



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Problematika novorozenců s dysplazií kyčelního
kloubu na stanici fyziologických novorozenců**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **PORODNÍ ASISTENCE**

Autor: Tereza Marešová

Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Problematika novorozenců s dysplazií kyčelního kloubu na stanici fyziologických novorozenců*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 12. 8. 2021

.....
Tereza Marešová

Poděkování

Ráda bych velmi poděkovala Mgr. Aleně Machové za odborné konzultační vedení, cenné rady a připomínky ke zpracovanému tématu, za čas, který mi věnovala a za velmi vstřícnou a trpělivou spolupráci a celkovou podporu. Poděkování patří také všem respondentkám, které byly ochotné zúčastnit se výzkumu.

Problematika novorozenců s dysplazií kyčelního kloubu na stanici fyziologických novorozenců

Abstrakt

Tato bakalářská práce se věnuje problematice novorozenců s dysplazií kyčelního kloubu na stanici fyziologických novorozenců. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část obsahuje popis kyčelního kloubu, jeho anatomii a fyziologii. Dále historii léčby dysplazie kyčelního kloubu, etiologii a diagnostiku vývojové dysplazie kyčelního kloubu. Také se věnujeme vyšetřovacím metodám, hodnocení a léčbě dysplazie, především však ošetrovatelské péči o novorozence s touto vadou.

V praktické části bylo použito kvalitativní výzkumné šetření, metoda dotazování a technika polostrukturovaných hloubkových rozhovorů. Výzkumný soubor tvoří 11 žen, a to 5 matek, které mají děti s dysplazií kyčelního kloubu, a 6 porodních asistentek a dětských sester pracujících na stanici fyziologických novorozenců ve vybrané nemocnici Jihočeského kraje.

Byly stanoveny 3 cíle. Prvním cílem bylo zmapovat úlohu ošetrovatelského personálu ve screeningu dysplazie kyčelního kloubu. Druhým bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče o novorozence s dysplazií kyčelního kloubu v rámci stanice fyziologických novorozenců. Třetím cílem bylo zmapovat úlohu ošetrovatelského personálu v edukaci matek. Pro tyto cíle byly stanoveny 4 výzkumné otázky. První otázka zkoumá, jaká je úloha ošetrovatelského personálu ve screeningu dysplazie kyčelního kloubu. Druhá otázka zjišťuje, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o novorozence s dysplazií kyčelního kloubu v rámci stanice fyziologických novorozenců. Třetí otázka se dotazuje, jaká je úloha ošetrovatelského personálu v edukaci matek. A poslední se dotazuje, jak jsou edukovány matky ošetrovatelským personálem o dysplazii kyčelního kloubu.

Na základě výzkumného šetření bylo stanoveno 8 kategorií a 25 podkategorií. První čtyři kategorie se věnují matkám. První kategorie se věnuje znalostem matek ohledně nemoci před diagnostikou, dalších možností léčby a následcích. Druhá kategorie zkoumá edukaci sester z pohledu matek, a to především edukaci v oblasti hygieny, režimu a pohybu, také jsme se zaměřili na způsob edukace. Třetí kategorie se zabývá specifiky péče z pohledu matek, zde se věnujeme pomůckám k léčbě a problémům, se kterými se matky během péče potýkaly. Vyšetření dítěte z pohledu matek zkoumá čtvrtá kategorie.

Zde jsme sledovali další vyšetření dítěte, dále to, jak bylo dítě vyšetřeno na oddělení, a pak také jak dítě bylo připravováno na vyšetření matkou a jak se podílela sestra. Poté navazují kategorie, které se věnují ošetrovatelskému personálu. Pátá kategorie sleduje znalosti ošetrovatelského personálu, především pak druhy a použití pomůcek, rizikové faktory, znaky VDK, které mohou sestry či porodní asistentky během péče pozorovat, následná vyšetření a také zhodnocení množství znalostí. V šesté kategorii jsme zkoumali edukaci z pohledu ošetrovatelského personálu. V této kategorii nás zajímal způsob edukace a způsob, kterým ošetrovatelský personál edukuje matky v oblasti hygieny a péče o kůži a pohybu. Také nás zajímali návrhy na zlepšení edukace. Sedmá kategorie se věnuje vyšetření z pohledu ošetrovatelského personálu, kde jsme se orientovali na úlohu sestry nebo porodní asistentky během vyšetření, jak bylo dítě vyšetřené a jak se na vyšetření dítě připravuje. Poslední kategorie se věnuje specifickým péče o novorozence s vývojovou dysplazií kyčelního kloubu na stanici fyziologických novorozenců.

Všechny respondentky byly seznámeny s tématem bakalářské práce a informovány o zachování anonymity ve výzkumném šetření.

Porodní asistentka má v kompetencích pracovat na stanici fyziologických novorozenců, proto si myslím, že je důležité o této problematice znát alespoň základní informace a umět správně matku edukovat.

Klíčová slova

Vývojová dysplazie kyčelního kloubu; porodní asistentka; novorozenec; ošetrovatelská péče

Problems of newborns with a hip dysplasia in the department of physiological newborns

Abstract

The bachelor thesis is dedicated to problems of physiological newborns with a hip dysplasia in the department of physiological newborns. The thesis is divided in the theoretical and the practical part. The theoretical part contains the hip joint description, its anatomy and physiology. Then history of the hip joint dysplasia treatment, etiology and diagnostics of the developmental hip joint dysplasia. We also pursue examination methods, evaluation and dysplasia treatment. First of all also caretaker's care of newborns with the defect.

In the practical part the qualitative research investigation was used as well as the questionnaire method and the technique of half-structured deep interviews. The research file is composed of 11 women, 5 mothers, who have children with a hip joint dysplasia and 6 midwives and child nurses working in the department of physiological newborns in the chosen hospital in the South – Bohemian region.

3 targets were given. The first target was to map the task of caretaker's staff in the hip joint dysplasia screening. The second was to map specifics of caretaker's care of the newborns with the hip joint dysplasia in the department of physiological newborns. The third target was to map the caretaker's task in mothers' education. For these targets 4 research questions were placed. The first question examines the task of caretakers in the hip joint dysplasia screening. The second question examines the specifics of the caretaker's care of newborns with a hip joint dysplasia in the department of physiological newborns. The third question asks for the way how are mothers educated by caretaker's staff about the hip joint dysplasia.

On the base of research 8 categories and 25 sub-categories were defined. The first 4 categories are dedicated to mothers. The first category is dedicated to the mothers' knowledge about the disease before diagnostics, the next one is dedicated to treatment and result possibilities. The second category examines the nurses education from the perspective of mothers and mainly hygiene education, régime and movement, we were focused on the way of education. The third category is dedicated to care specifics from the perspective of mothers, here we examine treatment aids and problems which met mothers during the treatment. The baby examination from the perspective of mothers examines the fourth category. Here we followed how the baby was examined in the department,

next examinations and how was the baby prepared by a mother for the examination and how a nurse participated. Next followed the categories which pursue caretakers` staff. The fifth category examines caretakers` knowledge, mainly kind and usage of aids, risky factors, VDK signs, which can nurses or midwives follow, next examinations and amount of knowledge evaluation. In the sixth category we examined the education from the perspective of caretakers` staff. In the category we examined the way of education and how the staff educates mothers in the sphere of hygiene and care of skin and movement. We also wanted to know how they would improve the education. The seventh category is dedicated to examination from the perspective of caretakers` staff. We focused on the task of nurses or midwives during the examination, how was the baby examined and how was prepared for the examination. The last category focuses on the specifics of care of newborns with a hip dysplasia in the department of physiological newborns.

All the responders were acquainted with the Bachelor thesis topic and were informed about keeping anonymous in the research.

A midwife is competent to work in the department of physiological newborns, that`s why I think it is important to know at least basic information and be able to educate a mother properly.

Key words

developmental hip joint dysplasia, a midwife, a newborn, nursing care

Obsah

Úvod.....	11
1 Současný stav.....	12
1.1 Úvod do problematiky onemocnění dysplazie kyčelního kloubu.....	12
1.2 Anatomie a fyziologie kyčelního kloubu	13
1.3 Historie onemocnění dysplazie kyčelního kloubu	14
1.4 Etiologie onemocnění dysplazie kyčelního kloubu.....	16
1.5 Diagnostika onemocnění dysplazie kyčelního kloubu	17
1.6 Vyšetřovací metody onemocnění dysplazie kyčelního kloubu.....	18
1.6.1 Klinické vyšetření	18
1.6.2 Vyšetření trojího síta	19
1.6.3 Ultrasonografie	20
1.6.4 RTG vyšetření.....	21
1.7 Hodnocení onemocnění dysplazie kyčelního kloubu.....	22
1.8 Léčba onemocnění dysplazie kyčelního kloubu	22
1.8.1 Frejkova peřinka	23
1.8.2 Pavlíkovy třmeny	24
1.8.3 Wagnerovy punčošky	25
1.8.4 Trakční terapie a spike	26
1.8.5 Léčba chirurgická.....	27
1.9 Ošetrovatelská péče o novorozence s abdukční léčebnou pomůckou.....	27
1.9.1 Nošení dětí v šátku.....	29
1.10 Edukace ošetrovatelským personálem o prevenci a léčbě onemocnění dysplazie kyčelního kloubu	29
2 Cíle práce.....	31
2.1 Cíle práce	31
2.2 Výzkumné otázky:	31

3	Metodika	32
3.1	Metodika a technika výzkumu	32
3.2	Charakteristika výzkumného souboru:.....	32
4	Výsledky výzkumu	34
4.1	Kategorie č. 1: Znalosti matek.....	34
4.1.1	Podkategorie: Znalosti matek před diagnostikou.....	35
4.1.2	Podkategorie: Informovanost matek o dalších možnostech léčby	35
4.1.3	Podkategorie: Informovanost matek o následcích	35
4.2	Kategorie č. 2: Edukace z pohledu matek	36
4.2.1	Podkategorie: Způsob edukace	36
4.2.2	Podkategorie: Hygiena	36
4.2.3	Podkategorie: Režim	37
4.2.4	Podkategorie: Pohyb	37
4.3	Kategorie č. 3: Specifika péče z pohledu matek.....	37
4.3.1	Podkategorie: Pomůcky k léčbě.....	38
4.3.2	Podkategorie: Problémy matek.....	38
4.4	Kategorie č. 4: Vyšetření z pohledu matek.....	39
4.4.1	Podkategorie: Vyšetření dítěte na oddělení.....	39
4.4.2	Podkategorie: Následná vyšetření dítěte	40
4.4.3	Podkategorie: Příprava dítěte matkou	40
4.4.4	Podkategorie: Příprava dítěte sestrou.....	40
4.5	Kategorie č. 5: Znalosti ošetrovatelského personálu.....	41
4.5.1	Podkategorie: Znalosti ošetrovatelského personálu o druzích a použití abdukčních pomůcek.....	41
4.5.2	Podkategorie: Znalosti ošetrovatelského personálu o rizikových faktorech vedoucích k VDK.....	42
4.5.3	Podkategorie: Znalosti ošetrovatelského personálu o znacích VDK, které mohou sami vyšetřit	42

4.5.4	Podkategorie: Znalosti ošetrovateľského personálu o následných vyšetřeních u dítěte.....	42
4.5.5	Podkategorie: Hodnocení znalostí	42
4.6	Kategorie č 6: Edukace z pohledu ošetrovateľského personálu	43
4.6.1	Podkategorie: Způsob edukace	43
4.6.2	Podkategorie: Hygiena a péče o kůži	44
4.6.3	Podkategorie: Pohyb	44
4.6.4	Podkategorie: Jak zlepšit edukaci	44
4.7	Kategorie č. 7: Vyšetření z pohledu ošetrovateľského personálu	45
4.7.1	Podkategorie: Úloha sestry/PA během vyšetření.....	45
4.7.2	Podkategorie: Vyšetření dítěte.....	45
4.7.3	Podkategorie: Příprava dítěte.....	46
4.8	Kategorie č. 8: Specifika péče	46
5	Diskuze.....	47
6	Závěr.....	55
7	Literatura	57
8	Seznam příloh:.....	63
9	Seznam použitých zkratk	82

Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma dysplazie kyčelního kloubu u novorozence. Ráda bych se v práci věnovala etiologii, diagnostice, a léčbě a také bych se chtěla zaměřit na práci nelékařského zdravotnického personálu.

Dysplazie kyčelního kloubu je vývojová vada, která se u dětí vyskytuje nejčastěji. Zpravidla bývají více postiženy dívky než chlapci. Nalézt ji můžeme zhruba u 3 – 5 % všech novorozenců. Jedná se o vývojovou poruchu kyčelní jamky, stehenní kosti nebo i celé kyčle (Levitová a Hošková, 2015).

S touto vadou se ve své praxi setkáváme a nadále i budeme. V České republice v rámci prevence vyšetření dětských kyčlí je zaveden systém trojího síta, kdy jsou děti vyšetřovány ve třech fázích. První vyšetření kyčlí probíhá ještě v porodnici, v rozmezí mezi 2. a 5. dnem po narození. Pokud není možné v porodnici provést ultrazvukové vyšetření, mělo by být dítě do 3. týdnů vyšetřeno ortopedem včetně sonografie. Další kontrola kyčelních kloubů je v době mezi 6. a 9. týdnem života a třetí v době mezi 12. a 16. týdnem. Ve většině případů ultrazvukové vyšetření v tomto věku dítěte plně nahrazuje rentgenové vyšetření kyčlí (Frydrychová et al., 2016).

