naše dolní končetiny jsou jako stromy. Musí být stabilní a zdravé, aby zajistily bezchybnou a správnou funkci kolen, kyčlí, zad i všech dalších částí těla. Bolest nohou znamená, že je jen otázka času, kdy se tato bolest projeví i na jiném místě v těle, ale také ztrátou výkonnosti, nálady a ochabujícím zdravím.

Bércový vřed neboli *ulcus cruris venosum*, může být jedním z nejčastějších onemocnění kůže dolních končetin, který se projevuje u pacientů s diabetem. Jedná se o vřed vznikající na podkladě žilní nedostatečnosti, který je na bérce (Jirkovská, Bém, 2011). Holá (2011) ve svém článku uvádí, že se nejedná o dědičné onemocnění. Dědí se ale příčiny, které vznik bércového vředu způsobují. Mezi takovou příčinu můžeme řadit dědičnou dispozici pro žilní poruchy (Holá, 2011). Ke vzniku bércového vředu dochází také na podkladě podnětu z okolí, kdy pokožka je poraněna úrazem či chemickou látkou (Dürichová, 2014). K manifestaci bércového vředu především žilního původu přispívají následující rizikové faktory. Jedná se o dlouhodobé sezení a stání, opakované záněty žil, nadváha, obezita, kouření nebo opakovaná těhotenství (Holá, 2011). Dürichová (2014) ještě uvádí jako rizikový faktor chronickou žilní nedostatečnost a stáří. Mezi příznaky patří ztráta kožní tkáně. Dochází k zásahu nejen do podkoží, ale také do svalů nebo až na kost. Hrozí nekróza až amputace končetiny. Jedná se o nepříjemné onemocnění, při kterém je potřeba dlouhodobá léčba (Dürichová, 2014). Pro úspěšnou léčbu bércového

vředu musíme určit základní příčinu. Už pouhé zhodnocení bércevého vředu pomocí pohledu nám mnohé napoví. Příznivou prognózu bez výskytu dalších podobných potíží můžeme očekávat při zhojení bércevého vředu, kdy jeho příčina je odstranitelná. Samozřejmě má vliv i samotný pacient a jeho aktivní podíl na prevenci. V případě neodstranitelné příčiny musíme zahájit léčbu symptomatickou, konzervativní. Zařazujeme sem užívání léků. Jedná se o léky s pozitivním vlivem na žilní systém a nazýváme je venofarmaka (Holá, 2011). Základem, jak uvádí Dürichová (2014), musí být pravidelná péče o ránu, především dezinfekce rány a jejího okolí (Dürichová, 2014). Další léčbou je léčba pomocí zevní komprese, kde dochází k místnímu ošetřování bércevého vředu (Holá, 2011). Jedná se o komplikované onemocnění, které musíme důsledně sledovat. Velmi často recidivuje, a to především u starších lidí (Dürichová, 2014). Fešar (2016a) ve svém článku uvádí preventivní opatření, pomocí kterých zabráníme nechtěným recidivám onemocnění. Patří sem používání správných hydratačních přípravků. Tyto přípravky mají udržet pokožku v oblasti bérce vláčnou. V kombinaci s venofarmaky patří mezi nejúčinnější preventivní opatření.

Žilní varixy neboli křečové žíly patří mezi nejčastější cévní onemocnění (Dürichová, 2014). Jedná se o onemocnění postihující muže i ženy (Fešar, 2016a). Terrie (2017) ve svém článku uvádí, že je nejvyšší výskyt křečí na nohách u starších dospělých žen. Kdy udává, že u žen starších 60 let je to 33 % a 50 % u žen starších 80 let (Terrie, 2017). Na vzniku křečových žil se podílí nekvalitní stěna žil, špatná elasticita žil, ochablé svaly dolních končetin. Vlivem tlaku se postižené úseky rozšiřují a chlopně přestanou plnit svoji funkci. Nahromaděná krev zvýší tlak na žilní stěnu. Vlivem přetlaku dochází k rozšiřování žil (Fešar, 2016a). Jedná se o rozšíření žil povrchového i hlubokého systému. Varixy najdeme převážně na dolních končetinách (Dürichová, 2014). Fešar (2016a) uvádí jako rizikové faktory, které se podílí na vzniku křečových žil, především dědičné faktory, věk, nadváha, obezita, ale také kouření, alkohol, životní styl, těhotenství a hormonální změny. Mezi rizikové patří i přílišné vystavování se vysokým teplotám či vysoký krevní tlak. Dürichová (2014) ještě uvádí jako rizikové nevhodnou obuv či vysokou zátěž nohou při dlouhém stání.

Mezi nejtypičtější příznaky patří typická modrá kresba, kterou najdeme v oblasti lýtka, a to na jeho zadní straně. Vzhled může být různý. Varixy začínají jako drobné metličky, přes uzly až po typické provazce (Fešar, 2016a). Dürichová (2014) to označuje jako

rozšířené hmatatelné ale i nehmatatelné žíly. Viditelné změny jsou ale doprovázeny i příznaky pocitovými. Patří mezi ně bolest v dané končetině, mravenčení končetiny, pocit tíhy v nohou, dále také pocit unavených nohou a křeče v nohou. Intenzita příznaků stoupá během letního období a ve večerních hodinách (Dürichová, 2014). Terrie (2017) to ve svém článku potvrzuje a popisuje to jako noční křeče nohou, které se vyskytují během spánku. Tyto křeče jsou jednostranné, hmatatelné a bolestivé svalové kontrakce, které vznikají nedobrovolně (Terrie, 2017). Rabbitt, Mulkerrin a O’Keeffe (2016) potvrzují na základě svého výzkumu přítomnost nočních křečí u starších lidí. Popisují, že křeče mají vliv především na kvalitu spánku (Rabbitt, Mulkerrin, O’Keeffe, 2016). Dürichová (2014) uvádí, že pouze ultrazvukové vyšetření nám potvrdí, zda se jedná o varixy.

Léčbu varixů navrhuje cévní specialista. Začíná se kompresivní léčbou, při které je cílem stlačit žilní systém pomocí kompresivních pomůcek (Fešar, 2016a). Dürichová (2014) uvádí jako kompresivní pomůcky speciální punčochy, které mají různé stupně komprese. Další léčbou je cvičení svaloviny nohou, studené obklady či zvýšená poloha nohou (Dürichová, 2014). Farmakologická léčba podle Fešara (2016a) má zmírnit či odstranit příznaky. Dürichová (2014) řadí mezi farmakologickou léčbu venotonika. U metličkových a drobných žilek se podle Fešara (2016a) používá metoda sklerotizace. Jedná se o metodu, kdy se do žíly vpraví chemická látka pomocí jehly s injekční stříkačkou. Chemická látka způsobí poškození žíly. Další metodou léčby je endovaskulární léčba, kdy se zavádí sonda do velké žíly. Pomocí biopolárního radiofrekvenčního proudu dojde k uzavření žilního úseku pomocí tepla. U větších žil a kmenových varixů se může přistoupit k chirurgickému odstranění. Při boji proti křečovým žilám považují Fešar (2016a) a Terrie (2017) za nejdůležitější prevenci. Za základ považuje Fešar (2016a) kvalitní stravu s vyloučením nezdravých potravin. Terrie (2017) přikládá důležitost i udržování adekvátní hydratace. Dále i vhodný režim cvičení, s čímž souhlasí Fešar (2016a), který to popisuje jako aktivní životní styl, ideálně s dostatkem pohybu. Dalším krokem je vyloučit kouření. Člověk by se měl vyhnout přílišnému sezení, a to především s překříženýma nohama nebo naopak dlouhého a nečinného stání. Prevence by měla být zaměřena i na vhodnou obuv a oblečení (Fešar, 2016a). S tím opět souhlasí Terrie (2017), který uvádí, že boty mají správně padnout. Fešar (2016a) si myslí, že by boty měly být s nižším podpatkem a člověk by měl vyloučit těsné oblečení, především kalhoty, které škrtí v oblasti třísla.

Pokud je příležitost, nohy by měly být co nejvíce ve vodorovné poloze. Jako poslední Fešar (2016a) uvádí přiměřenost váhy.

Ischemická choroba dolních končetin je chronické onemocnění, které postihuje tepny dolních končetin. Dochází k poruchám prokrvení tkání a jejich postupnému uzávěru. Mezi nejčastější příčinu patří ateroskleróza. Arteria femoralis je nejčastěji postiženou tepnou (Felix, Přivřel, 2013). Jirkovská a Bém (2011) popisují rizikové faktory, které k rozvoji choroby přispívají. Patří sem kouření, dyslipidémie a věk. Postižení jsou nejčastěji muži nad 45 let nebo ženy nad 55 let (Jirkovská, Bém, 2011). Felix, Přivřel (2013) popisují hlavní projevy nemoci, kam patří intermitentní klaudikační bolest, která se projevuje v lýtku. Vlhová (2014) tvrdí, že tato bolest vzniká při námaze, většinou při chůzi. Když se člověk zastaví a odpočine si, tak bolest odezní (Vlhová, 2014). Dalším příznakem je chlad a bledost nohou (Felix, Přivřel, 2013). Nehty na nohou se lámou a rostou pomalu (Vlhová, 2014). Klidové ischemické bolesti se objevují až později. Kůže na nohou je bez ochlupení a je tenká. Když se končetina svěsí, tak má noha červenou až lividní barvu. Léčba musí být zaměřena na změnu životního stylu. Zařazujeme sem zákaz kouření, snížení hmotnosti a cvičení, a to alespoň 2 hodiny chůze každý den. Další léčba se zaměřuje na prevenci aterosklerózy. To znamená korigovat lipidemii, krevní tlak a hladinu glykémie. Farmakologická léčba je zaměřena na protidestičkovou terapii nebo terapii vazoaktivními léky. Poslední možností je revaskularizační léčba (Felix, Přivřel, 2013).

Dna je onemocnění metabolického charakteru, které je chronické a zánětlivé. Podstatou tohoto onemocnění je porucha metabolismu kyseliny močové. Hladina kyseliny močové v séru je zvýšená (Češka, Štulc et al., 2015). Felix, Přivřel (2013) uvádějí jako příčinu onemocnění z 90 % primární dnu, která postihuje převážně muže ve 4. a 5. dekádě života. Další příčinou je často větší přísun purinu ve stravě, jak uvádí Felix, Přivřel (2013). Mezi tyto potraviny patří především nadměrný přísun tmavého masa, čím tmavší maso je, tím více purinů obsahuje. Dále pak luštěniny a vnitřnosti. Nesmí se ale zapomenout ani na alkohol. Podstatou dny je dlouhodobé ukládání krystalů natrium urátu do chrupavky. Za určitých podmínek pak dojde k uvolnění do kloubní dutiny a způsobí zánět. Klinický obraz můžeme rozdělit na akutní a chronický dnový záchvat. Příznaky shodně popisují Češka, Štulc et al. (2015) i Felix, Přivřel (2013). Akutní fázi poznáme podle zarudlého, oteklého, horkého a velmi bolestivého kloubu. Nejčastěji se

jedná o kloub palce nohy, I. metatarzofalangeální kloub, proto se to nazývá jako podagra. Pacient je hned po ránu vzbuzen krutou bolestí, kdy kloub je extrémně citlivý a nesnese ani tlak příkrývky. Průměrně tato akutní fáze trvá kolem 14 dnů a pak nastává období interkritické. Jedná se o interval mezi jednotlivými akutními záchvaty. Toto období může trvat 6 – 24 měsíců. Chronická fáze dny, jak uvádí Felix a Přivřel (2013), se projeví zpravidla po 10 letech od iniciální ataky u neléčených pacientů. Projevuje se přítomností tofu v kloubní chrupavce, synoviální membráně nebo subchondrální kosti. Často to připomíná revmatoidní artritidu. Chronická tofózní dna je nejčastěji lokalizovaná kolem ušního boltce, kořene palce, na loktech či na Achillově šlaše. Léčba u akutní fáze jsou nesteroidní antirevmatika, kolchicin či kortikosteroidy. Jedná se o protizánětlivou léčbu. Dlouhodobě se pak užívá urikostatika jako například allopurinol nebo urikosurika jako například probenicid (Češka, Štulc et al., 2015). Nejdůležitější léčbou je dieta (Felix, Přivřel, 2013).

Lymfedém ve svém článku Houdová (2014) nazývá jako vysokoproteinový otok. Lymfedém se může vyskytnout kdekoli na těle (Houdová, 2014). Dochází k tomu na základě poruchy drenáže lymfatickými cévami. Dojde k hromadění intersticiální tekutiny, která má vysoký obsah proteinů. Na základě této poruchy vznikne chronický tuhý otok nazvaný jako lymfedém (Jirkovská, Bém, 2011). Z 80 % dochází k výskytu lymfedému na dolních končetinách. Na podkladě vrozených anomálií lymfatického systému vzniká primární typ lymfedému (Štork, 2008). Sekundární lymfedém vzniká, když se z postižené oblasti přeruší nebo zpomalí odtok lymfy. K tomu dochází nejčastěji po erysipelu, úrazu nebo po onkologických operacích (Houdová, 2014). Otok začíná velmi pozvolna jako zvětšující se a nebolestivý, který přes noc zmizí. Na začátku dolíčkuje a později nedolíčkuje, protože dojde ke zmnožení vaziva (Štork, 2008). Dalším příznakem je ztlustění kožní řasy na prstech. Nazývá se jako pozitivní Stemmerovo znamení. U sekundárního lymfedému vznikne otok pod překážkou v odtoku nadbytečné mízní tekutiny. Tuhý otok, který je na vnitřní straně stehna pod třísem, se šíří směrem dolů na bérec, hřbet nohy nebo na prsty. U obou typů lymfedému je léčba shodná a musí být dlouhodobá. Roli hraje spolupráce mezi pacientem a terapeutem a také trpělivost (Houdová, 2014). Končetinu je potřeba elevovat. Používají se kompresivní punčochy. Mezi další léčbu řadíme manuální či pneumatické lymfodrenáže. Farmakologická léčba pomocí kumarinů a flavonoidů je většinou neúspěšná (Štork, 2008). Jiným typem lymfedému je podokonióza, kterou

ve svém článku popisují Ayode, Tora, Farrell et al. (2016). Uvádějí, že se jedná o neinfekční formu lymfedému, která vzniká vlivem genetiky a environmentálních faktorů, mezi které patří chůze naboso na tropické dráždivé půdě.

1.2.2 Defekty dolních končetin

Jak uvádí Kloud (2017) ve svém článku, tak se díky vlivu celé řady nejrůznějších faktorů mění odolnost nohou vůči zatížení. Na základě toho v průběhu života vznikají typické deformity. Nejčastější příčinou různých odlišností je chybné a také dlouhodobé zatížení nohy a nedostatek tréninku. Schneider (2011) ve svém článku uvádí, že problémy s nohama jsou zpravidla civilizačním následkem. Alpert (2016) dospěl ve svém výzkumu k závěru, že problémy s nohama, a to hlavně bolest chodidel, může mít velký vliv na zhoršující se rovnováhu a schopnost se pohybovat. Dále uvádí spojitost komplikací chodidel s deformitami nohou a vliv špatné obuvi. Najafi, Bruin, Reeves et al. (2013) dále uvádějí, že bolest a deformace nohou patří mezi rizikové faktory pádu.

Plochá noha vznikne při poklesu fyziologických kleneb vyskytujících se na chodidle (Dürichová, 2014). Levitová s Hoškovou (2015) ve své knize uvádějí, že při nepoměru mezi pevností svalů, vazů a zatížením nohy nebo deformitou kostí, dochází ke vzniku ploché nohy. Plochá noha může být podélně nebo příčně plochá. Podélně plochá noha neboli pes planovalgus vzniká při snížení nebo vymizení podélné klenby. Typickým projevem je valgózní neboli vbočené postavení paty. Druhým typem je příčně plochá noha neboli pes transversoplanus. Dochází k ní při poklesu nebo ztrátě příčné klenby a způsobí rozšíření přední části nohy. Dürichová (2014) uvádí jako společné příznaky bolestivost končetin, ztuhlost svalů, unavené nohy, otlaky, špatné prokrvení, zápach nohou nebo i plísňová onemocnění. Patrná je také hyperkeratóza, která se objevuje v místě poklesu (Dürichová, 2014). Tvar příčné a podélné klenby je ovlivňován následujícími faktory. Na vývoj ploché nohy má vliv nadváha či obezita. Pohyblivost v hlezenním kloubu, která je omezená nebo naopak zvýšená. Dalším faktorem je nedostatečná hygiena nohou a ponožky z nesavého materiálu, které jsou příliš těsné. Vliv má také velikost obuvi, její tvar, a především vysoké podpatky (Levitová, Hošková, 2015). Samozřejmě také druh zaměstnání, především dlouhé stání (Dürichová, 2014).

Dermatofytózy patří do kategorie mykotických infekcí kůže. Pojem *tinea* je synonymem pro dermatofytózu. Jak uvádí Skořepová (2010a) ve svém článku, podle lokalizace můžeme infekce dále dělit na *tinea pedis* a *tinea unguinum*.

Synonymem *tinea pedis*, jak uvádí Štork (2008), je atletická noha. Jedná se o dermatofytickou infekci. Infekce postihuje mezíprstí a plosku na dolní končetině. Skořepová (2010a) uvádí, že se objevuje již v mladším věku, mezi 18-20 lety a nejčastěji souvisí se sportovními aktivitami. Oproti tomu Štork (2008) uvádí, že postihuje muže ve středním věku. Nejčastější příčinou je *Trichophyton rubrum* a *Trichophyton mentagrophytes*. Jedná se o spory hub, které léta přežívají na různých místech. Mezi tato místa patří prostředí koupelen a bazénů, dále v koberecích a v botách. Ke vzniku potíží přispívá kombinace vlhkého a teplého prostředí boty spolu se zhoršenou hygienou, zvýšenou potivostí nohou a poruchami prokrvení. Klinický obraz je odlišný podle 3 klinických forem. První forma je interdigitální, začíná začervenáním a olupující se kůží (Štork, 2008). Poté přechází v bělavou maceraci, doprovázenou svěděním (Skořepová, 2010b). Postihuje především 4. mezíprstí. Po akutní fázi zůstane suché olupování již bez subjektivních potíží. Typické je to u osob se zvýšenou potivostí nohou (Skořepová, 2010a). Druhá forma je hyperkeratotická. Tato forma probíhá asymptomaticky (Štork, 2008). Typická jsou zhrubělá ložiska, která mají červenou barvu. Ložiska se drobně odlupují a najdeme je na hranách nohy a na plosce paty. Často se to nazývá jako „mokasínový typ“ (Skořepová, 2010a). Akutní dyshidrotická forma patří mezi poslední formu *tinea pedis*. Tato forma se také nazývá vezikulo-bulózní. Typické jsou drobné, svědivé puchýřky. Puchýřky zaschnou a následně se olupuje kůže (Štork, 2008). Výsevy silně svědivých pustul a vesikul najdeme na ploskách (Skořepová, 2010a).

Synonymem *tinea unguinum*, jak uvádí Štork (2008), je onychomycosis. Pojem onychomykóza znamená infekci nehtů, která je vyvolána dermatofyty, ale zároveň i kvasinkami (Štork, 2008). Onychomykóza zpravidla vzniká přechodem infekce při dlouhotrvajícím *tinea pedis*. Dojde k přechodu na epidermis nehtového lůžka (Skořepová, 2010a). Štork (2008) ještě uvádí, že zřídka dojde k napadení zcela zdravého nehtu. Nejčastěji dochází k postižení palce a malíčku, a to především na prstech nohou. Méně často bývají postiženy ruce. Nejběžnějším typem *tinea unguinum* je distální subungvální onychomykóza. Tento typ začíná od distálního okraje

nehtové ploténky. Projevuje se jako žlutavé drolivé ztlustění nehtové ploténky. Vede k onycholýze neboli odlučování od nehtového lůžka. Druhý typ nazýváme proximální subungvální onychomykózu. Jedná se o méně častý typ, kdy vlivem dermatofytu, který proniká přímo do nehtového lůžka, dojde k narušení růstu nehtu. Dojde k prorůstání nehtovou ploténkou distálně. Nehet ztratí lesk, bělavě se barví a je deformovaný (Štork, 2008). Posledním a nejhorším typem je totální dystrofická onychomykóza (Dürichová, 2014). Ta je způsobena *Candida albicans* (Štork, 2008). Dochází k totálnímu napadení nehtu, který charakterizujeme jako ztlustělý a deformovaný. Dochází k napadení i zárodečné tkáni nehtu (Dürichová, 2014).

Kalus neboli hyperkeratózu můžeme definovat jako tvrdou kůži vznikající v místech zvýšeného tlaku. Nejčastějším místem vzniku jsou kostní deformity nebo místa, kde je zvýšené tření a tlak. K tomu dochází nejčastěji při nošení nevhodné obuvi. Drobná hyperkeratóza viditelná na povrchu kůže se nazývá jako fenomén ledovce. Po jejím odstranění se objeví hluboká ulcerace, kterou můžeme přirovnat ke špičce ledovce, který je vidět na povrchu mořské hladiny. Hyperkeratózy mohou předcházet vzniku ulcerace, která bývá nejčastěji na plosce nohy. Dochází k nim díky ischemizaci tlaku kůže. Ulcerace může být pod samotnou hyperkeratózou. Znamky krvácení poznáme podle tmavých skvrn v kalusu (Jirkovská, Bém, 2011). Dürichová (2014) uvádí, že se může na plosce nohy objevit také hyperkeratotická mykóza. Poznáme ji podle silné vrstvy odumřelé kůže a zarudlého a na první pohled nezdravého okolí.

Synonymem pro slovo *kuří oko* je *clavus*, jak uvádí ve své knize Štork (2008). Jedná se o ložiskovou bolestivou hyperkeratózu, která se projevuje nad kloubními nebo kostními vyvýšeninami (Štork, 2008). Nejčastěji se tvoří na prstech nohou nebo na patě, jak uvádí ve svém článku Bílková (2016). Jedná se o odpověď těla, kterou se snaží chránit před nějakým problémem (Bílková, 2016). Podle Dürichové (2014) vzniká kuří oko na základě nevhodného obouvání. Oproti tomu *mozol* vzniká mechanickým působením. Jedná se o ložiskovou hyperkeratózu. Synonymem mozolu je *tyloma*, *callus* nebo také *callositas*, jak uvádí Štork (2008). Kuří oko se projeví jako otlak nebo zhrubělá kůže, která má chránit kost (Bílková, 2016). Howell (2012) ve své knize popisuje, že v případě kuřího oka dojde k lokalizovanějšímu zesílení kůže. U mozolu se jedná o difuzní ztlustělou oblast kůže. Kuří oko má nejčastěji žlutavou barvu s nádechem hnědé nebo šedivé (Dürichová, 2014). Dalším příznakem kuřího oka je pravidelný

rovný okraj (Bílková, 2016). Oproti tomu mozol, jak popisuje Štork (2008), je lehce vyvýšená papula, která je neostře ohraničená. Povrch mozolu bývá drsný, olupující se nebo také s bolestivými prasklinami či úplně hladký.

Vlivem zkracování šlach prstů se prsty dostávají do specifického tvaru. V tomto případě dochází k deformitám prstů, které nazýváme jako *kladívkovité* či *dráповité prsty*. V případě kladívkovitých prstů je první článek prstu směrem nahoru. Druhý článek je směrem dolů a poslední článek prstu je vodorovný. Pokud se jedná o dráповité prsty, tak první a druhý článek prstů je vodorovný a směrem dolů směřuje poslední článek prstu (Dürichová, 2014). Trnavský (2009) ve svém článku uvádí, že dochází k postižení druhého až pátého prstu. U obou forem vzniká abnormální tlak. Jedná se o tlak na apex interfalangeálního kloubu anebo na hlavičku metatarsální kůstky (Trnavský, 2009). Jako nejzákladnější příčinu této choroby Dürichová (2014) uvádí nošení nevhodné obuvi. Jedná se především o boty, které mají úzkou špičku, jsou krátké a na vysokém podpatku. Proto se tyto deformity vyskytuje převážně u žen. Jako spolupůsobící faktor může být příčně plochá noha. Příznaky kladívkovitých či dráповitých prstů bývají na začátku skryté. Díky špatné obuvi dochází k ohýbání prstů a kopírování tvaru boty. Prsty se v první fázi deformují pouze v obuvi. Když se člověk vyzuje, tak se mu prsty vrátí do původního tvaru. Díky zkracování šlach zůstanou prsty v pozdějším stádiu již ve zkroucené pozici i po vyzutí. Člověk může mít nepříjemné pocity v oblasti prstů. Nohy ho mohou bolet a může cítit únavu nohou. V místech, kde jsou vystouplé klouby, které se dotýkají obuvi, hrozí riziko vzniku kuřích ok a otlaků. Dürichová (2014) uvádí, že tuto chorobu také doprovází změny na nehtu. Především na malíčku se mění tvar nehtu.

V důsledku mechanického přetěžování kloubů vznikají *kostěné výrůstky*. K mechanickému přetěžování dochází vlivem nevhodné obuvi. Jedná se o dlouhodobé onemocnění, kdy je nutné odstranit především příčinu vzniku. Mezi tato onemocnění řadíme dvojitou patu a patní ostruhu (Dürichová, 2014). Dvojitou patu označujeme jako kostěný výrůstek, který se objevuje na vnější, zadní straně paty. Jedná se o místo, kde se Achillova šlacha přichytává k patní kosti (Nádašiová, 2015). Oproti tomu se v oblasti vnitřního hrbolku patní kosti vyskytuje patní ostruha. Dvojitá pata vzniká následkem nevhodné obuvi. Dürichová (2014) uvádí jako nevhodnou obuv např. balerýnky nebo lodičky. Tato obuv drží na noze pouze tlakem. Na základě toho dochází k dráždění

okostice a tvorbě kostěného hrbolu, který vzniká nadprodukcí kostní tkáně (Dürichová, 2014). Nádašiová (2015) ve svém článku uvádí ještě tvorbu tíživého váčku, který bývá pokrytý velmi lesklou, tenkou, hladkou a začervenalou kůží. Oproti tomu u dvojité paty najdeme v místě nálezu hrbol. Patní ostruha je deformita, u které je typické plochonoží. Vlivem pokleslé klenby, která doprovází tah napnutých svalů, vzniká dráždění okostice. Pokud dochází k přetěžování svalových úponů dlouhodobě, dojde ke vzniku útvaru. Tento útvar nazýváme jako tahový osteofyt. U patní ostruhy můžeme zaznamenat především svědivost paty a mravenčení. Jinak je tato deformita bez viditelných změn. Společným příznakem bývá bolestivost, která doprovází velké zatížení. Bolest je pouze příznakem, který se objeví při dráždění měkké tkáně v okolí výrůstku (Dürichová, 2014). K tomu dochází, pokud dojde k zápalu tíživého váčku, který se neustále na tomto místě přesouvá. Příčinou zápalu bývá přetížení, dlouhé stání v nevhodné obuvi, dlouhá chůze v nevhodné obuvi nebo také přímý doskok na patu z větší výšky (Nádašiová, 2015).

Vbočený palec též označovaný jako hallux valgus. Jedná se o chorobu, kterou řadíme do kategorie deformit prstů. Jejím rozvinutí nelze zabránit, avšak v jejím počátečním stádiu ji lze pozitivně ovlivnit (Dürichová, 2014). Howell (2012) ve své knize uvádí, že se jedná o roky se vyvíjející progresivní poruchu chodidla. Jako příčinu popisuje příliš úzké prostory pro prsty, které jsou u moderní obuvi, a to v kombinaci s vysokými podpatky (Howell, 2012). Dürichová (2014) uvádí jako další příčiny dědičnost, vrozené vady, ochabnutí svalového či vazivového systému nebo revmatismus. Častěji bývají postiženy ženy (Dürichová, 2014). Hallux valgus poznáme podle palce, který je otočený dovnitř k ostatním prstům (Howel, 2012). Vzniká na základě vybočení prvních nártních kostí (Dürichová, 2014). Trnavský (2009) dále uvádí zduření na mediální straně hlavičky prvního metatarsu. Dochází k bolestivosti prvního metatarsu, která se později rozšíří do celé přední nohy.

Zarostlý nehet je problém, kdy se volný konec nehtu na prstu zkroutí směrem dolů a penetruje kůží (Howel, 2012). Okraje proniknou do nehtového valu. Vede to k bolesti a zánětu (Dürichová, 2014). Zarostlý nehet je také doprovázen zarudnutím, otoky a může způsobit i infekci (Howel, 2012). K zarůstání nehtu může dojít na jedné nebo na obou stranách. Poté se jedná buď o jednostranné, nebo oboustranné zarůstání nehtu, jak uvádí Dürichová (2014). Zarostlý nehet můžeme dělit na pravý a nepravý

zarostlý nehet. Označení pravý zarostlý nehet popisuje Dürichová (2014) jako vrozenou šířku nehtu, kdy šířka nehtu je větší než šířka nehtového lůžka. Na základě toho dochází k tomu, že nehet tlačí do kůže již od svého začátku. Příčinou je špatný tvar nehtu. V případě nepravého zarostlého nehtu dochází ke špatnému zastřížení nehtu. Člověk si odstříhne pouze viditelnou část nehtu. Ta zbylá část se však zapíchne do měkké tkáně a způsobí intenzivní bolest prstu. Na vzniku se též může podílet nevhodná obuv nebo onychomykóza (Dürichová, 2014).

Při *léčbě defektů dolních končetin* je nejdůležitější naše pozornost, kterou musíme nohám věnovat. Mezi základní léčebné metody u ploché nohy patří především posilování svaloviny nohou. Dále se provádí i taping (Dürichová, 2014). Štork (2008) uvádí, že k léčbě dermatofytóz stačí zpravidla pouze místní antimykotika. Mezi tato antimykotika patří itrakonazol nebo terbinafin. Pokud je nutné odstranit nehtovou ploténku, provádíme chemickou ablací nehtu pomocí keratolytických mastí (Štork, 2008). Keratolytickou vrstvu je nutno odborně odstranit, a to pomocí přípravků s obsahem AHA kyselin (Dürichová, 2014). Štork (2008) doporučuje používání změkčujících mastí, které obsahují kyselinu salicylovou nebo ureu (Štork, 2008). Cohen a Anderson (2018) tyto přípravky nazývají jako lokální keratolytika. Uvádějí k tomu ještě kyselinu mléčnou (Cohen, Anderson, 2018). Dále se k odstranění keratolytické vrstvy používá skalpel či přístrojová metoda. Hyperkeratotickou mykózu odstraňujeme pomocí sprejů na plísňe nebo pomocí různých krémů a mastí (Dürichová, 2014).

