

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Specifika ošetrovatelské péče o pacienta

s Hallux valgus

bakalářská práce

Autor práce: Iveta Dalíková

Vedoucí práce: Mgr. Lada Razimová

Jihlava 2019

Zadání bakalářské práce



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Iveta Dalíková
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Specifika ošetrovateľské péče o pacienta s Hallux valgus
Cíl práce:	CÍL 1: Zjistit, kým a jak byli pacienti edukováni před operačním řešením deformity hallux valgus ve vybraných nemocnicích Kraje Vysočina. CÍL 2: Zjistit, jaká byla úroveň soběstačnosti v oblasti pohybové aktivity před a po operačním řešení hallux valgus.

Mgr. Lada Razimová
vedoucí bakalářské práce

Razimova

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Dvorkova

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá tématem: „Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s hallux valgus.“ Práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část se zaměřuje na anatomii a fyziologii nohy, definici deformity hallux valgus, její etiologii, mechanismus vzniku, projevy, klasifikaci a diagnostiku. Dále jsou zde popsány možnosti terapie, pooperační komplikace a specifika ošetrovatelské péče o pacienty trpící touto deformitou. Druhá část bakalářské práce je část praktická. V praktické části jsou zpracovány výsledky získané kvalitativním výzkumným šetřením. Výzkumné šetření bylo provedeno s pacienty, kteří podstoupili operaci této deformity v některé z nemocnic Kraje Vysočina. Cílem výzkumného šetření bylo zjištění, kým a jak byli pacienti edukováni před operačním řešením deformity hallux valgus ve vybraných nemocnicích Kraje Vysočina. Dalším cílem bylo zmapovat úroveň soběstačnosti v oblasti pohybové aktivity před a po operačním řešení hallux valgus. V závěru práce jsou zodpovězeny výzkumné otázky a formulována doporučení, která by mohla být užitečná v praxi.

Klíčová slova

Hallux valgus, konzervativní terapie, operační řešení, specifika ošetrovatelské péče

Abstract

The bachelor thesis deals with the topic: “Specifics of nursing care for a patient with hallux valgus. The thesis consists of theoretical and practical part. The theoretical part focuses on the anatomy and physiology of the foot, the definition of hallux valgus deformity, its etiology, the mechanism of formation, manifestations, classification and diagnostics. There are also described the possibilities of therapy, postoperative complications and specifics of nursing care for patients suffering from this deformity. In the next practical part, the results obtained by the qualitative research, are carried out with patients undergoing this deformity in one of the hospitals of the Vysočina Region. The objectives of the research were to find out by whom and how patients were educated before surgical treatment of hallux valgus deformity in selected hospitals in the Vysočina Region and to map the level of self-sufficiency in the area of physical activity before and after the hallux valgus surgical treatment. In conclusion, I answered all the research questions and formulated recommendations that could be useful in practice.

Key words

Hallux valgus, conservative therapy, surgical solution, specifics of nursing care

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 10. 04. 2019

.....
Podpis

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Ladě Razimové za její ochotu, čas a cenné rady, které mi poskytla při zpracování této práce. Dále bych ráda poděkovala nemocnicím Kraje Vysočina za umožnění výzkumu. Taktéž bych chtěla poděkovat všem respondentům, za jejich ochotu a čas při provádění rozhovorů. Na závěr bych chtěla poděkovat své rodině, která mě po celou dobu podporovala a byla pro mě velkou oporou.

Obsah

Úvod.....	9
Motivace	10
1 Současný stav problematiky	11
1.1 Anatomie a fyziologie nohy	11
1.1.1 Kostra nohy.....	11
1.1.2 Klouby nohy	12
1.1.3 Svaly nohy	12
1.1.4 Cévní zásobení nohy.....	13
1.2 Nožní klenba	13
1.3 Statické deformity přednoží	13
1.4 Hallux valgus	14
1.4.1 Etiologie.....	14
1.4.2 Mechanismus vzniku a projevy	15
1.4.3 Klasifikace	15
1.4.4 Diagnostika	16
1.5 Terapie.....	17
1.6 Konzervativní terapie	18
1.6.1 Manuální terapie	18
1.6.2 Senzomotorická stimulace	19
1.6.3 Aktivní cvičení.....	20
1.6.4 Fyzikální terapie	20
1.6.5 Taping	21
1.6.6 Chůze naboso	21
1.7 Chirurgická terapie.....	22
1.7.1 Resekční operace	22
1.7.2 Korekční osteotomie I. metatarzu	23
1.7.3 Artrodézy	23
1.8 Pooperační komplikace	24
1.9 Specifika ošetrovatelské péče	24
1.9.1 Předoperační příprava	24
1.9.2 Pooperační péče	25
1.9.3 Pooperační rehabilitace.....	26
2 Výzkumná část.....	27
2.1 Cíle výzkumu	27
2.2 Výzkumné otázky.....	27

2.3	Metodika výzkumu.....	27
2.4	Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	28
2.5	Průběh výzkumu.....	28
2.6	Zpracování získaných dat.....	28
2.7	Výsledky výzkumu.....	28
2.7.1	Respondenti z Nemocnice Jihlava	28
2.7.2	Respondenti z Nemocnice Pelhřimov	34
2.7.3	Respondenti z Nemocnice Havlíčkův Brod.....	40
2.8	Názorná analýza výsledků.....	45
3	Diskuze	51
4	Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	55
	Závěr	56
	Seznam použité literatury	58
	Seznam použitých zkratk	62
	Seznam příloh	63

Úvod

Tématem mé bakalářské práce jsou „Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s hallux valgus“. Hallux valgus neboli vbočený palec je nejčastější statickou deformitou přednoží, spočívající ve valgózním postavení palce. Kromě deviace palce bývají též přítomny deformity dalších prstů. Etiologie, stejně tak jako klasifikace, není u tohoto onemocnění jednotná. Nejčastěji však vzniká kombinací vrozených dispozic palce, spojených s nošením nevhodné obuvi. Na vznik mohou mít také vliv různá revmatická onemocnění jako například revmatoidní artritida či dna. Co se týče klasifikace, jde zejména o velikost intermetatarzálního úhlu, který je vytvořený mezi podélným rozvětvením I. metatarzu a proximálním phalangem. Diagnostika této deformity závisí na kvalitním odebrání osobní i rodinné anamnézy a vyšetření stoje a chůze. V případě, že lékař nechce znát pouze přítomnost deformity, ale i její závažnost, zhotovuje se rentgenový snímek nohy. V rámci terapie lze v tomto případě použít dvě základní skupiny léčby, a sice konzervativní a chirurgickou. Konzervativní se využívá převážně u počínajících deformit, ale také u těch, které již operovat nelze. Používají se nejrozumnější masážní techniky, korektory či represory palce, nebo se může aplikovat metoda tzv. tapingu. Na rozdíl od této terapie se operační léčba doporučuje v případě pokročilého stádia deformity či při selhání terapie konzervativní. Zahrnuje mnoho druhů operací, přičemž se nejčastěji používají korekční osteotomie I. metatarzu, artrodézy a u starších lidí operace resekční. Ošetrovatelská péče se poté odvíjí od soběstačnosti pacienta, druhu operační techniky a stavu operační rány.

Práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část je zaměřena na anatomii a fyziologii nohy, definici deformity hallux valgus, její etiologii, klasifikaci a mechanismus vzniku. Dále je orientována na diagnostiku, léčbu, pooperační komplikace a také na ošetrovatelskou péči. Praktická část je zaměřena na individuální rozhovory s pacienty, kterým byla tato deformita diagnostikována, a podstoupili chirurgickou léčbu.

Pro svou práci jsem zvolila dva cíle, a sice zjistit, kým a jak byli pacienti edukováni před operačním řešením deformity hallux valgus ve vybraných nemocnicích Kraje Vysočina a dále zjistit, jaká byla úroveň soběstačnosti v oblasti pohybové aktivity před a po operačním řešení hallux valgus.

Motivace

Několikrát jsem se v nemocnici při své odborné praxi setkala s pacienty, kteří trpěli deformitou hallux valgus a nechali si ji operovat. Chtěla jsem se o této problematice a specifikách ošetrovatelské péče dozvědět co nejvíce, proto jsem si ji vybrala jako téma své bakalářské práce. Také jsem chtěla zjistit, jak jsou lidé s touto deformitou omezeni v běžném životě a též jak jsou informováni o možných příčinách vzniku a následné léčbě. Dalším důvodem pro výběr byli přátelé a známí v mém okolí, kteří deformitou hallux valgus trpí a jsou po jejím operačním řešení.

1 Současný stav problematiky

1.1 Anatomie a fyziologie nohy

Noha je distální částí dolní končetiny. Její uspořádání je stejné jako u ruky, ale vzhledem ke své funkci při chůzi a vzpřímeném stoji se stavebně i funkčně odlišuje. Rozdíly jsou vidět na skeletu nohy, kde je patrné zkrácení prstů, zesílení zánártních kostí a menší pohyblivost mezi jednotlivými články. Pro schopnost pohybu v prostoru je nutné, aby noha plnila statickou a dynamickou funkci, tudíž musí být zároveň pružná i pevná. K tomu slouží především kosti, klouby, svaly a cévy nohy (Dylevský, 2009; Naňka, Elišková, 2009).

1.1.1 Kostra nohy

Kostra nohy se dělí na tři části: zánártí, nárt a články prstů. Zánártí tvoří sedm masivních tzv. tarzálních kostí nepravidelného tvaru: kost hlezenní (talus), kost patní (calcaneus), kost člunková (os naviculare), kost krychlová (os cuboideum) a tři kosti klínovité (os cuneiforme mediale, os cuneiforme intermedium a os cuneiforme laterale). Hlezenní kost má tvar nepravidelného, shora zploštělého hranolu a spojuje se s kostmi bérce, patní a člunkovou kostí. Největší a nejmasivnější kostí nohy je kost patní. Jejím úkolem je přejímání části váhy těla z hlezenní kosti a její přenášení na podložku. Člunková kost je předozadně zploštělá, krátká kost, ležící na palcové straně nohy, zatímco krychlová kost má nepravidelný tvar a je uložena na malíkové straně nohy. Nárt je tvořen celkem pěti tzv. metatarzálními kostmi, které formují střední část kostry nohy. Na každé metatarzální kosti se popisují tři hlavní části: báze (basis), tělo (corpus) a hlavička (caput). Tyto kosti jsou skloubeny s články prstů, které tvoří skelet prstů nohy. Na palci jsou články dva, na ostatních prstech články tři. Stejně tak jako na metatarzálních kostech, tak i na člancích prstů lze popsat tři části: bázi, tělo a hlavičku. Mezi kosti nohy jsou ještě zařazeny tzv. sezamské kůstky (ossa sesamoidea). Jsou to drobné kůstky uložené ve šlachách, zpravidla jsou v lidské noze dvě a to při metatarzofalangeálním kloubu palce. Mohou se vyskytovat ve dvojici i pod metatarzofalangeálním kloubem 2. a 5. prstu, vzácněji i u 3. a 4. prstu (Čihák, 2011; Dylevský, 2009; Naňka, Elišková, 2009).

1.1.2 Klouby nohy

Klouby nohy jsou tvořeny několika kloubními spojeními, mezi které patří horní zánártní kloub a dolní zánártní klouby. Horní zánártní kloub neboli hlezenní kloub (*articulatio talocruralis*) je složený kladkový kloub, spojující obě kosti bérce a kost hlezenní. Mezi dolní zánártní klouby patří *articulatio subtalaris* (*talus, calcaneus*), *articulatio talocalcaneonavicularis* (*talus, calcaneus, os naviculare*), *articulatio calcaneocuboidea* (*calcaneus, os cuboideum*), *articulatio cuneonavicularis* (*ossa cuneiformia, os naviculare*), dále *articulationes intermetatarsales*, *articulationes tarsometatarsales*, *articulationes metatarsophalangeae*, *articulationes interphalanges pedis* a dva funkční typy kloubů Chopartův a Lisfrankův. Chopartův kloub (*articulatio tarsi transversa*) je kloub ve tvaru písmene S a je složen z *articulatio talonavicularis* a *calcaneocuboidea*. V oblasti tohoto kloubu se provádí amputace distální části nohy. Lisfrankův kloub je skloubení *articulatio tarsometatarsales* a *articulationes intermetatarsales* a provádí se v něm amputace prstů nohy (Aumüller, 2014; Dylevský, 2009).

1.1.3 Svaly nohy

Svaly nohy tvoří skupina krátkých a dlouhých svalů, podílejících se na pohybu prstů. Dělí se na svaly hřbetu nohy a svaly planty. Svaly hřbetu nohy (*m. extensor digitorum brevis* a *m. extensor hallucis brevis*) jsou krátké, ploché extensory, přicházející z přední strany bérce. Jejich hlavní funkcí je extenze palce a druhého až čtvrtého prstu nohy. Svaly planty lze rozdělit na svaly palce, malíku a středního plantárního prostoru. Svaly palce (*m. extensor hallucis longus, m. flexor hallucis longus, m. abduktor hallucis, m. flexor hallucis brevis, m. adduktor hallucis*) se upínají na kost patní a podmiňují funkci palce. Mezi svaly malíku patří tři svaly, které se upínají podél zevního okraje nohy. Na těchto svalech (*m. abduktor digiti minimi, m. flexor digiti minimi brevis, m. opponens digiti*) závisí funkce pátého prstu nohy. Svaly středního plantárního prostoru (*m. flexor digitorum brevis, mm. lumbricales, m. quadratus plantae, mm. interossei plantares et dorsales*) dotváří svaly nohy a společně s ostatními přispívají ke správnému stoji a chůzi (Čihák, 2011; Naňka, Elišková, 2009).

1.1.4 Cévní zásobení nohy

Distální část dolní končetiny zásobují mnohé artérie a vény. Mezi artérie nohy patří konečné větve přední bérkové artérie (a. tibialis anterior) a zadní bérkové artérie (a. tibialis posterior). Obě tyto tepny se větví z a. poplitea. Arteria tibialis anterior se dále větví na hřbetu nohy na artérii nohy (a. dorzalis pedis), která pokračuje až do meziprstí. Arteria tibialis posterior se větví na tepny planty nohy, které vytváří plantární oblouk (arcus plantaris). Žíly nohy se dělí na hluboké a povrchové. Hluboké žíly nohy doprovázejí stejnojmenné tepny, které bývají zdvojené a mají četná spojení mezi sebou i s žilami povrchovými. Povrchové žíly jsou tvořeny dorzální pletení (rete venosum dorsale pedis), která sbírá krev ze hřbetu nohy a plantární pletení (rete venosum plantare), sbírající krev z planty nohy. Z plantární pleteně je dále formována z mediální strany v. saphena magna, z laterální v. saphena parva (Čihák, 2016; Dylevský, 2009).

1.2 Nožní klenba

Nožní klenba je označení pro příčné a podélné sklenutí kostry nohy. Při správném postavení klenby se noha neopírá o podložku celou plochou, nýbrž pouze hrbolem patní kosti, zevním okrajem chodidla, hlavicemi nártních kostí a bříšky prstů. Podélnou klenbu tvoří vnitřní a zevní kostěný paprsek. Vnitřní paprsek je tvořen kostí hlezenní, člunkovou a třemi kostmi klínovitými s příslušnými metatarzy a zevní se skládá z kosti patní, krychlové a příslušných dvou metatarzů. Příčná klenba se nachází mezi hlavičkami 1.–5. metatarzu, přičemž nejvýraznější je v oblasti bázi metatarzů. Jejich hlavním úkolem je chránit měkké tkáně plosky nohy a tím umožnit pružný nášlap. Pokud dojde ke zborcení klenby, jedná se o tzv. plochou nohu, která může být jednou z příčin deformit prstů, jako je například hallux valgus (Čihák, 2011; Hanzlová, 2009).

1.3 Statické deformity přednoží

Jako statické deformity přednoží se označují deformity, na jejichž vzniku se významně podílí chronická statická zátěž a řada vnitřních a zevních faktorů. Všechny tyto vlivy mění v průběhu života odolnost nohy k zatížení a tím se vyvíjí typické deformity, které působí svým nositelům značné potíže. Patří mezi ně např. hallux valgus (vbočený palec), hallux rigidus (ztuhlý palec), pes transversoplantus (příčně plochá noha) a digitus malleus (kladívkový prst) (Dungl a kol., 2014; Gallo a kol., 2011).