Léčba je především konzervativní, k operačnímu řešení se přistupuje ojediněle, zhruba u 1 % léčených dětí. U lehčích dysplazií se používá Frejkova peřinka. Snadno se aplikuje pomocí suchého zipu na plenu. Léčené děti ji většinou dobře snáší. Další možností jsou Wagnerovy punčošky. Pavlíkovy třmeny se používají většinou u pokročilých nálezů dysplazie kyčelního kloubu. Průměrná doba léčby se pohybuje okolo tří měsíců (Gregora a Velemínský, 2011).

Ošetřovatelský personál má klíčovou roli v edukaci pečovatelů o průběhu všech vyšetření a diagnostických vyšetřeních, o léčbě a následné péči. Je nutné rodičům poskytnout informace, které jsou nezbytné pro zvládnutí každodenní péče o dítě (Hart et al., 2006).

Ošetřovatelský personál edukuje rodiče v oblasti péče o novorozence, o hygieně novorozence, o manipulaci s novorozencem, o kojení. Pokud je novorozenec léčen Pavlíkovými třmeny nebo Frejkovou peřinkou či jinou pomůckou, edukuje rodiče o režimu používání a o správném postupu aplikace pomůcky (Leifer, 2004).

1 Současný stav

1.1 Úvod do problematiky onemocnění dysplazie kyčelního kloubu

Vrozená dysplazie kyčelního kloubu (dále jen VDK) je jednou z nejčastějších vrozených vad u dětí. Do VDK můžeme zařadit řadu onemocnění, od lehčí dysplazie až po těžké luxace. Porušené jsou všechny součásti kyčelního kloubu – proximální femur, acetabulum i kloubní pouzdro (Dungl, 2014).

Přesná definice VDK není, protože tento stav zahrnuje celé spektrum abnormalit, ne jen jeden stav (Bracken et al., 2012).

VDK je jednou z nejčastějších kosterních dysplazií. V diagnostice se uplatňují dvě hlavní metody – klinické a ultrasonografické vyšetření (Orak, 2015).

V Československé republice byl výskyt VDK nadprůměrný. Dříve se také hovořilo o „české kyčli“. Československá ortopedie se podílela na zlepšení vyšetřovacích a léčebných postupů. Po zavedení systému kontrol novorozenců v roce 1977 bylo docíleno časného záchytu a léčby dysplazie. V šedesátých letech byl výskyt VDK 20 %, přičemž luxací až 3 %. Zásadním milníkem v diagnostice bylo zavedení sonografického vyšetření novorozenců v roce 1981 dle prof. Grafa. Výskyt dysplazie byl tak snížen na 5 %. Nyní se udává incidence 3 – 4 %, luxací se objevuje pouze asi 0,15 %. Ročně se v České republice diagnostikuje kolem 2500 různých stupňů VDK, 80 – 120 luxací při roční porodnosti 80 – 90 tisíc dětí. 3krát – 5krát častěji dysplazie postihuje děvčata (Frydrychová et al., 2015).

VDK se nejčastěji objevuje v lehké formě, méně často pak v těžké formě, kterou je luxace, neboli vykloubení. Ovšem i lehké neléčené formy mohou vést v dospělosti k nezvratnému poškození kyčelního kloubu a vzniku artrózy (Levitová a Hošková, 2015).

V českém prostředí je zavedeno používání termínu vrozená dysplazie kyčelní (VDK). Tento pojem ale zahrnuje celé spektrum jednotlivých stupňů této vady od lehkého postižení až po kompletní dislokace. Často používaný termín „vrozená kyčelní luxace“, LCC – luxatio coxae congenita, nebo „vrozené vymknutí kyčelní“ se také někdy používá k označení celého syndromu. Dalším používaným označením je dysplasia coxae congenita = DCC. V zahraniční literatuře se můžeme setkat s názvem congenital dislocation of the hip = CDH. Na základě studií byl ortopedickou veřejností přijat závěr,

že se nejedná pouze o dědičné postižení, ale o vadu polohovou, která vzniká působením vnějších sil na plod v době organogeneze. Pozitivní rodinná anamnéza byla zjištěna cca u 3 % kyčelní dysplasie. Na základě těchto zjištění se zavedlo používání zkratky DDH – developmental dysplasia of the hip (polohová dysplasie) (Dungl et al., 2002).

1.2 Anatomie a fyziologie kyčelního kloubu

Kyčelní kloub (articulatio coxae) je kulový kloub omezený, protože hlavice stehenní kosti zapadá do hluboké jamky (acetabula). Lem vazivové chrupavky (labrum acetabulare) zvětšuje jamku. Kloubní pouzdro je zesíleno třemi vazy: Ligamentum iliofemorale, ligamentum pubofemorale a ligamentum ischiofemorale. Uvnitř kloubu nalezneme ligamentum capitis femoris (Naňka a Elišková, 2015).

Primární diferenciací tkáně nastává v embryonální fázi prenatalního vývoje, ve druhém až osmém týdnu po početí. Právě v této fázi se vyvíjí celistvost muskuloskeletálního systému, včetně kyčelního kloubu (Alshryda et al., 2019).

Dětský kloub je kompozivní útvar. Na stavbě toho útvaru se podílejí kloubní konce kostí, kloubní chrupavky, kloubní pouzdra a nitrokloubní struktury. Základ labrum acetabuli je diferencován v osmém týdnu, především část vazivové chrupavky, která přiléhá k vazivovému základu kosti. Labrum acetabuli roste velmi rychle, ale nerovnoměrně. To vede ke změnám jeho prostorové orientace, např. ke změnám tzv. acetabulárního úhlu. Pouzdro i labrum acetabuli jsou od sebe odděleny vrstvami tkáně. Všechny základní struktury kloubu jsou diferencovány na konci osmého týdne a jejich základní morfologie se neliší od kloubu dospělého jedince. V tomto období je formována i hlavice femuru a velký trochanter. Přelomovým obdobím ve vývoji kyčelního kloubu je 18. týden vývoje. Zde dochází k fixaci úponů kloubních svalům a chrupavčité základy kostí. V druhé polovině prenatalního vývoje je art. Coxae kulovitý kloub a hlavicí a jamkou skoro stejné velikosti. Hloubka acetabula je malá a jamka je oválná. Kloubní pouzdro je tenké, má dobře diferencované lig. Ileo-femorale, které je ale krátké, tak omezuje pohyb kloubu. Pohyblivost v kyčelním kloubu u plodu je mnohem menší než například v ramenním kloubu. Ve druhé polovině prenatalního vývoje je kloub převážně ve flexi, abdukcii a zevní rotaci (Dylevský, 2014).

Správně vyvinutá kyčel má u novorozence hemisférickou jamku, kterou tvoří hyalinní chrupavka. Na okraj této chrupavky po obvodu dosedá fibroartilaginózní labrum

trojúhelníkovitého průřezu. To zvětšuje kapacitu acetabula. Proximální femur je při narození chrupavčitý a tvoří jednotnou trochanterickokpitální strukturu, která se zvětšuje a diferencuje pomocí apozičního a epifyzárního růstu (Dungl, 2014).

Chrupavčitá hlavice stehenní kosti a chrupavčité acetabulum s vazivovým prstencem labrum articulare tvoří artikulující kosti. Caput femoris je u novorozence drobný sférický útvar o průměru 5 mm. Mezi 2. – 3. rokem dochází k jeho oploštění. Acetabulum je lehce oválného tvaru, celá kloubní jamka je velmi mělká se strmými stěnami. Na stavbě acetabula se ze 45 % podílí os ischii a z 20 % os pubis. Kruhovitěho tvaru acetabulum nabývá zhruba v 5 letech a růstem labra se v prvních dvou letech života i rychle prohlubuje. Kapacitu jamky zvětšuje u novorozence labrum acetabulare, a to zhruba o 30 – 50 %. Acetabulum s labrem obklopuje přes 40 % povrchu novorozené hlavice kosti stehenní, ale kontakt artikulujících kostí se omezuje na plochu facies lunata. Jedná se o asi 2 mm široký kostěný lem, který je pokrytý asi milimetr silnou kloubní chrupavkou. Ve dnu acetabula se nachází tukový polštář pulvinar acetabuli, jeho funkcí je tlumit nárazy směřujících od femuru ke dnu kloubní jamky. U novorozence lze nalézt několik lalůček tukové tkáně. Kloubní pouzdro kyčelního kloubu je u novorozence krátké, tenké a napjaté. S růstem krčku se pouzdro prodlužuje a krček se stává intraartikulární strukturou. Přední plocha pouzdra je silnější než zadní plocha. lig. iliofemorale je silný a krátký vaz, který je široký asi 5 mm, má tvar trojúhelníku a zatímco u dospělého jedince se podobá spíše obrácenému písmenu Y, lig. Ischiofemorale není u novorozence diferenciováno, na jeho budoucím místě se nachází pouze řídké vazivo. Lig. capitis femoris najdeme u novorozence jako sinoviální řasu, která odstupuje ze spodiny acetabula v místě incisura acetabuli. Zónu orbicularis u novorozence nenalezneme (Dylevský, 2014).

1.3 Historie onemocnění dysplazie kyčelního kloubu

První, kdo se zmínil o VDK je Hippokratés (460 – 370 př. n. l.). Ve stati „De Articulis“ označuje vrozenou kyčelní luxaci jako traumatickou. Její vznik přisuzuje úrazu břicha těhotné ženy (Dungl, 2014). Ve svých populárně-filozofických pojednáních („Moralia“) doporučil řecký filozof Plutarchos (45 – 125 př. n. l.) zákaz těsného balení dětí, aby děti byly dobře rostlé a měly zdravé končetiny (Kubát, 1982).

Až do 18. století nejsou dochovány žádné jiné prameny a do té doby byl citován pouze Hippokratés. První, kdo popsal patologické změny při oboustranné luxaci kyčle

byl Giovanni Palleta v roce 1783. Změny sledoval u 15 dnů starého novorozence a popsal je jako claudicatio congenita. V roce 1826 baron G. Dupuytren předložil podrobný patologicko-anatomický a klinický popis a použil název „deplacement original des fémurus“. Ve svém popisu si všiml zkratu stehna, bederní hyperlordózy i jiného typu kulhání. Pro léčbu se v té době používala trakce. Například Humbert a Jacquier přednesli v roce 1835 pozorování o jednorázové repozici luxované kyčle jedenáctileté dívky. Dále pak Pravaz (1836) v Lyonu použil k repozici postupné trakce přístroj s originální konstrukcí. Trakce byla rozdělena do dvou šestiměsíčních fází. Prvních šest měsíců šlo o přípravnou extenzi, poté se luxace reponovala tím, že se končetina převedla do abdukce a pokračovalo se v extenzi dalších 6 měsíců. Komplikací této metody byla ztuhlost po dlouhodobé trakci, a proto byl k uvolnění kyčlí sestrojen vozík – chariot. V roce 1850 vydal v New Yorku Carnochan první americkou knihu o léčbě VDK. Dále navrhl chodící rám, který se dodnes používá v různých obměnách (příloha č. 1). Později se začala rozvíjet operativní terapie. První takovou operaci provedl Margary (1882) u 15letého chlapce. Ten ale zemřel z důvodu pooperační sepse. Ve Frankfurtu od roku 1889 začal Hoffa se systematickou krvavou repozicí, odpor pelvifemoroálního svalstva překonával jeho protětím. V Reneské porodnici v roce 1908 začal Le Damany se systematickým vyšetřováním novorozenců. Jednalo se o tlak na kolínko ve flexi 90° v kyčelním kloubu a lehké addukci, tím vyvolal dislokaci. Poté působil tlakem prostředníku na velký trochanter a převedl kyčel do abdukce. Tím dosáhl repozice. Tento postup se v různých odchylkách dále používal. Pediatr Ortolani začal s vyšetřováním novorozenců a dětí, které měly podezření na luxaci ve věku 3 měsíce až 1 rok. Také zavedl časnou terapii přikládáním plen, aby byla zajištěna abdukce v kyčelním kloubu. Později, v letech 1926 – 1932 popsali lékaři Hey-Groves a Ombredanne podobné operační řešení luxace kyčelního kloubu. Tou byla osteotomie femuru (Dungl, 2014).

Lorenz (*1854 – †1946) označil tuto vadu kyčelního kloubu za vrozenou a učil, že vznikla po porodu u disponovaných kloubů. A to mechanickým působením, hlavně zatížením v době, kdy se dítě začíná stavět na nohy. Lorenzova generace léčila děti až do věku 15 let. Luxace se léčila pomocí sádrového obvazu v abdukci 90° a flexi 90°, a to většinou po dobu 6 měsíců. Až do roku 1920 se tyto techniky jevily jako příznivé. Ale statistiky, které se po roce 1920 dostaly na světlo, neuváděly příznivé výsledky. Další a další statistiky měly vždy jen horší výsledky. Ukázalo se, že čím bylo dítě v době léčby starší,

tím bylo dobrých výsledků méně. Tím se postupně věková hranice, která končila na 15 letech věku dítěte, snižovala (Frejka, 1956).