Zkracování šlach, ke kterému dochází u kladívkových a drápotivých prstů, zabráníme pomocí jednoduchých cvičení, kterými protahujeme prsty. Cvičení uleví zároveň i od napětí a bolesti. Vhodná je kombinace cvičení a bandáže prstů prováděná na noc. Cvičením chodidel léčíme i hallux valgus. Další léčbou hallux valgus je taping a masáž přitahovačů a odtahovačů palce. Dále také korektory, které slouží k fixaci základního kloubu palce. Působí tak, že tlačí kloub palce zpátky do roviny (Dürichová, 2014). Tyto pomůcky mají zastavit úplně progresi vbočení palce nebo úplně odstranit vadu (Howel, 2012). V případě zarostlého nehtu musíme vystříhnout nehet až ke kořeni, a to u typu pravého zarostlého nehtu. Zabráníme tak jeho zarůstání už v počátku. U nepravého zarostlého nehtu stačí odstranit pouze vrchní část nehtu (Dürichová, 2014). Fešar (2011) ve svém článku popisuje i další metody léčby zarostlého nehtu. Patří mezi

ně podkládání postižené partie tamponáží a vkládání pružných plastikových trubiček. Dále pak rovnání nehtů seshora pomocí ortonyxie.

Štork (2008) tvrdí, že u všech defektů je důležité dodržování profylaktického opatření. Zahrnujeme sem dodržení hygienických návyků jako koupel nohou, která má být prováděna každý den. Dalším hygienickým návykem je pečlivé vysušení míst, kde se tvoří zapárka. Další prevencí je denní výměna ponožek, které mají být bavlněné. Důležitost Štork (2008) přikládá také dezinfekci ponožek a obuvi. V neposlední řadě je potřeba nosit vhodnou obuv a popřípadě vložky do bot, jak zmiňuje Dürichová (2014). Obuv má být dostatečně velká a široká a nemá mít vysoký podpatek. Důležité je také, aby obuv byla prostorná, s podporou podélné i příčné klenby nohy, aby nedocházelo k tvorbě tlaku. Nádašiová (2015) popisuje ve svém článku, že pomocí individuálních vložek do bot lze nastavit patní kost do správné polohy. Snažíme se snížit tah plantární fascie pomocí nastavení subtalárního kloubu do neutrální pozice. V kombinaci s vložkami je vhodné cvičení malých svalových struktur na chodidle. Jejich kombinací dojde v plantární fascii ke zmírnění až úplnému odstranění tahu.

1.3 Péče o dolní končetiny v dospělosti a ve stáří

Aby mohly naše nohy dobře fungovat, potřebují správnou péči. Nohu můžeme označit jako dokonalou souhru svalů, vazů, šlach a kostí. Dochází k jejich vzájemnému sladění a díky tomu se člověk může vzpřímeně pohybovat. Zároveň také skákat nebo hopsat, tančit nebo běhat. Schneider (2011) přirovnává nohy k malým parním strojům. Stejně jako parní stroj, tak i noha každý den nabíhá na nejvyšší výkon. V každém věku může člověk pro zdraví svých nohou něco udělat. Může se o ně například svědomitě a pečlivě starat nebo třeba jen pravidelně navštěvovat pedikúru. Alpert (2016) klade důraz především na prvky, které mají pomoci udržet dobrou péči o nohy, a to především u starších dospělých.

1.3.1 Hygienická péče

Vytejšková, Sedlářová et al. (2011) popisují hygienu jako soubor postupů a pravidel, která jsou důležitá při ochraně a podpoře zdraví. Jedná se o udržování osobní čistoty či péči o sebe samého. Jak člověk dbá o svoji osobní hygienu je velmi individuální.

Mají na to vliv různé návyky a hodnoty daného člověka. Ty jsou ovlivněny výchovou již od dětství. Mezi základní činnosti ošetřovatelské péče patří právě zmiňovaná hygienická péče (Vytejková, Sedlářová et al., 2011). Mezi hygienickou péčí patří ranní a večerní mytí, dále celková koupel, česání a mytí vlasů, úprava nehtů, péče o dutinu ústní a péče o pokožku (Burda, Šolcová, 2015). Všechny oblasti hygieny jsou důležité. My jsme se zaměřili konkrétně na hygienu nohou. Zahrnuje to, jak správně o nohy pečovat, a to od jejich umytí až po jejich obutí, jak uvádí Dürichová (2014). Hygienu nohou je každodenní činností. Tato činnost má velký vliv na stav pružnosti a jemnosti pokožky. Dále má vliv na celkový stav chodidla, a to i na získané vady nohou.

Podle Dürichové (2014) mezi hygienu nohou zahrnujeme denní koupel nebo omývání nohou, důkladné usušení pokožky po koupeli, používání masť a zásypů na nohy, nošení bavlněných ponožek a kvalitní prodyšné obuvi. Hygienu včetně *mytí nohou*, jak uvádí Burda a Šolcová (2015), se má provádět každý den pomocí teplé vody a mýdla. Oakley (2014) doporučuje především pro starší osoby se sklonem k suché a popraskané kůži koupelové výrobky, které jsou založeny na bázi mýdla. Jedná se o mýdla, která obsahují lanolin, glycerin. Nebo doporučuje používat zvlhčující mýdla, u kterých je menší pravděpodobnost, že díky nim dojde k odlupování kůže, oproti standardním produktům. Výjimkou, jak popisuje Oakley (2014), jsou pacienti trpící kontaktní dermatitidou, ti by se měli vyhnout všem mýdlům. Dürichová (2014) dále uvádí, že se doporučuje střídání vody. Toto doporučení platí především pro lidi se špatným prokrvením končetin. Na základě střídání studené a teplé vody se podpoří lymfatický a krevní oběh. Díky tomu se pak z dolních končetin odplaví škodlivé látky. Podle typu pokožky lze používat i koupele v koupelnové soli nebo bylinné koupele. Po koupeli je potřeba pokožku důkladně vysušit. Vysušení meziprstních prostorů by mělo být součástí každodenní péče. Samozřejmě i pravidelná kontrola meziprstních prostorů. Pokud k tomu nedojde, tak kůže má tendenci se zapařovat. Pokud se noha ještě uzavře do obuvi, tak to může vést k plísňovým chorobám. Plísňové choroby vznikají nejčastěji v meziprstí nebo na plosce nohy (Dürichová, 2014).

O kůži na nohou pečujeme tak, aby byla v dobrém stavu, byla čistá a dobře usušená. Dürichová (2014) doporučuje používat na nohy krémy. Uvádí změkčující krémy, které obsahují alfa-hydroxykyseliny. Zjemní pokožku a navrátí pružnost díky keratolytickým účinkům. Na základě toho dojde k naleptání odumřelých kožních buněk. Z kožního

povrchu jsou pak následně odstraněny. Dürichová (2014) zdůrazňuje, že záleží vždy na potřebách klienta a na jeho stavu končetiny. Oakley (2014), která se ve svém článku zaměřuje na kůži starých lidí, doporučuje hydratovat pokožku pomocí aplikace změkčovadel. K dispozici jsou ve formě krémů i mastí nebo lotionů. Změkčovadla slouží k udržení bariérové funkce pokožky, díky neutrálnímu nebo nízkému pH. Výhodou jsou i jejich protizánětlivé účinky. Dürichová (2014) dále uvádí, že kromě krémů používáme i masti, které jsou vhodné u pokožky, která je vysušená. Aplikují se po předchozím oplachu nohy a to 1 - 2x denně. Masti nepoužíváme u vlhkých a opocných nohou. Tam se spíše doporučují dezinfekční nebo antimykotické zásypy.

Alpert (2016) uvádí, že součástí informací o hygienické péči by měly být i informace o správné péči o nehty. Jak správně nehty stříhat, aby nedošlo k vniknutí nehtu do lůžka. To ve svém dokumentu potvrzuje National Health Service Scotland (2013), který uvádí, že mezi osobní hygienu nohou patří kromě péče o kůži, kontroly obuvi právě i péče o nehty. Burda (2015) a (Jirkovská, Bém, 2011) pak popisují samotný proces stříhání nehtů na nohou. Nehty stříháme rovně a následně použijeme pilník k zapilování. Okraje nehtů pak pilujeme jedním směrem (Jirkovská, Bém, 2011). Dále popisují, že pokud růžky nehtů přerůstají nebo zarůstají, tak je potřeba je jemně vystříhnout. Burda (2015) i American Academy of Dermatology (© 2018b) uvádějí jako vhodné nástroje ke stříhání nehtů na nohou nůžky i kleště. Frekvenci stříhání nehtů uvádí Burda, jako 1 x za 2 týdny. Oproti tomu Jirkovská a Bém (2011) uvádějí frekvenci stříhání 1 x za týden. Dále ještě upozorňují, že je potřeba dbát na to, aby nehet nepřerůstal přes okraj prstu (Jirkovská, Bém, 2011). Musgrove, Warren (2011) a Jirkovská a Bém (2011) se shodují na tom, že nehty na nohou by neměly být zastřiženy příliš krátce. Jirkovská, Bém (2011) i American Academy of Dermatology (© 2018a) se shodují na stříhání nehtů až po koupeli, aby byly nehty měkčí. Pokud je potřeba ostříhat nehty jindy, tak se doporučuje právě kvůli změkčení namočit nohy alespoň na pár minut do vlažné vody. American Academy of Dermatology (© 2018a) ještě zdůrazňuje, že nikdy nestříháme kůžičku okolo nehtů, protože je to místem vstupu pro bakterie a hrozí riziko infekce.

Každý den bychom měli měnit *ponožky*. Ponožky jsou nejlepší z bavlněného materiálu (Štokr, 2008). Dürichová (2014) jako důvod nošení bavlněných ponožek uvádí, že slouží ke správnému odvodu potu. Pokožka pak může dýchat. Najafi, Bruin, Reeves et

al. (2013) ve svém výzkumu popisují, že protiskluzné ponožky jsou lepší než standardní ponožky. Uvádějí, že protiskluzné ponožky snižují riziko pádu na kluzkém povrchu, a to především u starších lidí.

Chůze se doporučuje především v přírodě, ideálně naboso (Schneider, 2011). Dürichová (2014) považuje chůzi naboso jako nejpřirozenější pohyb, a to především pokud se chodí na trávě a nerovném povrchu. Chůze naboso vede k posílení svalstva nohou a zároveň protáhne ztuhlé končetiny. Velmi prospěšná v péči o dolní končetiny je i gymnastika nohou. Gymnastiku provádíme 5-10 minut denně a můžeme jí provádět v klidu doma nebo kdekoli se nám zachce. Existuje mnoho cviků na dolní končetiny (viz příloha 1). Na začátku je možno oslovit odborníka, pokud si nejsme jisti správným provedením (Dürichová, 2014). Nesmíme však zapomínat na skupinu rizikových pacientů, jako jsou například pacienti s diabetickou nohou, u kterých je chůze naboso zakázána, stejně jako gymnastika nohou (Schneider, 2011).

Zvýšená poloha nohou je po celodenním stání a chození ten nejpříjemnější odpočinek pro naše nohy. Noha ve vodorovné pozici napomáhá srdci v jeho práci. Zajistí rychlejší odplavení nežádoucích a škodlivých látek z dolních končetin. Zároveň i látky, které regenerují a vyživují naše nohy, se ve vodorovné poloze dostanou k nohám rychleji. Také masáž nohou, kterou si můžeme provádět sami nebo nám ji provede někdo jiný, jak Dürichová (2014) ve své publikaci doporučuje. Svaly musí být při masáži co nejvíce uvolněné. V neposlední řadě kromě pohybu je potřeba se zaměřit i na dodržování vyvážené stravy a správného jídelníčku. Ať už dostatek vitamínů, minerálů nebo omezení nezdravých a tučných jídel má vliv nejen na přiměřenou hmotnost, ale především na celkovou duševní pohodu (Dürichová, 2014).

1.3.2 Využití kompenzačních pomůcek

Slezáková (2008) se domnívá, že pro dokonalou hygienu nohou je mimo jiné důležité střídat obuv. Fešar (2016b) tvrdí, že v botách trávíme velkou část našeho života, a proto je lepší si koupit pár kvalitních párů bot než více nekvalitních párů bot. Na nohu by bota měla perfektně padnout již v prvních okamžicích. K celodennímu nošení se doporučuje vycházková obuv ze specializovaných prodejen. Tato obuv slouží k řešení mnoha problémů i jako prevence před těmito problémy. Davis, Murphy a Haines (2013)

to ve svém článku potvrzují. Uvádějí, že k abnormalitám nohou, deformitě prstů nebo i jen bolestivosti nohy, přispívá špatný výběr obuvi. Alpert (2016) klade důraz na vyškolení starších dospělých právě v oblasti správného obouvání. Fešar (2016b) se ale domnívá, že boty ze specializovaných prodejen mohou být pro mnohé lidi nemódní.

V takovém případě je potřeba se řídit několika základními pravidly, které ve svých publikacích uvádějí Součková (2014), Šťastná (2014) a Fešar (2016b). První pravidlo je kupovat obuv v odpoledních hodinách. Dále bota musí být z kvalitního materiálu, jak už bylo zmiňováno. Šťastná (2014) uvádí jako vhodnou obuv z přírodních materiálů. Materiál, který je prodyšný, měkký a absorbující vlhkost. Shodují se, na dalším pravidlu, a to je dostatek místa v botě, v oblasti prstů do délky i do šířky. Je tomu tak z důvodu volného pohybu prstů. Součková (2014) a Šťastná (2014) to nazývají jako nadměrek, který poskytne dostatek místa pro prsty. Šťastná (2014) uvádí jako nejlepší pro přirozenou polohu palce v botě mít co nejvíce rovnou vnitřní hranu obuvi. Zároveň v žádném případě nedoporučuje pro celodenní nošení špičatou módní obuv. Součástí boty by měl být pevný opatek, který patě zabrání ujíždět nebo vybočovat. K tlumení otřesů při chůzi má být podrážka dostatečně silná a přiměřeně tuhá. Vhodné jsou také protiskluzové prvky. To potvrzují Davis, Murphy a Haines (2013), kteří popisují faktory zvyšující riziko pádu. Jedná se o nedostatečnou fixaci nohy například nošením pantoflí. Dále pak kluzká podrážka nebo příliš úzká pata (Davis, Murphy a Haines, 2013). Fešar (2016b) si myslí, že nejlepší variantou je, když jde z boty vyndat stélka. Člověk si tam pak může dát individuální vložku. Díky rozdílným tvarům bot se doporučuje střídání bot. Každá bota namáhá nohu trochu jiným způsobem (Fešar, 2016b). Pokud si vybíráme boty, musíme vědět, pro jakou příležitost je budeme potřebovat. Podle toho volíme správný typ boty (Dürichová, 2014). Pokud je noha v botě stlačená nebo zdeformovaná, tak ji v žádném případě nenosíme (Schneider, 2011). Fešar (2016b) upozorňuje na odborníky na tuto problematiku, kteří dokážou poradit při výběru správných vložek do bot nebo dalších kompenzačních pomůcek.

Na trhu dnes najdeme mnoho druhů *vložek do bot*. Některé jsou podle Klouda (2017) vynikající a jiné zase katastrofální. Existují vložky, které stimulují práci klenby a zamezí tím ochabování svalů na noze (Kloud, 2017). Při léčbě a korekci vadného postavení nohou používáme ortopedické vložky (Měřínský, 2019b). Individuálně zhotovené ortopedické vložky do bot předepisuje na poukaz odborník. Jedná se

o ortopeda, ortopedického protetiky nebo rehabilitačního lékaře. Tyto vložky vznikají na základě sejmutých měrných podkladů daného člověka (Všeobecná zdravotní pojišťovna, © 2019). Otisk chodidla můžeme provést na plantogramu nebo pomocí sádrového odlitku či otiskem v nášlapné krabičce (Měřínský, 2019b). Jsou vhodné pro korekci příčné nebo podélné klenby. Dále také slouží k odlehčení defektů. Druhým typem jsou ortopedické vložky speciální. Ty vznikají také sejmutím měrných podkladů eventuálně s korekcí pro složité vady. Jedná se o vložky lodičkové, s klínky, jazýčkové nebo se zarážkami. Mohou to být vložky plastické, extenční nebo regulační. Vložky jsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Pojišťovna hradí maximálně 1 pár těchto ortopedických individuálně zhotovených vložek. Hradí je pouze 1x za rok ve výši do 100 Kč za 1 pár. Pokud se jedná o vložky ortopedické speciální, tak pojišťovna hradí 80 % z konečné ceny. Člověk má nárok maximálně na 2 páry ročně (Všeobecná zdravotní pojišťovna, © 2019).

Kloud (2017) uvádí, že nejen vložek do bot je na trhu celá řada, ale je potřeba obezřetně vybírat i *boty*. Máme mnoho zahlcujících a pestrých nabídek na nejrůznější boty různých kvalit (Kloud, 2017). Jak má obuv pro zdravé nohy vypadat je popsáno výše. Oproti tomu pro nohy nemocné nebo zdeformované, které díky povaze onemocnění či vadě potřebují zvýšenou péči, se však doporučuje ortopedická obuv (Měřínský, 2019a). Ortopedickou obuv předepisuje stejný odborník, jak popisujeme u vložek do bot. Zdravotní pojišťovna hradí 1 pár za 2 roky, v případě jednoduše zhotovené ortopedické individuální obuvi hradí 50 %. U složité nebo velmi složité ortopedické individuální obuvi je úhrada pojišťovny 90 %. Hradí také 1 pár za 2 roky (Všeobecná zdravotní pojišťovna, © 2019). Ortopedická obuv má celou řadu provedení a tvarů. Díky svým vlastnostem se vada dá kompenzovat, korigovat a někdy i kosmeticky zakrýt. Na výrobu ortopedické obuvi jsou kladeny přísnější požadavky, protože materiál musí být v souladu se zdravotními atesty. Nejčastěji se k výrobě používají hovězí kůže. Podšívka je pak z přírodní vepřovice nebo jelenice a v případě zimní obuvi pak z vlny (Měřínský, 2019a).

1.3.3 Role sestry v péči o dolní končetiny

V minulosti prošla role sestry složitým vývojem, ale i dnes se podstatně mění (Bártlová, 2005). K velkým změnám došlo během velmi krátkého období. Na začátku došlo

k prvotnímu formování ošetrovatelství, které probíhalo na půdách charitativních institucí. A na konci je profesionální činnost, která je samozřejmostí při ošetřování nemocných. Při výkonu povolání sestry se prolínají různé role, které sestra zastupuje. Mezi jednu z nich patří role sestry edukátorky nemocného i jeho rodiny. V rámci této role se sestra zaměřuje nejen na upevnění zdraví, ale i na prevenci poruch zdraví. Dále se podílí na rozvoji soběstačnosti u osob, které mají již porušené zdraví a předchází dalším komplikacím (Plevová, 2011a).

Právě s prevencí poruch zdraví souvisí samotná podpora zdraví. Jak ve své knize popisují Machová a Kubátová (2015), tak podpora zdraví se stává velmi důležitým prvkem v současné péči o zdraví. Součástí podpory zdraví jsou veškeré snahy o zlepšení celkové úrovně zdraví. To zahrnuje nejen zvyšování odolnosti proti nemocem, ale také posílení tělesné, sociální a duševní pohody. Samotný člověk je nejdůležitějším činitelem v péči o zdraví. Lidé jako takoví s jejich způsobem života a tím, jak jsou ochotni se podílet na účinné péči o svoje zdraví, tvoří základní přístup v podpoře zdraví. Podílí se na tom i společnost, která vytváří sociální a ekonomické podmínky pro život lidí. Můžeme to označit tedy jako soustavu činností, které jsou od politických, přes ekonomické, technologické až po výchovné. Cílem těchto činností je ochrana zdraví, prodloužení aktivního života a zajištění zdravého vývoje nové generace (Machová, Kubátová, 2015).

Machová, Kubátová (2015) popisují, že ženě připadá velmi důležitá role v podpoře zdraví. Právě žena je ta, která formuje celkovou úroveň zdraví rodiny. Týká se to hlavně oblasti péče o dítě, vytváření hygienických návyků již od dětství, ale i výživy celé rodiny. Způsob, kterým ovlivňuje formování úrovně zdraví, je ovlivněn její hodnotovou orientací a vzdělaností.

Prvním článkem podpory zdraví je prevence nemocí. Machová, Kubátová (2015) popisují prevenci jako zaměření proti nemocem a snahu předcházet nemocem. Tím se liší od podpory zdraví, která je koncipována jako aktivita pro zdraví. Podpora zdraví se soustředí na obecnější aktivity jako je zdravotní výchova, komunitní aktivity, vytvoření příznivého prostředí a na primární prevenci (Machová, Kubátová, 2015). Bártlová (2005) ve své knize uvádí rozdělení primární prevence na dvě základní skupiny. Rozděluje primární prevenci na strukturalizovanou a skupinově i individuálně orientovanou prevenci. Součástí strukturalizované prevence jsou zákonná opatření, kam

patří zákaz prodeje alkoholu v závodech nebo částečný zákaz kouření a dále ochrana práce v podnicích. Druhou součástí strukturalizované prevence jsou organizační opatření, kam zahrnujeme pomoc při překonávání stresových situací, změnu druhu jídel v podnikových jídelnách či vytvoření závodních sportovních klubů. Skupinová a individuálně orientovaná prevence je pak zaměřena na zdravotní výchovu, osvětu a poradenství. Na zdravotní výchovu mají vliv nejen rodiče, ale i základní a mateřská škola. Zdravotní osvětu zajišťují jednotlivé obory medicíny a také různá vzdělávání dospělých. Do poslední oblasti zdravotního poradenství patří činnosti profesionálních skupin zdravotníků. Bártlová (2005) primární prevenci shrnuje tak, že se jedná o součást nejen všeobecné politiky společnosti, ale je potřeba sem zahrnout i činnost organizací na lokální úrovni, jako jsou právě podniky a výchovně vzdělávací zařízení. Nejen lékař, ale i ostatní profesionální skupiny, se musejí podílet na prevenci. Úkolem lékaře je poskytovat zdravotní poradenství v oblasti své působnosti. Je potřeba se ale soustředit nejen na skupiny lidí, jež lékaře vyhledávají. Zde klade Bártlová (2005) důraz na motivaci lékařů v obcích, v různých osvětových spolcích či ve vzdělávacích zařízeních. Má to vliv ve vztahu k veřejnosti na rozsáhlost působení.

Nejen motivace lékaře, ale i motivace pacienta je základním předpokladem pro úspěšnost léčby i pro preventivní opatření, jak popisují Ptáček a Bartůněk (2015). Samotná ochota pacienta při spolupráci na preventivních a léčebných opatřeních patří mezi klíčové faktory. Přestože jsou pacienti seznámeni s léčebným režimem, či preventivním opatřením a jsou si vědomi zdravotních rizik, tak 50 % z nich léčebný režim nedodrží a ještě mnohem větší procento se nezabývá žádoucím preventivním opatřením (Ptáček, Bartůněk, 2015). Sestra v roli edukátorky také motivuje pacienta. Samotná edukace je proces, při kterém dochází k ovlivnění třech rovin učení, jak uvádí ve své publikaci Špirudová (2015). První rovina je kognitivní, kdy sestra poskytuje informace. Druhá je emotivní, která je zaměřena na postoj člověka. Poslední se nazývá behaviorální a je zaměřena na praktickou činnost. Lze si to představit tak, že člověk, pokud chce změnit své chování, tak nejprve musí dostat správné informace, následně musí změnit svůj postoj a v neposlední řadě změnit i své chování. K tomu ale dojde pouze v případě, že je správně motivován (Špirudová, 2015). V péči o dolní končetiny by sestra měla nejvíce využívat právě tuto výše zmíněnou roli. Sestra, která se specializuje na péči o dolní končetiny, je nazývána jako podiatrická sestra.

K nejdůležitějším členům podiatrického týmu patří výše zmiňovaná podiatrická sestra. Česká diabetologická společnost ve svém dokumentu (2016) definuje *podiatrickou sestru* jako všeobecnou sestru, která má zvláštní odbornou způsobilost v oboru podiatrie. Tu získá absolvováním certifikovaného kurzu. Jirkovská a Bém (2011) uvádějí, že do roku 2009 neexistovalo v České republice systematické vzdělávání sester v podiatrii. Díky existujícím specializovaným ambulancím, ale vyvstává potřeba vychovat sestry specializované pro tuto činnost. Kurz je určen pro zdravotnické pracovníky s odbornou způsobilostí k výkonu povolání všeobecné sestry, a to podle zákona č. 96/2004 Sb. Základním požadavkem je minimálně tříletá praxe ve zdravotnickém zařízení, a to buď na interním, diabetologickém, chirurgickém oddělení, intenzivní péči nebo v podobném ambulantním zdravotnickém zařízení (Jirkovská, Bém, 2011).

Podiatrická sestra má následující úkoly. Asistuje při chirurgických výkonech na noze. Provádí speciální kontaktní fixace, které se používají pro léčbu pacientů se syndromem diabetické nohy. Provádí konzultační činnost a edukuje ostatní zdravotníky. Důležitým úkolem je také psychosociální podpora pacienta. Podle potřeby provádí další specializované léčebné výkony u pacientů se syndromem diabetické nohy, mezi které patří larvální léčba, podtlaková terapie, lymfodrenáž či laserová terapie a mnoho dalších. Podiatrická sestra spolupracuje při hodnocení kvality péče tím, že vede registr pacientů se syndromem diabetické nohy. Spolupracuje na výzkumných projektech. Edukuje diabetiky a jejich rodiny v důležitosti prevence syndromu diabetické nohy, ale i v ošetřování ulcerací. Mezi další úkol patří preventivní ošetřování rizikových pacientů. U těchto pacientů provádí odstraňování hyperkeratóz, ošetřuje patologicky změněné nehty a edukuje o vhodné obuvi a pomůckách k odlehčení. Provádí lokální terapii nekomplikovaných lézí, ošetřuje pomocí vhodných lokálních prostředků. U diabetiků provádí screeningové neurologické a cévní vyšetření dolních končetin, a to pomocí ladičky nebo biothesiometru, monofilamentu nebo měření distálních tlaků pomocí dopplera. Poslední úkolem jsou další specializovaná vyšetření u pacientů se syndromem diabetické nohy, která provádí dle potřeby. Patří sem například vyšetření transkutánního kyslíku či vyšetření autonomní neuropatie (Jirkovská, Bém, 2011).

1.3.4 Vliv podiatrie v péči o dolní končetiny

Jak uvádí Havrda (2014), termín „Podiatrie“ byl poprvé použit ve Spojených státech na počátku 20. století. Jirkovská a Bém (2011) popisují *podiatrii* jako lékařský obor, který se zabývá studiem nohy, včetně její anatomie, fyziologie ale samozřejmě i patofyziologie. Podiatrie je dále zaměřena na diagnostiku, správnou léčbu nemocných nohou a v neposlední řadě také na preventivní ošetření nemocných nohou. Největší doménou tohoto oboru je syndrom diabetické nohy (Jirkovská, Bém, 2011). Oproti tomu *podologie* se už přímo zaměřuje na samotná chodidla. Zabývá se jejich dynamickým a statickým vyšetřením a jejich následnou léčbou. Léčba se provádí pomocí ortopedických vložek a nošením ortopedické obuvi. Součástí oboru podologie je i zaměření se na prevenci a následnou léčbu funkčních poruch chodidel (Hradecká, 2010).

Pojem „podiatrie“ z řeckých kořenů znamená „doktor na nohy“. Jak uvádí Havrda (2014), byl tento termín vnímán profesionálněji než termín „chiropradista“, který byl používán pro péči o nohy. Levy (2015) ve svém článku zdůrazňuje důležitost podiatrické medicíny jako součásti lékařské praxe. V počátcích podiatrické profese navštěvovali pacienti podiatrického lékaře zhruba jednou za dva měsíce. Paradoxem bylo, že to bylo častěji, než navštěvovali svého obvodního lékaře. Podiatrická praxe se od té doby hodně změnila, vlivem vzdělání a praxe. Stejně jako tomu bylo právě před 40 či 50 lety. Právě návštěvy pacientů mají zabránit komplikacím v oblasti nohy, a to především u pacientů trpících cukrovkou (Levy, 2015).

Podiatrická poradna nebo také můžeme použít označení *podiatrická ambulance*, slouží pro diabetiky. Jedná se o ambulanci, kde je péče specializována na pacienty se syndromem diabetické nohy a také na osoby s rizikem syndromu diabetické nohy. Podiatrická ambulance je zaměřena na léčebné, organizační a výzkumné aktivity. Mezi léčebné aktivity řadíme identifikaci a dispenzarizaci vysoce rizikových pacientů, edukaci pacientů, vyšetření a léčbu pacientů s ulceracemi a také sledování pacientů se zhojenými ulceracemi. Mezi organizační aktivity patří edukace a praktická výuka zdravotníků, konzultace pro jiná centra, koordinace specialistů a řešení akutních problémů se syndromem diabetické nohy. Mezi výzkumné aktivity zařazujeme založení multidisciplinárního týmu, vytvoření diagnostických a léčebných schémat a protokolů a sběr spolu s hodnocením statistických dat (Jirkovská, Bém, 2011).

Syndrom diabetické nohy je definován jako postižení tkání distálně od kotníku, a to včetně kotníku. U pacientů s diabetem je často spojeno s různým stupněm ischemie a neuropatie. Alpert (2016) uvádí, že právě periferní neuropatie je nejčastější příčinou podiatrických komplikací právě u pacientů trpících diabetem. U syndromu diabetické nohy je tendence se opakovat, jak uvádí Jirkovská, Bém (2011). Proto můžeme říci, že se jedná o celoživotní diagnózu. Při péči o pacienta se syndromem diabetické nohy považujeme za důležité týmovou spolupráci. Týmová spolupráce znamená, že o pacienta se syndromem diabetické nohy pečují dohromady podiatrické sestry, diabetolog, všeobecní a cévní chirurgové, intervenční radiologové a v neposlední řadě také protetici a rehabilitační pracovníci (Jirkovská, Bém, 2011). Mezi základní prevenci vzniku syndromu diabetické nohy patří především dostatečná a opakovaná edukace. Vzdělání pacientů má být poskytnuto konzistentním, jednoduchým a především opakovaným způsobem (Houtum, 2012). Proto uvádíme zásady, jak pečovat o nohy u diabetiků zvlášť.