1.4 Hallux valgus

„Statická deformita nohy, spočívající ve valgózním postavení palce, zvýšené varozitě I. metatarzu a mediální prominenci jeho hlavičky, celý palec je rotován nehtovou ploténkou mediálně. Je to komplexní deformita, která se skládá z celé řady dalších změn podle etiologie, délky trvání a závažnosti dislokace.“ (Dungl a kolektiv, 2014, s. 991)

Lidově se deformitě hallux valgus říká vbočený palec. Kromě vbočeného palce bývají rovněž přítomny deformity dalších prstů a příčně plochá noha. Hallux valgus je jednou z nejčastějších deformit na noze a výrazně ovlivňuje kinematiku celé dolní končetiny. Jedná se tedy o komplexní postižení nohy s poruchou osového postavení palce (Gallo a kol., 2011).

1.4.1 Etiologie

V současné době není zcela zřejmé, zda tato vada vzniká v důsledku vrozených dispozic či zevních faktorů, tedy přímých a nepřímých vlivů. Uvádí se, že na vzniku této deformity má podíl mnoho faktorů, které mohou být ve vzájemné kombinaci. Jako vrozené predispozice jsou označovány délka I. metatarzu, vazivová slabost či hypermobilita. Přímé vlivy jsou spojovány s nošením nevhodné, těsné obuvi, protože čím je bota užší a podpatek vyšší, tím dochází k většímu přetížení v oblasti přednoží. Další příčinou je také chronické přetěžování přední nohy, plochá noha a ochabnutí svalového aparátu, vedoucí ke změně postavení palce. Tyto vlivy se označují jako nepřímé. Jako další faktory se uvádí nepřiměřená zátěž, nadváha, zkrácená Achillova šlacha, opakující se traumata nohy, amputace 2. prstu nohy, ale také fyziologické procesy jako jsou těhotenství nebo kojení. Zkrácená Achillova šlacha vede k zevnímu vytáčení nohy, čímž se zvyšuje síla tlaku na vnitřní plochu nohy a palec, tudíž může přispívat k rozvoji hallux valgus. Tato deformita také může vzniknout u pacientů, kteří trpí psoriatickou artritidou, dnou či revmatoidní artritidou. Dále je uváděno, že nejhorší kombinací těchto faktorů je nepřiměřená zátěž v nevhodné obuvi, společně s vrozenou dispozicí kostry nohy, vedoucí k postupné změně osy nohy (Gallo a kol., 2011; Hromádka, 2017; Kolář et al., 2010; Popelka a kol., 2014; Rapi, 2016).

1.4.2 Mechanismus vzniku a projevy

Podle studií dochází k rozvoji deformity hallux valgus u 50 % v době dospívání, u 40 % přichází onemocnění již v dětském věku, přesněji před 10,5 rokem života dítěte. Hallux valgus vzniká laterálním vychylováním palce směrem k II. metatarsu, zároveň se ale hlavička I. metatarsu dislokuje mediálně. Tím vzniká subluxace kloubu a dochází k dislokaci sezamských kůstek a šlachy dlouhého extenzoru palce. Tato šlacha nejen táhne palec do větší valgozity, ale způsobuje i nadzvednutí palce nad podložku. Kromě subluxace I. metatarzu hypertrofují měkké tkáně a vzniká tzv. plošná exostóza neboli kostní výrůstek. Ten jim poté překáží v obuvi, a proto si pacienti stěžují na nemožnost obutí se do své běžné obuvi. Dále dochází k porušení kloubního pouzdra a ke komplexnímu poškození nohy s poruchou osového postavení palce. Nakonec může dojít k valgóznímu vychýlení všech ostatních prstů, na které tlačí vychylující se palec. Nástup potíží je zprvu nenápadný a nebolestivý, později přichází bolest, způsobená otlaky nad prominující hlavičkou I. metatarzu a bolest v oblasti metatarsofalangeálního skloubení palce (Gallo a kol., 2011; Kolář et al., 2010; Kozáková et al., 2010; Popelka a kol., 2014).

1.4.3 Klasifikace

Jednotná všeobecná klasifikace pro hallux valgus bohužel zatím nebyla stanovena. Prozatím existuje několik klasifikací, které hodnotí úhel vytvořený mezi podélným rozvětvením I. metatarzu a proximálním phalangem, tzv. intermetatarzální úhel. Za normálních poměrů je tato hodnota do 14°, přičemž valgozita palce nepřesahuje 16°. Jako mírná deformita je označována hodnota valgozity 17 – 25°, jako závažná 26 – 35° a hodnota, která je vyšší než 35° označuje subluxaci I. metatarzálního kloubu. Další klasifikace hovoří o třech stupních závažnosti, a to o mírném, středním a závažném. Mírný stupeň je zde definován jako valgozita palce menší než 20° při intermetatarzálním úhlu menším než 11°, střední stupeň je určen valgozitou palce v rozmezí mezi 20° a 40° s intermetatarzálním úhlem mezi 11° a 16° a jako závažná deformita je označován nález nad 40° s intermetatarzálním úhlem vyšším, nežli u středního stupně. Jednodušší klasifikace (dle Pisoniho) dělí hallux valgus dle lokality na dvě skupiny. První skupinou je tzv. hallux valgus interphalangeus neboli distální hallux valgus, druhou skupinou je hallux valgus metatarzofalangeální tedy proximální, vznikající jako sekundární doprovodná deformita. Dále se klasifikuje závažnost

deformity pomocí Manchesterské škály. Tato škála se skládá ze standardizovaných fotografií, podle kterých se hodnotí čtyři stupně závažnosti deformity, a sice žádná, mírná, středně závažná a závažná (Dungl a kol., 2014; Gallo a kol., 2011; Menz et al., 2010).

1.4.4 Diagnostika

Diagnostice této deformity předchází podrobné odebrání anamnézy, bez níž by nebylo možné zvolit správný léčebný postup. Měla by zahrnovat věk nemocného, míru fyzické aktivity a její druh, zaměstnání, typ obuvi, kterou nemocný obvykle nosí a především dobu trvání potíží a jejich charakter. Také je nezbytné potvrdit či vyloučit, zda netrpí kardiovaskulárním, neurologickým nebo revmatickým onemocněním, které by mohlo mít na tuto deformitu zásadní vliv. Mimo tato onemocnění je nutné také zjistit, zda nedošlo k nějakému traumatu, které by mohlo vznik této vady rovněž ovlivnit. Dále lékaře zajímají neuropatické komplikace u diabetes mellitus či zánětlivé změny kloubu palce, které doprovázejí revmatoidní artritidu. Kromě osobní anamnézy je důležitá i anamnéza rodinná, ve které lékaře zajímá výskyt této deformity v rodině, poruchy oběhu a cití (Kozáková et al., 2010).

Dalším krokem v diagnostice hallux valgus je hodnocení aspekce chůze. Při tomto vyšetření je pozorována rychlost chůze, délka kroku, postavení chodidla na konci švihové fáze a jeho reakce při úderu paty o podložku a též, jestli je zatížení obou končetin rovnoměrné. Pro objektivní posouzení chůze s valgózní deformitou se využívá kinematická analýza. Ta je jednou ze složek komplexní diagnostiky funkčních poruch nohy. Tato metoda napomáhá k určení nejvhodnější konzervativní či chirurgické terapie a k posouzení jejího efektu. V neposlední řadě se zkoumá stoj vyšetřovaného, a to též aspekci. Sleduje se postavení palce a ostatních prstů, reakce nohy na zatížení, postavení a tvar paty a též stabilita a celková symetrie stoje. Pro vyhodnocení stability je používán test dle Velého, který je jednoduchý a velmi spolehlivý. Spočívá ve sledování postavení nohy a prstů a jejich možný pohyb ve vzpřímeném stoji. Hodnotí se pomocí čtyř stupňů, které poukazují na míru porušení stability. V případě, že je stabilita neporušená, prsty se podložky dotýkají pouze lehce. Avšak s tím, jak nestabilita narůstá, dochází k přitlačování prstů k podložce a tím se může měnit celkové postavení nohy. Také se vyšetřovaný může vyzvat ke stoji na jedné dolní končetině, na špičkách nebo hranách chodidel, při kterých se mohou projevit drobné balanční odchylky. Všechna

tato vyšetření zcela postačují k diagnostice hallux valgus (Kozáková et al., 2010; Maršáková, Pavlů, 2012).

V případě, že lékař zjišťuje i závažnost deformity, je vhodné ji posoudit rentgenologicky. Rentgenové vyšetření se realizuje vestoje a provádí se při něm tzv. dorzoplantární neboli boční projekce přednoží a nohy v zátěži. Užitečná je i speciální projekce na sezamské kůstky. Na snímku se stanovuje úhel valgozity palce, intermetatarzální úhel, hodnotí se stav I. metatarzofalangeálního kloubu, pozice sezamských kůstek a také varozita I. metatarzu (Gallo a kol., 2011).

1.5 Terapie

Průběh a především zvolení správné terapie hallux valgus se odvíjí zejména od stádia deformity, RTG snímku a velikosti intermetatarzálního úhlu, ale také od míry a charakteru subjektivních obtíží pacienta. Důležitou roli hraje správná a včasná diagnostika, která rozpozná riziko poruchy funkce ještě před tím, než deformita vzniká (Kozáková et al., 2010).

První možností v řešení deformity hallux valgus je léčba konzervativní, která je neúčinnější v počátečním stádiu. V tomto stádiu je deformita natolik flexibilní, že je možné ji pomocí nejrůznějších speciálních korektorů dovést zpět do fyziologického postavení. Pacienti si stěžují na malou bolest a na postupně zvětšující se deformitu. Je však velmi málo osob, které řeší tento problém včasnou návštěvou lékaře a následnou rehabilitací, protože si neuvědomují, že si tím mohou značně prodloužit dobu před operací. Konzervativní terapie tedy usiluje o zlepšení subjektivních potíží pacienta a také o lepší zapojení palce do kvalitní opory a odrazu při stoji a chůzi. Kromě rehabilitačních technik a používání korektorů palce se v konzervativní terapii využívá tzv. taping, dále fyzikální procedury, senzomotorická stimulace, techniky měkkých tkání či režimová opatření, spočívající v nošení vhodné ortopedické obuvi. Konzervativní terapie je ale také využívána v případě těžkých deformit, které není možné operovat (Kotaška, 2011).

Pokud je však deformita již fixovaná neboli rigidní, je nezbytné přistoupit k léčbě operační. Všechna pracoviště, na kterých se operace hallux valgus provádí, využívají několik nejčastějších typů operací, které postačí k pokrytí velké části deformit u různých věkových kategorií. V případě, že je nutné napravit více deformit přednoží

zároveň, kombinují se jednotlivé techniky během jedné operace. Tento případ nejčastěji nastává při deformitě hallux valgus v kombinaci s kladívkovými prsty nebo s osteofyty (Pilný, Švarc, Kubeš, 2011; Popelka a kol., 2014).

1.6 Konzervativní terapie

Jak už bylo zmíněno, konzervativní terapie hallux valgus je využívána v počátečním stádiu deformity. Základem konzervativní terapie u této deformity je funkční ortézování. Využívá se nejrůznějších měkkých korektorů, které se umísťují mezi palec a ukazovák. Těchto korektorů je celá řada. Pro každého pacienta je vybrán takový korektor, který je dle ošetřujícího lékaře nejvhodnějším. Může se jednat například o gumový korektor meziprstí či o noční represory, které se přikládají z vnitřní strany, palec je přitahován za pomoci řemínku do správného osového postavení a tím dochází k úlevě od bolesti, ovšem po sejmutí bolest opět nastupuje. Nevýhodou korektorů je také často jejich velikost, která ve většině případů neumožňuje nošení korektorů v obuvi. V konzervativní léčbě se však neřeší pouze samotný hallux valgus, ale i bolestivé otlaky na vnitřní straně kloubu palce, se kterými se pacienti s touto diagnózou velmi často potýkají. I s tímto problémem ale medicína počítá, proto existují speciální chrániče, které mají otvor na tyto prominence. Kromě korektorů jsou za vhodné považovány i další léčebné postupy jako je manuální terapie, senzomotorická stimulace, aktivní cvičení, fyzikální terapie, taping či chůze naboso. Další možností léčby jsou také speciální ortopedické vložky s mediálním klínem či retrokapitální pelonetou neboli srdíčkem, které mají za úkol podepírat nožní klenbu a správně rozložit sílu při došlapu. Vložky podporují klenbu příčnou i podélnou, ale v případě pelonet dochází k podepírání pouze klenby příčné, proto se vložky doporučují všeobecně častěji. Dalším důležitým bodem v konzervativní terapii je vhodné ortopedické obutí. I přes to, že by vhodná obuv s prostornou špičkou měla být u této deformity takřikajíc samozřejmostí ve všech stádiích, volí se nejčastěji až v pokročilejší fázi, kdy deformitu již nelze operovat (Kolář et al., 2010; Popelka a kol., 2014; Rapi, 2016).

1.6.1 Manuální terapie

Manuální terapie spočívá v nejrůznějších masážních technikách, které provádí proškolený fyzioterapeut. Řadí se mezi ně techniky měkkých tkání, mobilizační techniky nebo také trakce. Techniky měkkých tkání jsou manuální techniky,

orientované na ovlivnění reflexních změn, vyskytující se v jednotlivých vrstvách, a to v kůži, podkoží, svalech a fasciích. Mezi základní techniky měkkých tkání patří protažení všech těchto vrstev a následné působení tlakem na ně. Je nutné vyšetřit pohyblivost všech struktur vůči sobě a stanovit takzvaný fenomén bariéry, který určuje míru volnosti měkkých tkání a kloubních struktur, přičemž již při sebemenším odporu by měla tkáň klást počáteční odpor. Tento okamžik se nazývá moment dosažení fyziologické bariéry, která by ale měla pružit i v případě působení vyšším tlakem. V případě, že při vyšším tlaku bariéra nepruží, dostal se terapeut až k bariéře patologické, ve které je v tom případě nutné dosáhnout přepětí. Po přepětí musí terapeut vyčkat na fenomén uvolnění tkáně, který posléze směřuje k znovunavrácení normální funkce. Používá se především k úlevě od bolesti, ale také jako příprava před použitím dalších manuálních technik. Další manuální technikou jsou mobilizační techniky, které se používají k postupnému zvětšování rozsahu pohybu a obnově funkčního omezení v jednotlivých kloubech, kde se vyskytuje blokáda. Mobilizace je prováděna opakovanými jemnými pohyby. Pohyby musí být plynulé a dosahovat až k hranici možného pohybu, ale nesmí dojít v daném kloubu k přepětí. K úspěšné léčbě je nutné věnovat pozornost nejen kloubu palce, ale i ostatním kloubům až do tibiofibulárního spojení. V neposlední řadě se může využít metoda trakce. Trakce je manipulace s kloubem, využívána k mobilizaci prstů. Funguje na principu tahu v ose kloubu, při kterém by mělo dojít k fenoménu lupnutí. Tah je nutné provádět kontinuálně delší dobu nebo opakovaně po krátkou dobu, přičemž tah musí být jemný, aby nedošlo ke kloubnímu poškození (Kolář et al., 2010; Rychlíková, 2016).

1.6.2 Senzomotorická stimulace

Senzomotorická stimulace je facilitační léčebná metoda, která má velké uplatnění u osob s vadným držením těla, po úrazech dolních končetin, s nestabilním kotníkem či kolenem, ale také u patologických změn v oblasti chodidla. Tato metoda je též využívána u starších osob jako prevence pádu. Má dvě fáze motorického učení, přičemž u první fáze jde o snahu zvládnout nový pohyb a vytvořit tím základní funkční spojení, u druhé fáze o rozbití špatného stereotypního pohybu a aktivaci správných pohybových stereotypů. Hlavním cílem je ovlivnění pohybu a vyvolání reflexního svalového stahu prostřednictvím facilitace proprioreceptorů, které se podílejí na řízení a regulaci stoje a koordinovaného pohybu. K metodám senzomotorické stimulace patří cvičení na

labilních plochách, mezi které se řadí úseče, balanční sandály, overbally, posturomed, balanční míče, ale též cvičení se zapojením třech opěrných bodů nohy. Těmito body jsou hrbol kosti patní, hlavička prvního metatarzu a hlavička pátého metatarzu. Cvičení přispívá k dosažení rychlé reakce svalů, které je velice potřebné pro správné držení těla, správné postavení chodidel a zdravou chůzi (Dylevský, 2009; Kolář et al., 2010; Rathouská, 2011).