Ve dvacátých letech 20. století přišel Putti s novou technikou. Nejprve se dětem mezi nohy vkládal tuhý trojhranný polštář, který se postupně zvětšoval. Poté byl tento polštář nahrazen dvojitou dřevěnou dlahou. Obě ramena této dlahy se mohla postupně rozšiřovat. Putti se přesvědčil, že při takovéto technice dojde k postupné repozici spontánně. Lékaři, i přes vysokou úspěšnost, tuto metodu nevyužívali a dál pokračovali v aplikaci sádrových dlah. Ve stejném období přišel Hilgenreiner se svoji aluminiovou dlahou. Dlahy měla několik předností: byla lehce ohýbatelná do požadovaného tvaru, dala se udržet v čistotě, byla velmi lehká. Dlahy se používaly velmi hojně (Frejka, 1956).

„V roce 1938 zavedli jsme u nás abdukční peřinku, a užívali jsme ji s počátku jen pro prevenci. Teprve od roku 1946 užíváme ji soustavně k léčení luxací.“
(Frejka, 1956, s. 54).

V Československu byl nejvýznamnější postavou Jan Zahradníček. Dále stojí za zmínku A. Pavlík, B. Frejka, J. Slavík, F. Stryhal, M. Kovanda a J. Chlumský. Všichni tito autoři se zasloužili o prosazení trojího vyšetřovacího síta a přispěli ke světové proslulosti československé dětské ortopedie (Dungl, 2014).

1.4 Etiologie onemocnění dysplazie kyčelního kloubu

Etiologie VDK je založena na kombinacích několika faktorů. Zejména hormonálních, genetických, mechanických i rasových (Frydrychová et al., 2016).

Hormonální teorie se zakládá na nerovnováze mezi estrogény a progesteronem. Experimentálně bylo prokázáno, že estrogény chrání před dislokací, zatímco prostředí s vyššími koncentracemi progesteronu může dislokaci usnadnit. Důležitější, než hormonální prostředí se však zdá být pohlaví (Vaquero-Picado et al., 2019).

Mechanické faktory působí na kyčel novorozence jak prenatálně, tak i po porodu. Prenatálně působí jak poloha plodu v děloze, tak i málo prostoru spojeného s oligohydramniem, či pevnější břišní stěna u nulipar. Poloha plodu v děloze je v 99,5 % poloha podélná. Z toho v 96,5 % se jedná o polohu hlavičkou, ve 3 % o polohu koncem pánevním a zbylé 0,5 % tvoří poloha příčná. Výskyt VDK je i u polohy koncem pánevním stejná jako u polohy hlavičkou tehdy, pokud jsou dolní končetiny flektovány

v kolenních i kyčelních kloubech. Pokud však naléhají na pánevní vchod nožky plodu, incidence se zvyšuje téměř 2krát a pokud se jedná o polohu řitní, tak se četnost VDK zvyšuje až na 20 a více procent (Dungl, 2014).

Vyšší výskyt VDK je dán také geografickou polohou a etnikem, a to ve státech střední a východní Evropy, v Japonsku, u indiánů kmene Navajo, u Laponců a kanadských indiánů v Manitobě (Frydrychová et al., 2015).

Velký podíl na riziku vzniku VDK mají genetické faktory. Luxace není sama o sobě dědičná, ale dědičný je tvar acetabula a laxita pouzdra. Ty mohou při působení nevhodných vnějších faktorů zapříčinit decentraci hlavice snadněji, než pokud jsou kyčle normální (Dungl, 2014).

Navzdory všem uvedeným faktorům je nejvíce novorozenců s dysplazií u těch, kteří žádnou jinou predispozici kromě ženského pohlaví nemají. Uvádí se, že se jedná až o 80 % všech případů (Vaquero-Picado et al., 2019).

1.5 Diagnostika onemocnění dysplazie kyčelního kloubu

Vývojová dysplazie kyčelního kloubu vyžaduje včasnou identifikaci od pediatrů, rodinných lékařů, ošetřujících lékařů, nelékařského zdravotnického personálu a vhodné použití technologie ultrazvuku vs. rentgenového záření a doporučení specialistovi (Nandhagopal a De Cicco, 2020).

Velmi podstatný je sběr anamnézy. Průběh těhotenství, virózy, úraz, radiace a v neposlední řadě rodinný výskyt dysplazie (Schneiderová, 2014).

Screening je důležitý, protože dysplazie je snadno léčitelná, když je zachycena včas, ale je obtížné ji léčit, pokud je zjištěna pozdě. Pak může vést k dlouhodobé invaliditě (Kotlarsky et al., 2015).

Stále se vedou debaty o tom, které abnormální kyčle skutečně vyžadují aktivní zásah. Subluxace kyčle při narození se často upraví spontánně. Stále se používá technika širokého balení, která brání addukci kyčle, ale v prvních 3 týdnech života neprokázala žádné zlepšení výsledků ve srovnání s žádným zásahem. Pokud důkazy o subluxaci kyčle přetrvávají déle než 3 týdny při fyzikálním vyšetření nebo ultrasonografickém vyhodnocení, je indikována léčba. Pokud je při narození zaznamenána skutečná dislokace kyčle, je léčba ihned (Guille et al., 2000).

1.6 Vyšetřovací metody onemocnění dysplazie kyčelního kloubu

Vyšetření se zaměřuje na záchyt VDK nebo malpozice hlavice femuru v kyčelní jamce. Vyšetření se provádí na závěr fyzikálního vyšetření novorozence. První vyšetření se obvykle provádí ještě při pobytu novorozence s matkou v nemocnici (Lebl, 2014).

Včasná diagnostika a léčba vývojové dysplazie kyčelního kloubu je důležitá, protože je dosaženo lepších výsledků při méně invazivní léčbě. Nediagnostikovaná VDK vede k abnormalitám chůze, chronické bolesti a osteoartróze, stejně jako ke zvýšenému riziku chirurgického zákroku (Milligan a Cosgrove, 2020).

1.6.1 Klinické vyšetření

Před klinickým vyšetřením ošetrovatelský personál zajistí hygienu a polohu novorozence na zádech. Dítě leží na pevné podložce. Mělo by být ideálně v dobré náladě a v klidu (Dungl, 2014). Pro usnadnění relaxace novorozence je vhodné dítě nakrmit. Je vhodné mít teplé a klidné prostředí (Hart et al., 2006).

Klinické vyšetření provádí ortoped, ale i ošetrovatelský personál by si měl během ošetření novorozence všimnout veškerých odchylek od normy. Sledovat by se samozřejmě měly fyziologické funkce, váha, stav a chování novorozence ale i stav spánku, bdění, dýchání, končetiny a jejich pohyby, barva kůže a sliznic a veškeré změny. U končetin je nutné pozorovat tvar, hybnost, postavení, počet a tvar prstů (Fendrychová, 2009).

Pohledem můžeme pozorovat asymetrii kožních rýh na stehně a v gluteální krajině. Pokud je asymetrie nápadná, může to poukazovat na jednostrannou luxaci. Tento nálezn však nelze přeceňovat, jelikož existuje značná variabilita kožních rýh. Dále pohledem porovnáváme postavení dolních končetin a jejich délku ve flexi 90° v kyčelních a kolenních kloubech. Při jednostranné luxaci je na postižené straně viditelné zkrácení (Gallo, 2011).

Pohmatem můžeme vyšetřit svalový tonus, omezení rozsahu pohybu, přítomnost reperičních šelestů a lupnutí. Pro vyšetření ortopedem existuje mnoho testů, které jsou pojmenované dle svého autora. Frölich (1911), Le Demany (1912), Putti (1929), Ortolani (1937) a Palmen (1950) popsali podobný způsob vyšetření. Tento způsob je ve většině literatury uváděn pod názvem Ortolaniho test (Dungl, 2014).

Barlowův test, který je dislokační, se provádí ve flexi kyčle mezi 45° – 60°, v této poloze se převede kyčel do abdukce kolem 50° a tlakem prstů na velký trochanter se reponuje hlavice do jamky, přitom by mělo být cítit repositionální lupnutí (příloha č.2) (Gallo, 2011).

Plynule na tento manévr navazuje výše zmíněný Ortolaniho test, který je repositionální. Převedením kyčle do abdukce a zevní rotace při lehkém tlaku prstů na velký trochanter dojde k repozici hlavice acetabula (Frydrychová et al., 2016).

Součástí vyšetření je sběr anamnestických dat, jako je výskyt dysplazie v rodině, poloha a postavení plodu v děloze a okolnosti porodu (Frydrychová et al., 2016).

1.6.2 Vyšetření trojího síta

V 60. letech dvacátého století se postupně začala zavádět do praxe vyšetření tzv. trojího síta. První a druhé vyšetření, tj. v prvním týdnu a 6. týdnu po narození, bylo svěřováno do praxe pediatrů. Vyšetření mezi 12. a 16. týdnem po narození prováděl vždy ortoped. Součástí tohoto vyšetření byl RTG snímek. V 80. se mezi vyšetření přidalo i sonografické vyšetření dle Grafa (Dungl, 2014).

V současné době se provádí vyšetření kyčli ve 3 etapách, proto se tento systém nazývá vyšetření trojího síta. Novorozenci jsou prvně vyšetřováni na novorozeneckém oddělení do 7. dne života ortopedem, případně školeným pediatrem. Toho zajišťuje ošetrovatelský personál. Ortoped navštěvuje oddělení 2krát během jednoho týdne, aby bylo zajištěno, že všechny novorozenci budou vyšetřeni. Během vyšetření ošetrovatelský personál ortopedovi asistuje a veškeré informace zapisuje do ošetrovatelské dokumentace. Vyšetřit novorozence je nejvhodnější během 3. až 5. dne života. Vyšetření v prvním sítu by mělo být jak klinické, tak sonografické, které by mělo být provedeno nejpozději do 3. týdne života. O tomto postupu ošetrovatelský personál edukuje rodiče a předá kontakt na příslušného ortopeda. Druhé vyšetření probíhá mezi 6. a 9. týdnem věku. Vyšetření provádí ortoped, ke kterému jsou novorozenci zaslány příslušným pediatrem. Vyšetření je taktéž jako u prvního vyšetření klinické a sonografické. Třetí síto se provádí v rozmezí 12. a 16. týdne života. Provádí se jako v předchozích vyšetřeních klinické a sonografické vyšetření, v případě diagnostických nejasností je možné provést i rentgenové vyšetření. Pokud jsou všechna vyšetření negativní, dále se již děti nesledují. V případě pozitivních diagnostických výsledků v jakémkoliv stádiu síta, je indikovaná léčba (Česká republika, 1996).

1.6.3 Ultrasonografie

Ultrasonografii lze použít jak k počátečnímu screeningu VDK u dětí, tak k monitorování pacientů s VDK podstupujících aktivní léčbu (Alshryda et al., 2019).

Počátkem 80. let 20. století vyvinul R. Graf metodu ultrazvukového vyšetření dětských kyčlí. V českých zemích se do té doby začínalo s léčením dysplastických kyčlí v průběhu 4. měsíce života po klinickém a RTG vyšetření v trojím sítu, v Německu a Rakousku to bylo dokonce až v 8. měsíci. Dnes se tato hranice přesunula a díky sonografii začíná během prvních týdnů života. Výrazně byla zkrácena i doba léčby VDK (Dungl, 2014).

Ošetřovatelský personál edukuje matky o vyšetření a jeho průběhu. Během ultrazvukového vyšetření ošetřovatelský personál novorozence svleče a připraví vyšetřovací lůžko. Pro správné vyšetření by měl být novorozenec položen na pevný povrch a měl by být, pokud možno, uvolněný. Během vyšetření sestra pomáhá s polohováním dítěte. Po vyšetření dítě zabalí a předá matce. Důležitý je zápis do dokumentace a spolupráce s ortopedem (Hart et al., 2006).

K sonografickému vyšetření se u novorozenců používá lineární 7,5MHz sonda. Ta se přikládá paralelně s os ilium v rovině velkého trochanteru (Frydrychová et al., 2015).

Dále se používá gel, který eliminuje jakoukoli vrstvu vzduchu mezi povrchem těla a sondou, která by přerušila průchod ultrazvukového vlnění do vyšetřované oblasti (Dungl, 2014).

Na sonogramu se posuzuje vývoj kostěného acetabula, vývoj chrupavčité stříšky a centrace nebo decentrace hlavice femuru s ohledem na věk dítěte. Dále se měří dva základní úhly. Úhel alfa reprezentuje kvalitu kostěného acetabula. Fyziologická hodnota úhlu alfa je u novorozenců 55° a během vývoje postupně dosahuje hodnoty nad 60° ve věku 3 měsíce. Úhel beta poukazuje na kvalitu chrupavčité stříšky. Fyziologická hodnota se pohybuje od 55° a méně (Frydrychová et al., 2016).

K hodnocení sonogramu používáme Grafovou klasifikaci, která je založena na popisu centrace hlavice, zralosti kostních okrajů, sklonu stříšky s ohledem na věk dítěte (Frydrychová et al., 2015).

Pokud jsou pochybnosti o výpovědní hodnotě ultrazvukového vyšetření nebo je zjištěn jakýkoliv patologický stav kyčle, je indikováno rentgenové vyšetření kyčlí (Frydrychová et al., 2016).

1.6.4 RTG vyšetření

Během rentgenového vyšetření ošetřovatelský personál dítě připravuje k vyšetření, edukuje rodiče o průběhu vyšetření. Dítě je svlečeno a ošetřovatelský personál ho polohuje. Během radiologického vyšetření dítě drží ošetřovatelský personál nebo matka nebo je vyšetřováno ve speciálním fixačním zařízení. V případě, že doprovod bude během vyšetření držet dítě, je nutné podepsání informovaného souhlasu s ozářením (Vomáčka, 2015).