Tyto zásady popisují ve své publikaci Jirkovská a Bém (2011) a doplňuje je také Kopecká (2012). Potvrzuje to i zahraniční zdroj The Canadian Diabetes Association (2018), který se ve svém dokumentu věnuje zásadám denní péče o nohy u diabetiků. Mezi tyto zásady, jak uvádí Jirkovská a Bém (2011), patří každodenní koupel nebo sprcha s použitím jemného mýdla, které je třeba důkladně spláchnout. Kopecká (2012) a The Canadian Diabetes Association (2018) uvádějí, že voda má být vlažná, neměla by mít více jak 37 °C. Další zásada je důkladné osušení nohou a především mezíprstí. The Canadian Diabetes Association (2018) zdůrazňuje, že je potřeba mezíprstí nejen vysušit, ale i důkladně každý den prohlédnout, zda se tam nenachází trhliny, řezy či puchýře. Radí, že k prohlédnutí může pacient použít zrcátko či poprosit někoho jiného, zda by mu nohu zkontroloval. S tím souhlasí i Kopecká (2012), která uvádí, že bychom na kůži i na nehtech měli kromě zmíněného hledat i změny barvy, otlaky či mozoly. Upozorňuje, že při návštěvě svého lékaře, nejen diabetologa, ale i obvodního je třeba ukázat nohy. Každou změnu jako je mravenčení, zblednutí, promodrávání či poranění je potřeba hlásit ošetřujícímu lékaři (Kopecká, 2012). The Canadian Diabetes Association (2018) popisuje, že je potřeba vyčistit případné škrábance pomocí vody a jemného mýdla a následně ošetřit. Po umytí by měl pacient použít krém na chodidla a především odstranit zbytky krému, které se nevstřebaly (The Canadian Diabetes Association, 2018). Kopecká (2012) to potvrzuje a uvádí, že krém mezi prsty může způsobit plíseň.

Dále upozorňuje, že krém jako Indulona, je krém určený na ruce a diabetik by měl používat spíše pěnu, která je určená na nohy. Avšak podle Jirkovské a Béma (2011) má pacient použít klidně krém například s kakaovým máslem, či olivovým olejem, který používá třeba na ruce. Po koupeli zhruba 1x týdně by si diabetik měl seškrábnout změkklou kůži tupým předmětem nebo pemzou na hyperkeratózách. Poté si nohy zahladit širokým pilníkem a promastit vazelínou. Nehty na nohou stříháme vždy po koupeli pomocí speciálních kleštiček. Nestříháme je příliš krátké a nikdy neodtrháváme kousky kůže či nehtu. Okraje nehtu po stříhání zapilováváme jedním směrem. Nehty nikdy nenecháme přerůst přes okraj prstů (Jirkovská, Bém, 2011). Oproti tomu Kopecká (2012) nabádá k tomu, že nehty se mají ošetřovat jen pomocí pilníku do rovna a nepoužívat z důvodu nebezpečí poranění ani nůžky ani kleštičky. S tím souvisí další zásada, kdy Kopecká (2012) radí navštěvovat pravidelně odborníka na pedikúru. Takové odborné péči o nohy se říká pedikúra, jak uvádí Dürichová (2014). *Pedikúra* se zaměřuje na ošetření kůže i nehtů na nohou. Součástí je i odborné poradenství v této oblasti, proto se klade důležitost i na to, aby se pedikér ve svém oboru neustále vzdělával (Dürichová, 2014).

Kopecká (2012) mezi další zásady u diabetiků zařazuje i vhodné prádlo a boty. Ponožky diabetik má nosit vždy bezešvé a bavlněné. Ponožka nemá mít stahující gumičku (Kopecká, 2012). The Canadian Diabetes Association (2018) to ještě doplňují, že je vhodná bílá ponožka, na které bude snadno vidět, že se objeví puchýř či zranění. Každý den by měly být ponožky čisté (The Canadian Diabetes Association, 2018). Co se týká boty, tak tu by měl mít diabetik z koženého materiálu bez vysokého podpatku. Kopecká (2012) ve svém desateru doporučuje, že v obuvi má být dostatek místa pro prsty, kdy přední okraj boty je rovný. Nikdy nenosit botu s úzkou špičkou. Doporučuje se obuv uzavřená a ideálně šněrovací. Důvodem je zpevnění nohy a kotníku. Aby se snížil tlak na plosku nohy, tak se doporučuje bota s tuhou podrážkou. Jirkovská a Bém (2011) to ještě doplňují o poslední zásadu, která říká, že pacient s diabetem by se měl vyhnout chůzi naboso. Kopecká (2012) to potvrzuje a udává, že i doma je potřeba nosit uzavřenou obuv.

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Pro tuto diplomovou práci byly stanoveny cíle a výzkumné otázky, kterými se budeme zabývat v této kapitole. Na základě tří hlavních cílů práce bylo stanoveno pět výzkumných otázek.

2.1 Cíle práce

Výzkumný cíl 1: Zmapovat znalosti dospělých a osob v seniorském věku v péči o dolní končetiny.

Výzkumný cíl 2: Popsat realizovanou péči o dolní končetiny v dospělém a seniorském věku.

Výzkumný cíl 3: Zjistit, jak probíhá péče o dolní končetiny z pohledu podiatrické sestry.

2.2 Výzkumné otázky

V souvislosti se stanovenými cíli naší diplomové práce jsme zvolili tyto následující výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1: Jaké znalosti mají dospělí v péči o dolní končetiny?

Výzkumná otázka 2: Jaké znalosti mají lidé v seniorském věku v péči o dolní končetiny?

Výzkumná otázka 3: Jak realizují péči o dolní končetiny dospělí?

Výzkumná otázka 4: Jak realizují péči o dolní končetiny lidé v seniorském věku?

Výzkumná otázka 5: Jak probíhá péče o dolní končetiny v dospělosti a ve stáří z pohledu podiatrické sestry?

3 OPERACIONALIZACE POJMŮ

Seniorský věk dle zákona o podpoře záležitostí starší generace (2015) je charakterizován dovršením 60 let u žen a dovršením 63 let v případě mužů. V souladu s tímto zdrojem jsme v naší práci za seniorskou populaci považovali osoby ve věku od 61 let.

Na základě studia odborné literatury popisujeme v naší práci **péči o dolní končetiny** jako péči, která v sobě zahrnuje následující oblasti. Jedná se o oblast správné hygienické péče o dolní končetiny, oblast chůze a s ní i správně zvolené prádlo a obuv, oblast gymnastiky nohou a v neposlední řadě i zvýšenou polohu dolních končetin. Podle Dürichové (2014) mezi hygienu nohou zahrnujeme denní koupel nebo omývání nohou, důkladné usušení pokožky po koupeli, používání mastí a zásypů na nohy, nošení bavlněných ponožek a kvalitní prodyšné obuvi. National Health Service Scotland (2013) ve svém dokumentu ještě za součást hygieny nohou považuje i péči o nehty.

Pravidelnou a důkladnou péčí o dolní končetiny předcházíme vzniku onemocnění a defektů dolních končetin. Na základě studia odborné literatury v naší práci jako **onemocnění dolních končetin** popisujeme bércové vředy, žilní varixy, ischemickou chorobu dolních končetin, dnu a lymfedém. Mezi **defekty dolních končetin** pak řadíme plochou nohu, dermatofytózy jako je tinea pedis a tinea unguinum, hyperkeratózy, kuří oko, mozol, kladívkovité a dráповité prsty, kostěné výrůstky, vbočený palec a zarostlý nehet.

4 METODIKA

4.1 Použité metody

Pro naši diplomovou práci bylo použito kvalitativní výzkumné šetření pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Všichni účastníci rozhovorů byli seznámeni s tématem této diplomové práce a jejími cíli. Každý informant tohoto výzkumu podepsal informovaný souhlas (viz Příloha 2) ještě před zahájením rozhovoru.

Na základě studia odborné literatury byly sestaveny otázky k rozhovoru s podiatrickou sestrou. Rozhovor obsahoval 13 otevřených otázek, které byly zaměřeny na její vzdělání, praxi, zkušenosti s pacienty v její ambulanci a názor na zaměření prevence v oblasti péče o dolní končetiny. Rozhovor byl nahráván a následně doslovně přepsán. Na základě zjištěných informací od podiatrické sestry byly sestaveny otázky k polostrukturovanému rozhovoru pro dospělou a seniorskou populaci. Tento rozhovor původně obsahoval 24 otázek rozdělených do několika okruhů (osobní údaje, dolní končetiny, posouzení nohou výzkumníkem a hygienu dolních končetin - viz Příloha 3). Po provedení 5 rozhovorů došlo k úpravě některých otázek z důvodu jejich nesrozumitelnosti. Polostrukturovaný rozhovor nakonec obsahoval 26 otázek rozdělených do 4 okruhů popsanych výše (viz Příloha 4). Sběr dat probíhal od září 2018 a ukončen byl v průběhu března 2019. Na základě předlohy otázek k rozhovoru byly odpovědi zaznamenány do záznamového archu a následně doslovně přepsány. Naším informantům byly přiřazeny fiktivní jména, aby byl text srozumitelnější a čitelnější. Tato jména nejsou jejich vlastní. Klíč ke jménům je uložen v mých rukou, a to bez možnosti přístupu další osoby.

Data byla zpracována technikou otevřeného kódování pomocí metody „tužka a papír“. Jak popisuje Švaříček a Šed'ová (2007), tak text (přepsaný rozhovor) je při otevřeném kódování rozbit na jednotky. Tato jednotka je slovo, věta nebo sekvence slov, kterým přidělíme kód nebo spíše jméno, se kterým dále pracujeme. Otevřené kódování realizujeme metodou „tužka a papír“, tak, že pro ohraničení jednotek píšeme do záznamů značky a názvy kódů nebo odborné termíny. Ukázku našeho kódování můžeme vidět v příloze 6.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořila populace v dospělém a seniorském věku z Českých Budějovic. Lidé byli voleni metodou sněhové koule. Výběrovým kritériem byl jejich věk a bydliště v Českých Budějovicích. Za účelem popsání průběhu péče o dolní končetiny v dospělosti a ve stáří byl také realizován rozhovor se sestrou pracující v podiatrické poradně. Výběr zde byl záměrný. Výběrovým kritériem byla práce v podiatrické poradně.

Celkový počet oslovených informantů činil jednadvacet lidí v dospělém a seniorském věku a jednu podiatrickou sestru. Jeden informant rozhovor odmítl, protože se na něj necítil, takže s účastí na výzkumu nakonec souhlasilo dvacet informantů. Nejmladšímu zúčastněnému z dané populace bylo 24 let a nejstaršímu bylo 86 let.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Osobní údaje

Výzkumu se dohromady zúčastnilo deset informantek ženského pohlaví (viz Tabulka 1), z toho pět z dospělé a pět ze seniorské populace. Pouze jedna informantka v dospělém věku trpěla chronickým onemocněním, oproti tomu ženy v seniorském věku trpěly všechny nějakým chronickým onemocněním. Všechny ženy, jak z dospělé, tak ze seniorské populace byly nekuřačky. Čtyři informantky v dospělém věku byly pracující, jedna je na mateřské dovolené. Z pěti informantek v seniorském věku byly čtyři již v důchodu a jedna je stále pracující. Informantů mužského pohlaví bylo také deset, z toho pět z dospělé a pět ze seniorské populace (viz Tabulka 2). Žádný muž z dospělé populace netrpěl chronickým onemocněním. Mezi informanty v seniorském věku byli čtyři muži s chronickým onemocněním a jeden muž bez chronického onemocnění. Muži z dospělé populace byli tři nekuřáci a dva kuřáci. V seniorské populaci to bylo stejné. Všichni muži z dospělé populace byli pracující a všichni muži v seniorském věku byli v důchodu.

Tabulka 1 Charakteristika výzkumného souboru - ženy

Dospělá populace				Seniorská populace			
Ženy	Věk	Chronické onemocnění	Kouření	Ženy	Věk	Chronické onemocnění	Kouření
Radka	27 let	Ne	Ne	Olina	61 let	Ano	Ne
Bára	30 let	Ne	Ne	Linda	65 let	Ano	Ne
Iveta	40 let	Ne	Ne	Petra	74 let	Ano	Ne
Eva	44 let	Ano	Ne	Katka	75 let	Ano	Ne
Simona	50 let	Ne	Ne	Nina	79 let	Ano	Ne

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Tabulka 2 Charakteristika výzkumného souboru – muži

Dospělá populace				Seniorská populace			
Muži	Věk	Chronické onemocnění	Kouření	Muži	Věk	Chronické onemocnění	Kouření
Pavel	24 let	Ne	Ne	Aleš	65 let	Ano	Ano
Standa	31 let	Ne	Ano	Jarda	66 let	Ne	Ne
David	38 let	Ne	Ano	Marek	70 let	Ano	Ano
Adam	45 let	Ne	Ne	Zdeněk	80 let	Ano	Ne
Franta	46 let	Ne	Ne	Honza	86 let	Ano	Ne

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Výsledky z jednotlivých rozhovorů byly pomocí otevřeného kódování rozděleny do pracovních kategorií a subkategorií (viz Tabulka 3), které byly následně popsány a shrnuty do schémat. Polostrukturovaný rozhovor obsahoval původně 24 otázek a následně rozšířen na 26 otázek, viz metodika (str. 37). V průběhu zpracování výsledků došlo ke změně některých názvů kategorií a subkategorií. Dále došlo k rozšíření kategorie Hygiena dolních končetin o další subkategorii. V následující tabulce je vidět rozdělení jednotlivých kategorií a subkategorií.

Tabulka 3 Přehled pracovních kategorií a subkategorií

KATEGORIE	SUBKATEGORIE
Lékař	Návštěva lékaře Kontrola nohou lékařem
Dolní končetiny	Pocit těžkých nohou Bolesti nohou Onemocnění Deformity
Hygiena dolních končetin	Mytí nohou
	Sušení nohou
	Péče o pokožku nohou
	Kontrola nohou samotným informantem
	Péče o nehty na nohou
	Odborná pedikúra
Volba obuvi a ponožek	Pracovní obuv Obuv na běžné nošení Péče o boty Ponožky Kompenzační pomůcky

Zdroj: Vlastní 2019.

Kategorie Lékař

Tato kategorie zahrnuje následující dvě subkategorie. Jedná se o subkategorii návštěva lékaře a kontrola nohou lékařem.

Subkategorie Lékař

Tato subkategorie vyjadřuje, zda a za jakých podmínek populace navštěvuje svého obvodního lékaře a závodního lékaře. V případě obvodního lékaře uvedlo jedenáct z nich, sedm z dospělé a čtyři ze seniorské populace, že svého obvodního lékaře nenavštěvují: „*Nechodím. Lékaře navštěvuji až tehdy, pokud mám nějaký problém,*

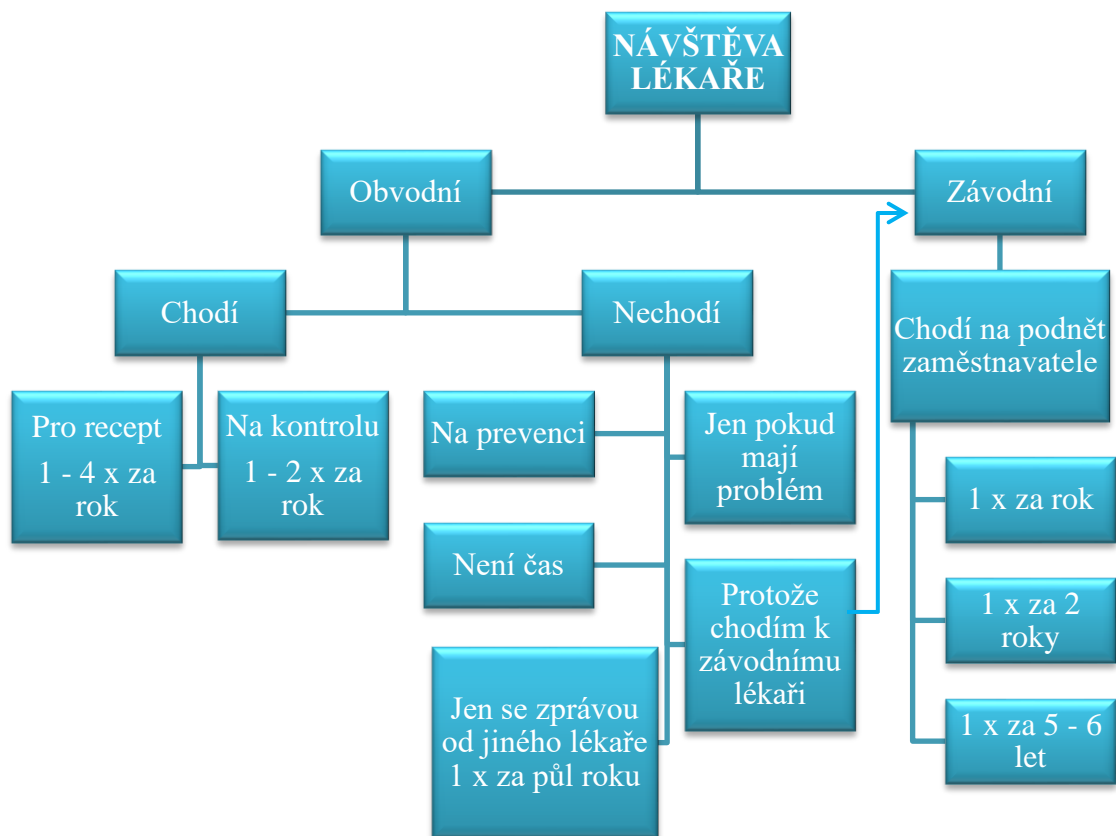
ale ne jen obyčejnou rýmu nebo angínu.“ (Nina), „To nechodím. Chodím až, když se mi něco stane a potřebuju ho.“ (Standa), „Chodím si tam pro předpis na léky a se zprávou od srdcaře, kam chodím 1 x za půl roku. Jinak na preventivní prohlídky nechodím.“ (Honza), „Nechodím. Nemám na to čas a není ani potřeba, jsem mladá a zdravá.“ (Radka). Zbylých devět informantů, šest ze seniorské a tři z dospělé populace, svého obvodního lékaře navštěvuje, a to nejčastěji ve frekvenci 1 nebo 2 x za rok: „Ano, chodím. Chodím tam tak 4 x za rok pro recept a 1 x ta rok na tu pravidelnou kontrolu.“ (Jarda), „Ano, chodím pravidelně. Chodím 2 x za rok, 1 x mi napíše jen léky a podruhé mě chce vidět, paní doktorka je velmi důkladná.“ (Katka), „Ano, chodím. Pravidelně 2 x za rok chodím k obvodnímu a 1 x za rok chodím na tu onkologii.“ (David).

Z výzkumu ale vyplývá, že šest informantů z dospělé populace, kteří nenavštěvují svého obvodního lékaře, navštěvují alespoň svého závodního lékaře: „Nechodím. Ale každý rok musím na pravidelnou kontrolu k závodnímu lékaři, takže vlastně každý rok na preventivku musím.“ (Eva), „Chodíme 1 x za 2 roky, máme to od zaměstnavatele povinně.“ (Pavel), „Chodíme, 1 x za 2 roky.“ (Olina), „Nechodím, není to potřeba. Ono stačí, že 1 x za rok mě ženou k obvodnímu lékaři v práci, ale ten naštěstí nic neřeší a na nic moc se neptá.“ (Franta). Nejčastější odpověď na frekvenci návštěv závodního lékaře byla 1 x za rok. Pouze jedna informantka z dospělé populace a jedna seniorka navštěvuje jak obvodního, tak závodního lékaře. Jeden uvádí, že 1 x za rok oba dva lékaře a druhá uvádí, že 2 x za rok. Seniorská populace se o svém závodním lékaři nezmiňovala a my jsme se nedoptávali, protože pro tento výzkum není tato otázka stěžejní.

V rámci návštěvy obvodního lékaře by měla být lidem poskytnuta dostatečná edukace v oblasti péče o dolní končetiny. Na to právě upozorňuje i podiatrická sestra, které se během rozhovoru zmiňovala o důležitosti návštěvy lékaře. Největší přínos v nápravě v péči o dolní končetiny by viděla v opakované edukaci veřejnosti, uvádí: „Nechodí k doktorovi, a když přijdou, tak už je pozdě. Není čas ukazovat nohy, těch lidí je hodně, v čekárně je hodně lidí, lékaři mají hodně práce, pokaždé se na ty nohy asi nekouká. Jsou to lidé z vesnice, kteří nemají o to zájem. Opakovaná edukace by asi pomohla.“ Sestra si myslí, že je to hlavně o samotném člověku: „Je to v lidech. Někteří, jak jsou z těch vesniček, tak nemají odvoz, tak to nechají plavat, než se něco

stane.“ Uvádí, že největší vliv na pacienta má především jiný pacient, kterého vidí například s amputovanou nohou, to se pak většinou zaleknou. Sestra v jejich podiatrické ambulanci používá k edukaci různé edukační materiály. Ještě předtím než pacientům materiály dává, tak s nimi provádí anamnézu, kdy se ptá, jak pečují o svoje nohy, zda si je něčím mažou, jestli někam chodí jako na odbornou pedikúru a jaké nosí boty. Říká, že v případě edukace je potřeba podávat informace v menších dávkách, protože když pacienta zavalíme příliš velkým množstvím informací, tak si to pacient stejně nepamatuje. Podiatrická sestra ještě uvádí, že v jejich ambulanci je 100 % převaha mužů, myslí si, že muži jsou větší „lajdáci“. Ženy jsou podle ní, více opatrnější.

Schéma 1 Návštěva lékaře



Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Subkategorie Kontrola nohou lékařem

Tuto subkategorii lze považovat za důležitou pro náš výzkum. Deset informantů, šest z dospělé a čtyři ze seniorské populace uvedlo, že jim dolní končetiny lékař kontroluje, ať už se jednalo o obvodního nebo závodního lékaře. Informanti nejčastěji uváděli, že jim lékař kontroluje oblast lýtek, kdy kouká na křečové žíly nebo zda nejsou nohy oteklé: „*Já myslím, že se mi na nohy snad pokaždé podívá, ale nikdy na nich nic nenašel. Kouká se hlavně na lýtka.*“ (Adam), „*Ano, kouká mi na ty křečáky a ptá se, jestli nemám nohy oteklé.*“ (Petra), „*On byl pan doktor takový zvláštní, ale myslím, že mi vždy sáhl na kotník a ptal se, jestli nemám oteklý nohy nebo jestli nemám křečáky.*“ (Bára). Dalších sedm informantů, čtyři z dospělé a tři ze seniorské populace, odpovědělo, že jim nohy lékař nekontroluje: „*Nohy? Ty mi nekontroluje.*“ (Franta), „*Nekontroluje.*“ (Pavel), „*Ne, dělá mi jen základní náběry a zeptá se, jestli mám nějaké potíže.*“ (Olina), „*Ten závodní lékař mi asi nikdy nohy neprohlížel, nebo si na to teda nepamatuju.*“ (Marek). Poslední tři senioři uvedli, že jim obvodní lékař nohy nekontroluje, ale že jim nohy kontroluje jejich lékař specialista: „*Jojo, pan diabetolog se mi na nohy kouká vždycky. A na kardiologii se ptají, jestli mi nohy neotýkají.*“ (Zdeněk), „*Obvodní lékař mi nohy nekontroluje, kontroluje mi je ale revmatolog.*“ (Linda), „*Jelikož k němu nechodím, tak ne, ale ten srdcař se mě vždycky ptá, jestli nemám otoky na nohách.*“ (Honza).

Schéma 2 Kontrola nohou lékařem



Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Kategorie Dolní končetiny

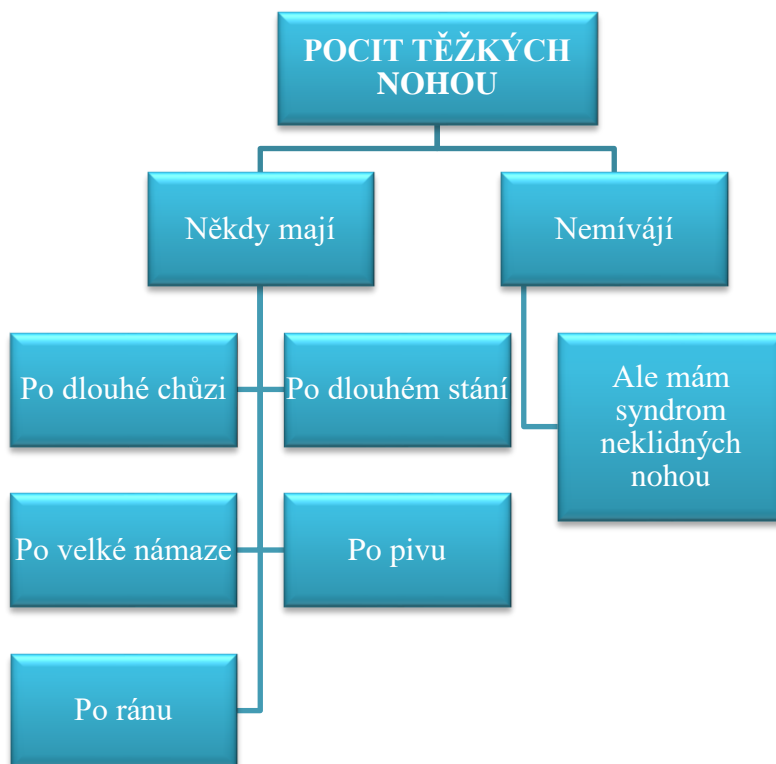
Tato kategorie se zaměřuje na to, zda zkoumaná populace trpí pocity těžkých nohou, bolestmi nohou, zda mají onemocnění dolních končetin a defekty na dolních končetinách, což jsou názvy pro naše subkategorie.

Subkategorie Pocit těžkých nohou

Čtrnáct informantů, z toho devět z dospělé populace a pět ze seniorské populace uvedlo, že pocit těžkých nohou nikdy neměli nebo nemívají, což bylo nejčastější odpovědí: „*To jsem nikdy neměl.*“ (Marek), „*To nemám, ale mám syndrom neklidných nohou. Noha se mi vždycky napne a pak povolí, mám to pouze v noci a léčil jsem to nejdřív tak, že jsem si rozdělal hlínu a mazal jsem si to tím.*“ (Honza), „*To ani nemívám.*“ (Pavel), „*To jsem měla dříve, když jsem ještě chodila do práce a měla jsem více pohybu, teď už to nemívám.*“ (Nina). Zbýlých šest informantů, pět ze seniorské a jeden z dospělé populace, uvedli, že občas mají pocit těžkých nohou. Nejčastější příčinou byla velká námaha: „*Ano, když dlouho chodím, tak ho někdy mám.*“ (Jarda), „*Někdy jo, většinou*

když na nich dlouho stojím nebo dlouho chodím.“ (Katka), *„Při nějaké velké námaze, když chodíme několik dní po sobě na túře, tak i možná ano, když se nad tím zamyslím, ale při běžných činnostech asi ne.*“ (Adam), *„Občas, většinou po pivu.*“ (Aleš).

Schéma 3 Pocit těžkých nohou



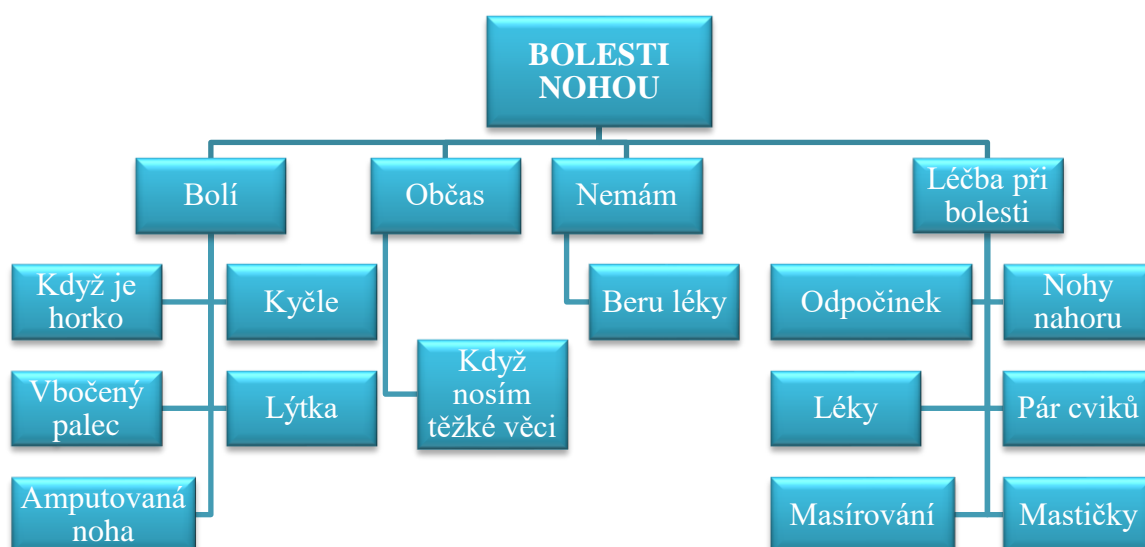
Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Subkategorie Bolest nohou

Deset informantů ze zkoumané populace odpovědělo na otázku bolesti nohou kladně. Bylo to šest seniorů a čtyři informanti z dospělé populace. Příčinou bolesti u většiny z nich byl jejich základní problém, buď onemocnění, nebo deformita nohou. Informanti konkrétně uváděli, která část dolní končetiny je bolí: *„Bolí mě, hlavně když je třeba horko.*“ (Katka), *„Od mládí mě pobolívají paty, měla bych nosit ortopedické vložky do boty, ale nenosím.*“ (Radka), *„Když mi nateče ten můj vbočený palec, tak mě to pak hodně bolí. Nohy jako takové mě ale nebolí.*“ (Bára), *„Tak 2 x do roka, když vyrazíme na delší výlet, tak mě bolí lýtka.*“ (Iveta), *„Mám bolest té amputované nohy, takové ty fantomovy bolesti.*“ (David). Nejčastější odpovědi na to, co v případě bolesti dělají, byl odpočinek, nohy nahoru, léky či mastičky: *„Vezmu si léky a dávám si pozor na to co*

jím.“ (Marek), „Dám si nohy nahoru a jdu si odpočinout.“ (Katka), „Namažu si to večer před spaním lesanou ty kolena a kyčle, když mě to bolí.“ (Olina), „Donutí mě to udělat pár cviků, ale to mi vydrží, jen dokud mě to bolí, tak týden a pak na to zase prdím.“ (Bára). Dva informanti ze seniorské populace uvedli, že je nohy bolí občas: „Občas, když nosím těžké věci.“ (Aleš), „Někdy mě možná pobolívají, ale není to nic, nad čím bych se pozastavil.“ (Zdeněk). Zbýlých osm informantů, pět z dospělé a tři ze seniorské populace uvedlo, že nemají bolesti nohou: „To nemám, jen ten pocit těžkých nohou.“ (Jarda), „Jak jsem říkal předtím, tak při velké námaze, nejen ty těžké nohy, ale i bolest nohou.“ (Adam), „To taky nemám.“ (Franta). Z toho jedna informantka nemá bolesti, protože bere léky: „Nemám, od té doby, co beru léky na osteoporózu, tak mě koleno, prsty ani zápěstí nebolí.“ (Linda).