1.6.3 Aktivní cvičení

Aktivní cvičení se používá k udržení rozsahu pohybu kloubů nohy a jako prevence při stavu počínající deformity, kdy je nutné obnovit funkci a činnost svalů v oblasti chodidla. U deformity hallux valgus je zásadní zvláště hybnost prstů nohy, zejména palce. Proto je důležité nacvičovat abdukci, extenzi a flexi všech prstů, největší pozornost je však věnována pohybům palce. Aktivní cvičení abdukce palce je velmi důležitým prvkem v terapii i prevenci hallux valgus, protože bývá velice často v obuvi omezena a utlumena. V rámci aktivního cvičení je možné aplikovat též prvky senzomotorické stimulace. Také se využívá cvičení se čtyřbodovou oporou, kde hlavními místy opory jsou hlavička prvního a pátého metatarzu a mediální a laterální okraj patního hrbolu. Toto cvičení se z počátku uskutečňuje v sedě bez zátěže, později ve stoje a posléze i v náročnějších polohách jako je kupříkladu výpad. Hlavním cílem je udržení palce v ose a chodidlo ve všech čtyřech bodech opory. Vrcholem tohoto cvičení je snaha o reedukaci chůze, a to zejména nácvik správného postavení palce v závěru stojné fáze a poté jeho následný odraz (Buchtelová, Vaníková, 2010; Kozáková et al., 2010; Lewit, Lepšíková, 2008; Muchová, Tománková, 2010).

1.6.4 Fyzikální terapie

V rámci fyzikální terapie je u deformity hallux valgus doporučena především vodoléčba, z níž se nejčastěji využívají střídavé šlapací nožní koupele a vířivé lázně nohou. Proces střídavé šlapací koupele spočívá v přešlapování ve vaničkách o dvou různých teplotách. Jedna obsahuje studenou vodu o teplotě mezi 16 a 22 °C, druhá teplou vodu mezi 38 a 43 °C. Začíná se v horké vodě a po jedné až dvou minutách se přešlápne do vody studené na půl minuty. Přešlápnutí by se mělo opakovat 6 až 10 krát a končit se musí vždy ve vodě studené. Nakonec se nohy osuší ručníkem dosucha. Vířivá lázeň nohou je koupel o teplotě 36 až 37 °C, při které dochází k lepšímu

prokrvení a úlevě od bolesti. Další metodou fyzikální terapie, která se využívá při terapii hallux valgus, je léčba rázovou vlnou. Zpočátku se aplikují impulzy s minimální intenzitou a s co nejšetrnější koncovkou přístroje, jelikož je palcový kloub velmi bolestivý. Intenzita a četnost akustických vln se s postupnou regenerací a ubývajícím citlivostí kloubu mohou zvyšovat. Později se může využít i koncovka s vyšším výkonem, kterou se značně urychlí proces léčby. Také je dobré tuto metodu kombinovat s hloubkovými vibračními masážemi v oblasti svalů s funkční souvislostí. Neboť terapie rázovou vlnou působí protibolestivě a protizánětlivě, mohou být vysazeny analgetika i kortikoidy (Bílková, 2011; Kolář et al., 2010; Zeman, 2013).

1.6.5 Taping

Slovem taping se označuje obvazování tělesných partií, nejčastěji končetin, pomocí pružných nebo pevných lepicích pásek (tapů) o různé šířce. Pružné tapy se mohou též nazývat funkčními, pevné fixačními. Funkční tapy slouží ke zpevnění postižené části těla, nikoli však k restrikci rozsahu pohybu jako to je u tapu fixačního. Vyrábí se v různých barvách, ale na funkčnost nemají vůbec žádný vliv. Hlavním účinkem je zpevnění té části těla, na níž se tape aplikuje. Taping patří k novým trendům v prevenci, léčbě a rehabilitaci pohybového aparátu. Deformitu hallux valgus je možné konzervativně léčit i korekčním tapingem. Hlavním cílem u této deformity je úleva od bolesti, stabilizace a náprava deformity. Korekce se provádí dlouhodobě přes noc a při opakovaném použití, spojeném s rehabilitací, se dosavadní stav nezhoršuje. Při tomto tapingu se používá pevná páska o šířce 2 cm (Doležalová, Pětivlas, 2011; Flandera, 2012).

1.6.6 Chůze naboso

Chůzí naboso dochází k lepšímu vnímání podložky, o které je při nošení obuvi náš organismus ochuzen. Lidé, kteří chodí bez obuvi, nemají tak často kuří oka, halluxy, otoky nohou, bolesti v oblasti kotníků, kyčlí a zad. Při chůzi naboso dochází ke značné eliminaci ortopedických vad, které jsou velmi často spojené s nošením špatné obuvi. Špatně zvolená obuv, ale i špatně nošená obuv, může být jednou z příčin vzniku deformit nohou, a to i hallux valgus. Při terapii chůzí naboso není potřeba nijak zvláštního terénu. Co je ale velmi důležité, je správný způsob nášlapu, který je potřeba upravit ještě před samotnou terapií. Je-li člověk zvyklý chodit neustále v obuvi, může

mu intenzivní terapie chůzí naboso spíše ublížit. Většina lidí je totiž zvyklá v obuvi našlapovat tvrdě na patu. Pokud však dojde k takovému našlapování i bez obuvi, klouby se ještě více přetěžují. Je-li ale nášlap prováděn správně, může se tato chůze stát vhodným doplňkem léčby pacienta (Kazmarová, 2011; Mrhač, 2016).

1.7 Chirurgická terapie

V případě, že již není možné zvolit konzervativní způsob léčby, protože je deformita v příliš pokročilém stádiu, nebo v případě, že konzervativní léčba selhala, přistupuje se k léčbě operační. Jelikož etiologie vzniku deformity je multifaktoriální, je pochopitelné, že není možné si vystačit pouze s jedním typem operace. Operační přístup je vždy individuální a záleží na věku pacienta, fyzické aktivitě, na typu deviace, úhlu mezi I. a II. metatarzem, na postižení příslušných kloubů a stavu měkkých tkání. Operace musí být indikována co nejdříve po neúspěšné konzervativní léčbě, aby nedošlo ke zbytečnému ztížení operace a většímu počtu pooperačních komplikací. Pro valgózní deformitu bylo navrženo mnoho operací, které se často lišili pouze v maličkostech. Obecně se dělí na tři základní skupiny, a sice na operace resekční, korekční osteotomie I. metatarzu a artrodézy. Kontraindikacemi operace jsou pouze defekty kůže spojené s infekcí a secernující otlaky, které se ve velké míře vyskytují u palce a na plosce nohy (Dungl a kol., 2014; Popelka a kol., 2011).

1.7.1 Resekční operace

Resekční operace se v dnešní době používají již méně často, protože se dává stále větší přednost operacím zachovávajícím metatarzofalangeální kloub. I přesto se s touto metodou lze ještě setkat, a to při operacích u starších pacientů, kteří mají malé nároky na chůzi. Nejznámější z nich je resekční operace podle Kellera, později upravena Brandesem. Provádí se při ní nejprve odstranění zbytnělé burzy u metatarzofalangeálního kloubu palce a uvolnění základního článku palce. Je nutné přitom dávat pozor na šlachy m. flexor hallucis, aby nedošlo k jejímu poranění. Dále dochází k resekci zhruba jedné třetiny báze základního článku palce, resekci výrůstku na I. metatarzu a uvolnění měkkých tkání a kloubního pouzdra. Nakonec dochází k fixaci palce Kirschnerovým drátem, který je za 3 – 4 týdny po částečném zhojení palce ve správném postavení odstraněn. Ke správnému postavení ještě dopomáhá přiložení měkkého korekčního obvazu ihned po operaci. Nevýhodou této operace je

velmi častá recidiva a také zkrácení palce, který pak není dostatečnou oporou při chůzi (Dungl a kol., 2014; Popelka a kol., 2011).

1.7.2 Korekční osteotomie I. metatarzu

Korekční osteotomie se rozdělují podle lokalizace na tři skupiny, a to na subkapitální, osteotomii v oblasti diafýzy I. metatarzu a bazální. Výběr operace záleží na klinickém vyšetření, při kterém se zjišťuje rozsah valgozity na RTG snímku, podle kterého se měří intermetatarzální úhel mezi I. a II. metatarzem. Pokud je tento úhel do 15°, používá se osteotomie subkapitální, při úhlu 15 – 20° osteotomie v oblasti diafýzy nebo osteotomie bazální. Nejpoužívanější subkapitální osteotomie – podle Austina – je operace, při níž se posune hlavice metatarzu laterálně a fixuje se jedním minišroubkem. Po operaci se přikládá pouze měkký obvaz. Při osteotomii v oblasti diafýzy, tzv. podélné osteotomii, dochází k laterálnímu posunu hlavice společně s diafýzou, následné fixaci dvěma šrouby a krytí měkkým obvazem. Poslední z korekčních osteotomií je operace báze I. metatarzu, která se též nazývá klínovitá, protože při ní dochází k vytěti klínu s bází zevně. Tímto krokem je dosaženo požadované korekce. Postavení je nutno opět fixovat, v tomto případě však pouze jedním šroubem (Dungl a kol., 2014; Popelka a kol., 2011).

1.7.3 Artrodézy

Artrodéza je operační řešení chronických kloubních onemocnění a deformit, při němž dochází k trvalému vyztužení daného kloubu. Existují dva typy, a sice artrodéza tarzometatarzálního kloubu palce a artrodéza metatarzofalangeálního kloubu palce. Tarzometatarzální artrodéza podle Lapiduse je používána v případě, že je intermetatarzální úhel větší než 20°. Dochází ke klínovité resekci kloubu s bází laterálně a následné fixaci pomocí dvou paměťových skob. Před operací je nutné skoby, které se budou při operaci používat, zmrazit na teplotu mínus 20 – 25 °C. Ihned po vyndání z mrazničky se skoby aplikují do kosti, kde postupným zahříváním dochází k jejich stahování. Stažení nakonec vyvolá požadovaný efekt, a to dostatečnou kompresi a fixaci artrodézy. Stejně tak jako u předchozích operací je rána kryta měkkým obvazem. Druhým typem je artrodéza metatarzofalangeálního kloubu, při které se po resekci používají jeden až dva šrouby. Někdy však ani tato fixace není dostatečně pevná a musí

být použity dva Kirschnerovy dráty zavedené perkutánně (Dungl a kol., 2014; Popelka a kol., 2011).

1.8 Pooperační komplikace

Komplikace při nebo po operaci se v určitém procentu mohou vyskytnout vždy. Pravděpodobnost výskytu je však přímo úměrná rizikovým faktorům, jako jsou věk, přidružená onemocnění nebo špatná životospráva. Vyšší riziko komplikací se však může vyskytnout i u pacientů, kteří odmítají dodržovat pokyny lékaře. Pooperační komplikace se dělí na všeobecné a speciální. Mezi všeobecné komplikace se řadí všechny, které hrozí pacientům při jakékoliv operaci. Patří k nim hlavně krvácení, infekce, nehojící se rány, dehiscence rány, ale též alergická reakce na šicí materiál, dezinfekci nebo léčiva, která byla během operace použita. Pokud dojde k vážným komplikacím, může být nutná i reoperace. Ke specifickým komplikacím patří recidiva vbočeného palce. Pravděpodobnost recidivy závisí na typu operačního výkonu a bývá důsledkem dalšího rozvoje deformity příčné klenby nohy (Popelka a kol., 2011; Vejrosta, 2016).

1.9 Specifika ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská péče u pacientů s hallux valgus je zaměřena převážně na pacienty, u kterých se tato deformita řeší chirurgickou cestou. Stejně jako o pacienty na všech ostatních odděleních, ani péče o chirurgického pacienta není snadná. Aby byla péče co nejkvalitnější a nejbezpečnější, je nezbytná kvalitní komunikace mezi všemi zdravotníky, kteří o pacienta pečují. Nedílnou součástí je též edukace pacienta. Tak jako před každou operací, i v tomto případě provádí sestra kvalitní předoperační přípravu, bez které by nebylo možné výkon uskutečnit. V rámci ošetrovatelské péče je důležitá i péče pooperační, bez níž by pacient neměl dostatečně uspokojené své aktuální potřeby, poněvadž není bezprostředně po operaci plně soběstačný (Janíková, Zeleníková, 2013; Slezáková et al., 2010).

1.9.1 Předoperační příprava

Operace vbočeného palce patří k plánovaným operacím, tudíž je dostatek času na důkladnou přípravu, která se více méně od přípravy k jiné operaci neliší. Důsledná

příprava pacienta sestrou před operací může vést k zabránění vzniku komplikací po operaci. Dělí se na základě délky před samotným výkonem na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední (Slezáková et al., 2010).

Dlouhodobá předoperační příprava probíhá nejdéle 14 dnů před výkonem, při které pacient prochází základním předoperačním interním vyšetřením. Toto vyšetření zahrnuje RTG srdce a plic, EKG, laboratorní a klinické vyšetření. V rámci laboratorního vyšetření sestra kromě odběru moči provádí především odběr krve, z něhož se posuzují hodnoty krevního obrazu a hodnoty koagulačních srážecích faktorů. Podle celkového stavu pacienta může lékař rozhodnout ještě o doplňujících speciálních vyšetřeních, jako je například návštěva diabetologie. S výsledky všech vyšetření se pacient dostaví v předem stanovený den, většinou jeden den před výkonem, na lůžkové oddělení, kde je přijat k hospitalizaci. Následně u něho sestra provádí krátkodobou předoperační přípravu, která probíhá vždy 24 hodin před plánovanou operací. Během této doby je nutné pacienta připravit jak po fyzické, tak i psychické stránce. K fyzické přípravě patří celková hygienická péče, alespoň 6–8 hodinové lačnění, příprava operačního pole oholením dané oblasti a nerušený spánek a odpočinek. Důležitá je též příprava anesteziologická, kdy anesteziolog hodnotí zdravotní stav pacienta a seznamuje ho s riziky anestezie, které mohou během operace nastat. Také rozhoduje o podání premedikace. Co se týče pacientovi psychiky, je důležité vše srozumitelně vysvětlit a ptát se, zda všemu rozumí, aby došlo k minimalizaci strachu a stresu z výkonu. Přibližně 2 hodiny před operací přichází na řadu příprava bezprostřední, při které sestra kontroluje dokumentaci pacienta, operační pole, funkčnost bandáží, lačnění, vyprázdnění, sejmutí protetických pomůcek a šperků. Na základě ordinace anesteziologa sestra podá premedikaci. Poté je pacient převlečen do nemocniční košile, tzv. anděla, na hlavu dostává jednorázovou operační čepici na zakrytí vlasů a společně s dokumentací je odvezen na operační sál (Janíková, Zeleníková, 2013; Slezáková et al., 2010).

1.9.2 Pooperační péče

Pooperační péče nastává po ukončení operace, kdy sestra intenzivně sleduje fyziologické funkce pacienta, především zda spontánně dýchá a má stabilizovaný krevní oběh. Velmi důležité je také přečtení zápisu v operačním protokolu, týkající se předepsané polohy pacienta, infuzí a léků, které je nutno podat. Během bezprostřední

pooperační péče sestra kontroluje operační ránu, zda nekrvácí, dále sleduje bolest, barvu kůže a sliznic, invazivní vstupy, odchod plynů a stolice a též vyprazdňování moči, které by mělo proběhnout spontánně do 8 hodin od operace. Také nesmí zapomínat na polohování operované končetiny, které je velmi důležité jako prevence otoků. V neposlední řadě sestra v rámci prevence tromboembolické nemoci kontroluje funkčnost bandáží, dostatečnou hydrataci, snaží se o včasnou mobilizaci pacienta a aplikuje nízkomolekulární hepariny dle ordinace lékaře. Následující dny po operaci také převazuje operační ránu. Pohybový režim pacienta se odvíjí od druhu použité operace. Po resekční operaci je od druhého dne možná chůze po patě, po odstranění stehů po cca 12 dnech chůze s došlapem na celou plosku. U osteotomie v oblasti diafýzy je také dovolena chůze po patě již druhý den, ale plné zatížení až po 5–6 týdnech. Po subkapitální osteotomii je chůze po patě od druhého dne možná také, avšak úplná zátěž se doporučuje až po 4–5 týdnech. Stejně tak, jako je tomu u subkapitální osteotomie, je tomu i u vše typů artrodéz. Nedílnou součástí pooperační péče je rehabilitace. Ta hraje významnou roli v obnovení hybnosti palce a docílení správného stereotypu chůze. Rovněž se pacientům doporučuje zakoupení ortopedických vložek a ortopedické obuvi, aby nedošlo k znovunavrácení deformity hallux valgus (Popelka a kol, 2011; Slezáková et al., 2010).