Radiolog musí volit takový algoritmus vyšetření, který přinese výsledek s minimální radiační zátěží a invazivitou. Je nutné správně zakrýt senzitivní orgány, především gonády (Heřman, 2014). Zásadou je minimální radiační zátěž pro dítě, ale i doprovod. Jak celkové, tak především gonádové dávky (Nekula, 2005).

K ochraně osob od rentgenového záření se používají zástěry, límce, chrániče na genitál, brýle, rukavice. Všechny tyto pomůcky obsahují vrstvu olova nebo olovnaté gumy, přes které rentgenové záření neprojde (Ferda et al., 2015).

Během vyšetření ošetřovatelský personál dbá na správnou polohu dítěte. Těsně před vyšetřením zkontroluje clony a ochranné pomůcky (Troupová a Hanzl, 2010).

Základním RTG vyšetřením je snímek, který zobrazuje pánev s kyčelními klouby. U dětí by se měl tento snímek zhotovit vždy snožmo vleže na zádech s bércei svěšenými přes okraj stolu. U kojenců se používá speciální tubus na rentgenku (Dungl, 2014).

Předozadní (AP) snímek obou kyčlí je základním a dle potřeby se doplňuje ještě dalšími projekcemi. Na rentgenovém snímku se hodnotí vývoj kostěného acetabula, měří se úhel AC – úhel sklonu stříšky acetabula, jeho fyziologické hodnoty se pohybují do 30° ve věku 3 měsíců. Hlavice femuru je u novorozenců a kojenců chrupavčitá, a tak ji nelze na RTG snímku hodnotit, luxace se pak posuzuje podle definovaných linií (Frydrychová et al., 2016).

Jádro osifikace hlavy femuru je rentgenově viditelné ve věku přibližně 4 až 6 měsíců. Rentgenové snímky se proto nedoporučují pro hodnocení VDK před 4 měsíci věku.

Po 6 měsících věku jsou rentgenové snímky preferovanou metodou pro vyhodnocení a monitorování VDK po spolehlivějším objevu osifikace hlavice femuru (Alshryda et al., 2019).

Dle RTG vyšetření se nálezy řadí do 4 skupin: dysplazie, subluxace, marginální luxace a luxace (Frydrychová et al., 2016).

Rentgenové vyšetření se také provádí za účelem kontroly vývoje kyčelního kloubu po 1 roce. Toto se týká těch dětí, které byly léčeny pro VDK. Pacienti jsou pravidelně zvány na klinické i rentgenologické kontroly ve věku 1; 1,5; 3; 6; 10 a 15; resp. 18 let, kdy končí vývoj pánve a proximálního femuru (Frydrychová et al., 2016).

1.7 Hodnocení onemocnění dysplazie kyčelního kloubu

K vyhodnocení vztahu mezi acetabulem a hlavicí femuru kojence bylo vyvinuto několik technik hodnocení ultrazvuku. Nejběžnější jsou metody Graf, Harcke, Terjesen a Suzuki. Metoda Graf je složena z kvantitativního klasifikačního systému, zatímco metody Harcke a Suzuki mají kvalitativní definice a metoda Terjesen obsahuje jak kvantitativní, tak kvalitativní popisy. Studie, které srovnávaly spolehlivost a citlivost metod Terjesen a Graf, dospěly k různým závěrům. Ve studii, která porovnávala metody Graf, Suzuki a Harcke, byla nalezena korelace mezi třemi metodami v normálních a vykloubených kyčlích, nicméně kyčle typu Graf IIa a IIb byly často hodnoceny jako normální, když byly hodnoceny dalšími dvěma metodami. Účinná ultrasonografická metoda by měla zahrnovat jednoduché, přesné, kvantitativní a konzistentní definice správného vyšetření a diagnózy a Grafova metoda splňuje všechny tyto požadavky (Kotlarsky et al., 2015).

Graf sestavil stupnici hodnocení a rozdělil nálezy do čtyř hlavních skupin a dalších podskupin. Do skupin se nálezy zařazují podle hodnoty úhlu alfa a beta, centrace či decentrace kloubu kyčelního, kostního vývoje acetabula a formace kostěné a chrupavčité stříšky (Česká republika, 1996).

(Příloha č. 3, 4 a 5)

1.8 Léčba onemocnění dysplazie kyčelního kloubu

Stále není jisté, které nálezy skutečně vyžadují aktivní zásah. Subluxace kyčle při narození se často upraví spontánně a lze ji ponechat po dobu 3 týdnů bez léčby. Používá se technika širokého balení, která brání addukci kyčle (Guille et al., 2000).

Ortolani-pozitivní kyčle vyžadují okamžitou léčbu. Když je kyčel dislokována nebo subluzována, je třeba zahájit léčbu. Pavlíkovy třmeny jsou obvykle první volbou léčby do šesti měsíců věku (Vaquero-Picado et al., 2019).

Při zjištění dysplazie se může ihned začít s konzervativní léčbou. Zajistí se abdukčně flekční poloha v kyčelních kloubech a je snaha dosáhnout centrace hlavice v kyčelní jamce. Tím je acetabulum stimulováno k dalšímu přirozenému vývoji (Frydrychová et al., 2016).

Nejjednodušším způsobem léčby je prosté abdukční neboli široké balení. Novorozeneček je balen do dvou nebo tří plen, které jsou široce složené mezi nožky (Schneiderová, 2014).

Lehčí stupně VDK se léčí pomocí Frejkovy peřinky nebo Wagnerovými punčoškami. Pavlíkovy třmeny se nasazují u kyčlí s vyšším stupněm dysplazie. Podmínkou úspěšné léčby je správné používání pomůcky, edukace rodičů a pravidelná klinická a sonografická kontrola. Při nálezů luxované nereponibilní kyčle nebo dysplastické kyčle s addukční kontrakturou je indikována trakční terapie za hospitalizace (Frydrychová et al., 2015).

Režim nošení všech pomůcek je celodenní, pouze s jednohodinovou přestávkou na hygienu a koupel dítěte (Frydrychová et al., 2016).

Operační terapie se provádí, pokud je přítomna repositionální překážka. Při otevřené repozici se provede zakloubení, sutura a následně fixace sádrovým obvazem (Schneiderová, 2014).

1.8.1 Frejkova peřinka

Frejka (1956) uvádí, že se od roku 1946 začalo léčit VDK peřinkou. Novorozenci se léčili ihned po zjištění luxace, což bylo v prvních měsících života. Doba, kterou pokládá za nejvhodnější pro začátek léčby, je 6 měsíců. Sám došel k přesvědčení, že peřinka vyloučí z nekrvavého léčení nemocné, kteří se pro nekrvavé léčení nehodí a také, že vhodné nemocné léčí až do 8 měsíců.

„Peřinka je zcela jednoduchá, může si ji zhotoviti matka sama z vlastních domácích prostředků, je vyplněna peřím nebo prachem. Velký důraz klademe na to, aby zejména na počátku léčení byla peřinka měkká a elastická, neboť tvrdé peřinky způsobují dítěti bolest a peřinky neelastické (vyplněné na př. vatou) nemohou vykonávati elastický tlak nutný k uvolnění addukční kontraktury.“ (Frejka, 1956, s. 55).

Důležitá je, aby ošetřující personál matku novorozence edukoval o zvolení správné velikosti pomůcky. Tu zjistíme změřením vzdálenosti kolínek dítěte při flexi a abdukcii v kyčlích. Peřinka se dává na oděv dítěte, takže je při každém přebalení a převlékání sejmuta (Frydrychová et al., 2016).

Peřinka je přikládána tak, aby nekončila pod zády, ale až v místě krční páteře. Celá hrudní páteř musí být na podložce peřinky. Ramenní popruhy jsou překřížené na hrudníku dítěte, vázací stuhy nad roznoženými nohami. Celá peřinka je měkká, a tak nedochází k otlakům (Hanáček, 2017).

(Příloha č. 6)

1.8.2 Pavlíkovy třmeny

Ve 40. letech vyvinul profesor A. Pavlík během svého působení na ortopedické klinice v Olomouci třmeny. Třmeny se skládají z hrudního pásu, 2 ramenních popruhů, které jsou připevněny k hrudnímu pásu a překřížené na zádech. Správně nasazené třmeny způsobí flexi v kyčelních kloubech $90 - 110^\circ$ a abdukcii do 70° . Dají se používat od narození do devíti měsíců věku. Třmeny by se měly kontrolovat po týdnu po nasazení a poté v třítydenních intervalech. Každých 6 týdnů by měla být provedena ultrasonografická kontrola. Většinou jsou třmeny indikovány po dobu 3. – 6. měsíců (Dungl, 2014).

Pavlíkovy třmeny zůstávají standardní léčbou pro většinu dětí mladších 6 měsíců. Použití třmenů je velmi důkladně prozkoumáno a je považováno za bezpečné a vysoce efektivní, s úspěšností vyšší než 90 %. Úkolem předních nožních popruhů je ohýbat kyčle a zadní nožní popruhy zabraňují addukci kyčle. Je zapotřebí pečlivé sledování, obvykle v týdenních intervalech. Pokud je léčba kyčelního kloubu po 3 týdnech neúspěšná, je třeba zvážit další způsoby léčby (Kotlarsky et al., 2015).

Selhání Pavlíkových třmenů může souviset se nevhodnou indikací ze strany lékaře. Také selhání souvisí s věkem, čím nižší je věk pacienta, tím vyšší úspěšnost léčby a nižší riziko selhání. Také bylo v různých studiích zjištěno, že ženské pohlaví má nižší riziko selhání léčby než mužské. Dále riziko neúčinnosti léčby pomocí Pavlíkových třmenů mohou zvyšovat rodiče. Rodiče nemusí správně nasadit postroj, pokud nejsou řádně edukováni. Nejčastějšími problémy uváděnými rodiči jsou obtíže při opakované aplikaci po koupání, vyklouznutí nohy z postroje, potíže s oblečením, nošením a sezením dítěte v autě a problémy s kůží (Ömeroglu, 2018).

Tři důležité předpoklady úspěchu léčby: vhodná indikace, spolupracující rodiče s odpovídajícími znalostmi o VDK, kvalitní postroj. Kromě toho by měl být vzat v úvahu význam školení zdravotnických pracovníků (Ömeroglu, 2018).

Právě zde je také uplatňována edukační role ošetrovatelského personálu. Rodičům musí být podané informace o režimu ve třmenech, např. o tom, jak správně dítě koupat. Pokud si matka není jistá, je lepší ponechat třmeny celý týden a sejmout je až v ordinaci ortopeda (Dungl, 2014).

Před nasazením pomůcky jsou rozepnuty všechny spoje. Připnuty jsou třmeny k hrudnímu opasu pod zády dítěte. Dítě se položí na rozepnutý přístroj a zapne se hrudní objímka. Poté se zapnou šle tak, aby se křížili na zádech. Dále zapneme objímky kolem lýtek a kotníků (přezky směřují ven) Přední část připneme k objímce. Je nutné si dát pozor na polohu kolínek, které musí být vně třmenu (Hanáček, 2017).

Ve studii zaměřené na účinek léčby Pavlíkovými třmeny u novorozenců do věku 4 měsíců došli k závěru, že léčba je méně účinná u dětí ve věku 4 měsíců a více v době, kdy byly třmeny poprvé aplikovány, stejně jako u kyčlí s úplnou dislokací a kyčlí se závažnou dysplazií. U těchto starších pacientů a horších typů dysplazie kyčelního kloubu je třeba zvážit, zda se nebude postupovat jiným typem léčby (Ömeroğlu et al., 2016).

(Příloha č. 7)

1.8.3 Wagnerovy punčošky

Wagnerovy punčošky se skládají z 2 plátěných punčošek. Ty jsou pomocí knoflíků připnuty na plátěnou košilku. Konstrukce je obdobná Pavlíkovým třmenům (Pach et al., 2008).

Tyto pomůcky se aplikují na holé nožičky malého pacienta, takže je možné vyměnit pleny bez sejmutí pomůcky. Principem této funkční léčby je limitovaný pohyb kyčelního kloubu mezi zónou stabilní a bezpečnou (do max. abdukce 70 st.) ve flexi mezi 90 a 100 st. Správně aplikovaná pomůcka neměla umožnit dítěti extenzi a addukci kyčlí (Frydrychová et al., 2016).

(Příloha č. 8)

1.8.4 Trakční terapie a spike

U závažných stupňů dysplasie, kde je zřetelný klinický, sonografický i radiologický nález decentrace, je indikována léčba trakcí, která se odehrává za hospitalizace na lůžkovém ortopedickém oddělení a probíhá ve stanoveném šestitýdenním režimu. 2 týdny se působí trakcí horizontální a 4 týdny trakcí vertikální v systému over-head při postupně zvětšující se abdukci až do hodnoty 60 st. (Dungl et al., 2002).

Tento šetrný systém postupné distrakce má pozitivní výsledky. Účinný je u 84 % decentrovaných kyčlí. Komplikací může výskyt aseptické nekrózy, který se objevuje zřídka. Arthrografie se uskutečňuje na operačním sále v krátkodobé celkové anestezii. Do kyčle se vpraví kontrastní látka a je sledován pohyb hlavice při dynamickém vyšetření (Frydrychová et al., 2016).