Schéma 4 Bolesti nohou



Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Subkategorie Onemocnění dolních končetin

V této subkategorii jsme zjišťovali, jestli cílová skupina trpěla nějakým onemocněním dolních končetin a zda jim to onemocnění přináší nějaké omezení či problémy v běžném životě. Pět informantů ze seniorské populace, odpovědělo na tuto otázku ano: „*No mám tu osteoporózu kolene, zápěstí i prstů.*“ (Linda), „*Měl jsem jen běžné úrazy jako přetrženou Achillovu šlachu nebo taky jednou zlomenej bérce. Také mám odoperované koleno a mám dnu.*“ (Marek), „*Akorát ty špatné kyčle.*“ (Nina), „*Jen ty křečové žíly špatný.*“ (Petra). Čtyři informanti uvedli, že jim onemocnění přináší omezení: „*Možná jen, že ty kyčle bolí a nemůžu dělat všechno, tak jak dříve.*“ (Nina), „*Ta dna mě obtěžuje jen, když je v akutní fázi, to se pár dní pak musím omezit v běžné činnosti.*“ (Marek), „*Jsem hodně omezen tím pahýlem ve smyslu toho, že se mi tam vyskytují otlaky, defekty.*“ (David). Pouze jednu informantku onemocnění neomezuje: „*Ale jinak, co se týče té osteoporózy, tak od té doby, co se léčím, tak mě to nijak neomezuje.*“ (Linda). Další tři informanti uvedli, že onemocnění měli, ale jsou po operaci, takže nyní žádné nemají: „*Ano, křečové žíly, ale po operaci už je vlastně nemám.*“ (Jarda), „*Měl jsem ten osteosarkom.*“ (David). Posledních dvanáct informantů, osm z dospělé a čtyři ze seniorské populace, uvedlo, že žádné onemocnění dolních končetin nemají: „*Nemám žádné onemocnění nohou.*“ (Franta), „*Netrpím žádným onemocněním dolních končetin.*“ (Eva), „*Nikdy mi doktor nic neříkal, že bych měla nějaké onemocnění, ani žádné potíže nemám.*“ (Iveta).

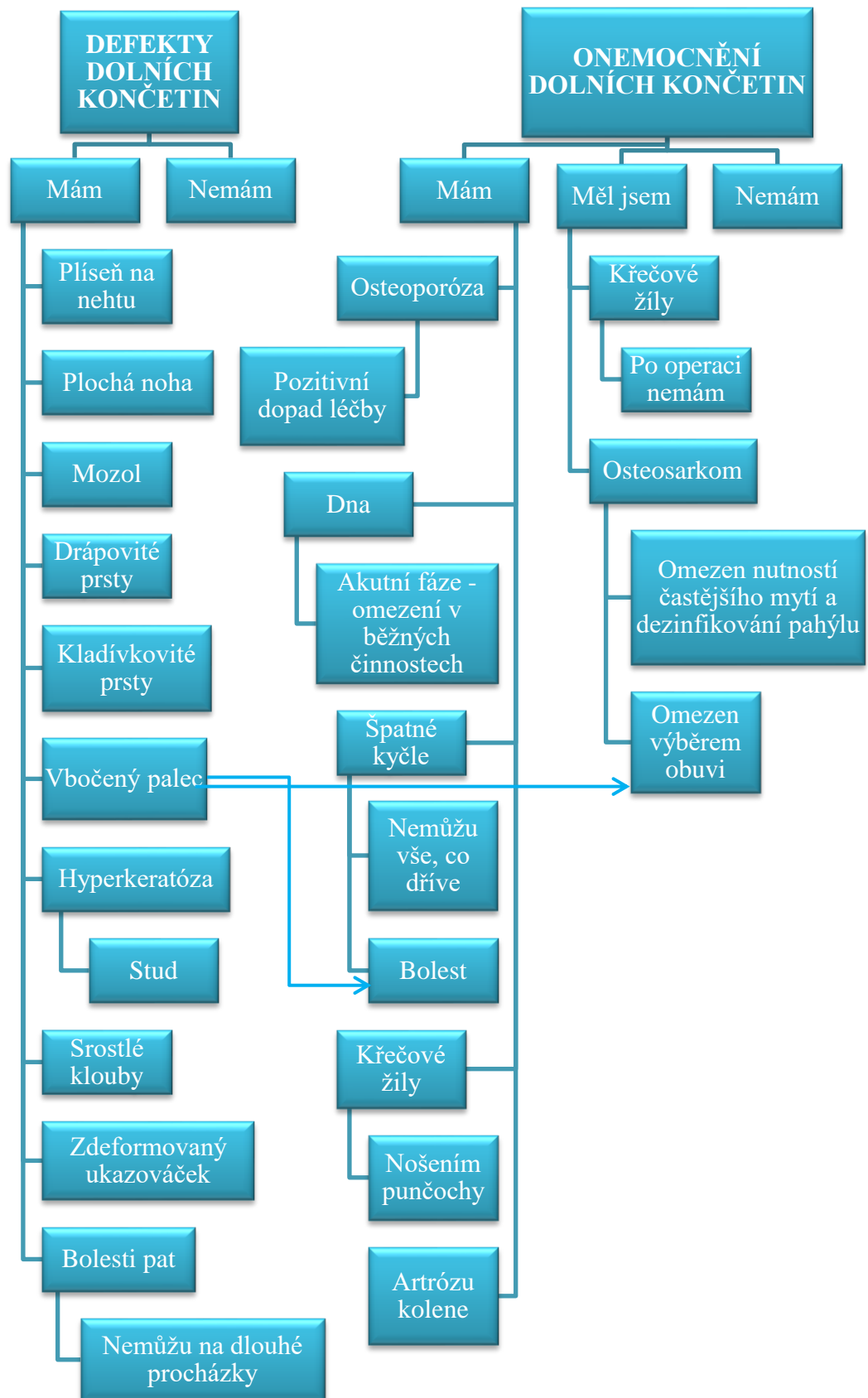
Subkategorie Defekty dolních končetin

V této subkategorii jsme zjišťovali, zda má cílová skupina nějaké defekty nebo deformity na dolních končetinách. Z výzkumu vyplývá, že sedm z nich, čtyři z dospělé a tři ze seniorské populace, nemají žádné defekty na dolních končetinách: „*Nikdy jsem se s ničím neléčila a nikdy mi nepřišlo, že bych na nohách něco měla.*“ (Nina), „*Nyní žádné defekty nemám. Ale asi před 5 lety jsem měl na prstech pravé dolní končetiny flegmónu.*“ (Franta), „*Nevím o tom. Mám jen suché paty, hlavně teda přes léto.*“ (Simona), „*Nene, nikdy jsem nic neměl.*“ (Aleš). Zbýlých třináct informantů, šest z dospělé a čtyři ze seniorské populace uvedlo, že mají defekt nebo deformitu na dolních končetinách: „*Mám plochou nohu a sem tam nějaký mozol.*“ (Jarda), „*Mám tvrdou kůži na patách a řekla bych, že dost často.*“ (Eva), „*Mám na nohách*

hyperkeratózu a mám vbočené palce a ty prsty mám taky takové ohnuté.“ (Linda), „*No mám zkrivené prsty na nohou. Ale stalo se mi to až v průběhu života, asi tím, že jsem nosila menší a špičaté boty, to víte, dřív to byla prostě móda.*“ (Katka), „*Od dětství mám ploché nohy, které mi maminka, která prodávala boty, od dětství léčila vložkami do bot. Ty vložky mi ale nikdy nepomohly, takže mám nohu stále plochou. V létě ještě mívám tvrdé paty.*“ (Marek), „*Mám často zarostlé nehty a plíseň na nehtech.*“ (Standa), „*Mám srostlé klouby na obou palcích na noze. Pak mám ten vystouplý kloub na tom ukazováčku a zdeformovaný ukazováček na druhé noze, ale ten jsem měla kdysi zlomený.*“ (Olina). Z těchto informantů je pět, kteří jsou svým defektem omezeni: „*Je to často po těch procházkách, takže jsem možná omezená v tom, že nemůžu chodit na delší procházky, ale já většinou jdu a bolest nějak vydržím.*“ (Petra), „*Tak třeba jen to, že když si mám vzít nějaké hezčí špičaté boty, třeba na podpatku, tak už dopředu vím, že mi to přinese potom bolesti. Tím jsem vlastně omezená ve výběru obuvi.*“ (Bára). Zbýlých osm informantů uvedlo, že je defekt žádným způsobem neomezuje: „*Myslím si, že nepřináší.*“ (Iveta), „*Nepřináší mi to žádné obtíže.*“ (Katka), „*Nemám pocit, že by mi to přinášelo nějaké omezení.*“ (Standa), „*Omezení ani ne, spíše stud si někde v zimě sundat ponožky.*“ (Eva).

Na základě zjištěných informací v subkategorii onemocnění a defekty dolních končetin bylo vzhledem ke stejným dopadům na běžný život informantů vypracováno jedno shrnující schéma. Jedná se o následující schéma.

Schéma 5 Defekty a onemocnění dolních končetin



Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Kategorie Hygiena dolních končetin

Do této největší kategorie patří následující subkategorie. Jedná se o mytí nohou, sušení nohou, péče o pokožku nohou, kontrola nohou informantem, péče o nehty na nohou a odborná pedikúra.

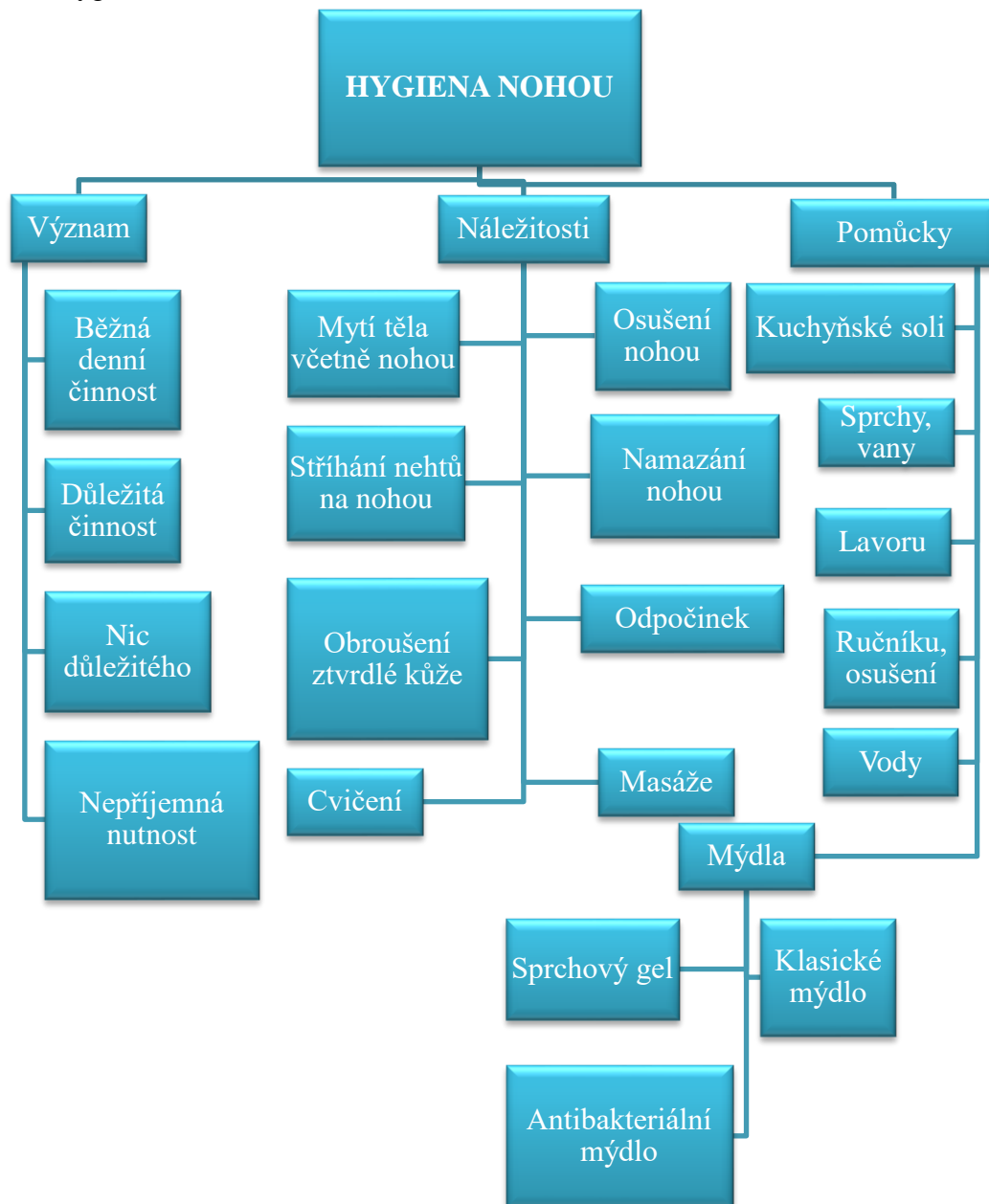
Subkategorie Mytí nohou

Na začátku této oblasti jsme zjišťovali, co si vůbec cílová skupina představí pod pojmem hygiena dolních končetin a jaký pro ně má hygiena význam. Informanti si pod pojmem hygiena dolních končetin nejčastěji představí mytí nohou, mytí celého těla včetně nohou za pomoci mýdla a vody, což byla jejich nejčastější odpověď. Dále uváděli kombinaci odpovědí mytí, osušení, stříhání nehtů a namazání: „*Myslím si, že je to každodenní mytí celého těla včetně těch dolních končetin.*“ (Adam), „*No znamená to, že si osprchuji nohy, použiji mýdlo, nohy si vysuším a použiji krém.*“ (Eva), „*Pečlivé mytí nohou, pedikúru a manikúru.*“ (David), „*Jedná se podle mě o mytí nohou, osušení nohou, včetně meziprstí a také tam patří stříhání nehtů.*“ (Franta), „*Mytí v rámci večerní hygieny, namydlení, omytí a usušení, pak také stříhání nehtů.*“ (Bára), „*Důkladné umytí nohou za pomoci vody a mýdla.*“ (Zdeněk). Jedna informantka uvedla, že k hygieně patří i odpočinek a masáže nohou a také cvičení. Pro osm informantů, pět z dospělé a tři ze seniorské populace, je hygiena dolních končetin běžnou denní činností: „*Hygiena pro mě znamená asi to, že je to běžná součást každodenní hygieny.*“ (Franta), „*Hygienu dolních končetin nepovažuji za moc důležitou, беру to prostě jako součást denního mytí.*“ (Eva), „*Beru to jako běžnou denní činnost.*“ (Bára), „*Je to taková běžná denní činnost, taková denní nutnost.*“ (Linda). Jako důležitou činnost považuje hygienu osm informantů, pět ze seniorské a tři z dospělé populace: „*Je to důležitá činnost. Neumím si představit, že bych si šla lehnout, aniž bych si neumyla nohy.*“ (Katka), „*Je pro mě něčím důležitým, jak už jsem říkala předtím. Nohy mě nosí celý život, patří k mému tělu.*“ (Nina), „*Hygiena jako taková mi přijde důležitá, v souvislosti s čistotou těla. Když jsem třeba unavená a umyji si nohy, tak se hned cítím lépe.*“ (Olina). Zajímavé je, že se jednalo převážně o informantky ženského pohlaví, pouze dva muži uvedli, že je hygiena důležitou činností: „*Hygiena především nohou je prvořadá, protože všechny problémy začínají od nohou.*“ (Honza), „*Myslím si, že je to důležitá činnost, kterou musí člověk dodržovat. Je přeci blbě, když Vám pak smrdí třeba*

nohy.“ (Zdeněk). Našli se ale i informanti, kteří odpověděli, že hygiena pro ně není nic důležitého nebo že jí považují za nepříjemnou nutnost: „*Neznamená pro mě nic, je to nepříjemná nutnost, protože se musím shýbat.*“ (Jarda), „*Vcelku nic, jak jsem říkal předtím.*“ (Standa). Podiatrická sestra vnímá jako problematickou právě tuto oblast a má takoveto zkušenosti: „*Hygiena je také samozřejmě špatně. Co je dobře, no to je pacient od pacienta.*“

Další oblast v této subkategorii popisuje, jak konkrétně každý informant provádí hygienu nohou. Odpovědi byly vcelku podobné, pouze každý informant to trochu jinak formuloval: „*Vezmu si škopíček, napustím si tam teplou vodu, nasypu si tam normální sůl, nohy odmočím, opláchnu a oťru ručníkem.*“ (Linda), „*Hygienu dělám úplně jednoduše. Nohy si prostě namydlím takovým tím normálním mejdlem, osprchuji a osuším.*“ (Marek), „*Umyji si nohy ve sprše, namydlím sprchovým gelem, zase opláchnu sprchou a pak osuším.*“ (Bára), „*Ve sprše pomocí mýdla a vody. Vezmu žínku a umyju si nárt, chodidlo, lýtko, stehno a podkolení. Meziprstí jen proliju vodou. V létě kvůli prachu a větší potivosti používám antibakteriální mýdlo.*“ (David), „*Ve sprše, ve vaně. Nohy si normálně namydlím sprchovým gelem a pak to spláchnu vodou.*“ (Simona), „*Namočím se vodou, namydlím se obyčejným mýdlem, pak se umyji i mezi prsty a opláchnu se zase vodou.*“ (Aleš). Hygienu dolních končetin většina informantů provádí 1 x za den a zpravidla uváděli, že večer: „*Myji se 1 x denně, vždycky večer.*“ (Katka), „*Myju si nohy 1 x denně ve sprše.*“ (Iveta), „*Každý večer s lavorem a jednou za pár dní se sprchuji ve vaně.*“ (Nina), „*Jak už jsem říkala, večer, 1 x denně.*“ (Petra). Pouze jeden informant uvedl, že si nohy myje 2 x za den: „*Každé ráno se myji čistou vodou a kartáčkem. A večer se umyji mýdlem ve sprše. Používám obyčejné klasické mýdlo.*“ (Honza). Našel se ale i jeden informant, který řekl: „*Přes zimu si nohy myju, tak 2 – 3 x za týden. Pokud je léto a chodím v sandálech a nohy jsou špinavé, tak mě to donutí a nohy si umyji každý den.*“ (Marek). Z výzkumu vyplývá, že cílová skupina k mytí nejčastěji používá sprchový gel. Uvedlo to jedenáct z nich, devět z dospělé a dva ze seniorské populace. Klasické mýdlo používá sedm informantů ze seniorské populace. Antibakteriální mýdlo uvedl jeden informant z dospělé populace a sůl uvedla jedna seniorka.

Schéma 6 Hygiena nohou

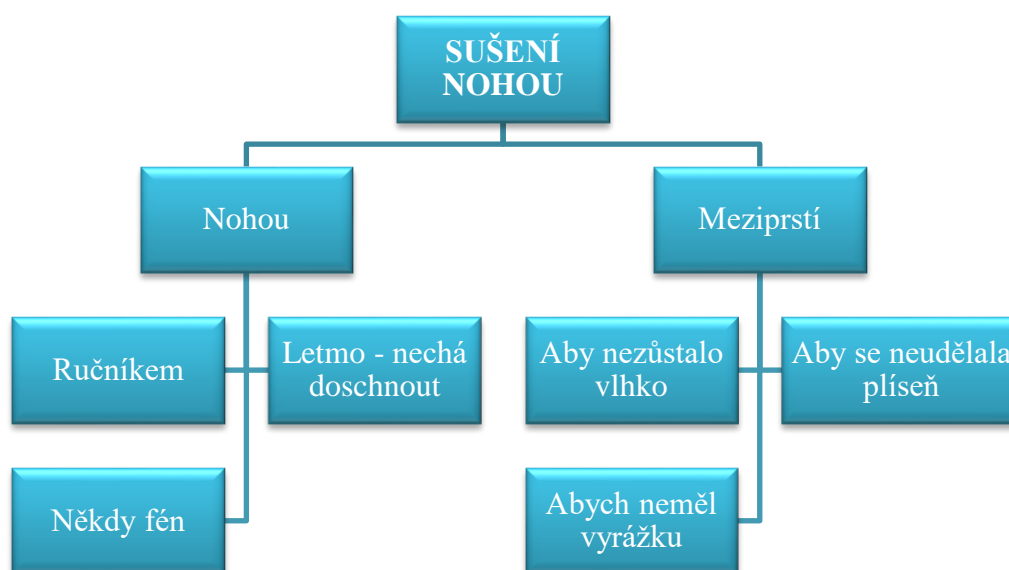


Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Subkategorie Sušení nohou

V této subkategorii jsme zjišťovali, jak si cílová skupina suší svoje nohy, respektive, co k tomu používají. Skoro všichni vyjma jedné ženy, které vyhovuje nechat nohy jen tak oschnout, uvedli, že používají ručník: „*Nohy si usuším ručníkem.*“ (Bára), „*Pomocí ručníku a někdy použiju i fén.*“ (David), „*Vezmu si ručník a důkladně si nohy osuším i v mezíprstí.*“ (Nina), „*Vezmu ručník a nohy si prostě utřu.*“ (Adam), „*Vydrhnu si je tím kartáčkem a ručníkem si to vysuším mezi prsty.*“ (Honza), „*Na sušení jsem docela pečlivý, vysušuji si totiž každý prst zvlášť pomocí ručníku.*“ (Franta), „*Vezmu ručník a nohy si vydrhnu tím ručníkem.*“ (Standa). Důležitou otázkou v této subkategorii bylo, zda si informanti suší i mezíprstí. Nejčastější odpovědí bylo, že si mezíprstí osuší, což uvedlo čtrnáct z nich, devět ze seniorské a pět z dospělé populace: „*Ano, jak jsem říkala předtím. Pořádně mezi prsty, aby tam nezůstalo vlhko a aby se mi tam neudělala plíseň.*“ (Katka), „*Ano, nohy utírám ručně i mezi prsty. Když to totiž neudělám, tak za čas dostávám vyrážku. Svědí to, pálí a je to nepříjemné.*“ (David), „*Ano, protože jinak by se tam objevila určitě plíseň.*“ (Olina). Zbýlých šest informantů, pět z dospělé a jeden ze seniorské populace, uvedlo, že si mezíprstí spíše neosuší nebo neosuší vůbec: „*Ne spíše asi ne, jen tak přeždu ručníkem a je to suché.*“ (Bára), „*Spíše ne, jak jsem řekl předtím, jenom si je přeždu.*“ (Pavel), „*Spíše ne. Vezmu tím ručníkem celé nohy.*“ (Petra), „*Ne, to nesuším, to je zbytečné.*“ (Radka).

Schéma 7 Sušení nohou



Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

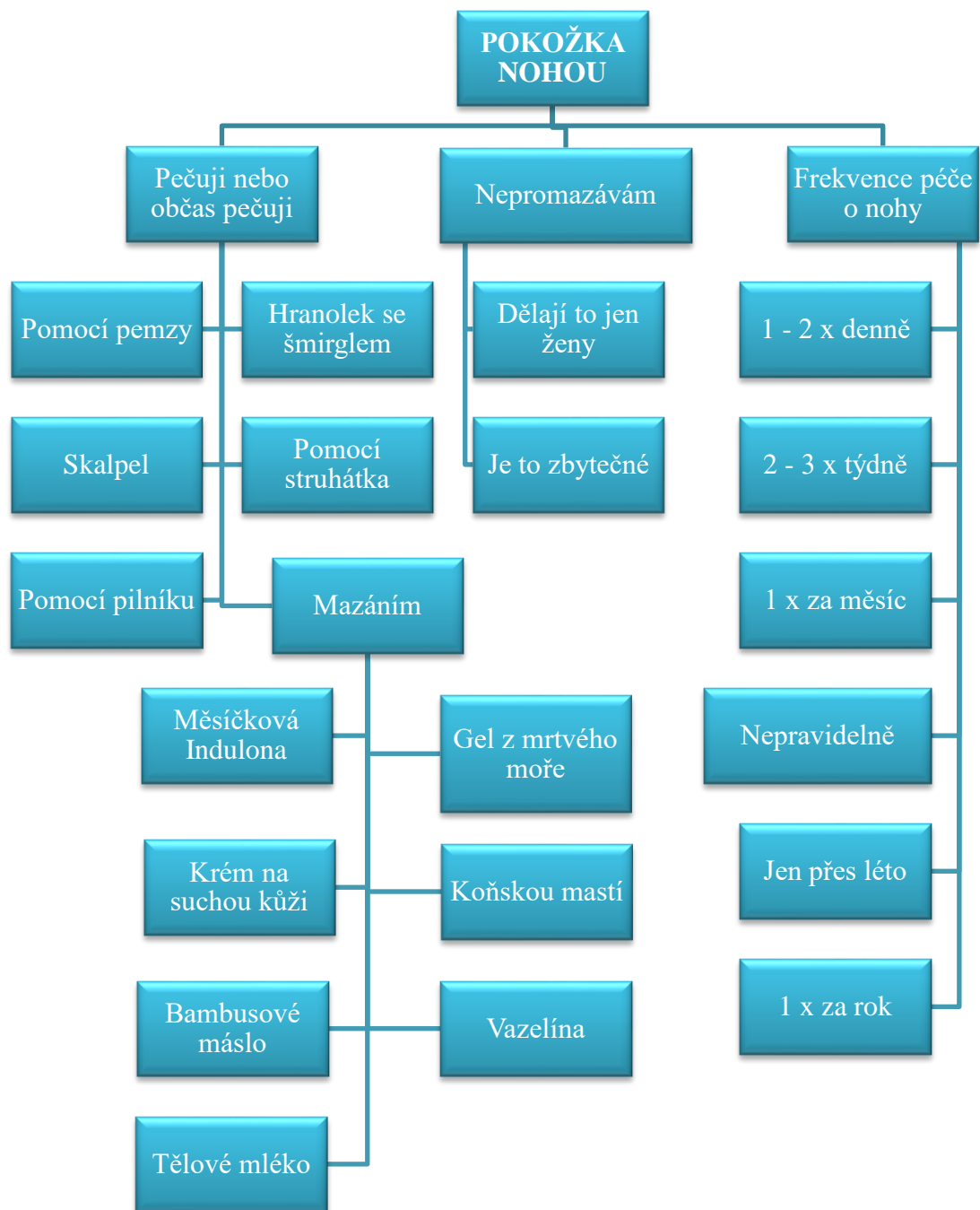
Subkategorie Péče o pokožku nohou

V této subkategorii jsme se zaměřili na to, zda cílová skupina pečuje o svoje dolní končetiny a co k tomu používají. Osm z nich, šest ze seniorské a dva z dospělé populace, uvedlo, že o své nohy pečují: „*Nohy si 1 – 2 x za týden namořím do lavírku s horkou vodou, aby se napařily, a pak si je obrousím pomocí pemzy.*“ (Jarda), „*Pečuju o ní takovým struhátkem.*“ (Katka), „*Ano, pokaždé, kdy si je vysuším, tak si je i namažu.*“ (Nina), „*Jak jsem říkala, pravidelně si nohy mažu. Po odmočení ty paty obrousím pomocí struhátka nebo pemzy.*“ (Linda). Dalších devět informantů uvedlo, že občas pečují, pět dospělých a čtyři senioři: „*1 x za týden si je obrousuju pemzou a občas, třeba 1 x za měsíc si to udělám takovým elektrickým válečkem. Taky na to musím mít čas a náladu.*“ (Olina), „*Občas, jednou za čas, když je to potřeba, jak jsem říkal předtím. A když už si pedikúru dělám, tak použiju manželky pemzu nebo si to ostříhám nůžkami.*“ (Franta), „*Ano občas, pouze v letních měsících, protože jsou nohy vidět, tak aby nebyly tak suché. Používám i pilník na nohy a přes to léto ho použiju, tak 1 x za týden.*“ (Eva), „*Jen přes to léto a je to třeba jen tak 1 x za měsíc, až když je to opravdu nezbytné. A řeším to tak, že si vezmu takovej ten dřevěnej hranolek, na to nasadím šmirgl a pomocí toho si to udělám. Někdy používám i skalpel, tím si tu přebytečnou kůži odstraním úplně.*“ (Marek). Pouze tři informanti z dospělé populace

uvedli, že o nohy nepečují: „*Nepečuju.*“ (Adam), „*Dosud jsem necítil potřebu nějak zvlášť o kůži pečovat.*“ (Aleš).