1.9.3 Pooperační rehabilitace

Při pooperační rehabilitační péči je nutné, aby došlo k co nejlepší spolupráci mezi lékařem, který operaci provedl, fyzioterapeutem a především pacientem. Lékař předepisuje a kontroluje postup následné terapie, fyzioterapeut ji provádí a pacient se jí aktivně účastní. Délka omezení zátěže je vymezena lékařem, přičemž záleží zejména na typu operačního výkonu a stavu operační rány. I přes to je dílčí zátěž zařazena, co nejdříve je to možné, aby mohlo dojít k postupnému obnovení funkce chodidla v co nejkratším čase. V počátcích rehabilitace se zařazují kryoterapie, lymfatická drenáž a také aktivace svalů ke zmírnění otoku a posílení svalů podporujících nožní klenbu. K usnadnění chůze může být také indikována speciální tzv. Barouk bota, která odlehčuje přednoží a umožňuje chůzi bez opory. Dále je důležitý nácvik chůze a správného zatěžování nohy. Celková rehabilitace po operaci hallux valgus se nejčastěji pohybuje kolem třech měsíců (Larsen, 2005; Schuh et al., 2009).

2 Výzkumná část

2.1 Cíle výzkumu

Cíl č. 1: Zjistit, kým a jak byli pacienti edukováni před operačním řešením deformity hallux valgus ve vybraných nemocnicích Kraje Vysočina.

Cíl č. 2: Zjistit, jaká byla u pacientů úroveň soběstačnosti v oblasti pohybové aktivity před a po operačním řešení hallux valgus.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Kdo pacienty edukoval před operačním řešením deformity hallux valgus?

Výzkumná otázka č. 2: Jak byli pacienti edukováni před operačním řešením deformity hallux valgus?

Výzkumná otázka č. 3: Jaká byla úroveň soběstačnosti v oblasti pohybové aktivity u pacientů před operačním řešením hallux valgus?

Výzkumná otázka č. 4: Jaká byla úroveň soběstačnosti v oblasti pohybové aktivity u pacientů po operačním řešení hallux valgus?

2.3 Metodika výzkumu

Pro bakalářskou práci byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Sběr dat byl realizován pomocí rozhovorů s pacienty po operačním řešení deformity hallux valgus. Respondenti odpovídali na předem připravené a schválené otázky. Otázky byly voleny tak, aby se vztahovaly k cílům bakalářské práce. Rozhovory byly prováděny anonymně se souhlasem respondentů a vedení daných zdravotnických zařízení. Rozhovory probíhaly během měsíců leden – březen 2019. Informace byly v průběhu rozhovoru zapisovány do písemného záznamu. Po zapsání byly přepisovány do finální podoby a kódovány technikou „tužka a papír“ a zařazeny do kategorií.

2.4 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Cílovou skupinou výzkumu se stali pacienti po operaci hallux valgus. Rozhovory byli provedeny celkem s 12 pacienty z vybraných nemocnic Kraje Vysočina. Čtyři pacienti byli z Nemocnice Jihlava, čtyři pacienti z Nemocnice Pelhřimov a čtyři z Nemocnice Havlíčkův Brod. Pro výběr nebyl rozhodující ani věk, ani pohlaví.

2.5 Průběh výzkumu

Výzkumné šetření bylo provedeno v měsících leden až březen 2019 po schválení náměstkyněmi pro ošetrovatelskou péči v Nemocnici Jihlava, v Nemocnici Pelhřimov a v Nemocnici Havlíčkův Brod. (viz. příloha č. 2, č. 3 a č. 4)

2.6 Zpracování získaných dat

Při zpracování výzkumu byl použit program Microsoft Office Word 2007.

2.7 Výsledky výzkumu

2.7.1 Respondenti z Nemocnice Jihlava

Respondent 1

Respondentem je 54letá žena. Rozhovor probíhal v klidném prostředí, kdy paní měla dostatek času si své odpovědi rozmyslet a říci vše co nejpodrobněji. Na otázku, jak dlouho trpí touto deformitou, odpověděla: „*Toho, že je jeden z mých palců jiný, než býval, jsem si všimla asi před třemi roky, ale zpočátku jsem tomu nepřikládala příliš velkou váhu. Jelikož se stav ale stále více zhoršoval, rozhodla jsem se navštívit svého praktického lékaře. Ten konstatoval, že mám jakýsi hallux valgus, což mi bylo později vysvětleno, že je vbočený palec.*“ Respondentka dále uvádí, že jí lékař poskytl základní informace o deformitě a několik tištěných edukačních materiálů, které obsahovaly informace o denních a nočních ortézách na palec, ortopedických vložkách a obuvi. „*Myslela jsem si, že korektor na noc a ortopedická obuv můj problém zcela vyřeší, ale bohužel jsem se zmylila. Po několika dalších měsících utrpení, jsem se objednala do ortopedické ambulance ke konzultaci. Zde mi byla provedena různá vyšetření, včetně rentgenu. Následně mi bylo lékařem doporučeno operační řešení.*“ Paní dále uvádí, že

i přes to, že byla po této informaci v šoku, rozhodla se hned na místě, že operaci podstoupí. Poté byla lékařem informována o výkonu. „Dozvěděla jsem se, že tento druh zákroku je zcela běžný a nemám se tudíž čeho bát. Dále mi bylo vysvětleno, že operace netrvá dlouhou dobu, jen něco málo přes hodinu. Byla jsem natolik zahrnuta informacemi, že na dotaz, zda mi bylo vše srozumitelné, jsem odpověděla ano. Po příchodu domů mě však ještě několik otázek napadlo, proto jsem ihned zavolala do ambulance a lékař mi mé otázky telefonicky zodpověděl.“ Následně jsem se respondentky ptala, zda jí byly poskytnuty informace o následné pooperační péči. Chvilí přemýšlela a poté řekla, že jí byla doporučena rehabilitace. Na otázku, zda zvládala před operací chůzi bez kompenzačních pomůcek, paní odpověděla: „Z počátku jsem chůzi více méně zvládala, ale před zákrokem jsem měla palec natolik vychýlený, že jsem korektory a ortopedickou obuv nosila téměř pořád. I když to bylo těžké, snažila jsem si vše obstarat sama, abych nemusela obtěžovat své blízké. Největší problém mi však dělalo řízení auta, které bylo v posledních dnech před operací takřka nemožné. Bolestivost byla ve speciální obuvi sice snesitelnější, avšak stejně to nebylo nikterak příjemné.“ Poté, co operační výkon proběhl, strávila paní v nemocničním zařízení 4 dny, kdy jí bylo vysvětlováno, jak se s operovaným palcem může pohybovat. „Rehabilitační sestra mi už před operací řekla, že na špičku nesmím vůbec došlapovat, že smím chodit pouze po patě. Dále mi vysvětlila, jak palec rehabilitovat doma a lékař mi poté opět připomněl možnost následné rehabilitační léčby.“ Dále paní uvádí, že po propuštění z nemocnice do domácího prostředí se snažila vše zvládnout sama opět bez pomoci svých blízkých. I přes to ale bez došlapování na špičku nemohla řídit automobil, tudíž jí všude, kde potřebovala, vozila dcera. „Jsem velice ráda, že mi dcera pomohla i s nákupem potravin a úklidem, protože i když jsem mohla částečně chodit, musela jsem mít stále při sobě francouzské hole, tudíž spousta aktivit bylo pro mě dost složitých. Byla jsem ráda za každou pomoc. I přes všechny tyto útrapy, jsem se nakonec rozhodla nepodstoupit rehabilitační léčbu, protože jsem nechtěla dceru několikrát do týdne obtěžovat s tím, aby mě na ní odvezla.“ Nakonec respondentka konstatovala, že v případě, že by se jí deformita vrátila nebo by došlo k deformitě druhého palce u nohy, by již nečekala tak dlouho, jako v prvním případě a nechala by si jej operovat mnohem dříve. „Když si vzpomenu, že jsem o francouzských holích chodila skoro měsíc a půl, už to nechci nikdy zažít.“

Respondent 2

Respondentem je 28letý muž, který si svou deformitu nechal operovat z estetického důvodu. „*Jelikož pracuji v jedné modelingové agentuře, potřebuji, aby bylo moje tělo dokonalé, což s mým vbočeným levým palcem nebylo. Nejen, že jsem pohled na svůj znetvořený palec snášel stále hůře, ale hlavně mě omezoval v mojí práci, při které je chůze nezbytná.*“ Respondent uvedl, že deformitou netrpěl příliš dlouho, přibližně asi rok, ale omezoval ho natolik, že pro něj byla operace jediným možným řešením. Po návštěvě praktického lékaře mu byla doporučena návštěva ortopedické ambulance, kde mu bylo vše podrobně vysvětleno. „*Dostal jsem od sestry v ordinaci několik letáků s různými cviky a korektory na palec, ale příliš mě nezajímaly, protože jsem se upnul na rychlé vyřešení mého problému a tím nějaké cviky podle mě rozhodně nebyly.*“ Operace byla naplánována ve velmi krátkém časovém úseku od návštěvy ambulance, jelikož na ni pacient velice spěchal. Pacient dále prošel základními předoperačními vyšetřeními a lékař mu poskytl informace o délce a průběhu operačního výkonu. „*Bylo mi řečeno, že operace tohoto typu je běžná a jelikož není palec ještě v tak špatném stavu, neměla by ani dlouho trvat, maximálně hodinu. I přesto jsem byl informován, že po operaci nebudu moci došlapovat na celou plošku nohy, což mě ale nepřekvapilo. Také mi bylo sděleno, že rekonvalescenci nebude možné uspěchat a bylo mi doporučeno, abych si po propuštění zařídil nějakou rehabilitaci.*“ Dále respondent uvádí, že informace, které mu byli podány, byly velmi kvalitní a podrobné a to jak od lékaře, tak od rehabilitačních sester. Co se týká kompenzačních pomůcek, respondent uvedl, že před operací nepoužíval žádné korektory, berle či francouzské hole, protože nechtěl, aby si lidé v jeho okolí všimli, že má nějakou vadu. „*I když to bylo v posledních týdnech před operací obtížné, obstaral jsem si všechno, co jsem potřeboval a nenechával jsem na sobě nic znát. Bolest se ale přede všemi zakrýt nenechala, proto jsem říkal, že mám pouze namoženou nohu.*“ Jelikož je respondent mladý, odmítal nosit ortopedickou obuv. I přes to, že mu byla praktickým lékařem doporučována, nechtěl se vzdát svých oblíbených značkových bot. „*Po návratu z nemocnice jsem byl na jednu stranu rád, že už to mám za sebou, na druhou stranu jsem ale nebyl schopný si obstarat většinu věcí, co jsem potřeboval. Nechci říct, že by to byla tak ukrutná bolest, když jsem chodil o berlích, spíš jsem nechtěl chodit mezi lidi, dokud se mi to úplně nezhojí.*“ Respondent uvádí, že nebýt jeho přítelkyně, se kterou bydlí ve společné domácnosti, nekoupil by si dlouho ani čerstvý chléb, protože i když docházel poctivě čtyři týdny na rehabilitaci

a cvičil doma, musel chodit o berlích a později o francouzských holích asi šest týdnů. I přes všechno, co podstoupil, řekl: „*Nebýt tak dobrého zdravotnického personálu, který se o mě staral, musel bych změnit zaměstnání a to by mi zkazilo celý život.*“

Respondent 3

Respondentem je 40letá žena, která si vbočení obou palců způsobila častým nošením lodiček na velmi vysokých podpatcích. „*Kdybych ze sebe nechtěla dělat velkou dámu, nikdy jsem si deformitu nemusela způsobit. Podpatky jsem nosila hlavně v práci, protože působím jako manažerka jedné bankovní společnosti. Ovšem i mimo zaměstnání byla tato obuv vždy moje první volba, a proto jsem si pak hodně vytrpěla.*“ Respondentka uvedla, že se u ní deformita hallux valgus rozvíjela asi 5 let, než s tím začala něco dělat. „*Zpočátku jsem si myslela, že mám prsty otláčené z bot a nevěnovala jsem bolesti příliš velkou pozornost, nanejvýš jsem si vzala jiné, ale samozřejmě také s podpatkem. Později jsem si však začala všimnout, že se palec vychyluje směrem dovnitř, ale myslela jsem si, že když nebudu lodičky na vysokých podpatcích chvíli nosit, vrátí se palec zase zpět do normálního postavení. Opak byl však pravdou. Po chvíli nošení obuvi bez podpatku jsem se opět vrátila k původnímu druhu obuvi a postavení palce se začalo čím dál více zhoršovat a dokonce se mi zdálo, že se i ostatní prsty začínají vychylovat.*“ Poté paní uvedla, že po dlouhém čtení článků o vbočeném palci, které našla na internetu, se rozhodla navštívit svého dlouholetého známého ortopeda, který pracuje v Jihlavě v ambulanci. „*Zjistila jsem si, kdy bude můj známý v ambulanci a objednala jsem se k němu. Objednací lhůta byla asi jeden měsíc, ale říkala jsem si, že když jsem to vydržela do teď, měsíc už nějak zvládnou.*“ Po uplynutí objednávací lhůty paní do ambulance přišla a po sepsání anamnézy a provedení několika vyšetření včetně rentgenu jí byla lékařem potvrzena diagnóza hallux valgus a to v takovém stádiu, že bude operace takřka nevyhnutelná. „*Lékař mi řekl, že v případě, že budu souhlasit s operací, není problém mi ihned dát předběžný termín. Také mi vysvětlil, že operace bude trvat asi hodinu a bude mi při ní osekán hlavní kloub a palec poté navrácen do normální osy. Při odchodu jsem ještě dostala od sestry nějaké informační materiály, týkající se ortopedické obuvi a korektorů, které mi měly pomoci přečkat období před operací.*“ Jelikož byla deformita diagnostikována na obou palcích, musel se lékař rozhodnout, který palec se bude operovat jako první, protože operace obou najednou není možná. Lékař tedy po důkladném prozkoumání RTG snímků rozhodl, že prvně se bude

operovat pravý palec, protože je v horším stavu než palec levý. Respondentka dále uvádí, že informace, které dostala, jí připadaly srozumitelné, a jelikož si o této deformitě i jejím řešení přečetla hodně na internetu, neměla ani žádné doplňující otázky. Když jsem se jí ptala, zda dostala i nějaké informace o následné pooperační péči řekla: *„V ambulanci o pooperační péči nebyla řeč. Když jsem ale nastoupila den před operací na ortopedické oddělení, přišel za mnou lékař sepsat různé souhlasy a znovu mi vysvětlit průběh operace a mluvil i o tom, jak budu a nebudu moci po operaci chodit. Také mi řekl, že mě to bude po operaci asi dost bolet, a že budu mít předepsané léky, které mi pomohou od bolesti, tak abych se nestyděla si o ně sestrám říct.“* Na otázku, zda byla paní schopna před operací chůze bez kompenzačních pomůcek, odpověděla: *„Jelikož jsem věděla, že mi nemohou být operovány oba palce najednou, koupila jsem si korektor alespoň na levý palec, který mi bude operován až jako druhý. O berlích ani francouzských holích jsem nechodila, protože jsem nevěděla, kterému palci ulevovat dříve, když mě boleli oba. Koupila jsem si tedy alespoň ortopedickou obuv a už při prvním obutí jsem zjistila, že mě v nich bolí oba palce daleko méně.“* Když jsem se respondentky dotazovala, zda si byla schopna před operací sama obstarat nákupy a různé pochůzky, odpověděla mi, že ano, protože byla na bolest tak zvyklá, že jí ani nenapadlo, někoho obtěžovat s tím, aby jí došel nakoupit. Stejně tak, jako před operací, ani po operaci paní nepotřebovala s ničím pomoci. *„Když jsem se vrátila po operaci domů, začala jsem fungovat stejně, jako bych na žádné operaci nebyla. Sice jsem chodila o francouzských holích, ale to mi nečinilo žádný problém, takže jsem se o sebe byla schopna normálně postarat. Samozřejmě větší nákupy obstarával manžel, protože bych například kartón minerálních vod domů o holích asi těžko mohla donést, ale jinak jsem všechny běžné úkony zvládala sama.“* Dále jsem se respondentky ptala, zda podstoupila rehabilitační léčbu. Paní odpověděla, že na doporučení svého lékaře absolvovala několikatydenní rehabilitační léčbu, která jí dle jejího názoru velmi pomohla. Poslední má otázka směřovala k délce používání francouzských holí po operaci. *„Francouzské hole jsem používala až do poslední kontroly u lékaře, což bylo asi 5 týdnů od operace.“*