Koncentrická repozice je zakloubení kyčelního kloubu s rovnoměrnou vrstvou kontrastu kolem hlavice, kdy stabilní zóna je menší než bezpečná zóna (tedy do abdukce menší než 70°). Pokud se přijde, že jde o tuto příznivou skutečnost, nasazuje se kyčelní oboustranný spike ve flexi 90° – 100° a abdukci 50° – 70°, kterou má dítě dalších 6 týdnů. Po sejmutí se provádí kontrolní RTG vyšetření, kde se ověřuje trvalý centrování postavení. Dále pak probíhá doléčování v Pavlíkových třmenech (Frydrychová et al., 2016).

V péči o novorozence s trakční terapií či spikou je nutná pečlivá péče o pokožku novorozence. Ošetřující personál by si měl všimnout všech změn, otoků, prokrvení periferie, dekubitů. Důležité je časté měnění polohy, ležící dítě by mělo být pravidelně a často otáčeno (Leifer, 2004).

Péče o dítě ve spike je pro rodiče obtížná. Ošetřovatelský personál zde hraje značnou roli při zajištění edukace a podpory rodičů dítěte. Spike je nutné udržovat v suchu a čistotě. Častá výměna a správné nasazení plen je důležité v prevenci podráždění pokožky. Je nutné sledovat prokrvení, otoky a změny na kůži. V péči o novorozence se spike je nutné edukovat rodiče nejen v základní ošetřovatelské péči ale i v problémech, které je v běžném životě potkají. Ošetřovatelský personál by měl rodiče edukovat ideálně před zahájením léčby (Hart et al., 2006).

(Příloha č. 9)

1.8.5 Léčba chirurgická

U pacientů, u kterých selhala počáteční léčba a kteří mají perzistující acetabulární dysplazii, mohou být indikovány pánevní osteotomie k obnovení vývoje acetabula (Scott et al., 2019).

Otevřenou redukci kyčelního kloubu bychom v této věkové skupině hledali jen zřídka, ale je indikována u dětí, u kterých nelze dosáhnout stabilní soustředné redukce pomocí uzavřených metod (Guille et al., 2000).

Tyto operace jsou obvykle vyhrazeny pro starší děti, protože bylo prokázáno, že acetabulum se formuje až do věku 5 let. Načasování provedení osteotomie je proto kontroverzní, i když se obvykle provádí ve věku 3 až 5 let pro reziduální acetabulární dysplazii. Nejčastěji používané pánevní osteotomie se nazývají Salter, Pemberton a Dega. Všechny tyto osteotomie používají jediný řez nad acetabulem, přičemž jejich rozdíly jsou v dokončení nebo směru řezu (Scott et al., 2019).

I přesto, že je v České republice zaveden propracovaný systém vyšetřování a prevence VDK, lze se setkat s případy, kdy je luxace kyčlí objevena až u staršího dítěte, které chodí. V naprosté většině případů se jedná o nedodržení všech kontrol ze strany rodičů. Pak je bohužel jediným možným řešením dysplazie operační přístup. Kyčel je otevřeně reponována, při nutném zkrácení, varizaci a derotaci proximálního femuru a reziduální dysplazii se řeší osteotomie pánve (Frydrychová et al., 2016).

1.9 Ošetřovatelská péče o novorozence s abdukční léčebnou pomůckou

Během přebalování plen a hygieny je nutné abdukční pomůcky sejmut. Wagnerovy punčošky aplikujeme přímo na holé nožky dítěte, takže je možné vyměnit pleny bez sejmutí pomůcky. Poté je možné o dítě pečovat dle klasických postupů (Frydrychová et al., 2016).

U novorozence měníme plenu přibližně 7krát – 8krát denně. Je vhodné použití plen bez obsahu chlóru, který má dráždivý vliv na kůži. Pleny by měly mít vhodnou velikost a absorpční schopnost. Během přebalování plen je vhodné věnovat pozornost kůži v oblasti genitálu, zadečku a třísel a v místě, kde jsou abdukční pomůcky, protože zde mohou vznikat opruzeniny. Nejprve oblast genitálu očistíme od zbytků stolice. U dívek postupujeme při očištění genitálu vždy zepředu dozadu, aby se případné

choroboplodné zárodky nedostaly do močové trubice a genitálu. U chlapců se pečlivě očistí nejen třísla a konečník ale i šourek a penis. Poté kůži ošetříme krémem nebo mastí (Sedlářová, 2008).

V čistotě a suchu udržujeme také pupeční pahýl. Necháváme ho volně, bez krytí a mimo plenkové kalhotky a pokud možno, tak mimo abdukční pomůcku. Je-li potřísněn močí či stolicí, omyje se pouze vodou, nebo se očistí desinfekčním prostředkem k tomu určeným. Po třech až jedenácti dnech pupeční pahýl odpadne, zůstane na jeho místě pouze jizva. Tu omyjeme desinfekčním prostředkem, přiložíme sterilní čtvereček a zalepíme náplastí (Pighin a Simon, 2008).

Není nutné dítě koupat denně, ale je vhodné omývat obličej, podpaží, záda, krk, oblast genitálu a perianální. Nejvhodnější je koupání v čisté vodě, aby nedošlo k narušení přirozeného ochranného filmu. Kosmetické produkty se do koupele doporučují přidávat pouze jednou týdně. Teplota vody by měla být přibližně 38°C. Před koupelí je nutné si připravit veškeré pomůcky, které jsou potřeba (Sedlářová, 2008).

Nejprve omyjeme mokrou žínkou tvář, na kterou je vhodné používat pouze čistou vodu. Na okolí očí se nesmí používat žádné mýdlo. Pokud budeme omývat oči, postupujeme od vnitřního koutku směrem ven. Nos a uši nikdy nečistíme uvnitř ale pouze zevně nebo vatovými smotky. Poté omyjeme záhyby na krku, ruce a podpaží, pokračujeme na dolní část těla. Naposledy omyjeme genitál a zadeček. (Mackonochie a Lewis, 2009).

Během koupele ve vodě je nutné dítě pevně držet, aby nedošlo k vyklouznutí z ruky. Po koupeli dítě pečlivě osušíme, oblékneme do suché pleny. Dle potřeby je ošetřena kůže. Jedná-li se o zdravou pokožku, není nutné ji nijak ošetřovat. Případně jsou doporučeny neparfémované přípravky (Sedlářová, 2008).

Zadeček ošetřujeme mastí či pastou, stejně jako u přebalování, aby se smolka nelepila na kůži. K ošetření existuje mnoho produktů, mezi nejznámější patří tak zvaná „rybí mastička“, Bepanthen mast, nebo Sudocrem (Gregora a Paulová, 2008).

Nehty budeme stříhat pouze tehdy, je-li dítě v klidu. Měly by se zastříhávat do rovna nůžkami, které mají tupé konce, aby nedošlo k nechtěnému poranění dítěte. Nakonec dítě oblékneme do suchého a čistého prádla. Oblékání novorozence může být složité, a proto je vhodné si pořídit oblečení, které zajistí oblékání a svlékání dítěte s minimální námahou. Nejvhodnější je oblečení, které má rozepínání vepředu. Za teplého počasí

by děti měly být oblékány tak, aby se nepřehřály. Během pobytu venku je nutné mít hlavičku překrytou kloboučkem nebo čepičkou. Během chladných dní by mělo být svrchní oblečení volnější, aby se pod něj dala aplikovat abdukční pomůcka a další vrstvy oblečení. Na nožičky je vhodné mimo dupaček či kalhot oblékat i ponožky. Nohy by měly zůstat teplé (Mackonochie a Lewis, 2009).

1.9.1 Nošení dětí v šátku

Během prvního roku života novorozenec získává díky tělesnému kontaktu s rodiči důvěru a jistotu v jejich osoby. Mimo to nošení v šátku má další výhodu. Nošení v šátku je doporučované jako prevence právě dysplazie kyčelního kloubu. Novorozenec je v abdukční flexní poloze. Například u přírodních národů, kde matky své děti nosí v šátku téměř pořád, se luxace kyčelního kloubu téměř nevyskytuje. Není ale vhodné celodenní a dlouhodobé nošení vzhledem ke správnému vývoji páteře. (Marek, 2002).

Nošení v šátku má na novorozence několik pozitivních účinků. Především se jedná o těsný tělesný kontakt mezi ním a pečovatelem. Je prokázáno, že děti, které se alespoň čtyři hodiny za den nosily, plakaly méně než děti v kontrolní skupině a byly po většinu dne v dobré náladě. Dítě v kojeneckém věku je anatomicky přizpůsobené stavu tzv. nošence. Pečovatel, který novorozence nosí, předává svou tělesnou aktivitu dítěti, především nožičkám a kyčlím. To způsobuje podporu prokrvení kyčlí, a to je právě přínosné pro správný vývoj dětských kyčlí (Velemínský a Velemínský ml., 2009).

1.10 Edukace ošetrovatelským personálem o prevenci a léčbě onemocnění dysplazie kyčelního kloubu

Pojem edukace pochází z latinského slova educio, educare, to znamená vést vpřed, vychovávat. „*Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace znamená výchovu a vzdělání.*“ (Juřeníková, 2010).

Vedle poskytování zdravotní péče zastává porodní asistentka i roli vzdělávací a poradenskou. Porodní asistentka by si měla dobře uvědomovat, jaké informace rodičům sděluje (Štomerová, 2010).

Rodiče by měli být zapojováni do péče o fyziologického, ale i patologického novorozence co nejdříve. Pokud se dítě narodí s nějakou vadou, je nutné rodičům vysvětlit,

o jaké onemocnění se jedná a jaký bude následovat postup léčby, je-li možná. Edukátor má sledovat během edukačního procesu, jak si rodiče veškeré znalosti a dovednosti, které jsou spojené s péčí o dítě, osvojují. Případně má dle potřeby do procesu edukace zasáhnout. Na každém oddělení by měly být vypracované základní pokyny pro sestry k edukaci v jednotlivých oblastech, dle kterých by se měl veškerý ošetrující personál řídit (Sedlářová, 2008)

Sestry mají klíčovou roli ve vzdělávání rodičů a pečovatelů o onemocnění a léčbě. Poskytovatel zdravotní péče musí také rodičům poskytnout praktické pokyny potřebné k zvládnutí každodenní rutiny péče o dítě. Ošetrující personál by měl předvést použití a sejmutí pomůcek pro léčbu. Je důležité umožnit rodičům, aby si vše vyzkoušeli. Je vhodné poskytnutí kontaktu pro následný telefonní hovor při potížích v péči o novorozence. Tato intervence může výrazně snížit úzkost rodičů (Hart et al., 2006).

Porodní asistentka nejčastěji edukuje rodiče v oblasti péče o novorozence, průběhu všech vyšetření, hygieny novorozence, kojení. Pokud je novorozenec léčen Pavlíkovými třmeny nebo Frejkovou peřinkou, či jinou výztuhou, může o něj být pečováno doma. Rodiče musejí být ujištěni, že je možné dítě chovat v náručí a může sedět na židličce. Pokud jsou děti přijímané do nemocnice, je nutno věnovat jim co nejvíce pozornosti a snažit se vytvořit domácí prostředí. Je vhodné se seznámit se zvyklostmi a způsobu péče o dítě. Je nutné rodiče povzbuzovat, aby se nebáli zeptat se na cokoli svých klinických a ošetrujících lékařů, tak ale i nelékařského zdravotnického personálu. Velmi důležité je, nechat rodičům prostor na otázky a diskusi (Leifer, 2004).

Hart et al. (2006) uvádí, že v edukaci matek by měla sestra poučit o správném způsobu balení a zavinování dítěte, zvolením vhodného postupu tak dochází k prevenci rozvoje kyčelní dysplazie a k zamezení výskytu následných komplikací.

Mahan a Kasser (2008) zmiňují, že pevné balení, které omezuje pohyby plodu, stimuluje podmínky, které mělo dítě v děloze. Dítě je tedy klidnější a lépe spí, ale toto balení zvyšuje výskyt vývojové dysplazie. Dále také uvádějí, že negativní vliv může mít i násilná extenze při měření délky plodu bezprostředně po porodu.

2 Cíle práce

2.1 Cíle práce

Ve výzkumné části bakalářské práce byly stanoveny 3 cíle.

1. Zmapovat úlohu ošetrovatelského personálu ve screeningu dysplazie kyčelního kloubu.
2. Zmapovat specifika ošetrovatelské péče o novorozence s dysplazií kyčelního kloubu v rámci stanice fyziologických novorozenců.
3. Zmapovat úlohu ošetrovatelského personálu v edukaci matek.

2.2 Výzkumné otázky:

Na základě cílů byly následně stanoveny 4 výzkumné otázky.

VO1: Jaká je úloha ošetrovatelského personálu ve screeningu dysplazie kyčelního kloubu?

VO2: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o novorozence s dysplazií kyčelního kloubu v rámci stanice fyziologických novorozenců?

VO3: Jaký je úloha ošetrovatelského personálu v edukaci matek?

VO4: Jak jsou edukovány matky ošetrovatelským personálem o dysplazii kyčelního kloubu?