Do péče o pokožku nohou patří i oblast mazání nohou, kdy nejčastější odpovědi převážně u mužského pohlaví bylo, že si nohy nepromazávají. Uvedlo to sedm mužů a pouze jedna žena: „*Nepromazávám, to dělají jen ženy.*“ (Pavel), „*Nemažu si je, maximálně, když mě nohy bolí, tak si je mažu koňskou mastí, aby mě nebolely.*“ (Katka), „*Ne. To přeci dělají jen ženy, muži si nohy přeci nemažou ne?*“ (Adam), „*Nepromazávám, to mi naopak zase přijde zbytečné. Navíc nemám rád, když mám nohy mastné.*“ (Franta). Pět informantů, z toho tři ze seniorské a dva z dospělé populace, uvedlo odpověď, nohy si mažu: „*Ano, promazávám si nohy. Mažu si je krémem z avonu, je to nějaký krém na suchou kůži.*“ (Linda), „*Ano, promazávám si je. Nohy si mažu gelem z mrtvého moře.*“ (Iveta), „*Ano pokaždé, když si je vysuším, tak si je i namažu. Používá na to měsíčkovou Indulonu, protože je hojivá a na všechno mi pomáhá.*“ (Nina), „*Ano. Promazávám cca 1 x za 3 týdny vazelínou.*“ (Radka). Posledních sedm informantů, čtyři ze seniorské a tři z dospělé populace, odpovědělo: „*Občas si je namažu. Tak někdy je to 2 – 3 x za týden, někdy to je jen 1 x za týden. Promazávám si je bambusovým máslem.*“ (Bára), „*Občas, jen když je mám přes léto škaradé.*“ (Marek), „*Přes léto, tak 1 x za den. Přes zimu si n a nějaké promazávání ani nevzpomenu a nohy si namažu, tak 1x za týden. Nohy přeci nejsou vidět, jak už jsem říkala, tak to není tak důležité.*“ (Eva), „*Když je dobrý týden, tak se mi to povede, tak 2 x za týden. A mažu se obyčejnou vazelínou, ta je na to nejlepší.*“ (Simona). Také podiatrická sestra klade důležitost na pravidelné promazávání: „*Aby si je mazali, aby si je nenechali popraskat.*“

Schéma 8 Pokožka nohou

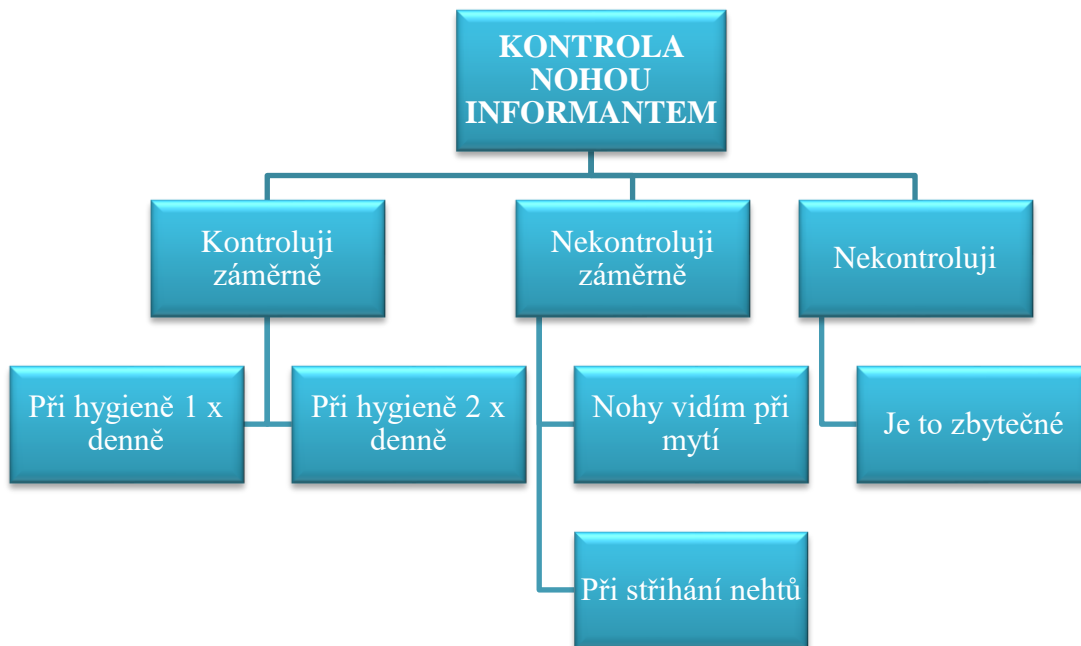


Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Subkategorie Kontrola nohou samotným informantem

Tato subkategorie se zaměřuje na kontrolu nohou, kterou si informanti provádí sami. Náš výzkum ukazuje na osm z nich, pět seniorů a tři dospělé, kteří provádí kontrolu nohou: „*Ano, denně, když si nohy myji.*“ (David), „*Ano svoje nohy si kontroluju. Jak už jsem říkala, 2 x denně, ráno a večer.*“ (Iveta), „*Ano pokaždé, když provádím hygienu.*“ (Honza), „*Ano, kontroluju si nohy. 1 x denně, večer při mytí.*“ (Katka), „*Musím, od tebe doby co mám tu cukrovku, tak si je večer při mytí prohlížím.*“ (Zdeněk). Tyto informanti si nohy kontrolují 1 x denně nebo dokonce 2 x denně. Další odpovědi informantů bylo, že kontrola nohou není záměrná. Nohy vlastně vidí při mytí, což je dostačující. Odpovědělo tak šest informantů, čtyři ze seniorské a dva z dospělé populace: „*Koukám na ně každý den ve sprše, takže bych vlastně mohla říci, že si je kontroluju.*“ (Bára), „*Nijak zvlášť. Tím, že si je jednou za čas umyju, tak je vlastně zkontroluju.*“ (Marek), „*Nekontroluji, nebo teda určitě ne záměrně. Nohy přeci vidím, když si je umyji a usuším.*“ (Eva), „*Nekontroluju. Vidím je každý den při mytí.*“ (Olina). Jeden informant z dospělé a jeden ze seniorské populace uvedli odpověď, že si nohy kontrolují jen občas. Poslední čtyři informanti z dospělé populace si nohy nekontrolují vůbec.

Schéma 9 Kontrola nohou informantem



Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

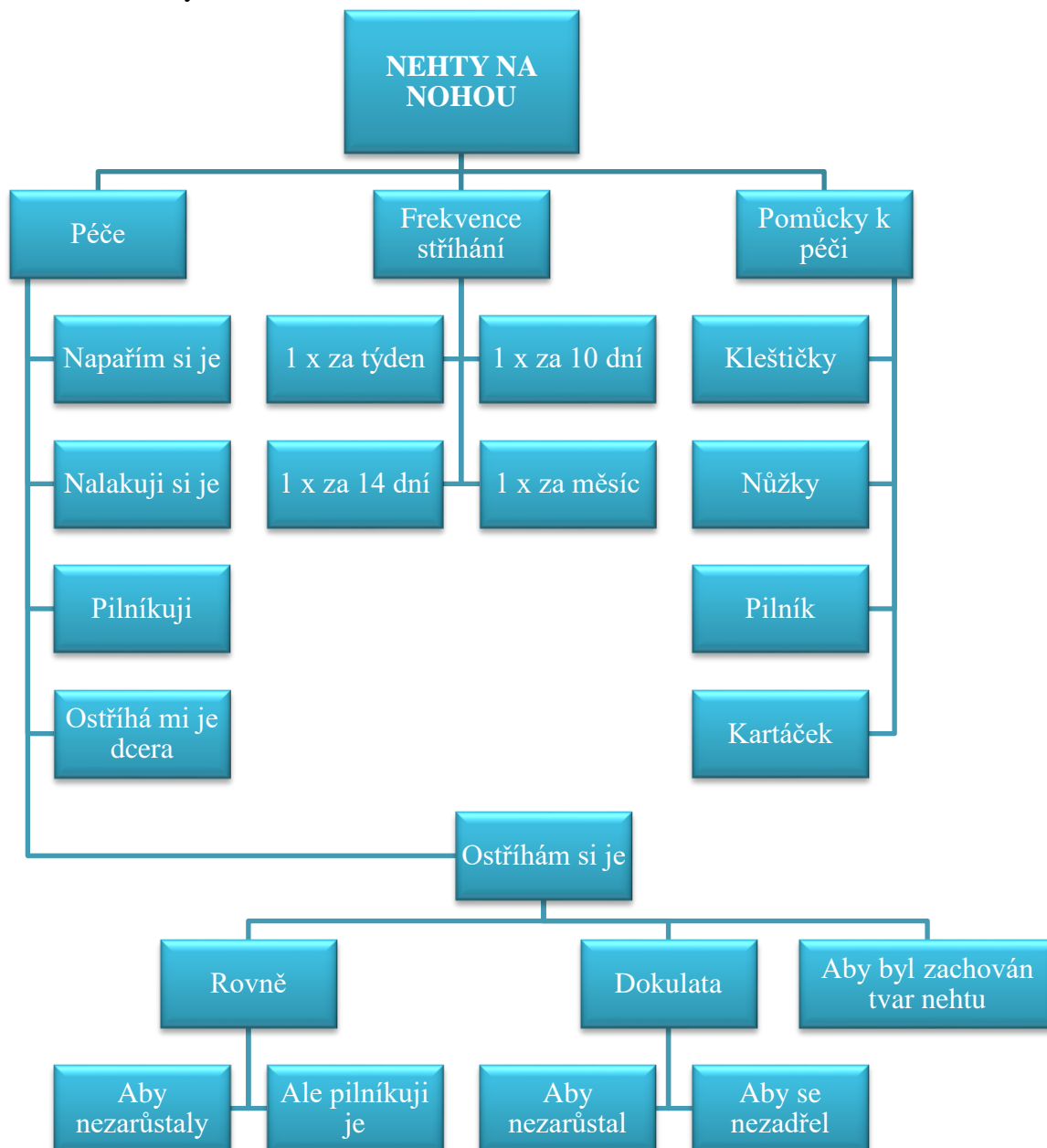
Subkategorie Péče o nehty na nohou

V této subkategorii jsme se zaměřili na to, jak cílová skupina pečuje o svoje nehty na nohou, a co k této péči používají. V oblasti péče o nehty informanti jednotně odpovídali, že o svoje nehty pečují tak, že si je ostříhají: „Pečuju o ně tak, že si je ostříhám.“ (Marek), „Napařím si nohy ve vaně a pak si nehty ostříhám a přejeďu pilníkem.“ (Katka), „Podle potřeby si je stříhám a zhruba 1 x za měsíc používám na nehty jemný kartáček kvůli staré kůži. Po sprše si nohy osuším a ostříhám nehty kleštičkami. Zarůstající nehet na palci pilníkuji po celé jeho ploše. Pilník používám i na ostatní nehty. Zapiluju rohy, aby nebyly ostré.“ (David), „Nijak zvlášť o ně nepečuji, maximálně si je ostříhám.“ (Aleš), „Snažím si je sám ostříhat nůžkami, ale teď poslední dobou mi je stříhá spíše dcera. Má lepší oči a diabetolog mi říká, že mám dávat pozor při tom stříhání.“ (Zdeněk).

Odpovědi na frekvenci stříhání nehtů na dolních končetinách se různily. Sedm informantů, čtyři z dospělé a tři ze seniorské populace uvedlo, 1 x za týden. Dalších osm informantů, pět ze seniorské a tři z dospělé populace, uvedlo 1 x za 14 dní: „Vychází to tak, že mi je dcera tak 1 x za týden ostříhá, je to většinou, vždy když jsou dlouhé.“ (Nina), „Tak 1 x za 14 dní si je ostříhám.“ (Katka). Další odpovědi byli 1 x za 10 dní nebo 1 x za měsíc: „Nehty si po odmočení večer ostříhám, ale dělám to jen tak 1 x za 10 dní.“ (Linda), „Nehty si stříhám vždy, když dorostou do délky, která mi nevyhovuje. Vychází to většinou, tak 1 x za 3 týdny.“ (Iveta). Pomůcka, kterou naše cílová skupina nejvíce používá při stříhání nehtů na nohou, jsou nůžky. Odpovědělo tak sedmnáct z nich. Dále pak kleštičky, které používá dalších šest informantů. Poslední pomůckou byl pilník či kartáček. „Stříhám si je do rovna a stříhám je klasickými nůžkami.“ (Linda), „Stříhám si je rovně a používám k tomu nůžky nebo si je většinou uškubnu.“ (Pavel), „Používá na to nůžky a nehty mi zastříhává dokulata, protože kdyby byly rovně zastřížené, tak se bojím, že by se mi konec nehtu zadřel a bolelo by mě to.“ (Nina), „Používám nůžky a stříhám dokulata.“ (Jarda), „Stříhám si je rovně, protože se bojím, aby mi nehet nezarůstal. A stříhám to pomocí kleští.“ (Marek), „Nůžkami i kleštičkami. Stříhám je dokulata, aby mi ten nehet nezarůstal.“ (Katka), „Nehty si zastříhávám rovně, ale ten zarůstající palec nestříhám rovně, vždy se zalomí, a tak je zaoblený.“ (David), „A nehty si stříhám rovně a pak si ty konce zapiluju.“ (Radka). Z těchto odpovědí nám také vyplývá, jak si cílová skupina nehty

stříhá. Dvanáct z nich, osm ze seniorské a čtyři z dospělé populace uvedlo, že si nehty stříhají dokulata. Zbýlých osm informantů, dva ze seniorské a šest z dospělé populace, si nehty stříhají rovně. Z toho jedna žena ze seniorské populace uvádí: „*Palce si ostříhám dokulata a zbytek nehtů si ostříhám rovně.*“ (Olina). A pouze jedna žena z dospělé populace si zachovává při stříhání tvar nehtu: „*Stříhám tak, aby byl zachovanej tvar nehtu. Používám nůžky a zapiluju to pilníkem.*“ (Simona).

Schéma 10 Nehty na nohou



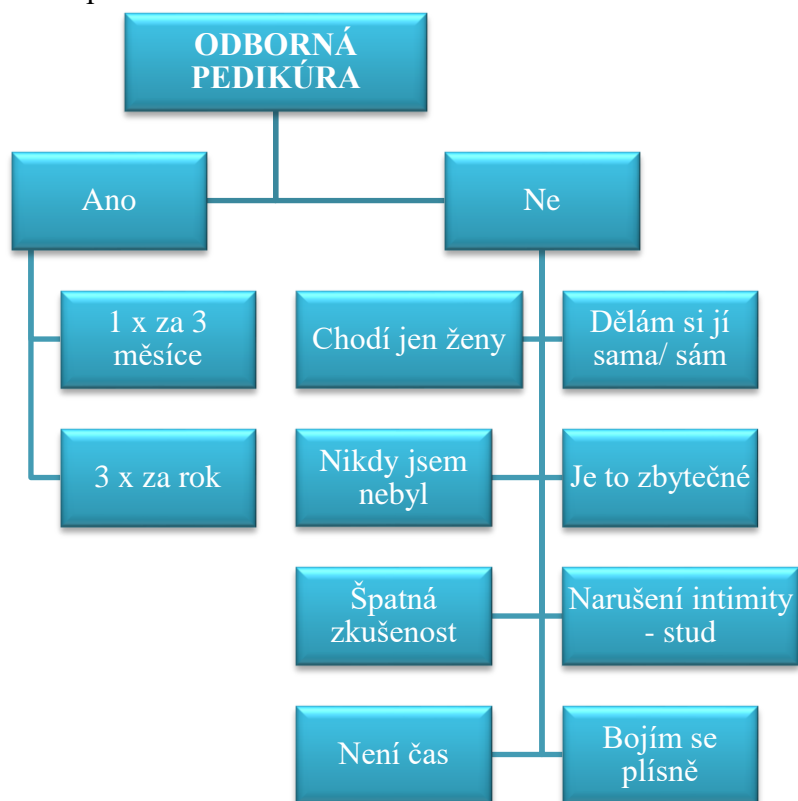
Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Subkategorie Odborná pedikúra

Odbornou pedikúru jsme nakonec dali jako samostatnou subkategorii, protože odborná pedikúra je sice péče o nohy i nehty, ale jedná se o péči, kterou nedělá člověk sám. Podle podiatrické sestry, by se edukace lidí v péči o dolní končetiny, měla zaměřit na informace o vhodnosti navštěvování odborné pedikúry: „*Aby věděli, že si musí alespoň jednou za měsíc dojít k pedikérovi.*“

Na tuto oblast odpověděla většina informantů jednotně. Jejich odpověď byla z různých důvodů ne: „*Ne, tam by mě ani nenapadlo jít. Chodí tam přeci jen ženy.*“ (Adam), „*Nechodím, protože si dělám pedikúru sama.*“ (Iveta), „*Nenavštěvuji. Nikdy jsem na pedikúře nebyl.*“ (Honza), „*Nechodím nikam na pedikúru. Ale dříve jsem chodila, ale pak jsem přestala, protože jsem s tím jednou pak měla špatnou zkušenost. Jednou mě tam škrábly na noze a od té doby už jsem tam nešla, přišlo mi, že je to horší než lepší.*“ (Katka), „*Nechodím, ani jsem nikdy nebyla. Myslím si, že by mi to bylo nepříjemné a hlavně se stydím. Přejde mi to jako narušení mojí intimity.*“ (Eva), „*Nechodím. Protože mi vadí to, že nástroje, které používají na mě, se používali předtím i na jiné lidi a nechci chytit plíseň na nohy.*“ (Olina). Pouze dvě ženy z dospělé populace uvedly, že chodí: „*Ano, ale né moc často. Třeba 3 x za rok, když si vzpomenu a objedná se.*“ (Simona), „*Ano, jak už jsem říkala předtím, dělá to moje mamka. Tak 1 x za 3 měsíce.*“ (Radka).

Schéma 11 Odborná pedikúra



Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Kategorie Volba obuvi a ponožek

Kategorie Volba obuvi a ponožek byla rozdělena do subkategorií na ponožky, pracovní obuv, obuv na běžné nošení, péče o boty a kompenzační pomůcky.

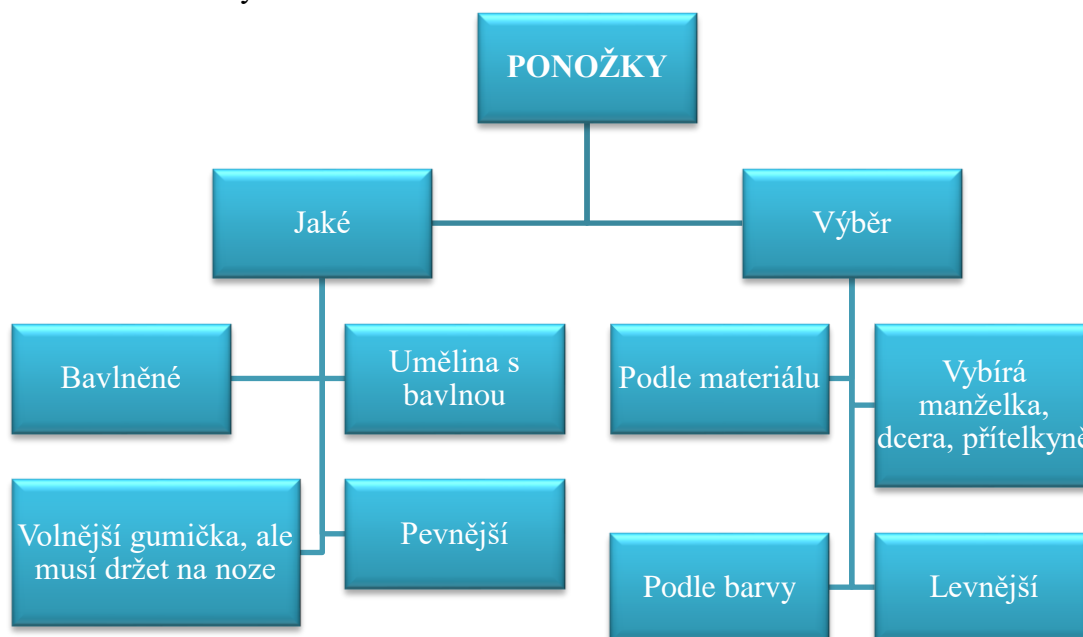
Subkategorie Ponožky

V této subkategorii pro nás bylo stěžejní, jaké ponožky cílová skupina preferuje. I podiatrická sestra upozorňuje na tuto oblast, kdy by prospěla větší edukace o tom, jaké ponožky mají lidé nosit. Jak už je uvedeno výše, často pacienti v její ambulanci přijdou úplně bez ponožek. Výzkum ukázal skutečnost, že čtrnáct informantů, z toho sedm z dospělé a sedm ze seniorské populace, nosí bavlněné ponožky. Cílová skupina preferuje ponožky s volnou nebo volnější gumičkou. To uvedlo čtrnáct z nich, z toho devět ze seniorské a pět z dospělé populace: „*Nosím ponožky pouze s volnou gumičkou a pouze bavlněné.*“ (Nina), „*Musí být bavlněné a mít spíše volnější gumičku.*“ (Bára),

„Mám ponožky především bavlněné a s volnou gumičkou, ale musí mi držet na noze.“ (Iveta), „Nosím nízké, bavlněné nebo bambusové a tenké ponožky po celý rok. Mám radši volnější gumičku.“ (Radka). Bylo ale i šest informantů, čtyři z dospělé a dva ze seniorské populace, kteří uvedli, že nosí raději pevnou gumičku: „Jsou z bavlny a nosím s takovou tou pevnou gumičkou.“ (Pavel), „To ani nevím jaký je to materiál, já to nepoznám. Gumička je tam spíše asi pevnější.“ (Franta), „No dědovi kupuju spíše s tou volnou, ale já mám radši tu pevnější, lépe to drží.“ (Petra), „Normální ponožky s pevnou gumičkou, které mi manželka koupí.“ (Standa).

Odpovědi na výběr ponožek už nebyly tak jednoznačné. Nejvíce zastoupenou odpovědí byl výběr ponožek podle materiálu, což uvedlo osm informantů: *„Vybírám si je hlavně podle materiálu.“ (Katka), „Podle materiálu, aby tam byla převaha té bavlny.“ (Linda), „Asi podle toho materiálu a gumičky.“ (David), „Bavlněné vysoké ponožky.“ (Zdeněk). Další zajímavou odpovědí u šesti informantů bylo, že jim ponožky vybírá manželka, dcera či přítelkyně: „Ona mi je kupuje manželka nebo dcery, takže já nosím, to co mi holky koupí.“ (Jarda), „Já si nic nemusím vybírat, od toho mám přeci manželku. Ta nakupuje ráda, takže mi vždy nějaké ponožky koupí.“ (Adam), „Ponožky nosím ty, co mi manželka vybere a koupí.“ (Franta). Mezi další odpovědi pro výběr ponožek bylo například podle barvy nebo podle ceny: *„Podle ceny, kupuju si spíše levné ponožky.“ (Petra), „Asi podle barvy, preferuju barevné ponožky.“ (Simona).**

Schéma 12 Ponožky



Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

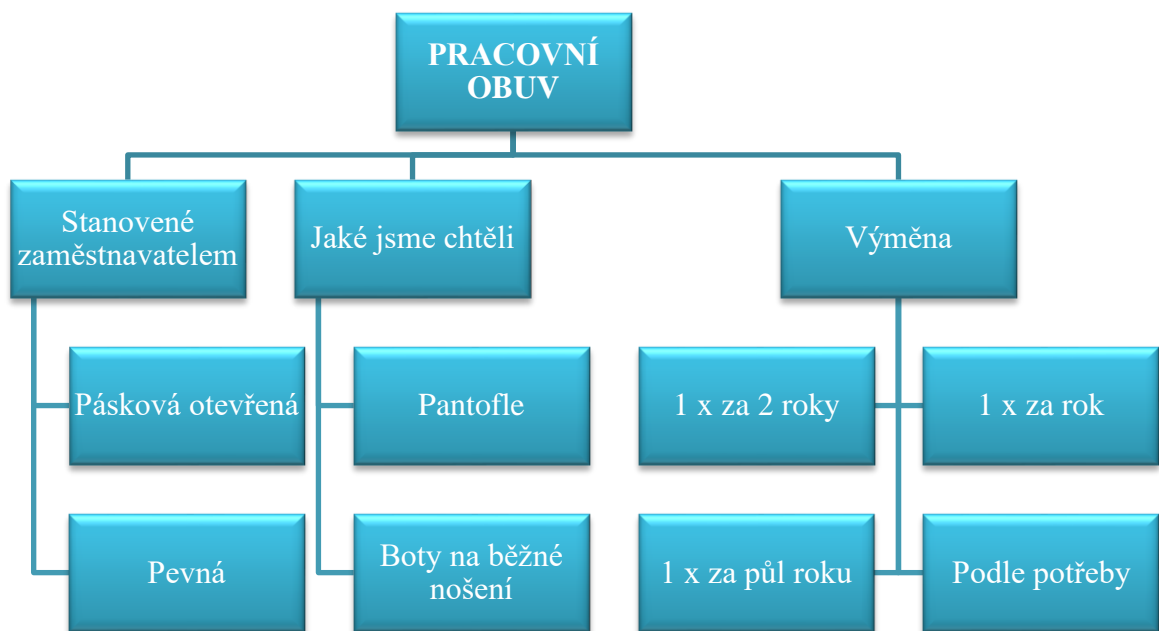
Subkategorie Pracovní obuv

S touto subkategorii souvisí pohyb informantů v práci. Převážná část z nich uvedla kombinaci odpovědí: „Začínal jsem jako dělník, to jsem během práce dost chodil a končil jsem jako vedoucí pracovník a to jsem pak zase jen seděl.“ (Marek), „V práci jsem stála, seděla i se pravidelně pohybovala.“ (Nina), „Ale nelze říct, že bych jen seděla, řekla bych, že toho i dost nachodím.“ (Eva), „Byl jsem celý den na nohou.“ (Aleš). Nejvíce zastoupenou odpovědí bylo, že během své pracovní doby převážně chodí nebo chodili v případě seniorské populace. Tuto odpověď uvedlo patnáct z nich. A odpověď stání uvedlo dvanáct informantů a sezení osm informantů: „Tak největší část pracovní doby asi chodím nebo stojím.“ (Iveta), „V práci stojím, chodím, ale i sedím.“ (David), „V práci sedím, i stojím.“ (Adam), „Část dne dost sedím nebo jezdím autem, takže asi spíše sedím.“ (Radka).

Stěžejní pro tuto subkategorii je oblast volby pracovní obuvi. Devět informantů má nebo mělo obuv stanovenou zaměstnavatelem. V tomto případě se jednalo buď o páskovou otevřenou obuv: „Máme předepsanou pracovní obuv, která je pásková a je otevřená.“ (Iveta), „Máme boty, které musíme v práci nosit, jsou to takové páskové otevřené boty.“ (Franta), „Máme předepsanou pracovní obuv, ale musím říct, že mi

docela vyhovuje, jsou to takové zdravotnické otevřené páskové boty.“ (Eva), „Máme páskovou zdravotnickou obuv, kterou musíme nosit kvůli bezpečnosti práce.“ (Olina). Nebo informanti uváděli, že musí mít pevnou pracovní obuv: „Pevnou pracovní obuv, kterou máme od zaměstnavatele kupovanou.“ (Pavel), „Jojo, měli jsme předepsanou obuv, ta bota byla taková pevná s kovovou špičkou.“ (Jarda), „Máme předepsanou pracovní obuv, je taková pevná a plná.“ (Standa). Zbýlých jedenáct informantů nosí nebo nosilo boty, jaké chtěli: „Později už bylo více možností, tak jsem nosil většinou boty, které jsem chtěl, polobotky do kanceláře a na stavbu holínky.“ (Honza), „Neměli, většinou jsem nosila boty, jaké jsem chtěla, většinou na klínku, ale spíše pantofle.“ (Katka), „Nosím pohodlnou pracovní obuv, je to taková sportovní obuv.“ (David), „Nosil jsem takové kožené boty, mohl jsem mít boty, jaké jsem chtěl.“ (Zdeněk). Intenzita výměny pracovní obuvi byla různá. U čtyř informantů dochází k výměně pracovní obuvi 1 x za rok. Dalším třem informantům mění pracovní boty podle potřeby. Zbylé odpovědi jako 1 x za půl roku a 1 x za 2 roky, byly uvedeny vždy pouze u jednoho informanta.

Schéma 13 Pracovní obuv



Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Subkategorie Obuv na běžné nošení

Tuto oblast uváděla podiatrická sestra jako problematickou u převážné části svých pacientů: „*No boty jsou největším kamenem úrazu. První na co koukám, jsou boty, chodí na boso, což je samozřejmě špatně.*“ I na základě toho jsme se při sestavování otázek v této oblasti zaměřili na následující oblasti. První oblastí byl samotný výběr nové obuvi, kdy nejčastější odpovědi informantů byla pohodlnost obuvi a to, že se jim obuv musí líbit. Často informanti uváděli kombinaci odpovědí: „*Normální pohodlné boty, které mi musí sedět.*“ (Jarda), „*Boty se mi musí líbit, nesnáším takové ty zdravotnické široké boty, to vypadá na noze hrozně blbě.*“ (Eva), „*Podle vzhledu a pohodlného nošení.*“ (Radka), „*Musí se mi bota hlavně líbit a musí mít kulatou špičku, na to jsem taková ujetá.*“ (Olina), „*Podle pohodlnosti, a aby se mi bota líbila.*“ (Aleš). Následující informanti se ohlíželi i na cenu: „*Bota mi musí sednout a musí se mi líbit na noze. Samozřejmě koukám i na materiál, ale více jak 1000 Kč za botu nedám.*“ (Iveta), „*Boty si vybírám především podle ceny, kupuju si spíše levnější boty, ale musí se mi hlavně líbit a musí být pohodlné.*“ (Franta), „*Podle pohodlnosti, aby mi hlavně seděly, a také nesmí být moc drahé.*“ (Jarda), „*Podle ceny, nekupuju žádné drahé boty.*“ (Petra). Našlo se ale i pár informantů, kterým na ceně boty nezáleží a klidně si připlatí: „*Podle pohodlnosti, nevadí mi dát více peněz, když se mi boty líbí.*“ (Pavel), „*Tak samozřejmě podle toho, jak budou vypadat, také musí být z kvalitního materiálu, většinou upřednostňuji kožené boty, takže mi na ceně moc nezáleží.*“ (Adam), „*Nosím pohodlné boty, které se mi prostě musí líbit. Mám rád různé značkové boty a peníze neřeším, takže si koupím to co se mi líbí.*“ (Standa). Zajímavé odpovědi byly u seniorské populace, kdy ženy v době, kdy ještě chodily do práce, si vybíraly boty hlavně podle vzhledu, ale v teď už nosí boty především pohodlné: „*To víte, dřív byla móda úzké špičaté boty a já jsem byla opravdu ujetá na různé botičky, jak jsem Vám říkala už předtím. S věkem jsem ale svůj názor přehodnotila a teď už vybírám obuv hlavně podle pohodlnosti.*“ (Nina), „*Dříve jsem nosila špičaté, zvednuté špičky, na podpatku, prostě boty podle módy. Teď si vybírám boty hlavně, aby mě nikde netlačila a abych se v ní cítila dobře.*“ (Katka).

Cílová skupina si novou obuv kupuje zpravidla, až když jsou boty staré a zničené, a to je tak 1 x za 2 roky. Tato odpověď byla u desíti z nich, sedmi ze seniorské a tři z dospělé populace: „*Tak 1 x za 2 roky vždy, když se tamty boty zničí.*“ (Linda), „*Když*

se zničí ta stará bota, většinou je to tak 1-2 x za 2 roky.“ (Jarda), *„Když se mi tamty zničí. Tak 1 x za 2 roky.*“ (Zdeněk). Druhou nejčastější odpovědí bylo 1 x za rok a to u sedmi informantů, šesti z dospělé a jedné ze seniorské populace: *„Podle potřeby, ale většinou tak 1 x za rok.*“ (Adam), *„Boty si kupuju, tak 1 x za rok, záleží, jaké zrovna potřebuju.*“ (Iveta), *„No asi tak 1 x za rok si vždy nové od vietnamců koupím.*“ (Petra).