Respondent 4

Respondentem je žena, 32 let, trpící deformitou hallux valgus od dětství. *„Už v období dospívání jsem měla s palcem problémy, ale jelikož máme vbočený palec v rodině,*

nepřekvapovalo mě to. I moje maminka se snažila, aby moje palce zůstali co nejdéle v co nejlepší stavu, protože věděla, že ani mě tato diagnóza jistě nemine. Proto mě v dětství nutila chodit často naboso a také mi kupovala jen ortopedickou obuv. V dětství mi to bylo celkem jedno, ale jakmile jsem přišla do puberty, chtěla jsem normální boty, jako měli ostatní. Kdybych věděla, jaké problémy pak nastanou, nikdy bych to neudělala, ale jak se říká, byla jsem mladá a promiňte za to slovo ale hloupá.“

Respondentka dále uvádí, že nošením běžné obuvi jí postupem času začal palec levé nohy bolet a později se i vychylovat. Právý palec byl naštěstí o trochu v lepší kondici. „Protože s tímto problémem má naše rodina bohaté zkušenosti, začala jsem asi půl roku po zvyšující se bolesti používat korektory na noc na oba palce. Zpočátku jsem si myslela, že mám vyhráno, protože mě palce sice boleli, ale ne víc a víc. Bolest byla dokonce i trochu mírnější. Můj optimismus však netrval příliš dlouho, protože přibližně po půl roce se bolest opět začala stupňovat. Koupila jsem si tedy i korektory, které mohu nosit přes den.“ Respondentka dále uvádí, že s korektory, které nosila už jak ve dne, tak v noci, odolávala návštěvě lékaře několik dalších let. Když už však byla bolest nesnesitelná, vyhledala lékařskou pomoc. „Se slzami v očích jsem pomalými kroky přišla do ambulance jako akutní případ. Když mě sestra zavolala do ordinace, lékař se mě hned ve dveřích ptal, co se mi stalo. Pověděla jsem mu, že nejsem po žádném úraze, ale že máme v rodině dispozici k vbočeným palcům a já už několik let odolávám návštěvě lékaře, ovšem teď že se již nemůžu ani hnout a to ani s korektory. Lékař se na mě chvíli nechápavě díval a poté mi řekl, že nechápe, že jsem byla schopná vydržet až do fáze, kdy se nemůžu takřka hnout.“ Dále paní uvádí, že byla lékařem důkladně vyšetřena a posléze informována o nutnosti operace. Toho stanovisko ji nepřekvapilo a spíše doufala, že ji nebude lékař přemlouvat k dalším konzervativním možnostem léčby. „Sestřička mi přinesla nějaké informační brožury o korektorech, ale já je odmítla s tím, že už jsem vyzkoušela všechno a tudíž žádné takovéto informace už nepotřebuji. Spíš mě zajímalo, kdy bude možné podstoupit operaci. Na to mi lékař řekl, že mám štěstí, že není léto, kdy se tyto operace dělají jen zřídka, kvůli vyšší pravděpodobnosti otoků po operaci. Dále mi řekl, že stádium deformity je opravdu u levého palce opravdu vysoké a že je tedy nutné operovat co nejdříve a dostala jsem termín už za čtrnáct dní.“ Poté respondentka uvedla, že jí lékař dopodrobna vysvětlil metodu, jakou bude operace provedena a sdělil jí, že operace bude trvat maximálně hodinu a půl. Dále jí vysvětlil, že po operaci nebude moci nějaký čas nohu zatěžovat, bude chodit o berlích a bude muset ránu ledovat, protože jí bude hodně otékat. Všechny

informace, které jí byly poskytnuty, byly srozumitelné. Když jsem se paní ptala, jaké kompenzační pomůcky před operací tedy používala, řekla: „*Před operací jsem bez korektorů palce, jak na den, tak na noc prakticky nefungovala. Po odchodu z ambulance jsem si došla také pro francouzské hole, abych byla vůbec schopna dojít na zastávku autobusu a dostat se domů. Co se týká obstarání domácnosti a nákupů, byla jsem odkázána na pomoc svého přítele. Stejně tak den před operací mě přítel do nemocnice musel odvézt a na příjem jsem přišla o francouzských holích.*“ Na otázku, zda chodila před operací v ortopedické obuvi, odpověděla: „*Ortopedickou obuv jsem nosila v dětství, jak už jsem říkala na začátku, poté v období puberty ne, ale jakmile jsem pochopila, že ty boty zmírňují bolest a to bylo asi ve 20 letech, opět jsem je začala nosit a nosila jsem je až do operace.*“ Poté respondentka uvedla, že po operaci ji rána natolik bolela, že nebyla schopna ani chodit. Jak v nemocnici, tak ještě dlouho v domácím prostředí užívala analgetika, palec ledovala a snažila se co nejvíce odpočívat. „*Když jsem se vrátila z nemocnice, byla jsem jak malé dítě, odkázané na pomoc druhého. Přítel vše musel obstarat za mě, a to jak vaření, praní, nákupy, tak dokonce i úklid. Sama jsem byla ráda, že si dojdu na WC a do sprchy. Ještě ke všemu jsem si zařídila po operaci rehabilitaci a masáže u soukromé fyzioterapeutky a přítel mě tam musel vozit a zase pro mě jezdit. Připadala jsem si, že jsem mu akorát na obtíž, ale on mě uklidňoval, že tenhle stav nebude trvat věčně. A měl pravdu. Rehabilitovala jsem asi tři týdny a o francouzských holích jsem chodila ještě asi další tři týdny poté, a pak už jsem to zvládala více méně bez nich a palec jsem si procvičovala doma sama podle doporučení fyzioterapeutky. Každopádně doufám, že se mi deformita už nevrátí, a že druhý palec nikdy nedojde vychýlením do takové fáze, jako byl tento, abych nemusela toto všechno prožívat znovu.*“

2.7.2 Respondenti z Nemocnice Pelhřimov

Respondent 5

Respondentem je 58letá žena, mající deformitu hallux valgus v rodině. „*Vbočený palec měli z matčiny strany snad úplně všichni. Co si pamatuji, tak babička, maminka, obě tety, můj bratr a samozřejmě i já. Deformity jsem si začala všimnat asi ve 25 letech, ale jelikož takhle vypadali palce skoro všech z naší rodiny a u mnohých ještě hůř, myslela jsem si, že je to naprosto normální.*“ Respondentka dále uvádí, že mnoho let

s deformitou žila, jako by byla její součástí a nikdy si nepomyslela, že by si ji mohla nechat odoperovat. „Na myšlenku operace mě přivedla moje kamarádka, která se při pohledu na moje nohy zhrozila. Vysvětlovala jsem jí, že to máme v rodině a že to nic hrozného není, ale ona na mě tak dlouho naléhala, až jsem si došla na ortopedii. V ambulanci mi lékař po vyšetření řekl, že je to běžný vbočený palec a v případě, že nemám větší potíže, jako jsou bolesti při chůzi a podobně, tak si mám koupit pouze ortopedické vložky nebo kvalitní obuv a dal mi o nich nějaké prospekty. Když jsem odcházela, tak se ještě zmínil o možnosti nošení korektorů na palec a podal mi ještě jeden informační materiál.“ Paní dále popsala, že si koupila ortopedické vložky, korektor na noc a začala se o svou diagnózu více zajímat. Přečetla si několik článků na internetu a začala se zapojovat do diskuzí s lidmi se stejným problémem. „Bavila jsem se na internetu s lidmi, kteří také mají vrozený vbočený palec, a zjistila jsem, že ti, kteří si ho nechali odoperovat, by to udělali znovu, protože už nemají žádný problém s botami. Abych to vysvětlila, jediný problém, který já jsem se svým palcem měla, byl ten, že mi nevydržely žádné boty déle než rok, protože v místě vbočení vždy praskly. Došla jsem si tedy k lékaři znovu a naštěstí tam byl ten samý odborník, co mě vyšetřoval před rokem. Nechal můj palec znovu zrentgenovat a konstatoval, že se deformita trochu zhoršila a v případě, že jsem přišla kvůli operaci, nebude mi v tom bránit.“ Respondentka dále uvádí, že jí lékař vysvětlil, že operace bude trvat asi hodinu a také jí popsal, co se s palcem bude na operačním sále dělat. „Lékař mi řekl, že nemusím mít strach, protože je to jednoduchá operace, která mě zbaví mých problémů. Také mi vysvětlil, že po operaci budu nějaký čas chodit o berlích po patě a později budu muset rehabilitovat.“ Na otázku, zda byly informace paní dostatečně srozumitelné, odpověděla, že ano a ani jí nenapadlo se ještě na něco ptát. Dále jsem se respondentky ptala, jaké používala kompenzační pomůcky před operací. Odpověděla, že nosila pouze ortopedické vložky a korektor na palec, ale že jí obě pomůcky přišly takřka zbytečné, a když šla na nákup nebo do kavárny tak stejně obě pomůcky nechávala doma. „Když jsem někam šla, říkala jsem si, že nepotřebuji ani jednu z nich, předtím jsem je také nepoužívala, tak proč je nosit teď, když si na nákup můžu dojít i bez nich. Stejný názor mám i na ortopedickou obuv. Doma jsem si korektor ale občas brala.“ Poté jsem se respondentky tázala, zda se o sebe byla po operaci schopna v domácím prostředí postarat. Paní řekla: „Po návratu z nemocnice jsem hodně odpočívala, protože mě palec dost bolel. Musela jsem ho ledovat a mít skoro pořád ve zvýšené poloze. Nemohla jsem tudíž vařit, uklízet a jezdit na nákupy tak, jak jsem byla zvyklá. Naštěstí mám šikovného

manžela, který všechny činnosti za mě zastal až do té doby, než se můj stav trochu zlepšil.“ Dále paní uvedla, že i když jí byla doporučena rehabilitační léčba, rozhodla se ji nepodstoupit a pouze palec sama procvičovala a masírovala podle návodu, který našla na internetu. Nakonec jsem se respondentky dotázala, jak dlouho po operaci používala kompenzační pomůcky. Na to mi odpověděla, že jen po dobu nezbytně nutnou, což byly asi čtyři týdny, protože se chtěla co nejdříve vrátit do běžného života.

Respondent 6

Respondentem je 42letý muž, pracující u stavební firmy. *„Pracuji jako stavební dělník, tudíž jsem v práci na nohou někdy i 12 hodin denně. Z toho důvodu mě často nohy bolí, ale až nedávno jsem si uvědomil, že to není jen obyčejná bolest. Když jsem se podíval na své prsty, zjistil jsem, že se palec uhýbá směrem dovnitř. Tento stav jsem bez řešení nechal asi rok a poté jsem se rozhodl navštívit lékaře.*“ Respondent dále uvádí, že lékaři v ortopedické ambulanci sdělil svůj problém a chtěl jej co nejdříve vyřešit. Lékař mu po důkladném odebrání anamnézy, klinickém a rentgenovém vyšetření sdělil, že jeho vychylující se palce se nazývají vbočené a je důležité rozhodnout, jaká léčba bude nejvhodnější. Dále mu vysvětlil všechny dostupné možnosti léčby a poskytl edukační materiály, obsahující informace o ortopedické obuvi, denních i nočních korektorech a také s vysvětlením, co to hallux valgus je. *„ Když jsem odcházel z ordinace, lékař mi řekl, ať si všechno pořádně promyslím a kdybych se rozhodl pro operaci, tak ať se ozvu. Doma jsem to probral s přítelkyní a došli jsme společně k závěru, že bude lepší si alespoň jeden palec nechat operovat teď a když by se pak druhý horšil, tak později i ten. Přece jen je určitě lepší nechat si pomoci hned, než čekat na zhoršení. Objednal jsem se tedy do ambulance znovu.*“ Dále respondent uvádí, že při druhé návštěvě ortopedické ambulance lékaři sdělil, že se rozhodl pro operaci. Lékař nechal opět obě nohy zrentgenovat a zhodnotil, že levý palec je v horším stádiu, tudíž se bude operovat jako první. Když jsem se pána ptala, kdo ho s průběhem operačního výkonu seznamoval, odpověděl: *„S průběhem výkonu mě seznamoval lékař. Řekl mi, že výkon bude trvat něco kolem hodiny, ale spíš kratší dobu a že se při ní bude posouvat hlavice kloubu a pak že mi to zafixují. Poté mi ještě lékař vysvětlil, jak se po operaci budu pohybovat. Řekl mi, že nebudu moc došlapovat na špičku, ale chodit jen po patě o berličích nebo francouzských holích. Byl jsem moc rád, že se mi lékař věnoval, všechno mi srozumitelně vysvětloval a zodpověděl i moje otázky.*“ Respondent dále uvádí, že i když

si přečetl edukační materiály, které obsahovaly informace o různých pomůckách konzervativní léčby, rozhodl se zakoupit pouze jeden pár ortopedické obuvi. „*Přemýšlel jsem, že si koupím i nějaký ten korektor z letáku, ale nakonec jsem usoudil, že by mi stejně určitě nepomohl a jen bych za něj zbytečně utratil peníze. Na druhou stranu ale musím uznat, že v té ortopedické obuvi se mi chodí o něco lépe, protože mě v nich palec tolik nebolí.*“ Na další otázku, zda si byl schopen obstarat před operací nákupy a podobně, pán odpověděl, že ano, protože byla pro něj bolest takřikajíc normální. Když jsem se ale ptala, zda se o sebe byl schopen postarat i po operaci, řekl: „*Když jsem se vrátil z nemocnice, potřeboval jsem pomoci skoro ve všem. Došel jsem sice na záchod a zpět, ale abych například opravoval rozbitou skříňku, na to jsem neměl ani pomyšlení, co mohlo, muselo počkat. Stejně tak o vaření se musela plně postarat přítelkyně, i když vařím velmi rád.*“ Na doporučení lékaře pán také podstoupil rehabilitační léčbu v rozsahu čtrnácti dnů. Poté palec procvičoval doma sám. Na poslední otázku, jak dlouho používal po operaci kompenzační pomůcky, respondent řekl: „*O francouzských holích jsem chodil hned od druhého dne po operaci a pokračoval jsem v tom ještě asi 4 týdny. Ovšem i bez nich jsem musel nohu šetřit a na palec úplně nedošlapovat.*“

Respondent 7

Respondentem je 44letá žena, chodící velmi často v obuvi s vysokým podpatkem. „*Na to, že se můj palec začíná nějak měnit, jsem přišla asi před třemi roky. Je pravda, že jsem v posledních několika letech nosila hodně boty s podpatkem, ale že by to tolik ovlivnilo můj palec, mi přišlo zvláštní. Dokud to nezačalo hodně bolet, neřešila jsem to, protože zkrátka nebyl důvod.*“ Respondentka dále uvádí, že několik měsíců po tom, co se u ní projevil velké bolesti palce, navštívila praktického lékaře. Ten ji vyšetřil a následně odkázal na návštěvu ortopedické ambulance. „*V ambulanci mi byla provedena různá vyšetření, včetně rentgenu. Poté mi lékař vysvětlil, že to, že se jeden z mých palců vbočuje, může být způsobené vysokými podpatky, které jsem uvedla jako nejčastější obuv v úvodním rozhovoru. Když jsem se zeptala, proč tedy nemám zdeformované oba palce, ale pouze jeden, lékař mi vysvětlil, že mám pravou nohu větší. Z toho důvodu je palec pravé nohy v botě více utiskován, a proto se i deformuje.*“ Paní dále uvedla, že při rozhovoru s lékařem obdržela také edukační materiály od sestry, které obsahovaly informace o ortopedické obuvi. Poté ji lékař vysvětlil různá možná řešení deformity, ale nakonec konstatoval, že by bylo nejlepším řešením palec operovat.