3 Metodika

3.1 Metodika a technika výzkumu

V této práci bylo použito kvalitativní výzkumné šetření, metoda dotazování a technika polostrukturovaných hloubkových rozhovorů. Kvalitativní metoda je upřednostňována v ošetrovatelství. Toto vychází z holistického přístupu k člověku, tedy vnímat jeho bio-psycho-sociální stránku. Proto je výběr respondentů v kvalitativním výzkumu poměrně malý, a neklade si tedy nároky na statistickou reprezentaci. Také využívá hloubkových individuálních rozhovorů. Další výhodou kvalitativního výzkumného šetření je, že zkoumá osoby v přirozeném prostředí a také sbírá informace bez formálních či nařízených instrukcí. (Kutnohorská, 2009). Zvolená byla technika polostrukturovaných rozhovorů.

Rozhovory byly vedeny s ošetrovatelským personálem na stanici fyziologických novorozenců ve vybrané nemocnici Jihočeského kraje, a to během měsíce června 2021. Rozhovor měl 16 základních otázek (příloha č. 11). Rozhovory s matkami byly vedeny po sociálních sítích v průběhu června 2021. Matky reagovaly na výzvu na sociální síti Facebook, kde jsme hledaly ženy, které mají, nebo měly zkušenost s vývojovou dysplazií kyčelního kloubu u svého dítěte. Rozhovor pro matky měl 17 základních otázek (příloha č. 10). Rozhovory byly nahrány na mobilní zařízení a následně přepsány do textové podoby. Rozhovory jsou k dispozici u autora bakalářské práce. Následně byly rozhovory analyzovány pomocí kódování a metody „tužka – papír“ (Švaříček a Šedřová, 2014). Dále bylo zpracováno 8 kategorií a 25 podkategorií. Kategorie byly rozděleny na 4, které se týkaly matek a 4, které se týkaly ošetrovatelského personálu.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru:

Výzkumný soubor tvořily dvě skupiny respondentek. První skupinou byly matky. Matek bylo celkem 5. Všechny měly zkušenosti s léčbou dysplazie kyčelního kloubu u svých dětí. Ve třech případech se jednalo o jejich první dítě a ve dvou to pak bylo dítě druhé, které mělo toto onemocnění. Léčba byla v případě M1 Wagnerovými punčoškami, M2 a M5 používaly abdukční peřinku. M3 používala široké balení a abdukční kalhotky a M4 využívala Pavlíkovy třmeny.

Druhá skupina výzkumného souboru se skládala z ošetrovatelského personálu ze stanice fyziologických novorozenců vybrané nemocnice jihočeského kraje. Skupina byla složena

z pěti porodních asistentek, které měly 42, 32, 13, 7 a 6 let praxe, jedné dětské sestry, ta na stanici pracuje 14 let. Průměrná doba praxe na stanici fyziologických novorozenců byla pak 19 let.

4 Výsledky výzkumu

Na základě výsledků výzkumu bylo zpracováno 8 kategorií a 25 podkategorií. Kategorie byly rozděleny na 4, které se týkaly matek a 4, které se týkaly ošetrovatelského personálu.

První část výsledků se věnuje matkám. První kategorie pak znalostem matek ohledně nemoci před diagnostikou, poté dalším možnostem léčby a následkům. Následná kategorie se věnuje edukaci sester z pohledu matek. Zajímali jsme se především o edukaci v oblasti hygieny, režimu a pohybu, také nás ale zajímal způsob edukace. Třetí kategorie se zabývá specifiky péče z pohledu matek, kde se věnujeme pomůckám a problémům, se kterými se matky během péče potýkaly. Vyšetření dítěte z pohledu matek se věnuje čtvrtá kategorie. Sledovali jsme především to, jak se dítě vyšetřovalo na oddělení, další vyšetření dítěte, poté také to, jak dítě bylo připravováno na vyšetření matkou i to, jak se podílela sestra.

Dále navazují kategorie, které se týkají ošetrovatelského personálu. Pátá kategorie se věnuje znalostem ošetrovatelského personálu, především pak druhům a použití pomůcek, rizikovým faktorům, znakům VDK, které mohou samy sestry či porodní asistentky během péče pozorovat, dále pak následná vyšetření a zhodnocení množství a kvality znalostí. V šesté kategorii jsme se věnovali edukaci z pohledu ošetrovatelského personálu. Sledovali jsme, jakým způsobem ošetrovatelský personál edukuje matky: jak edukují v oblasti hygieny, péče o kůži a pohybu a také jejich návrhy na zlepšení edukace. Vyšetření z pohledu ošetrovatelského personálu se věnuje sedmá kategorie. Zde jsme sledovaly úlohu sestry/PA během vyšetření, jak bylo dítě vyšetřené a také jak se dítě na stanici na vyšetření připravuje. Poslední kategorie se zabývá specifiky péče na stanici fyziologických novorozenců.

4.1 Kategorie č. 1: Znalosti matek

Schéma kategorie č. 1: Znalosti matek



Kategorie znalostí matek je zaměřena na množství znalostí, které mají. U matek jsme sledovali znalosti před diagnostikou, znalosti dalších možností léčby a znalosti následků.

4.1.1 Podkategorie: Znalosti matek před diagnostikou

V podkategorii znalosti matek před diagnózou sledujeme množství znalostí, které měly matky dříve, než bylo onemocnění dítětem diagnostikováno. M1 a M2 uvedly, že o této nemoci nikdy neslyšely a ani ji neznaly. M4 a M5 sdělily, že o nemoci již slyšely, ale více se o to začaly zajímat až po diagnostikování. M3 odpověděla takto: „*Já i manžel jsme jako miminka měli stejnou vývojovou vadu. Takže jsem o této vadě něco věděla.*“.

4.1.2 Podkategorie: Informovanost matek o dalších možnostech léčby

V této podkategorii sledujeme informovanost matek o dalších možnostech léčby. M2 a M3 uvedly, že neznají žádnou další možnost léčby. M1 uvedla: „*Jen ten postrojek, jinak nic víc.*“. M4 věděla, že je možné používat ještě abdukční peřinku. M5 odpověděla takto: „*Vím, že některým dětem stačilo dávat víc látkových plen na sebe, některé musely nosit třmínky nebo strojky. A taky, že nejzazším řešením byla operace.*“.

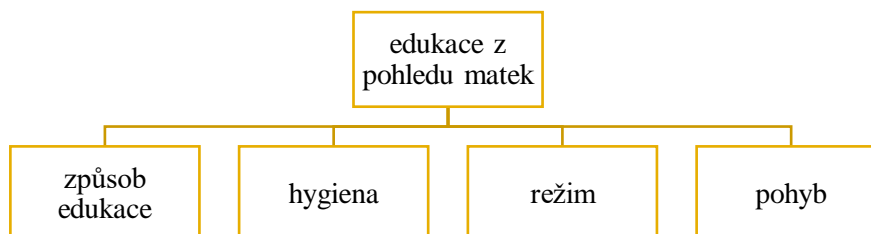
4.1.3 Podkategorie: Informovanost matek o následcích

Zde jsme sledovali informovanost matek o následcích nepodstoupení léčby. Všechny matky věděly, že bylo nutné léčbu podstoupit. M1 uvedla, že by její syn měl špatné kyčle, musel by na operaci a mít sádku od pasu dolů. M2 si myslela, že by její dítě mělo problémy s kyčlemi a s tělem na celý život, ale také tvrdí, že ji o tom nikdo dostatečně neinformoval. M3 odpověděla: „*Syn by měl určitě problémy v dospělosti a určitě by to nešlo řešit pouze alternativně, ale operačně. Ale osobně bych k tomu nepřistoupila.*“. M4 uvedla špatnou chůzi, bolesti kyčlí a problémy při porodu. M5 odpověděla, že by se kyčel nevyvíjela správně a mohly by nastat problémy v pozdějším věku, které by se nedaly řešit tak snadno.

- Znalosti před DG: M1/5; M2/4; M3/2-3; M4/6-7; M5/4
- Další možnosti léčby: M1/39; M2/38; M3/37; M4/44; M5/29-30
- Následky: M1/40-41; M2/40; M3/38-39; M4/45; M5/31

4.2 Kategorie č. 2: Edukace z pohledu matek

Schéma č. 2: edukace z pohledu matek



V této kategorii jsme se soustředili na to, jak jsou matky edukovány ošetrovatelským personálem.

4.2.1 Podkategorie: Způsob edukace

V rozhovorech jsme se dotazovali, jak matky edukovala sestra či porodní asistentka. Respondentce M1 sestra ukázala a řekla, jak správně má být pomůcka nasazena. M2 uvedla: „*Sestra u doktora přes kyčle mi pouze ukázala fotku, na které má miminko peřinku. A to bylo vše. Veškeré informace jsem našla na internetu a od okolí.*“. M3 dostala informační leták a sestra jí vysvětlila, jak správně nasadit pomůcku, ale prakticky jí nasazení neukázala. Také jí řekla, že pomůcka musí být napevno usazená a že nesmí používat látkové pleny. M4 edukoval pouze ortoped, sestra v edukaci ohledně dysplazie prý nehrála roli. M5 uvedla, že jí sestra vysvětlila a ukázala, jak správně nandávat peřinku.

4.2.2 Podkategorie: Hygiena

V této oblasti byly ženy edukovány ošetrovatelským personálem různě. M1 sdělila, že jí bylo řečeno, aby syna normálně přebalovala a umývala, tak jak bude potřeba. M2 a M5 odpověděly, že se s nimi o hygieně nikdo nebavil. M3 se zeptali, jestli ví, jak dítě koupat a jak provádět hygienu. M4 odpověděla: „*Druhý den po porodu mi ukázali, jak správně koupat, přebalovat a starat se o pokožku, jak připravit koupel, jak správně držet miminko a omývat. Když jsme dostaly ty třmeny, tak nám nikdo nic neřekl. Lékař jen sdělil, že je můžeme na koupání či přebalení sundat.*“

4.2.3 Podkategorie: Režim

M1 sdělila, že jejich režim nošení abdukční pomůcky byl následující: 23 hodin denně pomůcka nasazena a jednu hodinu denně bez pomůcky. Tu využívali na koupání. Respondentky M2, M4 a M5 uvedly, že pomůcku děti nosily pořád, pouze na koupání ji sundaly. M3 odpověděla, že pomůcku mělo dítě nasazenou pouze ve dne. Takže široké balení nosily pouze 12 hodin denně.

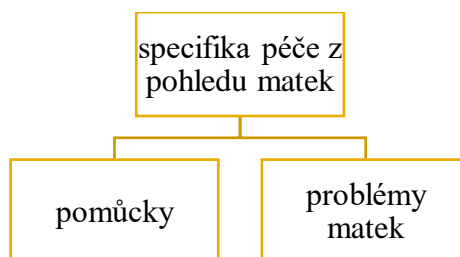
4.2.4 Podkategorie: Pohyb

Matka M1 se ohledně pohybu dítěte zmínila takto: „*Sestra nám ukázala, jak mají kyčle být a jak je má náš malej, a jak mu ta pomůcka pomůže. Pak nám ukázala, jak má být zaplá a že je nutné abychom dodrželi správné zapínání. Pak říkala, aby měl nožky relativně volně, ale hlavně pořád v oblečku.*“. Matka M2 uvedla, že jí bylo řečeno, aby si dávala pozor při manipulaci, protože dítě bude mít nohy v jiné poloze, než je běžné. M3 byla informována tak, že pohyb omezovat nijak nemá a že dítě má mít pohyblivé nožičky. Respondentky M4 a M5 nebyly edukovány v oblasti pohybu vůbec.

- Způsob edukace: M1/18; M2/9-12; M3/10-14; M4/13-15; M5/8
- Hygiena: M1/15; M2/13; M3/15-16; M4/19-20; M5/9-10
- Režim: M1/21; M2/16; M3/20; M4/27; M5/13
- Pohyb: M1/18-20; M2/14-15; M3/19; M4/25-26; M5/12

4.3 Kategorie č. 3: Specifika péče z pohledu matek

Schéma č.3: specifika péče z pohledu matek



V této kategorii jsme sledovali specifika péče, především pak pomůcky, které matky využívaly k léčbě dysplazie. A také problémy, se kterými se během péče o dítě s VDK setkaly.

4.3.1 Podkategorie: Pomůcky k léčbě

M1 využívala k léčbě Wagnerovy punčošky. M2 a M5 používaly abdukční peřinku. M2 pak ještě masérské lehátko a karimatku, když cvičili Vojtovu metodu. Matka M3 uvedla: „*Po konzultaci s ortopedem jsem využívala látkové pleny, kde měl syn o jednu vkládací plenku navíc a abdukční kalhotky od značky Himer, které sloužily jako široké balení.*“. M4 využívala Pavlíkovi třmeny a na rehabilitaci jim doporučili gymnastický míč na cvičení

4.3.2 Podkategorie: Problémy matek

Ohledně problémů, se kterými se matky během péče setkaly, se vyjádřily následovně. M1 sdělila, že problémy neměli, ale chtěla, aby bylo dítě v pořádku, takže poctivě cvičili na fyzioterapii a doma a nosili punčošky. Také se snažili hlídat správné nasazení pomůcky.