Nejčastější odpovědí při rozhodování o tom, jakou obuv si informanti obují, byla odpověď podle toho, kam jdou nebo podle počasí. Často opět i kombinace odpovědí: *„Většinou podle příležitosti, kam se zrovna chystám. Také koukám i na počasí.*“ (Bára), *„Asi podle toho, kam se zrovna chystám a také podle počasí.*“ (Eva), *„Tak samozřejmě si je vybírám podle toho jaké je počasí a podle toho, co mám zrovna na sobě. Také hodně záleží, kam zrovna jdu nebo jestli budu řídit auto.*“ (Franta), *„Podle toho kam jdu a podle toho, co mám na sobě.*“ (Olina), *„Podle toho jaké je počasí venku a podle aktivity, kterou jdu provozovat.*“ (Radka). V této oblasti byla i otázka týkající se počtu párů bot nošených cílovou skupinou. Odpovědi se různily, ale nejčastější odpovědí bylo tři páry bot, které informanti za období střídají. *„Střídám asi tři páry bot.*“ (Jarda), *„Asi tři páry bot.*“ (Linda), *„Střídám asi 3 – 4 páry bot na dané období.*“ (Bára), *„Asi troje v zimě a troje přes léto.*“ (Aleš).

Menší půlka tázaných informantů uvedla při rozhovoru o obuvi jako domácí obuv pantofle. Zajímavé je, že se jednalo o informanty ze seniorské populace. Pouze dvě ženy, které nosí na doma pantofle, byly z dospělé populace: *„A doma chodím v pantoflích. Nosím doma právě ty správný zdravotnický pantofle.*“ (Eva), *„Na doma mám asi 4 pantofle, mám jedny do ateliéru, jedny na podlahu, které mám podlepené podrážkou na leštění.*“ (Honza), *„Doma nosím pantofle na klínku.*“ (Katka), *„Doma chodím v pantoflích, mám dvoje, jedny jsou rovné pohodlnější a ty druhé jsou na takovém klínku, ty se ale opravdu nedají nosit celý den, tak je nosím vždy jen chvíli a pak si zase vezmu ty nízké.*“ (Nina), *„Nosím tak 4 páry bot a na doma mám pantofle, ty legwood, jak nosím i v práci, jak jsem říkala.*“ (Simona).

Schéma 14 Obuv na běžné nošení



Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

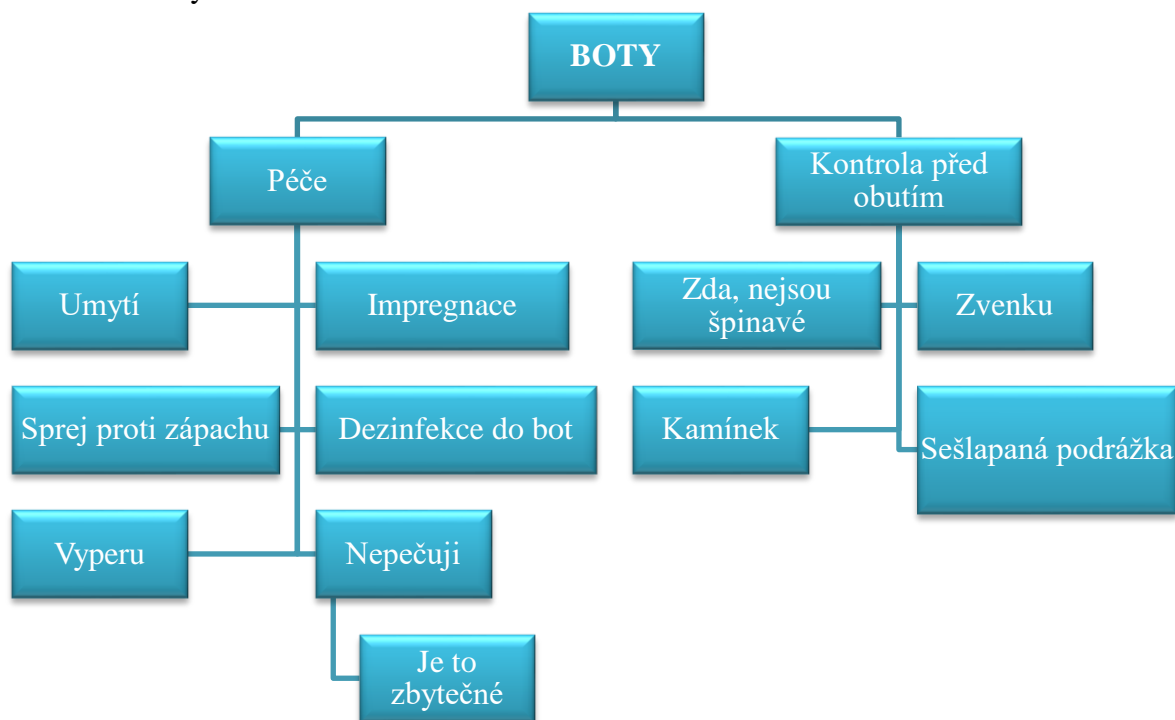
Subkategorie Péče o boty

V této subkategorii najedeme odpovědi, jak cílová skupina pečuje o svoji obuv. Větší část z nich uvádí, že o svoji obuv nijak zvlášť nepečuje: „O boty nijakým způsobem nepečuji, přijde mi to zbytečné.“ (Nina), „Používám dezinfekci do bot, jinak o ně nijak nepečuju.“ (Pavel), „Nijak o ně nepečuju, je to zbytečné.“ (Marek), „Umyju je, když jsou od bahna, jinak vůbec nic.“ (Petra), „Moc ne, ale když jsou třeba zablácené, tak je aspoň umyji, ale to je opravdu jen málokdy.“ (Olina). Další informanti, kteří odpověděli, že nepečují, tak zároveň, ale odpovídali, že si boty umyjí. Takže svým způsobem o obuv pečují, protože umytí bot lze zařadit do péče o boty. Umytí bot bylo

nejvíce zastoupenou odpovědí: „*Setřu z nich jen bláto, pokud tam nějaké je a jinak je dám do kouta a více se o ně nestarám.*“ (Jarda), „*O boty nijak zvlášť nepečuju, jen je pravidelně omývám, aby nebyly špinavé.*“ (Iveta), „*Boty si jen umyji a nic jiného není potřeba.*“ (Katka), „*Když jsou špinavé, tak je hodím do pračky.*“ (Radka). Našlo se, ale i sedm informantů, kteří si svoje boty nejen umyjí, ale i naimpregnují: „*Umyju je, aby nebyly špinavé, a v zimě je naimpregnuju.*“ (Adam), „*Boty si jen umyji a před zimou natřu krémem na kůži.*“ (Linda), „*Čistím, krémuji a leštím si boty.*“ (Honza), „*Občas je umyji a nakrémuji a sportovní boty vyperu.*“ (Aleš).

V této subkategorii jsme se zaměřili i na kontrolu bot před obutím. Většina informantů odpověděla, že si obuv kontrolují. Nejvíce zastoupenou odpovědí bylo, že kontrolují, zda je obuv špinavá: „*Ano, zkontroluji si je, jestli nejsou náhodou špinavé.*“ (Linda), „*Boty si kontroluju, než si je obuju, ale kontroluju spíše botu zvenku, jestli je v pořádku, jestli není špinavá nebo tam není někde díra.*“ (Iveta), „*No kouknu, jestli nejsou špinavé, ale kouknu i dovnitř, jestli třeba není odtržená stélka.*“ (Katka), „*Nekontroluju účelně, třeba jen jestli nejsou špinavé.*“ (Olina). Nás v této subkategorii ale spíše zajímalo, zda kontrolují obuv zevnitř. Na tuto otázku osm informantů odpovědělo, že se dovnitř nekouknou: „*Nekontroluju, to mě nikdy nenapadlo.*“ (Eva), „*Nijak je nekontroluju.*“ (Marek), „*To mě tedy nikdy nenapadlo.*“ (Adam), „*Ne, to mě ani nenapadlo.*“ (Standa). Našlo se ale i pět informantů, kteří si botu opravdu kontrolují i zevnitř: „*Kontroluju. Kouknu dovnitř, jestli mi tam dovnitř něco náhodou nepadlo.*“ (Jarda), „*Když mám pár minut, tak si ani nevzpomenu na nějaké kontrolování bot, ale když mám více času, tak se kouknu, zda v botě nemám nějaký kámen nebo zda je bota čistá a nepoškozená.*“ (Franta), „*Vysypu z nich kamínky, pokud tam nějaké jsou a urovnám tu podpatěnku, jinak nic jiného nekontroluju.*“ (Petra).

Schéma 15 Boty



Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

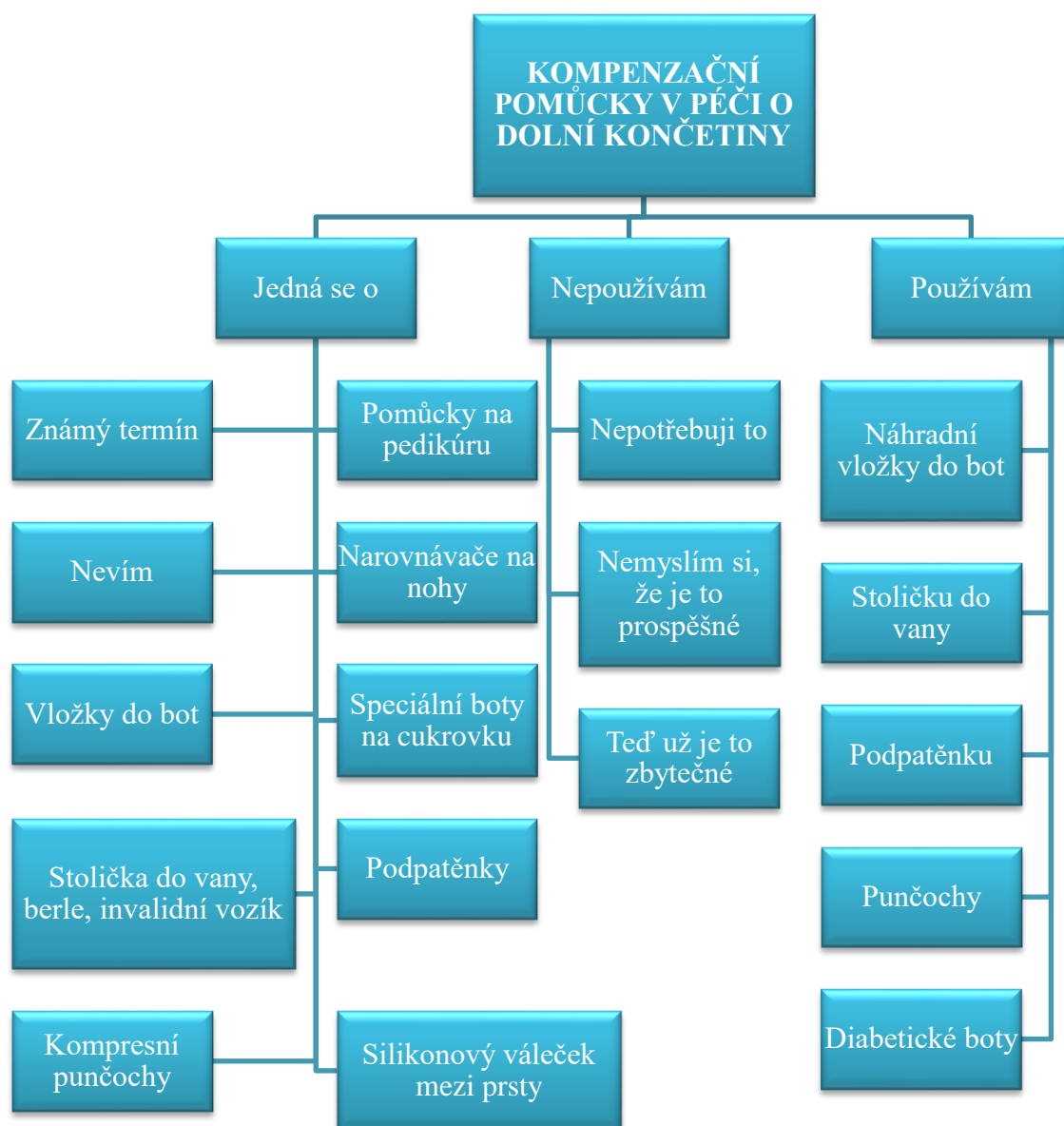
Subkategorie Kompenzační pomůcky

Poslední subkategorie byla spíše orientační, abychom zmapovali, co si informanti představí pod pojmem kompenzační pomůcky v oblasti péče o dolní končetiny, a zda nějaké kompenzační pomůcky používají. Tato otázka byla v průběhu výzkumu přeformulována, protože nám přišlo, že informanti otázce úplně neporozuměli. I přes změnu formulace otázky, se odpovědi dost různily. Dvanáct informantů si myslí, že se jedná o vložky do bot: „*Tak třeba vložky do bot a narovnávače na prsty.*“ (Linda), „*Představím si třeba vložky do boty nebo nějakou speciální obuv.*“ (Nina), „*Pomůcky na pedikúru.*“ (Eva), „*Nějaké třeba vložky do bot nebo speciální boty u lidí, co mají cukrovku.*“ (Adam), „*V souvislosti s péčí o dolní končetiny mě napadají třeba vložky do bot.*“ (Aleš). Našli se ale i informanti, kteří nevěděli, co to znamená: „*Nenapadly. Pojem kompenzační pomůcky mi nic neříká.*“ (Pavel), „*No někdy jsem slovo kompenzační pomůcky asi slyšel, ale co to přesně znamená, to opravdu nevím.*“ (Franta). Další uváděné odpovědi na kompenzační pomůcky jsou uvedeny ve schématu 16.

Většina informantů žádné kompenzační pomůcky nepoužívá: „*Teď už mi to přijde zbytečné, nějaké kompenzační pomůcky používat. Navíc, když jsem to jako dítě nosil, tak vidíte, že mi to stejně nepomohlo.*“ (Marek), „*Nene, nic takového nepoužívám.*“ (Eva), „*Nepoužívám nic, používám jen na zimu nějaké vlněné vložky. Nosil jsem jen vložky s magnetama, kvůli lepšímu prokrvení.*“ (Honza), „*Nepoužívám nic, jak už jsem říkal, přijde mi to zbytečné.*“ (Jarda), „*Já nic nepoužívám. Ale mamka používá ty vyrovnávací podpatěnky.*“ (Olina), „*Já určitě ne a myslím, že ani manželka.*“ (Standa). Pouze čtyři informanti uvedli, že používají nějaké kompenzační pomůcky: „*No já mám v jedněch botách takové vložky, co mi manželka někde kupuje, jsou totiž pohodlnější než ty co v té botě původně byly, ty byly právě takové tvrdé.*“ (Adam), „*Já používám ty punčochy a podpatěnky.*“ (Petra), „*Já nosím ty diabetické boty.*“ (Zdeněk).

V rámci rozhovoru s podiatrickou sestrou jsme se ptali, zda si myslí, že kdyby přispívala více pojišťovna na různé kompenzační pomůcky, zda by to přimělo pacienty se lépe starat o své dolní končetiny. To si nemyslí, naopak říká, že: „*Je to v lidech. Někteří mají ty boty od doktorů, jsou líní. Někteří, jak jsou z těch vesniček, tak nemají odvoz, tak to nechají plavat, než se něco stane. Řeknou třeba, že přijedou na kontrolu až za měsíc. Ale až když se leknou a vidí pacienta s jednou nohou, tak říkají: Jo a myslíte, že to by se i mě mohlo stát, tak pak se většinou leknou.*“

Schéma 16 Kompenzační pomůcky v péči o dolní končetiny



Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

6 DISKUZE

Diplomová práce se zaměřuje na znalosti a dovednosti dospělé a seniorské populace v oblasti péče o dolní končetiny. V následující části bude porovnáno, jaké jsou doporučené postupy pro jednotlivě zkoumané oblasti a jaká je skutečnost u našich informantů. Naší snahou je i porovnání rozdílů mezi dospělou a seniorskou populací v některých oblastech. Tyto informace vyplynuly na základě výzkumného šetření, které bylo provedeno pomocí kvalitativního výzkumu. Práce byla zpracována teoreticky a poté z pohledu výzkumného. Pro naši práci jsme stanovili tři výzkumné cíle a pět výzkumných otázek, jak je podrobněji popisováno na straně 35.

V oblasti osobních údajů jsme kromě základních informací (viz Tabulka 1 a Tabulka 2, str. 39-40), zjišťovali i pravidelnou návštěvu obvodního lékaře. Četnost a obsah preventivních prohlídek u obvodního lékaře je dána vyhláškou č. 70/2012 Sb. Preventivní návštěva obvodního lékaře by měla probíhat 1 x za 2 roky. Součástí preventivní prohlídky je podle vyhlášky více oblastí (Vyhláška č. 70/2012 Sb.). Pro naši diplomovou práci je důležité vědět, že v rámci preventivní prohlídky se lékař zaměřuje při anamnéze i na změny a rizikové faktory. Zároveň má provádět důkladné kompletní fyzikální vyšetření (Čeledová, Čevela, 2010). Výzkum ukázal skutečnost, že jedenáct informantů nenavštěvuje svého obvodního lékaře, z toho bylo sedm z dospělé a čtyři ze seniorské populace. Nutno upozornit na odpověď, že nechodí přímo na preventivní prohlídky, protože není čas, nebo tam jdou, jen pokud nastane nějaký problém. Ve schématu 1 (str. 43) vidíme všechny tyto důvody. Nejčastěji však uváděli, že nechodí k obvodnímu lékaři, protože chodí k závodnímu lékaři, a že je to tím pádem dostačující. Na chvíli se u této odpovědi zastavíme. Šest informantů, z toho pět z dospělé a jeden ze seniorské populace, kteří nenavštíví svého „obvodáka“, tak navštěvují alespoň svého závodního lékaře. Přestože si převážně dospělá populace myslí, že je dostačující navštěvovat pouze závodního lékaře, tak my tento názor nesdílíme. V rámci závodní prohlídky se málokde nabírá například krev nebo se dělá komplexní vyšetření. Informanti si to omlouvají tím, že není čas nebo schovávají nenavštěvování obvodního lékaře za návštěvu závodního lékaře. Vystává ale otázka, zda by obvodního lékaře navštěvovali, kdyby k závodnímu lékaři nechodili. Zde jsou patrné rozdíly mezi dospělou a seniorskou populací. Protože větší polovina seniorské populace odpověděla, že svého obvodního lékaře navštěvuje. Nejčastěji tam chodí nejen

pro recepty, ale i na pravidelné prohlídky. Uváděli frekvenci 1 x za 2 roky, což je správně podle zmíněné literatury. V rámci prohlídky u lékaře jsme se ptali na kontrolu nohou lékařem. Větší polovina, z toho šest z dospělé a sedm ze seniorské populace, odpověděla kladně. Nejčastěji jim lékař ať už závodní, obvodní či specialista kontroluje oblast lýtek a ptá se na křečové žíly či otoky. O defektech nohou se nezmiňovali. Druhé půlce populace buď lékař nohy nekontroluje, nebo neví, protože k lékaři nechodí. Když bychom to shrnuli, tak dospělá populace pravidelně navštěvuje svého závodního lékaře, ale obvodního díky tomu zanedbávají. Závodní lékaři jsou dle výsledků výzkumu při kontrole nohou vcelku poctiví. Seniorská populace je v návštěvnosti obvodního lékaře na tom lépe. Navštěvují ho častěji. Myslíme si, že je to způsobeno také tím, že starší lidé trpí větším počtem onemocnění a donutí je to někam jít. To potvrzuje také Plevová (2011b), která uvádí, že se člověk začne zabývat vlastním zdravím, až když se u něho vyskytnou zdravotní problémy.

Druhou velkou oblastí našeho výzkumu byla oblast samotných dolních končetin. Spektrum onemocnění, které člověka postihují, se s věkem mění. Narůstají chronické degenerativní choroby, mezi které patří osteoartróza, osteoporóza a mnoho dalších (Čevela, Čeledová, Kalvach et al., 2014). U většiny lidí po 60. roku života se objeví alespoň jedno chronické onemocnění, jak uvádí Hanzlíková (2007). Po 80. roce už jsou to pak tři nebo více onemocnění. Havrda (2014) ještě uvádí, že noha může být první oblastí, kde se projeví první příznaky závažných stavů, jako jsou onemocnění srdce, diabetes a artritida. Náš výzkum řečené částečně potvrzuje, protože ukazuje přítomnost onemocnění dolních končetin u pěti informantů ze seniorské populace, kteří byli v rozmezí od 65 do 74 let. Čtyři tito senioři si přijdou svým onemocněním omezení. Největší zastoupení měla dospělá populace s odpovědí, že žádné onemocnění nemají. Přesto, že onemocnění dolních končetin nemají, tak u většiny nohy bez deformit nebyly.

Výzkum ukázal, že třináct informantů, z toho sedm ze seniorské a šest z dospělé populace, mělo na noze deformitu. Kloud (2017), ve svém článku uvádí, že množství deformit se často zvyšuje s přibývajícím věkem. To se naším výzkumem úplně nepotvrzuje, protože deformity na nohou měly obě dvě populace skoro ve stejném zastoupení, jak je popsáno výše. Nejčastějším defektem u naší cílové skupiny byla suchá kůže, vbočený palec, mozoly, kladívkovité prsty či plochá noha, jak můžeme vidět ve schématu 5 (str. 50). Dalších sedm informantů, z toho tři ze seniorské a čtyři

z dospělé populace, uvedli, že žádnou deformitu na noze nemají. Avšak po našem zhodnocení nohou u každého z nich, což bylo součástí výzkumného šetření, je nutno upozornit, že i přesto, co uvádí, tak měl každý z nich „něco“ na noze. Největší zastoupení měla hyperkeratóza, kterou měli skoro všichni naši informanti a pak další deformity, jak je uvedeno výše. Tuto oblast bychom shrnuli tak, že většina informantů „něco“ na noze má, ale ani si to neuvědomuje, nebo možná díky chybějícím potížím se tím zatím nezabývá. Na zdravý vývoj nohy má negativní vliv civilizační způsob života, jak se shodují Schneider (2011), Levitová a Hošková (2015) i Kloud (2017). Může se negativně projevit právě v oblastech pohybového systému. Následkem toho dochází k poruchám sklonu pánve nebo os dolních končetin. Nebo se to negativně může projevit přímo typickými deformitami nohy, kam například patří podélně plochá noha, příčně plochá noha, vybočená noha, lukovitá noha, vbočený palec či kladívkovité prsty (Havrda, 2014). Najafi, Bruin, Reeves et al. (2013) dále uvádějí, že bolest a deformace nohou patří mezi rizikové faktory pádu.

Tím se dostáváme k další subkategorii, a to je pocit těžkých nohou a bolesti nohou. Výzkum ukazuje, že pocit těžkých nohou cílová skupina nemá. Naopak deset z nich uvedlo, že trpí bolestmi nohou, kdy bolest je vyvolána základní deformitou či onemocněním. Jak uvádí Kloud (2017) ve svém článku, tak otázkou počínající bolesti nohou je to, že se bolest projeví i na jiném místě v našem těle. U člověka dochází i ke změnám nálady, ztrátě výkonnosti a ochabuje zdraví. Bolest nohou nám připomíná, jak se o ně špatně nebo málo staráme (Kloud, 2017). To ve svém článku o Konceptu zdravé chůze potvrzuje Schneider (2011), který uvádí, že v případě, kdy nastanou první bolesti, si člověk uvědomí, jak jsou nohy důležitou částí těla. Proto je při bolesti nohou potřeba vyřešit základní příčinu bolesti, nikoli jen tlumit bolest (Kloud, 2017). Dostáváme se pak do začarovaného kruhu. U člověka je vlivem bolesti omezena funkce nohou a tím je i snižená schopnost se dostatečně pohybovat. Alpert (2016) dospěl ve svém výzkumu k závěru, že problémy s nohama, a to právě bolest chodidel může mít velký vliv na zhoršující se rovnováhu a schopnost se pohybovat. Dále uvádí spojitost komplikací chodidel s deformitami nohou a vliv špatné obuvi.

Největší a velmi důležitou zkoumanou oblastí pro náš výzkum byla kategorie Hygiena dolních končetin, kam byly zařazeny následující subkategorie jako mytí a sušení nohou, péče o pokožku nohou, kontrola nohou samotným informantem, péče o nehty na nohou

a odborná pedikúra. Náš výzkum ukazuje, že hygiena dolních končetin pro menší část informantů znamená běžnou denní činnost. Což je totožná odpověď s tím, co uvádí ve své publikaci Dürichová (2014). Hygiena nohou je každodenní činností, která působí na pružnost a jemnost pokožky. Jak uvádí Štork (2008) a Dürichová (2014), tak by se koupel nohou měla provádět každý den. Cílová skupina to dělá, jak je popisováno. Všichni z nich provádějí hygienu nohou každý den, zpravidla ve večerních hodinách. Někdo i ráno. Ale našel se informant, který si myje nohy ráno i večer. Dospělá populace používala k mytí nejčastěji sprchový gel. Na rozdíl od seniorské populace, která nejčastěji používala obyčejné mýdlo. Jedná se o vhodné mýdlo, což potvrzujeme na základě Oakleyho (2014), který doporučuje především pro starší se sklonem k suché a popraskané kůži koupelové výrobky, které jsou založeny na bázi mýdla. Jsou to mýdla, které obsahují lanolin, glycerin. Nebo doporučuje používat zvlhčující mýdla, u kterých je menší pravděpodobnost, že díky nim dojde k odlupování kůže, oproti standartním produktům.

Nohy mají být čisté, což potvrzuje ve svém dokumentu i National Health Service Scotland (2013). Patří to mezi náležitosti vztahující se k osobní hygieně nohou. Další náležitostí je, že má být noha po umytí suchá. I Dürichová (2014) uvádí, že po koupeli je potřeba pokožku důkladně vysušit. Také v našem výzkumu jsme zjišťovali, jak si informantí suší své nohy. Všichni z dospělé i seniorské populace, vyjma jedné informantky, která si nohy nechá oschnout, si nohy osuší do sucha ručníkem. Důležité ale bylo, zda si osuší i mezprstí. Z výzkumu vyplývá, že seniorská populace je v této oblasti poctivější a devět z nich si osuší opravdu i mezprstí. V případě dospělé populace si osuší mezprstí půlka z nich. Jako důvod osušení mezprstí uvádějí, aby neměli plíseň, aby se tam neudělalo vlhko, a aby tam neměli vyrážku. Celkově tedy můžeme říci, že většina informantů suší nohy správně, protože si osuší i mezprstí. Z diplomové práce Kozárkové (2013) též vyplývá, že většina jejích zkoumaných seniorů si osuší nohy mezi prsty. Dürichová (2014) přikládá vysušení mezprstních prostorů důležitost a uvádí, že má být součástí každodenní péče. Pokud nedojde k pořádnému vysušení mezprstních prostorů, tak kůže má tendenci se zapařovat a má sklon k plísňovým chorobám. Ty se nejčastěji objevují právě v mezprstí nebo na plosce nohy. Samozřejmě se nesmí zapomínat ani na pravidelnou kontrolu nohou včetně mezprstních prostorů (Dürichová, 2014). To bylo také jednou z našich otázek v rámci výzkumného šetření. Větší část informantů, z toho všichni ze seniorské a šest z dospělé

populace, si nohy kontroluje buď záměrně, nebo neúmyslně např. při provádění hygieny, jak mnozí sami uváděli. Můžeme tedy říci, že seniorská populace dbá na kontrolu nohou více než dospělá populace. Kozárková (2013) ve své diplomové práci uvádí, že převaha jejích zkoumaných seniorů, to bylo 146 z celkového počtu 200, si své nohy pravidelně každý den kontroluje. Také National Health Service Scotland (2013) potvrzuje důležitost každodenní kontroly nohou jedincem, popřípadě nějakou druhou osobou. Kontrola nohou, konkrétně trhlin na kůži patří do oblasti péče o kůži, kterou National Health Service Scotland (2013) zařazuje do náležitostí osobní péče o nohy.

Z našeho výzkumu vyplývá, že o svoje nohy pečují nebo občas pečují všichni ze seniorské populace a sedm informantů z dospělé populace. Informanti uváděli různé způsoby, jak o pokožku nohou pečují, což můžeme vidět ve schématu 8 (str. 57). K péči o pokožku nohou nejčastěji používají pemzu a nejčastěji pečují tak, že si pokožku namažou. U mazání nohou se chvíli zastavíme. Výsledky diplomové práce Kozárkové (2013) ukazují, že tři čtvrtiny jejích zkoumaných seniorů si nohy promazává, a to většina každý den nebo obden. Naše výsledky takto jednoznačné nebyly. Cílová skupina si sice nohy spíše maže, což uvedlo dvanáct z dvaceti informantů. V pravidelnosti mazání takto poctiví ale nejsou. V případě dospělé populace je to půl na půl. Pět z nich uvádí, že si nohy nepromazávají. Nutno upozornit, že se jednalo o mužské pohlaví, kdy je většina z nich přesvědčená, že si nohy mažou pouze ženy. V případě seniorské populace si nohy informanti spíše mažou, ale pravidelnost každodenního mazání byla pouze u tří z nich. Uvedli četnost 1 nebo 2 x za den. Převážná část cílové skupiny si maže nohy pouze občas, což znamená třeba 2 x za týden, 1 x za měsíc nebo jen přes léto. Dürichová (2014) aplikaci změkčujících krémů doporučuje po předchozím oplachu nohy ideálně 1 – 2 x denně. Jedná se o krémy, které obsahují alfa-hydroxykyselinu. Zjemní pokožku, navrátí pružnost díky keratolytickým účinkům. Oakley (2014), která se ve svém článku zaměřuje na kůži starých lidí, doporučuje hydratovat pokožku pomocí aplikace změkčovadel. K dispozici jsou ve formě krémů i mastí nebo lotionů. Cohen a Anderson (2018) ve svém výzkumu pro změnu prokázali vliv sulfidu selenu při léčbě hyperkeratózy. Použití ostatní léčby pomocí keratolytik, retinoidů či fototerapie bylo neúspěšné. Avšak po léčbě pomocí sulfidu selenu, jehož bezpečná aktivní složka byla použita ve formě pěny, lotionu či šamponu, došlo k trvalé a rychlé odpovědi na léčbu (Cohen, Anderson, 2018). Dürichová (2014) však zdůrazňuje, že záleží vždy na potřebách klienta a na jeho stavu končetiny. My se s tímto názorem ztotožňujeme.

Přestože jsou vhodné výše uvedené přípravky, tak pokud dané osobě vyhovuje používat například Indulonu či tělové mléko a stav nohou se na základě toho nezhoršuje, tak to cílová skupina vlastně nedělá špatně. Lepší si nohu mazat alespoň něčím, než si jí nemazat vůbec. Naopak by nebylo ke škodě zvýšit informovanost o vhodných přípravcích používaných k mazání nohou. Také zdůraznit pravidelnost mazání, a to ideálně každý den.