Paní bez váhání souhlasila. „Když jsem lékaři prakticky bez rozmyslu řekla, že chci operaci podstoupit, byl zaskočen. Řekl mi, ať počítám s tím, že to po operaci bude bolet ještě víc než teď. Dále mi řekl, že je to běžná operace a nemusím se ničeho bát. Nakonec mi sdělil, že mě po operaci kromě bolesti čeká ještě chůze o berlích po patě, ale to, že už mi lépe vysvětlí na oddělení. Všechno, co mi řekl, mi bylo srozumitelné.“ Když jsem se respondentky tázala, zda používala kompenzační pomůcky a nosila ortopedickou obuv před operací, odpověděla, že ne, i když jí to bylo doporučeno. Stejně tak nákupy i starání se o domácnost zvládala až do operace bez problému. Po operaci a následném propuštění do domácí péče taktéž paní zvládala všechno sama. „Doma nežiji sama, aby mi neměl kdo pomoci, právě naopak. Mám velkou rodinu, o kterou se musím starat já, a proto i přes bolest vařím, žehlím, uklízím, zkrátka dělám vše, co je potřeba.“ Respondentka dále uvedla, že přemýšlela o rehabilitační terapii, která jí byla doporučena jak lékařem v ambulanci, tak i poté lékařem na oddělení. Nakonec se rozhodla terapii nepodstoupit, protože to pro ni bylo časově náročné. „Když se máte denně starat o tři děti, není lehké skloubit všechno dohromady tak, abyste stihla ještě nějakou rehabilitaci. Rodina je pro mě přednější než nějaké cvičení.“ Má poslední otázka se týkala délky používání kompenzačních pomůcek. Paní odpověděla: „Francouzské hole jsem měla používat až do poslední kontroly, ale odložila jsem je už dříve, protože mi překážely při domácích pracích a i bez nich jsem to zvládala celkem obstojně, trůfám si říct. Když mám ale sdělit, jak dlouho jsem je tedy používala, řekla bych necelých čtrnáct dnů.“

Respondent 8

Respondentem je žena, 36 let, která si své deformity začala všimnout asi před čtyřmi roky. „Pamatuji si, že zakřivený palec směrem dovnitř mívala moje babička. Nikdy mě ale nenapadlo, že mám v genetické výbavě něco takového i já. Z počátku jsem si myslela, že se tedy palec zakříví a tím to skončí, ale najednou jsem začala pozorovat, že mě palec nějak nezvykle bolí v kloubu. Myslela jsem si, že ho mám jen otláčený z bot, ale když jsem obuv změnila, bolest neustávala. Rozhodla jsem se tedy objednat na ortopedii, abych zjistila, zda to není něco vážnějšího.“ Respondentka dále uvádí, že při návštěvě ambulance očekávala, že ji lékař vyšetří, konstatuje, že jde pouze o otláčení a s mastí či gelem ji pošle domů. Lékař ji sice vyšetřil a odeslal na rentgen, ovšem poté následoval jiný verdikt, operace. Lékař paní vysvětlil, že se jedná o deformitu hallux valgus, tedy

vbočený palec, který se nechá léčit různými způsoby. Popsal jí, jak by se palec léčil neoperační cestou. Poté jí sestra přinesla informační brožury, týkající se této konzervativní terapie. Lékař ale nakonec dodal, že v případě, že by paní měla deformitu získanou například nošením nevhodné obuvi, doporučil by jí tuto formu léčby. Ale jelikož paní v anamnéze uvedla, že její babička vbočený palec měla, doporučoval by léčbu operační, protože je u vrozeného typu malá šance na vyléčení deformity pouze pomocí korektorů a vhodné obuvi. *„Lékař po mě chtěl ihned slyšet, pro jakou možnost se rozhodnu. Já jsem z toho byla tak vystrašená, že jsem řekla, že dám na něj a radši si to nechám operovat. Po tomto rozhodnutí jsem byla lékařem ihned informována, jak bude nejpravděpodobněji zákrok probíhat. Řekl mi, že je to běžná operace a nemusím mít vůbec strach. To bylo všechno. Sice to bylo srozumitelné, ale chtěla jsem vědět informací víc. Zeptala jsem se tedy, jestli je možné, že se mi deformita ještě někdy vrátí, když mi ji odoperují. Bylo mi řečeno, že u vrozených typů se to může stát, ale když se budu o nohy dobře starat a nosit kvalitní ortopedickou obuv, vrátit by se mi to nemělo.“* Dále jsem se respondentky dotazovala, zda dostala informace i o následné pooperační péči. Pacientka odpověděla, že v ambulanci ne, ale že jí bylo vše podrobně vysvětleno den před operací na oddělení. *„Když se mnou lékař sepisoval příjem, vysvětlil mi všechno, co se týkalo operace. Také mi řekl, že mě to po operaci bude nejspíš dost bolet, a abych si v tom případě řekla sestřím o léky ulevující od bolesti. Ještě mi také vysvětlil, že budu chodit o francouzských holích a to ze začátku jen po patě a zevní straně nohy. Trochu mě to děsilo, ale říkala jsem si, že přece teď od operace neustoupím.“* Paní mi dále sdělila, že před operací nepoužívala žádné kompenzační pomůcky, ani ortopedickou obuv. Stejně tak nákupy a všechno ostatní zařizování, které před operací měla, zvládala víceméně bez problémů. Největším problémem pro ni byla bolest při chůzi, ale i přesto nepotřebovala pomoc druhé osoby. *„Po operaci už to bylo horší. Měla jsem sádku, francouzské hole a hodně velké bolesti. Z nemocnice domů mě vzal manžel, protože autobusem bych to rozhodně nezvládla. Stejně tak doma, jsem nebyla první týden ničeho moc schopná. Manžel za mě musel uklízet a vařit. Samozřejmě ani na nákup jsem nemohla dojít a už vůbec ne řídit auto. I přes to, jsem to všechno zvládla a nakonec podstoupila i rehabilitaci v rozsahu třech týdnů. Pak už jsem si palcem cvičila doma.“* Na otázku, jak dlouho používala francouzské hole, respondentka odpověděla, že přibližně měsíc. Bála se totiž nohu zatěžovat, aby si nezpůsobila větší potíže, než měla před operací.

2.7.3 Respondenti z Nemocnice Havlíčkův Brod

Respondent 9

Respondentem je muž, 63 let, kterému byl hallux valgus diagnostikován jako komplikace revmatoidní artritidy. „Už před mnoha lety mi lékař řekl, že trpím revmatem. Ze začátku jsem měl ztuhlé a bolestivé jen klouby na ruku, ale později se začaly přidávat ostatní klouby, včetně kloubů na nohách. Kromě bolesti se pak začaly i různě křivit. Když jsem byl na kontrole s revmatem u svého praktického lékaře, řekl mi, ať si dojdou na ortopedii. Když jsem se zeptal proč, bylo mi řečeno, že pravý zkřivený palec vypadá dost ošklivě a bude to možná i k operaci. Opět mi nebylo jasné proč. Poté mi lékař řekl, že je to nějaký hallux a že by mi mohl pak překážet v botách.“ Při návštěvě ortopedie byla pánovi diagnostikována deformita hallux valgus ve stádiu, kdy jej není možné léčit konzervativně. „Lékař mi řekl, že by bylo dobré palec operovat, protože jinak se mi určitě nezlepší. Věděl jsem, že on sám ví nejlépe, co je pro moje zdraví nejlepší a tak jsem souhlasil. Poté mi vysvětlil, že kloub se při operaci oseká a celý článek se vrátí tam, kde by měl za normálních okolností být. Bylo mi vcelku srozumitelné, co říkal, ale i přesto jsem se zeptal, jak dlouho pak budu muset chodit o berlič. Odpověděl mi, že ze začátku, když budu mít sádku tak určitě a potom bude záležet na mě, jak moc mě to bude bolet. Taky říkal něco o chůzi po patě, ale to mi zrovna sestra dávala letáky o ortopedické obuvi, takže jsem lékaře moc neposlouchal.“ Dále respondent uvádí, že před operací používal pouze ortopedickou obuv a byl soběstačný ve všech činnostech. „Na to, že mě pořád něco bolí, jsem zvyklý a že bych si kvůli tomu měl nechat od někoho sloužit, to ne. Když jsem potřeboval nakoupit nebo na poštu, prostě jsem si tam došel. Ono to také možná bylo tím, že jsem nosil ortopedickou obuv a nohy mě v ní tak nebolely.“ Na otázku, zda se pán byl po operaci v domácím prostředí schopný sám o sebe postarat, odpověděl, že těsně po propuštění ne, protože mu dělala velké problémy chůze o berlič. „Kdyby mě bolel jen operovaný palec, zvládnul bych asi všechno, ale jelikož mě bolely i ostatní klouby kvůli revmatu, a hlavně ty na ruku, měl jsem problém chodit o berlič. Pomáhala mi tedy manželka. Co jsem potřeboval, mi přinesla, ale za záchod jsem dojít zvládnul. Vaří a uklízí stejně vždycky jen ona, tak v tom si troufám říct, že jsem pomoc nepotřeboval. Stejně tak je to s nákupy.“ Poté jsem se respondenta ptala, zda podstoupil rehabilitační léčbu. Odpověděl, že ne, protože na to neměl dost sil a byl rád, že může být doma

a nikam nemusí. Na poslední otázku, jak dlouho chodil o berlích, mi sdělil, že pouze tři týdny, protože to pro něj bylo kvůli bolestivým kloubům rukou nesnesitelné.

Respondent 10

Respondentem je 23letá žena, které se hallux valgus projevil několik let po zlomenině palce levé nohy. „*Před třemi roky jsem si zlomila palec u nohy. Když se mi zhojil, nebyla jsem už ani na kontrole. Po nějaké době se mi ale zdálo, že se začíná uhýbat směrem dovnitř a zašla jsem si tedy ke svému ortopedovi. Ten mi řekl, že to vypadá na vbočený palec. Když jsem se zeptala, jestli to může nějak souviset s tím, že jsem měla palec zlomený a nebyla jsem na kontrole, řekl, že ano. Poté mi naznačil, že jsem si to nejspíš způsobila sama, protože kdybych na kontrolu přišla, mohlo se přijít na to, že je s ním něco špatně. Dále mi řekl, že příčinou může být i ochabnutí svalů při tom, jak jsem ho měla v dlazi.*“ Respondentka dále uvádí, že od lékaře obdržela edukační materiál obsahující informace o korektorech palce, ortopedické obuvi a také o cvicích, díky kterým by se mohl palec srovnat. „*Koupila jsem si korektor, ortopedické boty a začala s palcem cvičit. Chvilí se mi zdálo, že se mi to vážně lepší, ale netrvalo dlouho a zase se to zhoršilo. Rozhodla jsem se tedy dojít k ortopedovi znovu. Palec mi opět prohlédl a řekl mi, že když se mi to nelepší, že by bylo nejlepší palec operovat. Vysvětlil mi, že operace by trvala asi hodinu. Poté ještě řekl, že by mi v něm posunuli kloub a zafixovali nějakým šroubem. Trochu mě to vyděsilo, ale řekla jsem si, že mi to snad pomůže. Ještě se zmínil o tom, že po operaci bude palec dost bolestivý, tak abych užívala léky proti bolesti a ledovala ho. Všechno mi to bylo jasně a srozumitelně vysvětleno a už jsem mohla jen doufat, že vše proběhne hladce.*“ Dále mi respondentka sdělila, že před operací nosila už jen ortopedickou obuv ke zmírnění bolesti palce, ale korektor a cviky již vynechala. Když jsem se jí dotazovala na soběstačnost před operací, odpověděla mi, že zvládala vše, co bylo třeba a nepotřebovala žádnou pomoc svých blízkých. Poté slečna hovořila o pooperačním období: „*Po operaci mě palec bolel víc, než jsem čekala. Léky jsem dostávala tak často, jak jen to bylo možné a ledovala jsem i v noci. Když mě propustili z nemocnice, byla jsem ráda, že se doma o mě postarají rodiče. Zvládla jsem se vysprchovat, dojít na WC, ale vyvenčit a krmit psa bych nedokázala. Stejně tak vaření a uklízení, ve kterém jsme se s maminkou střídaly, jsem zastat nemohla.*“ Respondentka dále uvádí, že jelikož kdysi zanedbala svou zlomeninu,

nechtěla zanedbat i tento stav, podstoupila proto rehabilitační terapii v rozsahu šesti týdnů a francouzské hole používala také šest týdnů.

Respondent 11

Respondentem je žena, 41 let, trpící deformitou hallux valgus od mládí. „*Vbočený palec máme v rodině z tatínkovi strany. Tušila jsem, že to nemine ani mě. Palec se mi začal vbočovat a bolet asi v 18 letech, ale říkala jsem si, že to nic není. Nikdy jsem se o nějakou léčbu nezajímala. Až před několika lety se bolest začala stupňovat a palec deformovat i ostatní prsty. Vyhledala jsem tedy odbornou pomoc v soukromé ortopedické ambulanci. Po sepsání různých údajů, týkajících se mě a mé rodiny mě čekal rentgen. Když poté lékař snímek zhodnotil, řekl mi, že se jedná o vbočený palec.*“ Respondentka dále uvádí, že ji lékař informoval o různých možnostech léčby a sestra jí poskytla informační materiál o různých druzích konzervativní terapie. „*Odešla jsem z ordinace trochu zklamaná, protože jsem nečekala, že dostanu jen nějaké letáky. Zavolala jsem tedy své kamarádce, která pracuje jako fyzioterapeutka, jestli by mi nemohla poradit, co mám dělat. Řekla mi, že mám zkusit korektor, ale když by mi to nepomáhalo, mám si zajít zpět do ambulance. Vydržela jsem to necelého půl roku a ortopedii jsem opět navštívila. Lékař mi nechal nohu znovu zrentgenovat. Poté mi řekl, že pokud mi korektor nepomáhá, doporučil by mi operaci. Byla jsem s tím už předem smířená a tak jsem souhlasila.*“ Paní mi dále sdělila, že lékař byl velmi ochotný a vše jí srozumitelně vysvětlil. Mluvil o tom, že operace bude trvat nejdéle hodinu. Také paní zodpověděl doplňující otázky, které se týkaly následné pooperační péče. „*Ptala jsem se, za jak dlouho budu moci chodit normálně bez berlí a kdy se budu moci vrátit do práce. Řekl mi, že to záleží na tom, jak rychle se bude palec hojit a jak moc mě bude bolet.*“ Nakonec jí řekl, že po operaci by bylo dobré palec zrehabilitovat. Na to mu paní odpověděla, že s tím počítá a má to už předem domluvené u své známé fyzioterapeutky. Také jsem se respondentky dotazovala na to, jestli používala k chůzi před operací nějaké pomůcky. „*Před operací jsem nepoužívala ortopedickou obuv, žádné pomůcky, a to ani korektor. Myslela jsem si, že když už mám domluvenou operaci, je to zbytečné. V pohybu mě omezovala z části bolest, ale i přes to jsem si všechny potřebné věci obstarala bez pomoci ostatních.*“ Na otázku, zda se po operaci respondentka byla schopná o sebe postarat v domácím prostředí, odpověděla, že z velké části ano. Potřebovala však pomoci s nákupy a úklidem, které během prvního týdne po operaci

vůbec nezvládala. Další otázka směřovala k rehabilitaci. „*Rehabilitovat jsem začala hned, jak to bylo možné a chodila jsem tam tři týdny. Přečetla jsem si totiž na internetu, že by se mi to vbočení mohlo vrátit, tak jsem tomu chtěla nějak předejít. Nevím sice, zda tomu rehabilitace pomůže, ale myslím si, že mi to neuškodí.*“ Dále jsem se respondentky dotázala na používání kompenzačních pomůcek po operaci a na to mi odpověděla, že chodila o francouzských holích asi čtyři týdny.