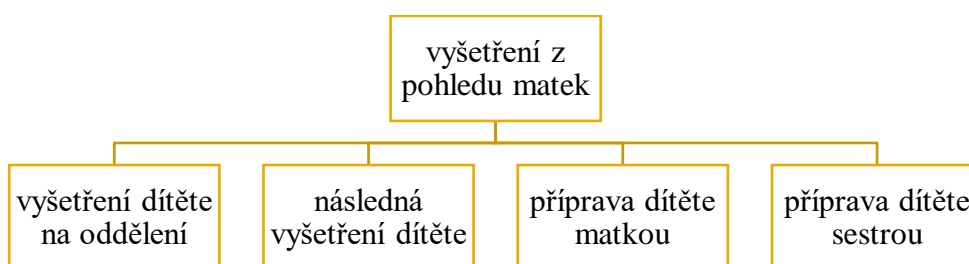
M2 odpověděla takto: „*Ze začátku jsem měla problém naučit se Vojtovku. S manželem jsme dlouho v uvozovkách vychytávaly, jak má být upravena a jak se používá peřinka. Docela mi vadilo, že nám předepsali pouze jeden kus peřinky, protože když jsem ji chtěla vyprat, dcera musela být bez ní. A taky mi vadilo, že nám nikdo pořádně nic neřekl. Poloha při kojení byla velmi složitá. Problém byl, když dcera dostala očkování do stehna a natekla jí celá dolní končetina. Musely jsme peřinku na několik dní sundat. Peřinku nosila přes zimu, takže problém byl s oblékáním, aby se do kombinézy a dalšího oblečení dostala. Taky trpěla na bolesti břicha, takže skloubit nošení peřinky a polohování na bolení břicha bylo dost složité. Problém byl také v tom, že jsme museli upravovat polohu na spaní. Byla to poloha na boku s vypodložením.*“. M3 uvedla, že žádné problémy neměla. Nasazení pro ni bylo jednoduché a péče o dítě taky. Hlíдалa si jen správné nasazení pomůcky. M4 odpověděla následovně: „*Dceři se to vůbec nelíbilo, hodně plakala, často jsem ji proto musela nosit v náručí, což (co si pamatuji) bylo s tou pomůckou komplikovanější. Bránila se při nasazování. A do autosedačky jsem musela sundávat a pak zas nadávat. Nebylo to vůbec komfortní.*“. Žádné problémy neměla ani matka M5, která uvedla, že vše probíhalo normálně. Maximálně se snažila,

aby její dceři peřinka nevadila a jelikož ji nosila převážně přes léto, tak dbala na to, aby jí nebylo moc horko.

- Pomůcky: M1/11-12; M2/7-8; M3/7-9; M4/12; M5/7
- Problémy matek: M1/34-38; M2/28-37; M3/34-36; M4/40-42; M5/23

4.4 Kategorie č. 4: Vyšetření z pohledu matek

Schéma č. 4: vyšetření z pohledu matek



V této kategorii jsme se orientovali na způsob vyšetřování, jak ho vnímaly matky, a tedy, jak byli novorozenci vyšetřováni a jak se na vyšetření podíleli matky a ošetrovatelský personál.

4.4.1 Podkategorie: Vyšetření dítěte na oddělení

Matka M1 uvedla, že na oddělení přišel ortoped během třetího dne pobytu. Prohlédl si malého a zkonstatoval, aby začaly používat široké balení. Během propuštění domů jim pediatrička ukázala, jak se používá, ale doporučila jim se znovu na kyčle objednat. M2 stejně jako předchozí respondentka uvedla, že vyšetření proběhlo třetí den. Dále uvádí, že bylo provedeno na pokoji, kde si ortoped dítě prohlédl a provedl cviky a poté zhodnotil závažnost dysplazie. M3 odpověděla: „*Probíhalo to tak, že maminky stály v zástupu s miminky a jakmile na ně přišla řada, tak miminko muselo být nahaté. Doktor se mě ptal, zda byl sekcí či přirozeně a zda byl hlavičkou či zadečkem dolů. Nejdříve si lékař vyzkoušel různé manévry na kyčlích, pak udělal synovi UZ a řekl nějaké hodnoty, a na základě toho mi oznámil, že je to na abdukční peřinku.*“. U M4 probíhalo vyšetření takto: „*Miminko jsem převezla na novorozenecké oddělení, kde už čekal ortoped. Miminko jsem svlékla a přidržela ortopedovi u vyšetření ultrazvukem. On pak zkontroloval obě strany Nejdříve jednu kyčel a poté druhou. Poté zkontroloval*

cvičením a zeptal se kam budeme chodit.“ Respondentka M5 uvedla, že přišel lékař a provedl s dcerou cviky, poté se vyptával na rodinnou anamnézu, tedy na výskyt dysplazie v rodině.

4.4.2 Podkategorie: Následná vyšetření dítěte

Také jsem se dotazovala respondentek, jaké další vyšetření u nich bylo provedeno. M1 odpověděla, že od 2. do 6. měsíce chodili každých 14 dní na ortopedii. Tam jim byl dělaný ultrazvuk a lékař si dítě prohlížel. Poté v roce byl dítěti proveden rentgen. M2 uvedla, že byli na ultrazvukovém vyšetření kyčlí a dále docházeli na rehabilitace. M3 odpověděla následovně: *„Ultrazvuková vyšetření byla takhle: První ve 3 dnech. Druhé, myslím, ve 3 týdnu, poté v 6 týdnech, tam nám řekli, že již nemusíme nosit abdukční kalhotky, ale stačí pouze látková plenka víc nacpaná. No potom ve 12 týdnu, to byla pouze kontrola. A poslední kontrola byla v 16 týdnu, kde nám řekli, že kyčle jsou v pořádku a už není nutná další léčba. Léčbu jsme končili se slovy pana doktora: ‚Čím více toho mezi nožičkami má tím lépe‘“.* M4 sdělila, že ortoped prováděl měsíčně ultrazvukové vyšetření. Ve třech měsících bylo provedeno rentgenové vyšetření a dále docházeli na rehabilitace. M5 odpověděla, že bylo provedeno ultrazvukové vyšetření při každé návštěvě u ortopeda a jedno rentgenové vyšetření.

4.4.3 Podkategorie: Příprava dítěte matkou

Dále nás také zajímalo, jak matky své děti na vyšetření připravovaly. M1 sdělila, že dítě nijak zvlášť nepřipravovala. Snažila se, aby bylo najedené a aby nejlépe spalo. Během první návštěvy M2 vůbec netušila, co je čeká, takže dítě nepřipravila, to až na dalších návštěvách, kdy si dítě sama svlékala. M3 a M5 odpověděly, že dítě také nijak nepřipravovaly. M4 brala s sebou oblíbenou plyšovou hračku dcery. U lékaře pak malou svlékala a přidržovala během vyšetření.

4.4.4 Podkategorie: Příprava dítěte sestrou

M1 sdělila, že dítě sestra připravila tak, že ho svlékla a přidržovala během vyšetření, pokud pak dítě plakalo, utěšovala ho. Matce M2 dceru vzala sestra, položila ji na vyšetřovací lehátko a svlékla ji. M3 odpověděla: *„Sestra syna přidržela doktorovi ve správné poloze a otřela mu nožky před tím nějakou desinfekcí, potom mi ho dala a já si ho zabalila.“* M4 uvedla, že si dítě připravovala pouze sama, že sestra se přípravy

neúčastnila. M5 sdělila: „*Sestra nám řekla, že bude dnes to vyšetření a pak chodila s doktorem a měla v ruce nějaké papíry.*“. Dále M5 uvádí, že si dítě připravila sama.

- Vyšetření dítěte na oddělení: M1/25-29; M2/21-22; M3/27-30; M4/31-34; M5/17-18
- Následná vyšetření dítěte: M1/23-24; M2/19-20; M3/22-26; M4/28-30; M5/15-16
- Příprava dítěte matkou: M1/30-31; M2/26; M3/31; M4/36-38; M5/19
- Příprava dítěte sestrou: M1/32-33; M2/24-25; M3/32-33; M4/39; M5/20-22

4.5 Kategorie č. 5: Znalosti ošetrovatelského personálu

Schéma kategorie č. 5: znalosti ošetrovatelského personálu



V páté kategorii jsme sledovali znalosti ošetrovatelského personálu na stanici fyziologických novorozenců. U sester nás zajímaly znalosti ohledně druhů a použití pomůcek, rizikových faktorů, znaků VDK, které mohou sledovat během péče a následná péče po odchodu z oddělení.

4.5.1 Podkategorie: Znalosti ošetrovatelského personálu o druzích a použití abdukčních pomůcek

V této kategorii jsme sledovali znalosti sester o druzích pomůcek a také znalosti týkající se vlastního použití pomůcek a zkušeností s nimi. S1, S2, S4, a S5 odpověděly stejně a to tak, že znají abdukční peřinku, široké balení, Pavlíkovy třmeny a případné sádrování. S3 přidala ještě možnost operace a S6 uvedla Wagnerovy punčošky. S1 uvedla, že by správně použít uměla pouze široké balení a že se s ničím jiným zatím v praxi nesešla. S2 si myslí, že kromě sádrování by vše zvládla, ale zkušenosti má pouze

se širokým balením a abdukční peřinkou. S3 zná použití širokého balení a abdukční peřinky. S4 kromě širokého balení a abdukční peřinky už měla možnost pracovat i s třmeny. S5 ví, že by se vším neuměla pracovat, ale také uvádí, že všechny pomůcky v praxi viděla. Nejčastěji se na oddělení však setkávala se širokým balením. S6 si v praxi již vyzkoušela široké balení a abdukční peřinku.

4.5.2 Podkategorie: Znalosti ošetřovatelského personálu o rizikových faktorech vedoucích k VDK

Odpovědi respondentek se v této podkategorii příliš nelišily. S2, S3 a S4 odpověděly, že jediným rizikovým faktorem vedoucím k VDK, který znají, je dědičná dispozice. S1, S5 a S6 k této odpovědi ještě přidaly polohu plodu v děloze.

4.5.3 Podkategorie: Znalosti ošetřovatelského personálu o znacích VDK, které mohou sami vyšetřit

V této podkategorii jsme se zaměřovali na znalosti ošetřovatelského personálu ohledně znaků VDK, kterých si mohou sami během ošetřovatelské péče všimnout. S1 odpověděla, že se jedná o asymetrii rýh na hýždích a případného zvláštního pohybu končetiny. S2 si svou odpovědí nebyla jistá, ale uvedla, že se bude jedna nožka pohybovat jinak než ta druhá. S3 uvedla: „*Asymetrii hýždí, rozdílnou délku končetin a možná si můžeme všimnout i zvláštní pohyblivosti v kloubech.*“. S4 a S6 znají pouze asymetrii rýh na hýždích. S5 odpověděla, že sledovat lze pohyblivost kloubů, asymetrii a rozsah pohybu.

4.5.4 Podkategorie: Znalosti ošetřovatelského personálu o následných vyšetřeních u dítěte

Respondentky uvedly, že se na další vyšetření novorozenec objednává a na oddělení se provádí pouze klinické vyšetření ortopedem. S4 odpověděla: „*...pak objednáváme děti na kontrolu v 6. týdnech na UZ.*“. S5 zde zmínila, že se děti objednáávají v šesti týdnech na obvodě, kde se dělá UZ vyšetření.

4.5.5 Podkategorie: Hodnocení znalostí

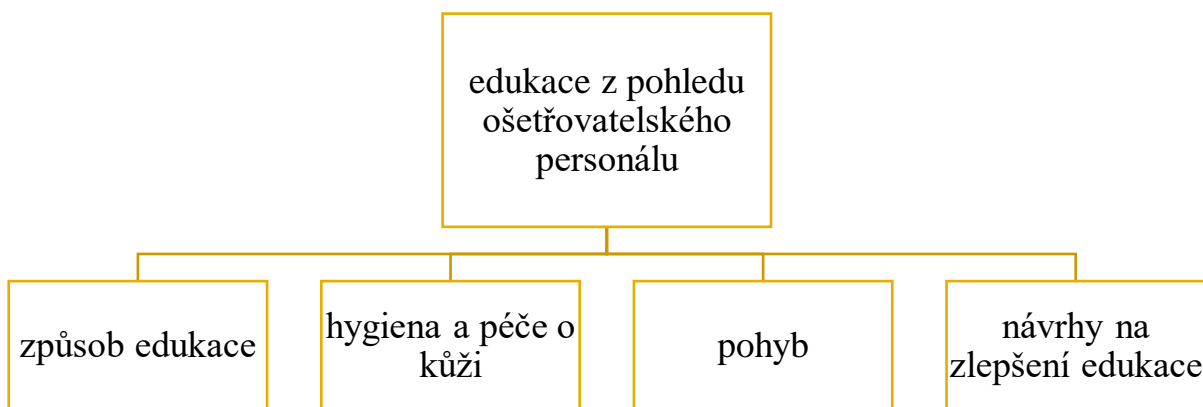
V rozhovoru jsme se také ptali, zda si respondentky myslí, že mají dostatek znalostí o VDK. S1 a S6 uvedly, že znalostí nemají dostatek a ty, které o VDK mají, pochytily během jejich praxe, a to buď od starších kolegyně, anebo od ortopeda, který na oddělení

dochází. S2, S4 a S5 odpověděly, že dostatek znalostí nemají a že by to měly v budoucnu napravit. Jediná respondentka, která si myslí, že nějaké znalosti má, je S3, ta odpověděla: „*Já si myslím, že tak průměrně, ne málo, ale ani moc.*“

- Druhy pomůcek: S1/8; S2/11; S3/10; S4/8; S5/9; S6/8
- Použití pomůcek: S1/9; S2/12; S3/11; S4/9; S5/10-11; S6/9
- Rizikové faktory: S1/12; S2/16; S3/16; S4/11; S5/14; S6/12
- Znaky VDK: S1/20-21; S2/25; S3/23-24; S4/20; S5/21; S6/18
- Následná vyšetření: S2/5; S4/4; S5/4-5
- Hodnocení znalostí: S1/22-23; S2/26; S3/25; S4/21; S5/22-23; S6/19-20

4.6 Kategorie č 6: Edukace z pohledu ošetřovatelského personálu

Schéma č. 6: edukace z pohledu ošetřovatelského personálu



V této kategorii jsme sledovali, jak edukuje ošetřovatelský personál matky. A to hned v několika oblastech. Zajímal nás způsob edukace, edukace v oblasti hygieny, kůže a pohybu.