Další důležitou náležitostí osobní hygieny o nohy, podle National Health Service Scotland (2013), je oblast péče o nehty. Uvádějí nutnost si nehty ostříhat. V rámci našeho výzkumu můžeme potvrdit, že informanti o svoje nehty pečují tím, že si nehty ostříhají. Větší část z nich si nehty stříhá dokulata. Uvedlo to osm informantů ze seniorské a čtyři z dospělé populace. Menší část cílové skupiny si nehty stříhá rovně. Jedna informantka zachovává při stříhání tvar nehtu. Z publikací Jirkovská a Bém (2011), American Academy of Dermatology (© 2018b) i Burdy (2015) se dozvídáme, jak se nehty mají stříhat. V některých informacích se autoři malinko rozcházejí, což je předpokládáme vzhledem k tomu, že Jirkovská a Bém (2011) zaměřili svou publikaci na diabetiky. Burda (2015) a American Academy of Dermatology (© 2018b) uvádějí, že se nehet stříhá rovně a následně zapiluje vždy jedním směrem. Jirkovská a Bém (2011) to uvádějí také, ale zároveň uvádějí, že pokud růžky nehtů přerůstají nebo zarůstají, tak je potřeba je jemně vystříhnout a následně zapilovat. Pouze dva naši informanti to dělají správně, protože si nehty ostříhají rovně a následně zapilují. V našem výzkumném souboru byl i jeden informant, který je diabetik a uváděl, že si nehty stříhal dokulata a nyní mu je stříhá dcera, která je stříhá také dokulata, což je špatně.

Výsledky Kozárkové (2013) ukazují, že větší část jejich zkoumaných seniorů si nehty stříhá rovně, ale nelze posoudit, zda je to správně, protože autorka neuvádí, zda si nehty i zapilují. Jirkovská, Bém (2011) uvádí frekvenci stříhání nehtů na noze jednou za týden a dbají na to, aby nehet nepřerůstal přes okraj prstu. Oproti tomu National Health Service Scotland (2013) ve svých pokynech doporučují si nehty nechat v délce, která jedinci vyhovuje a je pohodlná. A Burda (2015) uvádí frekvenci dokonce 1 x za 2 týdny. Z našich výsledků vyplývá, že ani ne půlka našich informantů to dělá podle prvního tvrzení a nehty si stříhají 1 x za týden. Zároveň ale uváděli, že si nehty na nohou stříhají, pokud je např. tlačí v botě nebo jedné informantce vyhovuje mít nehet delší. Tím se potvrzuje i druhé tvrzení o délce, která je pohodlná jedinci. Další tři

informanti uvedli 1 x za 10 dní, což je hodně podobné jednomu týdnu. Zbylá populace uvedla 1 x za 14 dní nebo 1 x za měsíc, což se shoduje s tvrzením Burdy (2015). My si myslíme, že frekvence stříhání je individuální dle každého jedince. Ztotožňujeme se tedy s informacemi od všech autorů, avšak nebyli bychom tak striktní. Považujeme za vhodné, aby byla populace informována o doporučené době, kdy se má nehet ostříhat, avšak každému jedinci roste nehet různě rychle a také mu vyhovuje něco jiného. Tudíž bychom nechali rozhodnutí na jedinci ale je potřeba ho ještě upozornit, aby dodržel následující informaci. Jirkovská, Bém (2011) a Musgrove, Warren (2011) upozorňují, aby nehty na nohou nebyly zastříženy příliš krátce.

S péčí o kůži nohou a nehtů souvisí i návštěva odborné pedikúry. Člověk sám pro sebe v rámci péče o nohy, jak uvádí Schneider (2011), může pravidelně navštěvovat pedikúru. Náš výzkum však ukazuje, že na odbornou pedikúru z různých důvodů chodí pouze dvě informantky z dospělé populace. Jednalo se o zajímavé důvody, které v případě mužů jsou možná pochopitelné. Mají zafixovaný názor odborné pedikúry jako místo, které navštěvují pouze ženy. U žen byly důvody rozcházející se. Můžeme se na ně podívat ve schématu 11 (str. 62). Pro nás to byli velmi překvapivé oblasti. Předpokládali bychom, že informantky ženského pohlaví odradí například cena pedikúry, to však neuvvedla ani jedna z nich. Také výsledky diplomové práce Kozárkové (2013) ukazují, že převaha jejich zkoumaných seniorů odbornou pedikúru nenavštěvuje. Důvody neuvádí. Zajímavé je, jak uvádí Kloud (2017), že manikúra je u lidí žádanější než již zmiňovaná pedikúra. I přes tento přístup je velkou nevýhodou právě to, jak nohy vypadají, když jsou pak bez ponožek či bez bot. To nás pak bohužel prozradí, zda o ně správně pečujeme nebo ne. Myslíme si, že pokud je cílová skupina schopna si pedikúru provádět sama a mají dostatečné informace a vhodné pomůcky k jejímu provádění, tak mají pravdu v tom, že vlastně odbornou pedikúru ani nepotřebují. Otázkou ale zůstává individualita nohou každého jedince a tím pádem i odlišná a individuální péče o nohy. Na druhou stranu, jak bylo už také zmiňováno u mazání nohou, lepší nějaká péče než vůbec žádná, pokud nedochází ke zhoršování pokožky nohou. National Health Service Scotland (2013) uvádí, že péče o nohy musí být především komplexní. Včasná účast podiatra a spolupráce s ostatními odborníky může být prevencí budoucích problémů na nohách či celých dolních končetinách.

Na základě výše zmíněného lze konstatovat, že dospělá i seniorská populace určité znalosti v oblasti péče o dolní končetiny má. Obě populace nějakým způsobem, jak je výše popsáno, realizují péči o dolní končetiny. Z výsledků také vyplývá podceňování preventivních prohlídek. Na druhou stranu, ale poctivost informantů při mytí nohou i sušení kritických meziprstních prostorů. O svoje nohy cílová skupina pečuje mazáním a pedikúrou, ale odbornou pedikúru nenavštěvují. Nutno zdůraznit, že péče o pokožku nohou není příliš pravidelná. Problematická se jeví také péče o nehty, kde je třeba doplnit informace o vhodnějším způsobu stříhání.

Schneider (2011) považuje za důležité v rámci péče o nohy nosit boty, kde není noha zdeformovaná a popřípadě i chodit naboso. Náš výzkum se na chůzi naboso tedy nezaměřoval, avšak volba ponožek a obuvi byla samotnou velkou kategorií, u které se na chvíli zastavíme.

Kopecká (2012) popisuje zásady péče o dolní končetiny u diabetiků a zařazuje sem i vhodné prádlo a boty. Podle ní má ponožky diabetik nosit vždy bezešvé a bavlněné. Ponožka nemá mít stahující gumičku. The Canadian Diabetes Association (2018) to ještě doplňují, že je vhodná bílá ponožka, na které bude snadno vidět, že se objeví puchýř či zranění. Diabetik i zdravý jedinec by si měl každý den měnit ponožky. Což potvrzuje Štork (2008), který zahrnuje denní výměnu ponožek jako profylaktické opatření proti vzniku defektů. S Dürichovou (2014) se shodují na bavlněných ponožkách jako nejlepší variantě. Hlavním důvodem nošení bavlněných ponožek je jejich funkce. Slouží ke správnému odvodu potu a pokožka pak může dýchat. Najafi, Bruin, Reeves et al. (2013) ve svém výzkumu popisují, že jsou vhodné protiskluzné ponožky. Jsou lepší než standardní ponožky, protože snižují riziko pádu na kluzkém povrchu, a to především u starších lidí (Najafi, Bruin, Reeves et al., 2013). Dle výše popsaného jsme v rámci našeho výzkumného šetření zjistili, že převaha cílové skupiny nosí vhodné ponožky. Preferují bavlněné ponožky, což uvedlo čtrnáct z nich, z toho sedm ze seniorské a sedm z dospělé populace. Převaha informantů, tedy čtrnáct, z toho devět ze seniorské a pět z dospělé populace, uvedlo, že nosí ponožky s volnější gumičkou, což je dle výše uvedených zdrojů správně. Menší část informantů, z toho čtyři z dospělé a dva ze seniorské populace, mají ale raději pevnější gumičku. Kozárková (2013) uvádí podobné výsledky. Převaha jejich zkoumaných diabetiků preferuje bavlněné ponožky s volnou gumičkou. Nikdo z informantů se nezmněl

o nošení protiskluzných ponožek. Možná proto, že většina ze seniorské populace uvedla, že nosí na doma pantofle a považuje to za dostatečnou prevenci proti pádu.

Tím se dostáváme k samotné obuvi nošené naší cílovou skupinou. Jak už je zmíněno, tak na doma seniorská populace nosí pantofle. Davis, Murphy a Haines (2013) však považují pantofle za nevhodnou obuv, protože díky nedostatečné fixaci nohy, kluzké podrážce a často úzké patě, je právě naopak zvýšené riziko pádu. Jejich výzkum ukazuje spojitost pantofle s pádem především u starších dospělých. My s tímto názorem souhlasíme, pouze pokud by pantofel byla opravdu tohoto typu, jak je popisováno. Protože v případě nošení pantofle jako je například Legwood, což dva informanti uvedli, je tato informace sporná. Jedná se zdravotní obuv, která dodává chodidlu větší stabilitu. Docíleno je toho pomocí systému, kde působí série bodů a naklonění. Tyhle zdravotnické pantofle zlepši nejen rovnováhu uživatele, ale také sníží namáhání pohybového aparátu. Výhodnou je podrážka, která je řešena jako protiskluzová (Peterlegwood, © 2018). Z vlastních zkušeností lze toto tvrzení potvrdit. Tyto pantofle byly během posledních týdnů rozdány v nejmenované nemocnici místo současné zdravotnické obuvi. Pantofle jsou opravdu protiskluzové, nezakopává se v nich a zajistí dokonalou rovnováhu.

Novou obuv si podle našeho výzkumu cílová skupina nejčastěji kupuje až když je původní bota zničená, informanti uváděli frekvenci 1 x za 2 roky. Jednalo se převážně o seniorskou populaci. Oproti tomu větší část dospělé populace, uvádí koupí nové obuvi 1 x za rok. Pouze jeden informant ze seniorské populace také uvedl 1 x za rok. Obuv by měla být kupována podle toho, k jakému účelu bude potřeba, jak uvádí Součková (2014). V našem výzkumném šetření cílová skupina na výběr nové obuvi často odpovídala kombinací odpovědí. Nejčastěji u nich výběr nové obuvi ovlivňuje vzhled. Většina dospělé populace a tři informanti ze seniorské populace, uvádí „*musí se mi bota líbit*“. Což potvrzuje i Fešar (2016b), který se domnívá, že právě boty ze specializovaných prodejen mohou být pro mnohé lidi nemódní. Zároveň však dalších jedenáct informantů, šest z dospělé a pět ze seniorské populace, chtějí botu také pohodlnou. Ze studie Davise, Murphyyho a Hainese (2013) také vyplývá, že informanti v jejich případě starší ženy, jsou při výběru ovlivněny především pohodlím a estetikou. Fešar (2016b) upozorňuje, že na nohu by bota měla perfektně padnout již v prvních okamžicích. Součková (2014) ještě doporučuje se v botě projít, než dojde ke koupi.

Jako další odpověď cílová skupina uváděla, že by si nekoupila drahou botu. Také materiál byl při výběru nové obuvi pro čtvrtinu z nich důležitý. Je to správné, jak můžeme potvrdit podle článku Fešara (2016b). Tvrdí, že v botách trávíme velkou část našeho života, a proto je lepší si koupit pár kvalitních párů bot než více nekvalitních párů bot. K celodennímu nošení se doporučuje vycházková obuv ze specializovaných prodejen. Šťastná (2014) ještě upozorňuje na nevhodnost celodenního nošení špičaté módní obuvi. Dále i s Dürichovou (2014) potvrzují, že obuv by měla být z kvalitního, měkkého a prodyšného materiálu, absorbující vlhkost. Šťastná (2014) uvádí za nejvhodnější přírodní materiál.

Slezáková (2008) a Fešar (2016b) doporučují střídání obuvi. Důvodem podle Fešara (2016b) je rozdílnost tvarů bot. Každá bota namáhá nohu trochu jiným způsobem (Fešar, 2016b). Pokud si vybíráme boty, musíme vědět, pro jakou příležitost je budeme potřebovat. Podle toho volíme správný typ, jak uvádí Dürichová (2014). Schneider (2011) ještě doplňuje, aby se bota nekupovala, ani nenosila, pokud je tam noha stlačená nebo zdeformovaná. Z našeho výzkumu vyplývá, že cílová skupina boty střídá. Nejčastější odpovědí na počet párů bot nošených informanty za sezónu bylo tři páry bot. Tuto odpověď uvádí deset z nich, šest ze seniorské a dva z dospělé populace. Literatura neuvádí, kolik páru bot je považováno za dostačující ke střídání. Vzhledem k dalším odpovědím z našeho výzkumného šetření, kdy odpovědi byli od dvou do osmi párů bot, považujeme informanty v této oblasti za dostatečně informované. Pouze jeden informant nosí jeden pár bot na sezónu. Boty si cílová skupina vybírá aktuálně nejčastěji podle toho, kam jdou a co budou dělat. To uvedlo dvanáct z nich, šest z dospělé a šest ze seniorské populace. Zajímavými odpověďmi při výběru obuvi byl výběr podle počasí či podle toho, co mají zrovna na sobě.

National Health Service Scotland (2013) považují za důležité v rámci osobní hygieny o nohy kontrolovat i obuv. Z výzkumu Kozárkové (2013) vyplývá pravidelná kontrola bot před nazutím u poloviny jejich tázaných seniorů. Z našeho výzkumu naopak vyplývá, že větší polovina informantů si boty zevnitř nekontroluje. Ti, co uvedli, že si boty zkontrolují, tak následně řekli, že kontrolují botu zvenku, jestli není špinavá. Pouze čtyři informanti ze seniorské a jeden informant z dospělé populace, uvedli kontrolu boty zevnitř, kdy koukají, zda tam nemají např. kamínek. Myslíme si, že naše výsledky a výsledky Kozárkové (2013) jsou odlišné, protože my jsme měli otevřenou otázku.

V případě odpovědi, že si botu zkontrolují před obutím, jsme se doptávali, zda zkontrolují botu opravdu i zevnitř, jestli tam není kamínek. Pak jejich nejčastější odpověď byla negativní. Oproti tomu Kozárková (2013) měla danou odpověď ano či ne a blíže otázku nespecifikovala. S kontrolou bot souvisí i péče o ně. Kdy všichni informanti o boty pečují pravidelným mytím.

Výsledky spojené s touto oblastí ukazují, že je potřeba opakovaná a přesnější edukace, kde nesmí při výběru obuvi převažovat estetické hledisko. Také je potřeba edukovat o základních pravidlech týkající se výběru obuvi, které ve svém článku uvádí Součková (2014), Šťastná (2014) a Fešar (2016b) a podrobněji jsou popsány v teoretické části (viz str. 27).

Fešar (2016b) upozorňuje na odborníky na tuto problematiku, kteří dokážou poradit při výběru správných vložek do bot nebo dalších kompenzačních pomůcek. Čímž se dostáváme k poslední orientační oblasti. Jedná se o oblast kompenzačních pomůcek v péči o dolní končetiny. Tato otázka byla v průběhu výzkumu přeformulována z důvodu lepší srozumitelnosti. Nejčastěji si informanti představí, že se jedná o vložky do bot. Uvedla to větší polovina z nich, tedy dvanáct. Ostatní odpovědi můžeme vidět ve schématu 16 (str. 72). Zajímavé je, že pouze čtyři informanti uvedli, že používají nějakou kompenzační pomůcku. Vzhledem k tomu, že většina z nich má deformitu či onemocnění nohy je zajímavé, možná i smutné, že žádnou kompenzační pomůcku v souvislosti s danou deformitou či onemocněním, nepoužívají. Jak uvádíme v teoretické části, tak pokud jsou nohy nemocné nebo deformované je potřeba jim věnovat zvýšenou péči. Doporučuje se používat ortopedické boty a ortopedické vložky, jak bylo popsáno výše (viz str. 28-29).

Mezi správnou a především každodenní péčí o nohy kromě již zmiňovaného patří podle Klouda (2017) i zdravá výživa, dostatek chůze, cvičení a masáže. To opět potvrzuje Schneider (2011), který uvádí, že vlivem nedostatku pohybu dochází k ochabnutí svalů na nohou, proto je důležitá pravidelná a vhodná gymnastika nohou. Cvičení nohou má provádět člověk s deformitou, i zdravý člověk. Cvičením dochází nejen k posílení svalstva nohy, ale především se pohybem zvýší prokrvení nohou. Tuto oblast jsme do našeho výzkumného šetření nezahrnuli, ale chceme na ní v rámci edukace také upozornit, protože je potřeba jí neopomíjet a myslet na ni při péči o nohy.

V rámci výzkumného šetření byl proveden rozhovor s podiatrickou sestrou, z kterého vyplývají následující informace. *Zkušenosti podiatrické sestry v péči o dolní končetiny u pacientů v její ambulanci jsou všelijaké. Převažují horší pacienti, a to převážně muži, kteří jsou vysocí a takový pořádní. Na radu sestry dají až v případě opakované edukace. Velký vliv na ně mají ostatní pacienti, které vidí v čekárně (například vidí pacienta s amputovanou nohou a bojí se, že by se mu to také mohlo stát).* I Houtum (2012) ve svém článku potvrzuje, že lidé, kteří viděli problémy v oblasti nohy u svých přátel nebo příbuzných, se mnohem více obávají následků. *Péče o dolní končetiny z pohledu podiatrické sestry je u pacientů spíše nedostatečná. Zásadní problém vidí především ve špatném obouvání. Pacienti chodí převážně naboso, což je u podiatrických pacientů zakázáno.*

Pro účely našeho výzkumu se jeví podstatné následující zjištění. *Pomoc k nápravě v péči o dolní končetiny by podiatrická sestra viděla ve větší a opakovanou edukaci veřejnosti a také lepší preventivní vyšetření u obvodního lékaře. Edukace by pak dle jejího názoru měla směřovat k poskytnutím informací o pravidelné pedikúře, o pravidelném promazávání končetin, o vhodnosti materiálu používaného prádla a samozřejmě na informace o správné hygieně. Vnímá otázku nedostatku času pro vyšetření nohou pohledem, případně opomenutí tohoto vyšetření. Uvádí, že je to samozřejmě i v lidech, že ne každý člověk má o to zájem. Jako příklad uvádí pacienty z vesnice, kteří se vymlouvají na to, že je nemá k doktorovi kdo odvézt a odsouvají návštěvu lékaře, co jen to jde.* National Health Service Scotland (2013) potvrzuje, že k tomu, aby byla prováděna dobrá péče o nohy, tak to závisí na lidech, kteří jsou v péči aktivní a pečují pravidelně. I Kloud (2017) popisuje jako důležitý bod aktivní přístup jednotlivých lidí. A Kuzníková (2011) ještě popisuje jako důležité pozitivní pohled na vlastní život. Pokud tímto směrem směřujeme svůj pohled, tak to s ohledem na nemoc může být cestou proto, aby se upravily životní podmínky a podmínky životního stylu, což může být dobrou prevencí.

My se s názorem podiatrické sestry i výše uvedených autorů ztotožňujeme. Také si myslíme, že opakovaná a především srozumitelná edukace v oblasti péče o nohy je na místě, i přesto, že z našeho výzkumného šetření vyplývá, že znalosti cílová skupina měla. Ne každý to ale dělá přesně tak, jak by se mělo. Výsledky také ukazují na dopady nevhodně volené obuvi a nepravidelnost péče, která byla patrná i na nohách našich

informantů. Důležité je i namotivovat jedince k aktivnímu přístupu v péči o nohy. Jako přínosné považujeme Koncept zdravé chůze, který popisuje Schneider (2011). Cílem tohoto Konceptu zdravé chůze má být poskytnout lidem informace o důležitosti péče o nohy. Informovat je o základech týkajících se péče o nohy a motivovat každého člověka v péči o nohy. Také zdůrazňovat, že v každém věku může člověk sám pro sebe něco udělat. Přehledným edukačním materiálem je také dokument vytvořený ve Skotsku, který je zaměřený na osobní péči, jehož součástí je především osobní hygiena nohou. Dokument se zaměřuje na vzdělávání jednotlivců, ale i příbuzných či pečovatelů v této oblasti (National Health Service Scotland, 2013).

Price (2016) ve svém článku pak doporučuje jak konkrétně edukaci provádět. Edukace musí být zaměřena jednoduše a na potřeby jednotlivce. Jako vhodné při edukaci uvádí používání obrázků a uvádění osobních příběhů s danou oblastí. Důležitá je snaha ukázat podstatné informace a nezahltit nadbytkem informací. Houtum (2012) zdůrazňuje, jak je vzdělání v péči o nohy klíčové. A též doporučuje opakovaný, jednoduchý a konzistentní způsob. Protože s tímto tvrzením souhlasíme, využili jsme tyto informace a náměty při tvorbě workshopu zaměřeného na péči o nohy, který byl navržen na základě výsledků výzkumného šetření.

7 ZÁVĚR

Dolní končetiny nebo také nohy a péče o ně. Oblast, která je často zanedbávaná až do příchodu případných potíží. Tato diplomová práce se zabývala právě tímto tématem, protože se jedná o velmi aktuální téma a jak nám vyplývá z výzkumné části, tak opakovaná edukace není na škodu.

Několikrát v této práci bylo zmiňováno, jak je péče o nohy důležitá. Co je ale ještě důležitější, je povědomí samotného člověka o tom, proč je péče o nohy tak důležitá a jak ji správně provádět, aby nedošlo k případným potížím, jako jsou deformity či onemocnění dolních končetin.

Můžeme říci, že došlo ke splnění cílů práce. Výsledky našeho výzkumného šetření, ukazují, že dospělá i seniorská populace má určité znalosti a dovednosti v péči o dolní končetiny a určitým způsobem péči o dolní končetiny i provádí. Výsledky nám ukazují, poctivost informantů při mytí nohou i sušení kritických meziprstních prostorů. O nohy informanti pečují mazáním a pedikúrou, ale odbornou pedikúru nenavštěvují. Na druhou stranu se také ukazuje, že péče o pokožku nohou není příliš pravidelná. Problematická se jeví také péče o nehty, kde je třeba doplnit informace o vhodnějším způsobu stříhání. Zároveň vyvstává potřeba opakované edukace, která by směřovala k oblasti péče o nohy s větším důrazem právě na oblasti, které se v rámci našeho výzkumného šetření ukazují jako podceňované a cílovou skupinou zanedbávané. Na potřebu opakované a přesnější edukace poukazují i výsledky spojené s výběrem bot, kde by nemělo převažovat jen estetické hledisko. Dopady nevhodně volené obuvi a nepravidelné péče byly patrné i na nohách našich informantů, stejně jako podceňování preventivních prohlídek u obvodního lékaře. Naší snahou v rámci výstupu z této diplomové práce je nejen poukázat na nutnost opakované edukace, ale především snaha zdůraznit důležitost péče v oblasti nohou.

Výsledky výzkumného šetření mohou posloužit jako ukázka oblastí, na které je potřeba, se v rámci edukace jedinců v péči o dolní končetiny více zaměřit, samozřejmě s přihlédnutím k individualitě každého jedince. Také navržená edukační myšlenková mapa by mohla posloužit k praktickým účelům při edukaci např. u obvodního či závodního lékaře v rámci preventivní prohlídky. Navržený workshop by mohl být přínosný i pro pacienty v nemocnici či pro návštěvníky Centra prevence.

Na závěr bychom chtěli říci, že i přes snahu poskytnout jednoduchou, srozumitelnou a opakovanou edukaci, je potřeba především aktivní přístup a snaha každého jedince. Každý může pro své zdraví něco udělat, ale musí chtít něco dělat.

8 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

1. American Academy of Dermatology, © 2018a. *How to trim your nails*. [online]. [cit. 2019-04-05]. Dostupné z: <https://www.aad.org/public/skin-hair-nails/nail-care/healthy-nails/how-to-trim-your-nails>.
2. American Academy of Dermatology, © 2018b. *Teaching your child healthy nail care*. [online]. [cit. 2019-04-05]. Dostupné z: <https://www.aad.org/public/skin-hair-nails/nail-care/child-nail-care>.
3. ALPERT, P. T., 2016. Podiatric Issues in Older Adults. *Home Health Care Management & Practice*. 28(4), 282-284. ISSN 1084-8223.
4. AYODE, D., TORA, A., FARRELL, D. et al., 2016. Association between Causal Beliefs and Shoe Wearing to Prevent Podoconiosis: A Baseline Study. *The American Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 94(5), 1123-1128. ISSN 1476-1645.
5. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví. 6. Přepřacované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
6. BÍLKOVÁ, V., 2016. Choroby nechtov. *Podolog*. 2016(2), 17-18. ISSN 2464-6784.
7. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. 223 s. ISBN 978-80-247-5333-1.
8. COHEN, P. R., ANDERSON, C. A., 2018. Topical Selenium Sulfide for the Treatment of Hyperkeratosis. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 8(4), 639-646. DOI: 10.1007/s13555-018-0259-9.
9. ČELEDOVÁ, L, ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
10. ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., ČEVELA, R., 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum. 152 s. ISBN 978-80-246-3404-3.
11. Česká diabetologická společnost ČLS JEP, 2016. *Doporučený postup pro prevenci, diagnostiku a terapii syndromu diabetické nohy*. [online]. [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: http://www.diab.cz/dokumenty/standard_diab_noha.pdf.

12. ČEŠKA, R. ŠTULC, T. et al., 2015. *Interna 2. aktualizované vydání*. Praha: Triton. 909 s. ISBN 978-80-7387-885-6.
13. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z. et al., 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4544-2.
14. DAVIS, A., MURPHY, A., HAINES, T. P., 2013. Good for Older Ladies, Not me. How Elderly Women Choose Their Shoes. *Journal of the American Podiatric Medical Association*. 103(6), 465–470. ISSN 8750-7315.
15. DŮRICHOVÁ, D., 2014. *Praktická pedikúra – Studijní materiál pro podologickou praxi*. Praha: Gemmapress. 124 s. ISBN 978-80-86267-04-0.
16. DYLEVSKÝ, I., 2009. *Funkční anatomie*. Praha: Grada. 532 s. ISBN 978-80-247-3240-4.
17. FELIX, O., PŘIVŘEL, M., 2013. *Příprava ke zkoušce z vnitřního lékařství*. Praha: Galén. 363 s. ISBN 978-80-7262-980-0.
18. FEŠAR, J., 2011. Víme si rady se svými nehty? *Podiatrické listy*. 2011(1), 14-15. ISSN 2336-7725.
19. FEŠAR, J., 2016a. Cévní komplikace v oblasti bérce. *Podolog*. 2016(2), 19-20. ISSN 2464-6784.
20. FEŠAR, J., 2016b. Jak vybrat vhodnou obuv. *Podolog*. 2016(2), 3-4. ISSN 2464-6784.
21. HANZLÍKOVÁ, A., 2007. *Komunitní ošetřovatelství*. Martin: Osveta. 271 s. ISBN 978-80-8063-257-1.
22. HAVRDA, M., 2014. Pojmy podiatrie a podologie. *Podiatrické listy*. 2014(1), 48-49. ISSN 2336-7725.
23. HOLÁ, M., 2011. Jak ošetřovat bércevé vředy. *Podiatrické listy*. 2011(1), 10. ISSN 2336-7725.

24. HOUDOVÁ, H., 2014. Lymfedém v podiatrické praxi. *Podiatrické listy*. 2014(1), 28-30. ISSN 2336-7725.
25. HOUTUM, W. H., 2012. Barriers to implementing foot care. *Diabetes Metab Res Rev*. 28(1), 112-115. DOI: 10.1002/dmrr.2238.
26. HOWELL, D., 2012. *NABOSO. 50 důvodů proč si zout boty*. Praha: Mladá fronta. 168 s. ISBN 978-80-204-2637-6.
27. HRADECKÁ, L., 2010. *Podiatrie, podologie a syndrom diabetické nohy*. [online]. [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/podiatrie-podologie-a-syndrom-diabeticke-nohy-451708>.
28. JIRKOVSKÁ, A., BÉM, R., 2011. *Praktická podiatrie: Základy péče o pacienty se syndromem diabetické nohy*. Praha: Maxdorf. 139 s. ISBN 978-80-7345-245-2.
29. KAZMAROVÁ, L., 2016. Návod na použití nohou. *Podolog*. 2016(2), 6-7. ISSN 2464-6784.
30. KLOUD, P., 2017. Podiatrie v léčebné rehabilitaci. *Podiatrické listy*. 2017(1), 16-21. ISSN 2336-7725.
31. KOPECKÁ, I., 2011. *Psychologie: Učebnice pro obor sociální činnost. 1. Díl*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3875-8.
32. KOPECKÁ, E., 2012. *Edukační desatero pro diabetiky*. [online]. Česká podiatrická společnost. [cit. 2019-02-18]. Dostupné z: <http://www.podiatrie.cz/clanky/edukacni-desatero-pro-diabetiky-19/>.
33. KOZÁRKOVÁ, B., 2013. *Jak pečují senioři o své nohy*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita.
34. KŘIVOHLAVÝ, J., 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie. Možnosti, které čekají*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-3604-4.
35. KUČERA, D., 2013. *Moderní psychologie. Hlavní obory a témata současné psychologické vědy*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4621-0.

36. KUZNÍKOVÁ, I., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
37. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2007. *Vývojová psychologie*. 2., aktualizované Vyd. Praha: Grada. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
38. LEVITOVÁ, A., HOŠKOVÁ, B., 2015. *Zdravotně-kompenzační cvičení*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4836-8.
39. LEVY, L. A., 2015. The Role of Podiatric Medicine in the Health-Care Team. A Paradigma Shift. *Journal of the American Podiatric Medical Association*. 105(2), 198-199. ISSN 8750-7315.
40. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. A KOLEKTIV, 2015. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.
41. MERKUNOVÁ, A., OREL, M., 2008. *Anatomie a fyziologie člověka: pro humanitní obory*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-1521-6.
42. MĚŘÍNSKÝ, J. 2019a. *Ortopedická obuv*. [online]. [cit. 2019-11-20]. Dostupné z: <http://www.ortopedickaobuv.eu/ortopedicka-obuv.html>.
43. MĚŘÍNSKÝ, J., 2019b. *Ortopedické vložky*. [online]. [cit. 2019-11-20]. Dostupné z: <http://www.ortopedickaobuv.eu/ortopedicke-vlozky.html>.
44. MUSGROVE, A., WARREN, T., NHS Trust, Nottingham University Hospitals, 2011. *Clinical Guidelines. Toe Nail Care*. [online]. [cit. 2019-04-05]. Dostupné z: https://www.algeos.com/filemanager/research/Toe_Nail_Care%20policy%20for%20nottingham.pdf.
45. NÁDAŠIOVÁ, M., 2015. Kostné výrastky na chodidlách. *Podolog*. 2015(1), 10-13. ISSN 2464-6784.
46. NAJAFI, B., BRUIN, E. D., REEVES, N. D. et al., 2013. The Role of Podiatry in the Prevention of Falls in Older People. A JAMPA Special Issue. *Journal of the American Podiatric Medical Association*. 103(6), 452-456. ISSN 8750-7315.