Respondent 12

Respondentem je 65letý muž, kterému se hallux valgus rozvíjel mnoho let. „*Vbočený palec už mám hodně dlouho. Narodil jsem se s kratší nohou a od dětství kulhám. Aby toho nebylo málo, mám vcelku dost vysokou váhu a to tělu taky určitě nepomáhá. Ještě než jsem zjistil, že mám vbočený palec, měl jsem prvně problémy se zády. Můj praktický lékař mi vysvětlil, že jak kulhám, křiví se mi celé tělo. A proto u mě vznikl i ten palec.*“ Respondent dále uvádí, že se po dlouhých letech života s bolestí rozhodl navštívit ortopedickou ambulanci, kde mu byla diagnostika deformity hallux valgus potvrzena. „*Prvně se mě lékař dlouze vyptával na to, jak je to s mým kulháním, od kdy, proč a jestli jsem to nějak řešil. Pak se mě ptal, jestli máme vbočený palec v rodině, a když jsem řekl, že nemáme, poslal mě na rentgen. Když si ho prohlédl, řekl mi, že by to viděl na operaci. Nebyl jsem proti, protože jsem nechtěl čekat, až to bude ještě horší.*“ Dále mi pán sdělil, že mezitím, co si lékař zaznamenával informace do počítače, obdržel od sestry informační materiál o ortopedické obuvi. „*Chvíli jsem do toho letáčku koukal a pak jsem se lékaře zeptal, jestli má cenu si ty boty kupovat. Řekl mi, že by mě v nich měl ten palec bolet méně, ale že mě do nich nutit nechce. Pak mluvil o tom, že se té operace nemám bát, že se to u nich dělá běžně. Víc mi o tom neřekl. I když mi informace, co říkal, byly srozumitelné, zeptal jsem se ještě, jestli musím nějak zhubnout. Odpověděl mi, že by to celkově pro tělo bylo lepší, a že by byla hned menší zátěž na ten palec. Řekl jsem si, že to za zvážení stojí.*“ Když jsem se dotazovala, zda pán obdržel informace o následné pooperační léčbě, odpověděl, že ano, ale týkaly se pouze chůze po patě. Respondent dále uvádí, že před operací chodil o jedné francouzské holi, kterou používal již mnoho let. Jiné kompenzační pomůcky nepoužíval, a to ani ortopedickou obuv, která mu byla doporučena. Co se týče soběstačnosti před operací, respondent potřeboval pomoci s nákupy a dopravou autem, protože se mu špatně řídilo. Po operaci byla pomoc také potřebná. Pán žije sám, tudíž mu musela pomáhat jeho dcera, která

bydlí blízko jeho domu. Nosila mu nákupy, uklízela a vařila. „Kdyby za mnou dcera nejezdila, musel bych to všechno zvládnout sám, ale asi bych s tím měl velké problémy. I když jsem ji nechtěl obtěžovat několik týdnů, nebyla jiná možnost. Nejen, že pro mě dělala všechny domácí práce, ale ještě mě musela vozit na rehabilitaci, kterou mi sama zařídila. Já bych tam sám od sebe asi nešel, ale když už mi to zařídila, tak proč ne. Vozila mě tam skoro čtyři týdny.“ Respondent mi také sdělil, že mu bylo doporučeno chodit o obou francouzských holích a to až do poslední kontroly. Jelikož byl ale pán zvyklý před operací chodit pouze o jedné, chodil tak i teď. „Říkali mi, abych používal obě, ale to bych si nebyl schopný ani otevřít dveře od koupelny, a tak jsem chodil jen o jedné. Myslím si, že to už zas takový rozdíl není.“ Když jsem se zeptala, zda svou francouzskou hůl používá stále, že mi, že ano a předpokládá, že už tomu jinak ani nebude.

2.8 Názorná analýza výsledků

Výsledky výzkumu byly na základě výzkumných otázek rozčleněny do tabulek.

Výzkumná otázka č. 1

Kdo pacienty edukoval před operačním řešením deformity hallux valgus?

Tabulka č. 1 Kdo pacienty edukoval o operačním výkonu a následné pooperační péči

Respondenti	Lékař	Fyzioterapeut
R1	X	X
R2	X	X
R3	X	
R4	X	
R5	X	
R6	X	
R7	X	
R8	X	
R9	X	
R10	X	
R11	X	X
R12	X	

Zdroj: autorka

Tabulka č. 2 Kdo pacientům poskytnul edukační materiál

Respondenti	Lékař	Sestra
R1	X	
R2		X
R3		X
R4		X
R5	X	
R6	X	
R7		X
R8		X
R9		X
R10	X	
R11		X
R12		X

Zdroj: autorka

Výzkumná otázka č. 2

Jak byli pacienti edukováni před operačním řešením deformity hallux valgus?

Tabulka č. 3 Poskytnutí informací o délce a průběhu operačního výkonu

Respondenti	Délka do 1 hodiny	Délka 1-2 hodiny	Průběh výkonu	Žádné
R1		X		
R2	X			
R3	X		X	
R4		X	X	
R5	X			
R6	X		X	
R7				X
R8			X	
R9			X	
R10	X		X	
R11	X			
R12				X

Zdroj: autorka

Tabulka č. 4 Poskytnuté informace o následné pooperační péči

Respondenti	Chůze	Rehabilitace	Užívání analgetik	Přikládání ledu
R1	X	X		
R2		X		
R3	X		X	
R4	X			X
R5	X	X		
R6	X			
R7	X			
R8	X		X	
R9	X			
R10			X	X
R11	X	X		
R12	X			

Zdroj: autorka

Tabulka č. 5 Srozumitelnost informací a potřeba doplňujících otázek

Respondenti	Srozumitelné bez otázek	Srozumitelné s otázkami
R1		X
R2	X	
R3	X	
R4	X	
R5	X	
R6		X
R7	X	
R8		X
R9		X
R10	X	
R11		X
R12		X

Zdroj: autorka

Výzkumná otázka č. 3

Jaká byla úroveň soběstačnosti v oblasti pohybové aktivity u pacientů před operačním řešením hallux valgus?

Tabulka č. 6 Soběstačnost pacientů v oblasti pohybové aktivity před operací

Respondenti	Soběstačný	Částečně soběstačný
R1		X
R2	X	
R3	X	
R4		X
R5	X	
R6	X	
R7	X	
R8	X	
R9	X	
R10	X	
R11	X	
R12		X

Zdroj: autorka

Tabulka č. 7 Zvládání chůze bez kompenzačních pomůcek před operací

Respondenti	Zvládal/a	Nezvládal/a
R1		X
R2	X	
R3		X
R4		X
R5		X
R6		X
R7	X	
R8	X	
R9		X
R10		X
R11	X	
R12		X

Zdroj: autorka

Tabulka č. 8 Nošení ortopedické obuvi před operací

Respondenti	Nosil/a	Nenosil/a
R1	X	
R2		X
R3	X	
R4	X	
R5		X
R6	X	
R7		X
R8		X
R9	X	
R10	X	
R11		X
R12		X

Zdroj: autorka

Výzkumná otázka č. 4

Jaká byla úroveň soběstačnosti v oblasti pohybové aktivity u pacientů po operačním řešení hallux valgus?

Tabulka č. 9 Schopnost postaráni se o sebe sama v domácím prostředí po operaci

Respondenti	Soběstačný	Částečně soběstačný
R1		X
R2		X
R3		X
R4		X
R5		X
R6		X
R7	X	
R8		X
R9		X
R10		X
R11		X
R12		X

Zdroj: autorka

Tabulka č. 10 Potřebná pomoc v domácím prostředí

Respondenti	Nákupy	Vaření	Úklid	Jiná	Žádná
R1	X		X	X	
R2	X				
R3	X				
R4	X	X	X	X	
R5	X	X	X		
R6		X			
R7					X
R8	X	X	X	X	
R9				X	
R10		X	X	X	
R11	X		X		
R12	X	X	X		

Zdroj: autorka

Tabulka č. 11 Podstoupení rehabilitace po operaci a její délka

Respondenti	Ano (délka do 1 měsíce)	Ano (délka nad 1 měsíc)	Ne
R1			X
R2	X		
R3		X	
R4	X		
R5			X
R6	X		
R7			X
R8	X		
R9			X
R10		X	
R11	X		
R12	X		

Zdroj: autorka

Tabulka č. 12 Délka používání kompenzačních pomůcek po operaci

Respondenti	Do 2 týdnů	3-4 týdny	5 a více týdnů
R1			X
R2			X
R3			X
R4			X
R5		X	
R6		X	
R7	X		
R8			X
R9		X	
R10			X
R11		X	
R12			X

Zdroj: autorka

3 Diskuze

Bakalářská práce byla zaměřena na téma „Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s hallux valgus.“ Cílem kvalitativního výzkumného šetření bylo zjištění odpovědí pacientů, kteří podstoupili operaci deformity hallux valgus, na následující výzkumné otázky. Kdo pacienty edukoval před operačním řešením deformity hallux valgus? Jak byli pacienti edukováni před operačním řešením deformity hallux valgus? Jaká byla úroveň soběstačnosti v oblasti pohybové aktivity u pacientů před operačním řešením hallux valgus? Jaká byla úroveň soběstačnosti v oblasti pohybové aktivity u pacientů po operačním řešení hallux valgus?

Výzkumné šetření bylo provedeno ve třech nemocnicích Kraje Vysočina, konkrétně na jejich ortopedických odděleních a příslušných ambulancích. Celkem bylo osloveno 12 respondentů, přičemž z každé z nemocnic byli k výzkumu vybráni čtyři, kteří byli po operačním řešení deformity hallux valgus. V diskuzi se zabývám již zmiňovanými otázkami.

První výzkumná otázka byla zaměřena na to, kdo pacienty edukoval před operačním řešením deformity hallux valgus. Zde se všichni respondenti shodují, že největší podíl na edukaci měl lékař v ortopedické ambulanci. Dále tři z dvanácti dotázaných uvedli, že se na jejich edukaci kromě lékaře podílely i sestry fyzioterapeutky, které je informovaly o možnostech chůze po operaci. Poté jim doporučily i podstoupení rehabilitační terapie po operaci. Všichni dotázaní se také shodují, že jim byl poskytnut edukační materiál. Neshodují se však v tom, kdo jim jej poskytl. Ve čtyřech případech dostali brožury a informační letáky od lékaře v ambulanci, ve zbylých osmi případech poskytl tištěné informace sestra v ambulanci. Poskytnutí tištěného edukačního materiálu je důležitou součástí edukace. Stejně tak Janíková a Zeleníková (2013) shodně uvádí, že je poskytnutí edukačního materiálu nezbytné, a to především ke snížení strachu a stresu pacientů z neinformovanosti. Dále uvádí, že tištěné brožury mají velkou výhodu v možnosti opakovaného čtení a lze jimi předejít mnoha nedorozuměním. Dle Plevové a kol. (2011) je edukace velmi důležitá k navedení pacienta ke správnému cíli. Dále ale také uvádí, že by nikdo edukací neměl pacienty k ničemu nutit, protože samotné rozhodnutí je vždy na něm.

Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na to, jak byli pacienti edukováni před operačním řešením deformity hallux valgus. Jak už je napsáno u první výzkumné

otázky, edukace je pro pacienty velmi důležitá. Respondentů jsem se proto dotazovala, jaké jim byly poskytnuty informace o délce a průběhu operačního výkonu. V této oblasti se příliš neshodovali. Šest respondentů uvedlo, že délka operačního výkonu neměla v jejich případě přesáhnout jednu hodinu a dva respondenti sdělili, že jejich výkon měl trvat v rozmezí od jedné do dvou hodin. Zbývajících čtyři respondenti uvedli, že při vysvětlování operačního výkonu nedostali žádné informace, týkající se délky jejich operace. Co se týče průběhu výkonu, polovina dotázaných odpověděla na tuto otázku, že jim výkon byl alespoň z části popsán tak, jak by měl probíhat. Další šest respondentů uvedlo, že o průběhu výkonu nedostali žádné informace, přičemž dva z nich neobdrželi ani informace o délce operace. Přitom dle Kulhavé (2012) patří edukace do celkové péče o pacienta a neměla by být opomíjena. Také by neměla obsahovat pouze základní, ale komplexní informace, aby byl pacient připraven na předoperační i pooperační období, ale nebyl informacemi zahlcen. Podle Kulhavé (2012) jsou nedílnou součástí i interní audity, kterými by měla být edukace kontrolována, zda je správně poskytována. Dále respondenti odpovídali na to, jaké jim byly poskytnuty informace o následné pooperační péči. Deset dotázaných uvedlo, že dostali informace o tom, že budou po operaci muset chodit po patě nebo zevní straně nohy o berlích či francouzských holích. Čtyři byli poučeni o možnosti následné rehabilitace. Třem bylo doporučeno užívat analgetika a dvěma operační ránu ledovat. V rámci této výzkumné otázky jsem se respondentů též dotazovala, zda jim informace, které jim byly podané, byly srozumitelné. Všichni se shodli na tom, že ano. Dále jsem se však dotazovala, zda měli k podaným informacím ještě nějaké doplňující otázky. Polovina respondentů uvedla, že žádné otázky již neměli, druhá polovina ovšem konstatovala, že jim informace nestačily a museli se lékaře dotazovat. Podle Zacharové a Šimíčkové - Čížkové (2011) je srozumitelnost informací velmi důležitá a je ovlivňována mnoha faktory, jako jsou jednoduchost, stručnost, zřetelnost, důvěryhodnost a také zpětná vazba. Též je důležité zmínit, že by se ke každému pacientovi mělo přistupovat individuálně.

Třetí výzkumná otázka byla zaměřena na úroveň soběstačnosti v oblasti pohybové aktivity u pacientů před operačním řešením hallux valgus. Z rozhovorů vyplývá, že zcela soběstačných při pohybu bylo devět z dvanácti dotázaných. Další tři respondenti popsali svou soběstačnost jako částečnou, protože si nebyli schopni obstarat vše, co před vznikem deformity. Veverková a kol. (2019) pokládají soběstačnost za velmi

důležitou hodnotu, umožňující řízení svého života dle vlastních představ. Při omezení soběstačnosti dochází k narušení sebedůvěry, zhoršení psychického stavu a vzniku závislosti, které mají negativní vliv na kvalitu života pacienta. Dále jsem se zaměřila na schopnost zvládání chůze bez kompenzačních pomůcek před operací. Čtyři respondenti odpověděli, že bez nich dokázali s menšími či většími obtížemi chodit, kdežto osm dotázaných potřebovalo k chůzi nějakou z pomůcek. Ať už se jednalo o ortopedickou obuv, korektor na den či noc či francouzské hole, nedokázali se bez nich obejít. Kolář et al. (2009) uvádí, že účinky při používání korektorů jsou sporné. V případě, že pacient používá korektor či ortézu, ale stále nosí nevhodnou obuv, která nohu deformuje, postrádá používání těchto pomůcek smysl. Dále uvádí, že používání korektorů sice pacientovi uleví od bolesti, nevyřeší však příčinu jeho deformity. Z výzkumu dále vyplývá, že nošení ortopedické obuvi před operací zvolilo šest respondentů a dalších šest ji považovalo za zbytečnou. Dle České podiatrické společnosti (2012) by nošení vhodné obuvi mělo být důležitou součástí léčby. Vhodnou obuví je zde myšlena obuv pohodlná, s prostorem pro prsty, nízkým podpatkem a pružnou podrážkou. Bohužel ani ortopedické obutí nedokáže trvale předejít zhoršení deformity.

Čtvrtá výzkumná otázka byla zaměřena na úroveň soběstačnosti v oblasti pohybové aktivity u pacientů po operačním řešení hallux valgus. Zde jedenáct z dvanácti dotázaných uvedlo, že nebyli po operaci v domácím prostředí plně soběstační a potřebovali pomoc blízké osoby. Pouze jeden respondent uvedl, že po propuštění z nemocnice domů musel být i přes velkou bolest zcela soběstačný, protože se musel postarat o svou rodinu. Nepotřeboval pomoci tedy v žádné činnosti. Zbylých jedenáct respondentů hodnotilo pomoc v domácím prostředí jako potřebnou a to hned v několika oblastech. Osm respondentů potřebovalo pomoc při nakupování, šest respondentů s vařením a sedm s úklidem domácnosti. Mimo tyto oblasti potřebovalo pět dotázaných pomoc jinou, a to buď s řízením automobilu či s venčením svého psa. Dále jsem se respondentů dotazovala, zda po operačním řešení podstoupili rehabilitační léčbu. Na tuto otázku odpověděli čtyři dotázaní, že ji nepodstoupili, ať už z nemožnosti na ni docházet nebo z časové náročnosti. Rehabilitaci podstoupilo osm respondentů, z čehož šest z nich na ni docházelo méně než jeden měsíc a dva z nich více než jeden měsíc. Schuh et al. (2009) tvrdí, že ve většině případů samotná operační léčba bez následné rehabilitace neobnoví fyziologickou funkci nohy. Dále uvádí, že by každý pacient měl

po operaci deformity hallux valgus rehabilitaci podstoupit, ale ne vždy jsou o ní informováni a též ne v každém případě toho využijí. Tento názor se shoduje s mým výzkumným šetřením. Ke cvičení a rehabilitaci se ve své studii přiklání též Hurn, Vicenzino a Smith (2016). V poslední části jsem se respondentů dotazovala, jak dlouho po operaci používali kompenzační pomůcky. Z výzkumu vyplývá, že největší část respondentů používalo berle či francouzské hole pět týdnů a déle. Takto odpovědělo sedm dotazovaných. Čtyři respondenti mi sdělili, že délka používání kompenzačních pomůcek u nich byla v rozmezí mezi třemi a čtyřmi týdny a jeden dokonce uvedl, že francouzské hole používal pouze dva týdny od operace. Z tohoto vyplývá, že délka chůze o berlích či francouzských holích je velmi individuální.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Z výzkumného šetření vyplývá, že edukace, která u respondentů před operačním řešením deformity proběhla, byla ve většině případů kvalitní. Je zřejmé, že pracoviště, na kterých edukace probíhala, ji považují za důležitou. Většina dotázaných obdržela edukační materiály v ambulanci a to buď od lékaře, nebo od všeobecné sestry. Ne všichni však obdrželi materiálů dostatek, proto bych doporučovala dodání více druhů edukačních materiálů o problematice hallux valgus a možnostech její léčby jak do ambulančí, tak na příslušná oddělení. Také by podle mého názoru bylo dobré, aby edukační materiály obsahovaly informace o následné pooperační péči, a to především o pohybovém režimu po operaci, přikládání ledu, užívání analgetik a významu rehabilitace. Co se týče soběstačnosti před operací, z výzkumu vyplývá, že většina dotázaných byla soběstačná. Někteří však i přes to potřebovali používat kompenzační pomůcky. Myslím si, že by bylo dobré informovat veřejnost o různých druzích kompenzačních pomůcek, které je možné při deformitách nohou používat. Jelikož ne všichni lidé, kteří nějakou deformitou trpí, navštíví odborné pracoviště, které jim informace podá, doporučovala bych edukační brožury poskytnout praktickým lékařům, kteří je mohou umístit do čekáren. Z šetření dále vyplývá, že respondenti byli po operaci v domácím prostředí částečně soběstační, tudíž potřebovali pomoc od svých blízkých a to zejména při nákupech, vaření a úklidu. Doporučovala bych proto informovat pacienty o možnosti využití pečovatelské služby, a to především u starších pacientů. Výzkum také odhalil, že ne všichni respondenti podstoupili po operaci rehabilitační terapii. Doporučovala bych proto lepší informování pacientů o důležitosti cvičení a rehabilitace po propuštění do domácího prostředí, protože jistě někteří z nich nevědí, jak moc je po tomto druhu operace významná.

Bakalářská práce by mohla být použita pro studenty jako edukační materiál, kde jsou ucelené a obecné informace o problematice deformity hallux valgus.

Závěr

Hallux valgus je jednou z nejčastějších deformit v oblasti přednoží, kterou mnoho lidí podceňuje. Zpočátku pacientům nezpůsobuje velké obtíže. Postupným vývojem však dochází ke zvětšování úhlu valgózního postavení a také ke zvyšování bolestivosti. V případě, že člověk nepřijde k lékaři včas, není možné deformitu již řešit konzervativně, ale je nutné podstoupit léčbu chirurgickou.

Teoretická část je zaměřena na ošetrovatelskou péči o pacienta s hallux valgus. Je zde popsána anatomie a fyziologie nohy, nožní klenba, definice deformity hallux valgus, její etiologie, mechanismus vzniku a projevy, klasifikace a diagnostika. Dále je věnována terapii této deformity, která je rozdělena na konzervativní a chirurgickou a u každé z nich jsou popsány její nejčastější druhy. Poté je zde definována předoperační příprava, pooperační péče a komplikace, které mohou po operaci nastat. Závěr teoretické části je věnován pooperační rehabilitaci.

Praktická část je zaměřena na zpracování a vyhodnocení výzkumného šetření. Je zde charakterizována metodika výzkumu, výzkumné prostředí, vzorek respondentů a průběh výzkumného šetření. Výsledky šetření byly zpracovány do tabulek. Praktická část je věnována diskuzi, kde je proveden rozbor všech čtyřech výzkumných otázek, vycházejících z výzkumných cílů bakalářské práce. Následně jsou zpracována doporučení a následná řešení pro praxi. Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit, kým a jak byli pacienti edukováni před operačním řešením deformity hallux valgus ve vybraných nemocnicích Kraje Vysočina. Na otázku, kým byli pacienti edukováni před operačním řešením, všichni respondenti uvedli, že lékařem. Někteří z nich poté ještě fyzioterapeutem. Následně jsem se jich dotazovala, jak byli edukováni. Na tuto otázku mi většina respondentů odpověděla, že jim byly poskytnuty informace o délce a průběhu operačního výkonu a následné pooperační péči. Z pooperační péče pak byla nejčastěji zmiňována chůze po patě o berlích či francouzských holích. Druhým cílem bylo zjistit, jaká byla úroveň soběstačnosti v oblasti pohybové aktivity před a po operačním řešení hallux valgus. Respondenti nejdříve zhodnotili svou soběstačnost před operací. Bylo zjištěno, že před operací byla většina dotázaných zcela soběstačná, ale mnozí z nich nezvládali chůzi bez kompenzačních pomůcek. Také polovina respondentů uvedla, že nosili před operací ortopedickou obuv. Při zjišťování soběstačnosti v domácím prostředí po operaci bylo zjištěno, že se kromě jedné respondentky všichni

shodují, že byli částečně soběstační. Většina z nich potřebovala pomoc od svých rodinných příslušníků a šlo zejména o nakupování, vaření a úklid. Dále všichni respondenti uvedli, že při vykonávání hygienické očisty a návštěvy toalety byli zcela soběstační. Co se týče pooperační rehabilitace, více než polovina respondentů uvedla, že ji podstoupili. Zbylí dotazovaní uvedli, že ji podstoupit nemohli buď z důvodu časové náročnosti, nebo z nemožnosti na ni docházet. Co se týče délky používání kompenzačních pomůcek po operaci, většina se shodla na jejich používání v rozmezí mezi třemi a čtyřmi týdny nebo pěti a více týdnů.

Seznam použité literatury

AUMÜLLER, Gerhard, 2014. *Anatomie*. 3. kompl. überarb. u . akt. Auflage. Stuttgart: Thieme. ISBN 978-3-13-136043-4.

BÍLKOVÁ, Iva, 2011. *Vbočený palec a léčba rázovou vlnou v moderní fyzioterapii* [on-line]. [cit. 2018-12-15]. FYZIOklinika fyzioterapie s.r.o., Praha. Dostupné z: <http://www.fyzioklinika.cz/clanky-o-zdravi/vboceny-palec-a-lecba-razovou-vlnou-v-moderni-fyzioterapii>.

BUCHTELOVÁ, Eva a Kateřina VANÍKOVÁ, 2010. *Rehabilitace v oblasti chodidla u dětí školního věku*. Rehabilitácia. 47(3), 145-152. ISSN 0375-0922.

ČESKÁ PODIATRICKÁ SPOLEČNOST, 2012. *Vbočený palec (Hallux valgus)*. [online]. [cit. 2019-03-16]. Podiatrické listy. 2012 (1), 21, ISSN 2336-7725. Dostupné z: <http://www.podiatric.cz/upload/listy/pod-listy-2012-01.pdf>.

ČIHÁK, Radomír, 2011. *Anatomie 1*. 3. upr. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3817-8.

ČIHÁK, Radomír, 2016. *Anatomie 3*. 3. upr. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-5636-3.

DOLEŽALOVÁ, Radka a Tomáš PĚTIVLAS, 2011. *Kinesiotaping pro sportovce*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3636-5.

DUNGL, Pavel a kolektiv, 2014. *Ortopedie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4357-8.

DYLEVSKÝ, Ivan, 2009. *Funkční anatomie*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3240-4.

FLANDERA, Stanislav, 2012. *Tejpování pevnými a pružnými tejpky*. Olomouc: Poznání. ISBN 978-80-87419-19-9.

GALLO, Jiří a kolektiv, 2011. *Ortopedie pro studenty lékařských a zdravotnických fakult*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2486-6.

HANZLOVÁ, Jitka a Jan HEMZA, 2009. *Základy anatomie pohybového ústrojí*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4937-6.

HROMÁDKA, Rastislav, 2017. *Deformity přednoží v ambulanci praktického lékaře*. *PRACTICUS*: Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP. 16(8), 5-9. ISSN 1213-8711.

HURN, Sheree E., VICENZINO, Bill T. a Michelle D. SMITH, 2016. *Non-surgical treatment of Hallux valgus: a current practice survey of Australian podiatrists*. [on-line]. [cit. 2019-03-16]. Journal of Foot and Ankle Research. 9(16). ISSN 1757-1146. Dostupné z: doi 10.1186/s13047-016-0146-5.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4412-4.

KAZMAROVÁ, Lenka, 2011. *Spiraldynamik - "návod pro použití" pro naše vlastní tělo* [on-line]. [cit. 2018-12-14]. Podiatrické listy. 2011(1), 16-17. ISSN 2336-7725. Dostupné z: <http://www.podiatrie.cz/?zobraz=podiatrickelisty>.

KOLÁŘ, Pavel et al., 2010. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-1.

KOTAŠKA, Jan, 2011. *Konzervativní léčba hallux valgus* [on-line]. [cit. 2018-12-15]. Vánoční ortopedické sympozium – Teplice. Dostupné z: <http://www.ortopedie-traumatologie.cz/XIV.-Vanocni-symposium-v-Teplic%C3%ADch>.

KOZÁKOVÁ, Jitka et al., 2010. *Hallux valgus z pohledu fyzioterapeuta aneb je hallux valgus pouze deformita palce?* [on-line]. [cit. 2018-11-15]. Rehabilitace a fyzikální lékařství. 17(2), 71-77. ISSN 1211-2658. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/rehabilitace-fyzikalni-lekarstvi/2010-2/hallux-valgus-z-pohledu-fyzioterapeuta-aneb-je-hallux-valgus-pouze-deformita-palce-32778>.

KULHAVÁ, Miluše, 2012. *Edukace je součástí zdravotní péče*. [on-line]. [cit. 2019-03-15]. Časopis Florence. 2012 (9). Dostupné z: <http://www.florence.cz/casopis/archiv-akcent-vzp/2012/9/edukace-je-soucast-zdravotni-pece/>.

LARSEN, Christian, 2005. *Zdravá chůze po celý život*. Olomouc: Poznání. ISBN 80-86606-38-4.

LEWIT, Karel a Magdaléna LEPŠÍKOVÁ, 2008. *Chodidlo – významná část stabilizačního systému*. Rehabilitace a fyzikální lékařství. 3, 99-104. ISSN 1211-2658.

MARŠÁKOVÁ, Kateřina a Dagmar PAVLŮ, 2012. *Diagnostika funkce nohy v denní praxi* [online]. [cit. 2018-12-03]. Rehabilitace a fyzikální lékařství. 4, 177-180. ISSN 1805-4552. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/rehabilitace-fyzikalni-lekarstvi/2012-4/diagnostika-funkce-nohy-v-denni-praxi-39852>.

MENZ, Hylton B. et al., 2010. *Validity of self-assessment of hallux valgus using the Manchester scale* [online]. [cit. 2018-10-16]. BMC Musculoskeletal Disorders. 11(215), 1-6. Dostupné z: <https://bmcmusculoskeletaldisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2474-11-215>.

MRHAČ, David, 2016. *Rozhovor se zakladatelem a předsedou spolku Bosá turistika, Mgr. Davidem Mrhačem* [on-line]. [cit. 2018-12-14]. Podiatrické listy. 3, 6-9. ISSN 2336-7725. Dostupné z: <http://www.podiatric.cz/?zobraz=podiatrickelisty>.

MUCHOVÁ, Marta a Karla TOMÁNKOVÁ, 2010. *Cvičení s měkkým míčem*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3115-5.

NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ, 2009. *Přehled anatomie*. 2. dopl. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-612-0.

PILNÝ, Jaroslav, ŠVARC, Aleš a Jiří KUBEŠ, 2011. *Komplexní rekonstrukce přednoží při těžkých deformitách* [on-line]. [cit. 2018-12-15]. Vánoční ortopedické sympozium – Teplice. Dostupné z: www.ortopedie-traumatologie.cz/XIV.-Vanocni-symposium-v-Teplic%C3%ADch.

PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2011. *Ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3557-3.

POPELKA, Stanislav a kol., 2011. *Hallux valgus u pacientů s revmatoidní artritidou – současné možnosti operační terapie* [online]. [cit. 2018-12-16]. Česká revmatologie. 19(3), 119–123 Dostupné z: <http://kramerus.medvik.cz/search/pdf/web/viewer.html?pid=uuid:949f336d0611-11e5-b183-d485646517a0>.

POPELKA, Stanislav a kol., 2014. *Chirurgie nohy a hlezna: vybrané kapitoly*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3187-5.

RAPI, Jakub, 2016. *Statické deformity přednoží - diagnostika a terapie*. Umění fyzioterapie. 2016(2), 9-16. ISSN 2464-6784.

RATHOUSKÁ, Adéla, 2011. *Senzomotorická stimulace jako doplňková metoda u revmatických onemocnění* [on-line]. [cit. 2018-12-13]. Česká revmatologie. 19(1), 50. ISSN 1210-7905. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-revmatologie/2011-1/trebonske-revmatologicke-dny-5-7-1-2011-36035>.

RYCHLÍKOVÁ, Eva, 2016. *Manuální medicína: průvodce diagnostikou a léčbou vertebrogenních poruch*. 5. rozš. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-474-6.

SCHUH, Reinhard, 2009. *Rehabilitation after hallux valgus surgery:importance of physical therapy to restore weight bearing of the first ray during the stance of phase* [online]. [cit. 2019-01-12]. Physical therapy. 89 (9), ISSN 0031-9025. Dostupné z: <https://doi.org/10.2522/ptj.20080375>.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, et al., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3129-2.

VEJROSTA, Jan, 2016. *Operace vbočeného palce nohy (hallux valgus)* [online]. [cit. 2018-12-15]. Ortopedická ambulance. Dostupné z: <http://www.ortopedievejrosta.cz/popisy-operaci/hallux.html>.

VEVERKOVÁ, Eva a kol., 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2747-9.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4062-1.

ZEMAN, Marek, 2013. *Základy fyzikální terapie*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-807394-403-2.

Seznam použitých zkratek

a. – arteria

cm – centimetr

EKG – elektrokardiografie

m. – musculus

mm. – musculi

RTG – rentgenové vyšetření

v. – vena

Seznam příloh

- | | |
|------------------|---|
| Příloha 1 | Rozhovor s pacienty |
| Příloha 2 | Schválená žádost o potvrzení výzkumu Nemocnice Jihlava |
| Příloha 3 | Schválená žádost o potvrzení výzkumu Nemocnice Pelhřimov |
| Příloha 4 | Schválená žádost o potvrzení výzkumu Nemocnice Havlíčkův Brod |