47. Návrh na přijetí zákona o podpoře záležitostí starší generace (zákon o seniorech), 2015. In: *Rada seniorů České republiky s. s.* [online]. [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: <http://www.rscr.cz/wp-content/uploads/2015/03/Z%C3%A1kon-o-seniorech.pdf>.
48. National Health Service Scotland, The Scottish Government, 2013. *Personal Footcare Guidance*. [online]. Edinburg: The Scottish Government. 23 s. ISBN: 978-1-78256-630-4. [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: <http://www.knowledge.scot.nhs.uk/media/7129810/final%20guidance%20to%20print%20290813.pdf>.
49. OAKLEY, A., 2014. „Seventh age itch“: Preventing and managing dry skin in older people. *Best Practice Journal*. 63(9), 6-15. ISSN 2253-1947.
50. PETERLEGWOOD, © 2018. [online]. [cit. 2019-02-18]. Dostupné z: <https://peterlegwood.com/>.
51. PLEVOVÁ, I., 2011a. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
52. PLEVOVÁ, I., 2011b. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 223 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
53. PRICE, P., 2016. How can we improve adherence? *Diabetes Metab Res Rev*. 32(1), 201-205. DOI: 10.1002/dmrr.2744.
54. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2015. *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, první, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5788-9.
55. RABBITT, L., MULKERRIN, E. C., O'KEEFFE, S. T., 2016. A review of nocturnal leg cramps in older people. *Age and Ageing*. 45(6), 776-782. DOI: 10.1093/ageing/afw139.
56. SCHNEIDER, U., M., 2011. Zdravé nohy – Jak motivovat klienty. *Podologické listy*. 2011(1), 18-19. ISSN 2336-7725.
57. SKOŘEPOVÁ, M., 2010a. Dermatomykózy – aktuální problém. *Dermatologie pro praxi*. 2010(3,4), 144-146. ISSN 1803-8956.

58. SKOŘEPOVÁ, M., 2010b. Dermatomykózy. *Medicína pro praxi*. 2010(7,4), 185-188. ISSN 1803-5876.
59. SLEZÁKOVÁ, L., 2008. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty IV*. Praha: Grada. 213 s. ISBN 978-80-247-2506-2.
60. SOUČKOVÁ, M., 2014. *Nákup nové obuvi*. Česká podiatrická společnost. [online]. [cit. 2019-03-18]. Dostupné z: <http://www.podiatrie.cz/clanky/nakup-nove-obuvi-14/>.
61. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5710-0.
62. ŠŤASTNÁ, P., 2014. *Základní požadavky na zdravotně nezávadnou obuv u dětí a dospělých*. Česká podiatrická společnost. [online]. [cit. 2019-03-18]. Dostupné z: <http://www.podiatrie.cz/clanky/zakladni-pozadavky-na-zdravotne-nezavadnou-obuv-u-deti-a-dospelych-15/>.
63. ŠTORK, J., 2008. *Dermatovenerologie*. Praha: Galén. 502 s. ISBN 978-7262-371-6.
64. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
65. TERRIE, Y. C, 2017. Leg Cramps: A Sign of Underlying Illness? [online]. *Pharmacy Times*. [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: <https://www.pharmacytimes.com/publications/issue/2017/july2017/leg-cramps-a-sign-of-underlying-illness>.
66. The Canadian Diabetes Association, 2018. *Foot care: A step toward good health*. [online]. [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: <https://guidelines.diabetes.ca/docs/patient-resources/foot-care.pdf>.
67. TRNAVSKÝ, K., 2009. Bolestivá noha. *Praktický lékař*. 89(6), 317-318. ISSN 0032-6739.

68. VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
69. VLHOVÁ, H., 2014. Záludnosti hojení při lymfedému. *Podiatrické listy*. 2014(1), 31-33. ISSN 2336-7725.
70. Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 27/2012. [online]. [cit. 2019-03-18]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-70>.
71. VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I. Obecná část*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
72. Všeobecná zdravotní pojišťovna Česká Republika, © 2019. *Hradí pojišťovna ortopedické vložky do bot? Zhoršuje se mi plochá noha a začínám mít vbočené palce*. [online]. [cit. 2019-11-20]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/ortopedicke-vlozky-do-bot>.

9 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Cviky na nohy

Příloha 2 - Informovaný souhlas pro účastníka výzkumu

Příloha 3 – Otázky k rozhovoru s podiatrickou sestrou

Příloha 4 – Otázky k rozhovoru s dospělou a seniorskou populací původní verze

Příloha 5 - Otázky k rozhovoru s dospělou a seniorskou populací konečná verze

Příloha 6 – Scan zpracovaného rozhovoru

Příloha 7 – Workshop spokojené nohy

Příloha 8 - Myšlenková mapa k workshopu Spokojené nohy

Příloha 1 – Cviky na nohy

Přejíždění nohy po válečku



Zdroj: Vlastní 2019.

Hýbání s prsty nahoru a dolů



Zdroj: Vlastní 2019.

Zvedání ručníku pomocí prstů



Zdroj: Vlastní 2019.

Mačkání míčku pomocí kotníků



Zdroj: Vlastní 2019.

Mačkání míčku pomocí prstů



Zdroj: Vlastní 2019.

Nohy k sobě



Zdroj: Vlastní 2019.

Nohy od sebe



Zdroj: Vlastní 2019.

Příloha 2 - Informovaný souhlas pro účastníka výzkumu

Byla jsem seznámena s cílem a obsahem výzkumného projektu na téma: Péče o dolní končetiny v dospělosti a ve stáří, který vede Bc. Lucie Vojčová.

Souhlasím s účastí na tomto výzkumu a dávám své svolení výzkumnici, aby materiál, který získá při rozhovoru se mnou, použila za účelem napsání své diplomové práce. Souhlasím s nahráváním mého rozhovoru a s jeho následnou analýzou a přepisem. Dávám souhlas, že výzkumnice může ve své diplomové práci citovat informace, které jí poskytnu. Jsem si vědom, že všechny mé osobní údaje zůstanou v anonymitě, nikde ve zpracování se neobjeví mé jméno.

Jsem si vědoma, že pokud se v průběhu rozhovoru objeví obtížné téma, mohu odmítnout odpovědět na jakoukoliv otázku a kdykoliv ukončit rozhovor.

Jsem si vědoma, že mohu odstoupit od tohoto výzkumného projektu do sedmi dnů od poskytnutí rozhovoru.

JMÉNO:

PODPIS:

DATUM:

Příloha 3 - Otázky k rozhovoru s podiatrickou sestrou

- 1.** Jak dlouho už pracujete v podiatrické poradně?
- 2.** Jaké je Vaše vzdělání? Jaké vzdělání musíte mít, abyste mohla pracovat v této ambulanci?
- 3.** Jsou v podiatrickém oboru nějaké vzdělávací kurzy nebo speciální vzdělání? Účastníte se?
- 4.** Jak se k Vám pacient dostane? Musí mít nějaké doporučení např. od ošetřujícího lékaře?
- 5.** Co přesně obnáší Vaše práce v podiatrické ambulanci?
- 6.** Co patří mezi základní podiatrická vyšetření, která provádíte ve Vaší ambulanci?
- 7.** Jakou máte zkušenost u Vašich pacientů s péčí o dolní končetiny?
- 8.** Co podle Vás dělají pacienti v péči dolní končetiny špatně a co dobře?
- 9.** Co by podle Vás pomohlo k nápravě?
- 10.** Jakým směrem by podle Vás měla být zaměřena prevence péče o dolní končetiny?
- 11.** Co považujete v dosavadní prevenci za slabá místa a v čem naopak vidíte výhody?
- 12.** Jaké jsou ve Vaší ambulanci používány informační materiály k prevenci?

Příloha 4 - Otázky k rozhovoru s dospělou a seniorskou populací původní verze

Osobní údaje

1. Pohlaví
 - a. Muž
 - b. Žena
2. Jaký je Váš věk?
3. Trpíte nějakým chronickým onemocněním?
 - a. Diabetes
 - b. Onemocnění tepen
 - c. Onemocnění srdce
 - d. Neurologické onemocnění
 - e. Jiné.....Léčíte se s tímto onemocněním?
4. Kouříte?
 - a. Ano
 - b. NePočet:
5. Jaké je Vaše zaměstnání?
Co přesně v práci děláte?
 - a. Stojíte
 - b. Sedíte
 - c. Obojí
 - d. ChodíteJakou obuv v práci nosíte?

Dolní končetiny

6. Chodíte na pravidelné kontroly k obvodnímu lékaři?
 - a. Ano
 - b. NeKontroluje Vám dolní končetiny?
7. Máte nějaké onemocnění dolních končetin
 - a. Křečové žíly
 - b. Ischemická choroba dolních končetin
 - c. Bércové vředy
 - d. Lymfedém
 - e. Jiné
8. Máte nebo jste v minulosti měl/a nějaké defekty na dolních končetinách

Plochá noha	Tinea pedis – plíseň na DK	Onychomykóza – plíseň nehtů
Hyperkeratóza	Kuří oko	Mozol
Kladívkovité prsty	Drápkovité prsty	Kostěné výrůstky
Vbočený palec	Zarostlý nehet	

Zdroj: Vlastní 2019.

9. Myslíte, že bych se mohla podívat na Vaše nohy? Samozřejmě pokud Vám to nebude vadit.

<p>Plochá noha</p> 	<p>Tinea pedis – plíseň na DK</p> 	<p>Onychomykóza – plíseň nehtů</p> 
<p>Hyperkeratóza</p> 	<p>Kuří oko</p>  <p>1 – tvrdé kuří oko – 2 – cévnaté kuří oko – 3 – zrnité kuří oko – 4 – měkké kuří oko</p>	<p>Mozol</p>
<p>Kladívkovité prsty</p> 	<p>Drápkovité prsty</p> 	<p>Kostěné výrůstky – dvojitá pata</p> 
<p>Vbočený palec</p> 	<p>Zarostlý nehet</p>  <p>a – zdravý nehet – b – zarostlý nehet nepravý – c – správně zastříhnutý nehet – d – nesprávně zastříhnutý nehet</p>	

Zdroj: Obrázky použity z Dürichová (2014) a Jirkovská, Bém (2011).

Hygiena dolních končetin

10. Co si představíte pod pojmem hygiena dolních končetin?

Co pro Vás hygiena dolních končetin znamená?

11. Kontrolujete si svoje nohy?

Jak často si je kontrolujete?

12. Popište mi, jak provádíte hygienu dolních končetin.

A jak často ji provádíte?

13. Popište mi, jak si sušíte svoje dolní končetiny.

14. Promazáváte si nohy?

Jak často si je promazáváte a co na promazávání používáte?

15. Popište mi, jak pečujete o svoje nehty na dolních končetinách?

Jak často a jakým způsobem si je stříháte

- | | |
|-------------|-----------|
| a. rovně | c. nůžky |
| b. dokulata | d. kleště |

16. Provádíte si pedikúru?

Jak často a co k tomu používáte?

17. Chodíte na pedikúru k odborníkovi?

Jak často?

18. Jak vybíráte svoji obuv?

- | | |
|----------------------|---------|
| a. Podle vzhledu | c. Jiné |
| b. Podle pohodlnosti | |

19. Jak často si kupujete novou obuv?

20. Kolikately boty zhruba střídáte?

A podle čeho se rozhodujete, jakou obuv si zrovna obujete?

21. Popište mi, jak pečujete o svoje boty.

22. Kontrolujete si svoje boty, předtím než si je obujete?

- | | |
|--------|-------|
| a. Ano | b. Ne |
|--------|-------|

23. Jaké nosíte ponožky?

- | | |
|-------------------|----------------------|
| a. Bavlna | d. S volnou gumičkou |
| b. Umělý materiál | e. S pevnou gumičkou |
| c. Půl na půl | f. Jiné |

24. Co si vybavíte pod pojmem kompenzační pomůcky?

Používáte nějaké kompenzační pomůcky:

Příloha 5 - Otázky k rozhovoru s dospělou a seniorskou populací konečná verze

Osobní údaje

1. Pohlaví

- a. Muž b. Žena

2. Jaký je Váš věk?

3. Trpíte nějakým chronickým onemocněním?

- a. Diabetes d. Neurologické
onemocnění
b. Onemocnění tepen
c. Onemocnění srdce e. Jiné.....

Léčíte se s tímto onemocněním?

4. Kouříte?

- a. Ano b. Ne

Počet:

5. Jaké je Vaše zaměstnání?

Co přesně v práci děláte?

- a. Stojíte c. Obojí
b. Sedíte d. Chodíte

Jakou obuv v práci nosíte?

Dolní končetiny

6. Chodíte na pravidelné kontroly k obvodnímu lékaři?

- a. Ano b. Ne

Kontroluje Vám dolní končetiny?

7. Máte někdy pocit těžkých nohou?

Máte bolesti nohou? Kdy?

Jaký je Váš postup v případě bolesti nohou:

8. Máte nějaké onemocnění dolních končetin

- a. Křečové žíly d. Lymfedém
b. Ischemická choroba
dolních končetin e. Dna
c. Bércové vředy f. Jiné

9. Máte nebo jste v minulosti měl/a nějaké defekty na dolních končetinách

Plochá noha	Tinea pedis – plíseň na DK	Onychomykóza – plíseň nehtů
Hyperkeratóza	Kuří oko	Mozol
Kladívkovité prsty	Drápovité prsty	Kostěné výrůstky
Vbočený palec	Zarostlý nehet	

Zdroj: Vlastní 2019.

10. Myslíte, že bych se mohla podívat na Vaše nohy? Samozřejmě pokud Vám to nebude vadit.

<p>Plochá noha</p> 	<p>Tinea pedis – plíseň na DK</p> 	<p>Onychomykóza – plíseň nehtů</p> 
<p>Hyperkeratóza</p> 	<p>Kuří oko</p>  <p>1 – tvrdé kuří oko – 2 – cévnaté kuří oko – 3 – zrnité kuří oko – 4 – měkké kuří oko</p>	<p>Mozol</p>
<p>Kladívkovité prsty</p> 	<p>Drápovité prsty</p> 	<p>Kostěné výrůstky – dvojitá pata</p> 
<p>Vbočený palec</p> 	<p>Zarostlý nehet</p>  <p>a – zdravý nehet – b – zarostlý nehet nepravý – c – správně zastříhnutý nehet – d – nesprávně zastříhnutý nehet</p>	

Zdroj: Obrázky použity z Dürichová (2014) a Jirkovská, Bém (2011).

11. Jaké, Vám toto onemocnění/deformita nohou přináší problémy či omezení v běžném životě?

Hygiena dolních končetin

12. Co si představíte pod pojmem hygiena dolních končetin?

Co pro Vás hygiena dolních končetin znamená?

Napadlo Vás někdy si hledat informace o tom, jak se má hygiena dolních končetin správně provádět?

13. Kontrolujete si svoje dolní končetiny?

Jak často si je kontrolujete?

14. Popište mi, jak provádíte hygienu dolních končetin.

A jak často ji provádíte?

15. Popište mi, jak si sušíte svoje dolní končetiny.

16. Promazáváte si dolní končetiny?

Jak často si je promazáváte a co na promazávání používáte?

17. Popište mi, jak pečujete o svoje nehty na nohou:

Jak často a jakým způsobem si je stříháte

- | | |
|-------------|-----------|
| a. Rovně, | c. Nůžky |
| b. Dokulata | d. Kleště |

Napadlo Vás někdy si hledat informace o tom, jak se mají nehty na nohou stříhat?

18. Pečujete nějakým způsobem o kůži na nohách?

Jak často a co k tomu používáte:

19. Navštěvujete odborníka na pedikúru?

Jak často?

20. Co byste mi řekl/a o ponožkách, které nosíte?

- | | |
|-------------------|----------------------|
| a. Bavlna | d. S volnou gumičkou |
| b. Umělý materiál | e. S pevnou gumičkou |
| c. Půl na půl | f. Jiné |

Podle čeho si je vybíráte:

Napadlo Vás někdy si hledat informace o tom, jaké ponožky se mají správně nosit?

21. Co byste mi řekl/a o botách, které nosíte?

Jak vybíráte svoji obuv?

- a. Podle vzhledu
- b. Podle pohodlnosti
- c. Jiné

Napadlo Vás někdy si hledat informace o tom, jaká obuv je správná vzhledem k Vašemu onemocnění/deformitám/potížím s dolními končetinami?

22. Jak často si kupujete novou obuv?

23. Kolikately boty zhruba střídáte?

A podle čeho se rozhodujete, jakou obuv si zrovna obujete?

24. Popište mi, jak pečujete o svoje boty.

25. Kontrolujete si svoje boty, předtím než si je obujete?

- a. Ano
- b. Ne

26. Napadly by Vás v souvislosti s péčí o dolní končetiny nějaké kompenzační pomůcky?

Používáte vy nebo někdo z rodiny nějaké kompenzační pomůcky v souvislosti s dolními končetinami?

- a. Ortopedické vložky
- b. Ortopedická obuv
- c. Diabetická obuv

Napadlo Vás někdy si hledat informace o ortopedických vložkách, obuvi?

Příloha 6 – Scan zpracovaného rozhovoru

LILDA

Rozhovor č. 11

Osobní údaje

1. Pohlaví: *Žena.*
2. Jaký je Váš věk: *65 let.*
3. Trpíte nějakým chronickým onemocněním: *Ano mám hypothyreózu a ještě osteoporózu kolene a teď už i zápěstí a prstů na pravé ruce.*

Léčíte se s tímto onemocněním: *Ano léčím, beru pravidelně léky na tu hypothyreózu. A na osteoporózu beru taky léky. To beru Trexan a ten se bere naštěstí jen 1 x za týden.*

4. Kouříte: *Nekouřím.*
5. Jaké je Vaše zaměstnání: *Jsem již v důchodu. Dříve jsem dělala učitelku v mateřské školce a pak v družině.*

Co přesně jste v práci dělala: *V práci jsem se dost pohybovala, ale také jsem dost seděla, když jsme si s dětmi hráli.*

Jakou obuv jste v práci nosila: *Mohli jsme nosit, jaké jsme chtěli boty, tak jsem většinou nosila pantofle a pak když jsem dělala v družině, tak jsme nesměli chodit v civilních botách, jako v těch co jsme přišli. Tak jsem taky nosila ty pantofle.*

DK

6. Chodíte na pravidelné kontroly k obvodnímu lékaři: *Ano, chodím.*
Jak často a navštěvujete lékaře z vlastní vůle: *2 x za rok a ještě 1 x za 3 měsíce chodím k revmatologovi. A ano, chodím k nim z vlastní vůle, abych neměla potíže a aby mě zkontrolovali.*

Kontroluje Vám dolní končetiny: *Obvodní lékař mi nohy nekontroluje, kontroluje mi je ale revmatolog.*

7. Máte někdy pocit těžkých nohou: *Nemám.*

Máte bolesti nohou: *Nemám, od té doby, co beru ty léky na osteoporózu, tak mě koleno, prsty ani zápěstí nebolí.*

8. Máte nějaké onemocnění dolních končetin: *No mám tu osteoporózu kolene, zápěstí i prstů.*
9. Máte nebo jste v minulosti měl/a nějaké defekty na dolních končetinách: *Mám na nohách hyperkeratózu a mám vbočené palce a ty prsty mám taky takové ohnuté.*

10. Myslíte, že bych se mohla podívat na Vaše nohy: *Po zhodnocení ženy nohou vidím vbočené palce na obou nohou. Prsty jsou kladívkovité a na obou patách je typická hyperkeratóza. Na jednom nehtu na pravé noze je začínající plíseň, o které paní ví.*

11. Jaké Vám toto onemocnění/deformita nohou přináší problémy či omezení v běžném životě:

Ano deformity
No někdy mě ty moje vbočené palce a prsty bolí, a problém mám pak, když mám někam jít na delší dobu třeba v plné botě, to mě to pak bolí. Ale jinak, co se týče té osteoporózy, tak od té doby, co se léčím, tak mě to nijak neomezuje. ovšem.

A co ta plíseň, ta Vám nevadí: No už jí mám dlouho, dřív jsem používala masti podle reklam a nikdy mi nic nepomohlo, tak teď nepoužívám nic a je to pořád stejné.

Hygiena DK

12. Co si představíte pod pojmem hygiena dolních končetin: *Že si nohy umyjí, osuším, namažu.*
Co pro Vás hygiena dolních končetin znamená: *Je to taková běžná denní činnost, taková denní nutnost.*
Napadlo Vás někdy si hledat informace o tom, jak se má hygiena dolních končetin správně provádět: *Nenapadlo.*
13. Kontrolujete si svoje dolní končetiny: *Ano, kontroluju si nohy.*
Jak často si je kontrolujete: *Každý den, když si oblékám a svlékám ponožky, takže vlastně 2 x za den.*
14. Popište mi, jak provádíte hygienu dolních končetin: *Vezmu si škopíček, napustím si tam teplou vodu, nasypu si tam normální sůl, nohy odmočím, opláchnu a otřu ručníkem.*
A jak často ji provádíte: *1 x denně, večer.*
15. Popište mi, jak si sušíte svoje dolní končetiny: *Vysuším si je pomocí ručníku.*
Osušíte si důkladně i mezíprsty: *Ano, suším opravdu i mezi prsty.*
16. Promazáváte si dolní končetiny: *Ano promazávám si nohy.*
Jak často si je promazáváte a co na promazávání používáte: *Mažu si je krémem z avonu, je to nějaké krém na suchou kůži. Dělam to 2 x denně, vždy když si sundávám a nandávám ponožky.*
17. Popište mi, jak pečujete o svoje nehty na nohou: *Nehty si po odmočení večer ostříhám, ale dělám to jen tak 1 x za 10 dní.*
Jak často a jakým způsobem si je stříháte a co na to používáte: *Stříhám si je dorovna a stříhám je klasickými nůžkami.*
Napadlo Vás někdy si hledat informace o tom, jak se mají nehty na nohou stříhat: *Nenapadlo, stříhám si nehty, tak jak jsem se to jako mladá naučila a nechci na tom ani nic měnit.*
18. Pečujete nějakým způsobem o kůži na nohách: *Jak jsem říkala, pravidelně si nohy mažu.*
A pečujete třeba nějak o tu hyperkeratózu: Ano, to si po odmočení ty paty obrousím pomocí struhátka nebo pemzy. Ale nedělám to každý den, většinou je tak 3 x za týden.
19. Navštěvujete odborníka na pedikúru: *Ne, to nenavštěvuji.*

Příloha 7 - WORKSHOP SPOKOJENÉ NOHY

Workshop bude zaměřen na informace z oblasti péče o nohy, které jsou podrobněji popsány v osnově. Workshop bude sloužit k opakované edukaci s důrazem na kritické oblasti a bude se snažit zdůraznit důležitost péče v této oblasti. Informace budou poskytovány jednoduchou, srozumitelnou a opakovanou formou pomocí názorné edukační myšlenkové mapy.

Cílem workshopu je kromě poskytnutí informací o dané oblasti především zdůraznit důležitost péče a přesvědčit každého jedince k aktivnímu přístupu v péči o svoje nohy.

Osnova:

1. Poskytnout základní informace o obvodním lékaři.
2. Poskytnout základní informace o onemocněních postihujících dolní končetiny.
3. Poskytnout základní informace o deformitách nohou.
4. Poskytnout základní informace o tom, jak provádět hygienu nohou.
5. Poskytnout základní informace o péči o nehty a pokožku nohou.
6. Poskytnout základní informace o odborné pedikúře.
7. Poskytnout základní informace o odpočinku a cvičení nohou.
8. Poskytnout základní informace o ponožkách.
9. Poskytnout základní informace o vhodných botách.

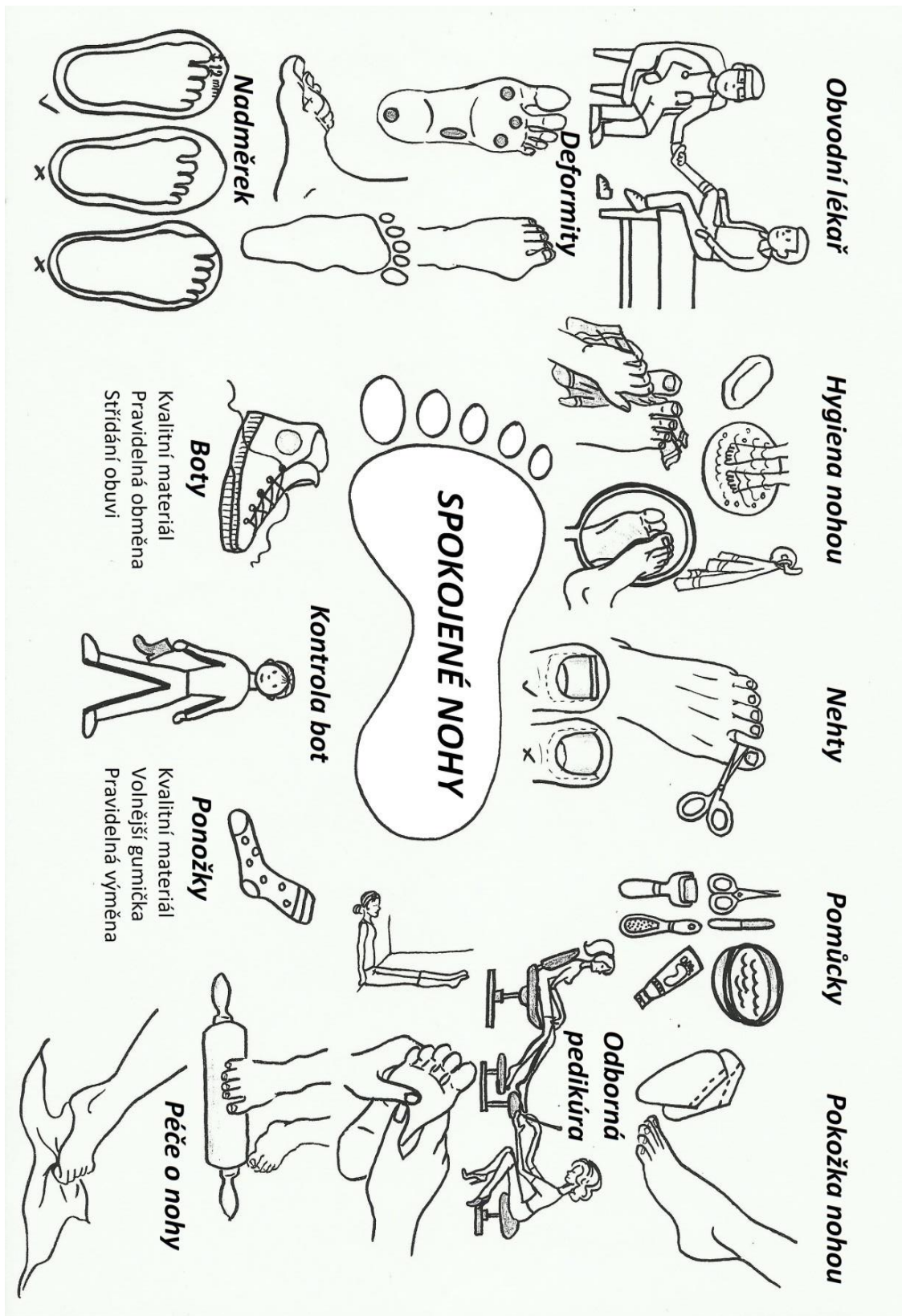
Otázky vztahující se k edukační myšlenkové mapě:

1. Jak často navštěvujeme obvodního lékaře – 1 x za 2 roky.
2. Jaké známe defekty – plochá noha, suchá kůže, kladívkovité a drápvité prsty, vbočený palec, mozoly, plíseň, zarostlý nehet.
3. Jaké známe onemocnění – křečové žíly, dna, bércové vředy, otoky, ischemická choroba dolních končetin.
4. Jak provádíme hygienu – voda přiměřené teploty + mýdlo jaké + ručník – 1 x denně.
5. Sušení mezíprstí včetně mezíprstí – proč? Aby nevznikla plíseň.
6. Zkontroluji si každý den nohy – proč? Není tam defekt, poranění nebo něco špatně? Můžu si vzít zrcátko nebo někomu říct.

7. Proč si mám mazat nohy? Aby nebyly suché, nepopraskaly a následně nevznikla infekce nebo jiný problém.
Čím si nohy namažeme – ideálně přípravky, které obsahují ureu (například Kerasal).
8. Jak si nehty ostříháme – rovně a konce si zapilujeme pomocí pilníku.
Proč? Aby nehet nezarůstal a nezpůsobil potíže.
9. Jak si ošetřím kůži na nohou – použiji pilník, pemzu, elektrický váleček, ponožky s ureou.
10. Proč bych měl navštívit odbornou pedikúru – poradí mi, jaký mám typ nohou, co na nohy používat, jak se o nohy správně starat. Popřípadě doporučí navštívit podiatra.
11. Co nohy potřebují - odpočinek, cvičení, masáže a především Vaši pozornost a péči.
12. Jaké nosit ponožky – bavlněné – proč? Odvádí pot a není sklon k plísňovým chorobám.
Volnější gumička – proč? Aby noha nebyla zaškrcená.
Jak často ponožky vyměňujeme - 1 x denně.
13. Je potřeba si kontrolovat boty - před každým obutím si zkontroluji botu, zda tam není kamínek, díra.
Proč? Aby mi to popřípadě nezpůsobilo defekt, bolest.
14. Nové boty - kupuji pravidelně a vždy odpoledne. Co potřebuji vědět:
 - a. Vědět k jakému účelu boty kupuji.
 - b. Boty musí být z kvalitního materiálu – měkký, prodyšný, odvádějící vlhkost.
 - c. V botě musí být dostatek prostoru na délku – ideálně nadměrek alespoň 1 – 1,5 centimetru, ale i na šířku.
 - d. Boty je potřeba střídat.

Workshop určený maximálně pro 8 - 10 lidí, ideálně podobné věkové skupiny. Workshop vede sestra orientující se v dané oblasti z hlediska teoretických informací + například fyzioterapeut, který předvede cviky na nohy či pedikér, který jedince namotivuje k návštěvě pedikúry.

Příloha 8 - Myšlenková mapa k workshopu Spokojené nohy



Zdroj: Vlastní 2019.