4.6.1 Podkategorie: Způsob edukace

Všechny respondentky se shodly, že nejdříve edukuje ortoped a oni pak pouze doplní informace. S1, S2 a S6 informují matku o způsobu a režimu nošení pomůcky.

S4 doporučuje matkám ještě péči o kůži. S5 a S3 doplnily ještě hygienu, oblékání, kojení, koupání.

4.6.2 Podkategorie: Hygiena a péče o kůži

V oblasti hygieny se všechny respondentky shodly, že důležitá je čistota a sucho a péče o kůži. S5 uvedla: „*Sucho a čistota jsou základ i pro novorozence bez dysplasie.*“. S1, S3 a S6 uvedly, že je důležité mít kůži v čistotě a suchu a často větrat a také, že je důležité předcházet vzniku opruzenin. S2 a S5 k tomu doplnily, že edukují o tom, jak případné opruzeniny poté řešit. S4 uvedla: „*Kůže novorozence musí být suchá a čistá, hlavně v záhybech a pak v místech, kde se kůže setkává s pomůckou.*“.

4.6.3 Podkategorie: Pohyb

V této oblasti jsme zjišťovali, jak sestry edukují matky v oblasti pohybu. S1, S2 a S6 uvedly, že je důležité mít správně nasazenou pomůcku a volné nožičky. S3 a S5 se shodly, že je důležité dítě nestahovat do zavinovačky, ale nechat mu volné nohy. S4 uvedla, že o oblasti pohybu musí edukovat lékař. Případně pak doplní informace o správném nasazení a o péči o kůži.

4.6.4 Podkategorie: návrhy na zlepšení edukace

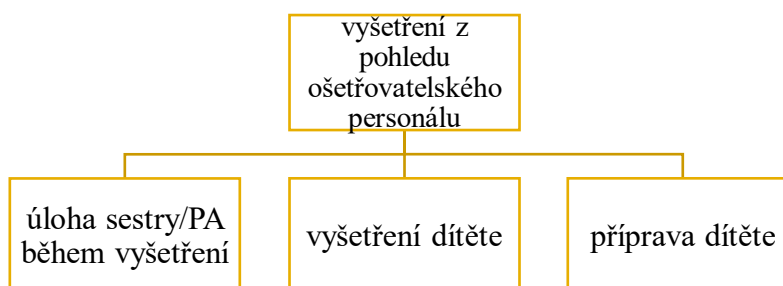
S2 na otázku, jak vylepšit edukaci, odpověděla: „*Hlavně mít na matky více času a dát jim prostor pro jakékoliv dotazy. Zde na oddělení nám chybí sestry, a tak nestíhám ani svou denní rutinu. A kontrola ortopeda je otázka několika minut, jelikož si sem k nám odběhne během jeho polední pauzy. Také nějaké letáky, edukační materiál.*“ Edukační materiál postrádají i respondentky S1, S4 a S6, které by si navíc přály i více informovaný personál. S3 uvedla, že by si také přála ortopeda, který by měl na vyšetření více času, a také by chtěla více proškolený personál. S5 uvedla: „*Dostatek lékařů a sester, nebo porodních asistentek zde na oddělení. Mít na matky více času.*“

- Způsob edukace: S1/13-14; S2/17-18; S3/17-18; S4/12-13; S5/15-16; S6/13-14
- Hygiena: S1/15-16; S2/19; S3/19; S4/14; S5/17; S6/15
- Kůže: S1/18-19; S2/23-24; S3/22; S4/18-19; S5/19-20; S6/17
- Pohyb: S1/17; S2/20-22; S3/20-21; S4/15-17; S5/18; S6/16

- Návrhy na zlepšení edukace: S1/24; S2/27-30; S3/26-28; S4/22; S5/24-25; S6/21-22

4.7 Kategorie č. 7: Vyšetření z pohledu ošetřovatelského personálu

Schéma č. 7: vyšetření z pohledu ošetřovatelského personálu



V této kategorii jsme zkoumali, jak se ošetřovatelský personál podílí na vyšetření novorozenců. Ať už se to týkalo účasti či úlohy personálu během vyšetření nebo přípravy dítěte. Také nás zajímalo, jak jsou děti připravovány na samotné vyšetření.

4.7.1 Podkategorie: Úloha sestry/PA během vyšetření

S1 uvedla, že pomáhá matkám připravit dítě. Dále pak asistuje lékaři, pomáhá dítě během vyšetření přidržovat a případně dítě utěšuje. Následně pak vše zapisuje do dokumentace. S2 uvedla: „Asistuji lékaři během vyšetření. Pomáhám mu přidržet novorozence a pracuji s dokumentací a vyplňuji potřebné papíry a taky objednávám novorozence na další prohlídku.“. Dále se S2 zmínila, že pomáhá novorozence svléknout a připravit. S3 uvedla, že doprovází lékaře k dítěti, poučuje, jak dítě připravit na vyšetření a pomáhá u vyšetření lékaři. Dále také zmínila administrativu. S4 uvedla, že její úloha je asistence lékaři a administrativa. S5 odpověděla: „Já ukazuji matkám, jak balit novorozence, edukuji je a pak samozřejmě administrativa.“. Dále ještě S5 uvedla, že se účastní ortopedických prohlídek. S6 dle odpovědi v rozhovoru nejprve matky edukuje o tom, jaké vyšetření bude následovat a jak na něj dítě připravit. Poté chodí s ortopedem a asistuje mu.

4.7.2 Podkategorie: Vyšetření dítěte

S1 odpověděla: „2krát týdně sem dochází ortoped, většinou v úterý a v pátek a provádí klinické vyšetření.“. S2, S4, S5 a S6 zmínily stejné informace jako S1. S3 uvedla: „Zde na oddělení se provádí klinické vyšetření. Kde lékař sleduje pohyblivost

kloubů, rozsah kloubů a anomálie. Toto vše tady vyšetřuje pohledem a pohmatem. Ortoped sem k nám dochází 2krát týdně, a to v úterý a v pátek.“.

4.7.3 Podkategorie: Příprava dítěte

V rozhovorech jsme se dotazovali, jak se dítě připravuje na vyšetření. Všechny sestry odpověděly stejně a to tak, že dítě musí být svlečeno do naha na přebalovacím pultu. S2 zmínila, že buď to dělá ona, anebo matka a že také předem matky informuje o tom, jaké vyšetření se bude provádět. S4 ještě uvedla, že přebalovací pult musí být předem vyhrátý.

- Úloha sestry/PA: S1/5-6; S2/1-3,6-7; S3/6-,7; S4/6; S5/1,6; S6/5-6
- Vyšetření dítěte: S1/3; S2/4-5; S3/2-4; S4/2-3; S5/2-4; S6/2-3
- Příprava dítěte: S1/7; S2/8-9; S3/8-9; S4/7; S5/7; S6/7

4.8 Kategorie č. 8: Specifika péče

V této kategorii jsou zahrnuty specifika péče o novorozence. Jedna z otázek v rozhovoru se týkala právě specifík péče o novorozence s VDK a abdukční pomůckou. S1 si myslí, že žádná specifická péče není, uvedla, že o novorozence pečuje stejně jako o jiného. S2 odpověděla, že je důležité dodržovat režim nošení léčebné pomůcky a mít ji správně nasazenou. S3 uvedla: „*Já si myslím, že žádná. K novorozenci se přistupuje stejně plnohodnotně. Většinou se musíme spíše postarat o matku a vše jí dobře vysvětlit a uklidnit ji. Většinou jsou z této diagnózy velmi vyděšené.*“. S6 se také zmínila o matce, že je důležité se jí více věnovat, aby věděla, jak správně pomůcku používat. S4 a S5 netušily, jaká jsou specifika péče.

- Specifika péče: S1/11; S2/14-15; S3/13-15; S4/10; S5/13; S6/10-11

5 Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývá vývojovou dysplazií kyčelního kloubu. Cílem práce bylo zmapovat úlohu ošetrovatelského personálu ve screeningu dysplazie kyčelního kloubu. Dále zmapovat specifika ošetrovatelské péče o novorozence s dysplazií kyčelního kloubu v rámci stanice fyziologických novorozenců. A posledním cílem bylo zmapovat úlohu ošetrovatelského personálu v edukaci matek.

Pro tyto cíle jsme stanovily 4 výzkumné otázky: Jaká je úloha ošetrovatelského personálu ve screeningu dysplazie kyčelního kloubu? Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o novorozence s dysplazií kyčelního kloubu v rámci stanice fyziologických novorozenců? Jaká je úloha ošetrovatelského personálu v edukaci matek? Jak jsou edukovány matky ošetrovatelským personálem o dysplazii kyčelního kloubu.

Ke zjištění těchto informací bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Zvolena byla technika hloubkových rozhovorů. Rozhovory byly vedeny s matkami po sociálních sítích a také s ošetrovatelským personálem ve vybrané nemocnici Jihočeského kraje.

Rozhovory byly následně přepsány do tištěné podoby a analyzovány pomocí metody „tužka – papír“, pomocí otevřeného kódování. Celkem bylo vytvořeno 8 kategorií a 25 podkategorií.

První kategorie se věnuje znalostem matek. Sledovali jsme množství znalostí před diagnostikou dysplazie kyčelního kloubu, dále pak také to, jaké znalosti během léčby získaly. Přesněji nás zajímaly znalosti související s dalšími možnostmi léčby a o případných následcích. Pokud se tedy zaměříme na znalosti matek před diagnostikou, tak nebyly příliš velké. M1 a M2 uvedly, že o takovémto onemocnění nikdy neslyšely a neznaly je. M4 a M5 o této nemoci již slyšely, ale nikdy se o ni nezajímaly. Pouze M5 tuto nemoc již znala, jelikož ona i její manžel tuto vadu po narození měli. Výsledky této podkategorie mě nepřekvapily, jelikož dle mého názoru není moc velké povědomí o tomto onemocnění. Minxová (2020) ve svém kvantitativním výzkumném šetření zjistila, že pouze polovina respondentů má povědomí o tomto onemocnění. Dále zmiňuje, že její respondentky tvořila polovina osob, které mají zkušenosti s vývojovou dysplazií kyčelního kloubu u svých potomků, a druhá polovina o tomto onemocnění nikdy neslyšela. Na základě toho předpokládá, že rodiče zdravých

děti se o toto onemocnění nezajímají. Marešová (2019) ve svém kvantitativním výzkumu také zjistila, že informovanost matek před diagnostikováním tohoto onemocnění není významná. 64 % jejích respondentek před samotným těhotenstvím o této nemoci nemělo povědomí.

Dále jsme sledovali informovanost matek o dalších možnostech léčby. Zajímalo nás především to, zda byly matky vůbec informovány o nějaké další možnosti. Dvě matky uvedly, že žádnou další možnost terapie neznají. M4 věděla o jedné možnosti, a to o abdukční peřince. Nejvíce informovaná byla M5, která znala široké balení, třmínky i případné řešení onemocnění operací. Přisuzujeme to ale k tomu, že toto onemocnění již znala, jelikož ho měla jako dítě. Samotnou mě udivuje, že se matky nenechaly o jiných možnostech informovat.

O následcích, které sledujeme ve třetí podkategorii, byly matky nepřiliš informované. Všechny vědí, že by nepodstoupení léčby vedlo k problémům v budoucnosti. M1 a M3 uvedly, že by to mohlo vést až k operaci. Respondentka M2 tvrdí, že byla nedostatečně informovaná.

Další velkou kategorií je edukace z pohledu matek, čili to, jak byly matky edukovány. Zajímaly nás především oblasti hygieny, režimu a pohybu a pak také to, jakým způsobem byly edukovány. Matky M1 a M5 byly edukovány sestrou tak, že jim vysvětlila a ukázala, jak má být pomůcka správně nasazena. Jednu matku edukoval pouze lékař a jedné sestra ukázala pouze fotku, na níž bylo dítě, které mělo nasazenou pomůcku. Tato matka pak uvedla, že veškeré informace o dysplazii hledala na internetu a v okolí a že ji lékař ani sestra o ničem více needukovali. Matka M3 dostala informační leták, dále jí sestra vysvětlila, jak správně nasadit pomůcku. Jedinou chybou, dle mého názoru bylo to, že matce neukázala, jak správně pomůcku nasadit. Sedlářová (2008) uvádí, že je důležité, aby rodiče byli zapojeni do péče o novorozence co nejdříve a že je nutné vysvětlit rodičům o jakou vadu a onemocnění se jedná i to, jaký bude postup léčby.

V oblasti hygieny byly ženy edukovány různými způsoby. M1 bylo řečeno, aby své dítě přebalovala a umývala, když bude potřeba. Respondentky M2 a M5 uvedly, že o hygieně dítěte s VDK se s nimi nikdo nebavil. Matky M3 se zeptali, zda umí své dítě vykoupat a M4 ukázali, jak správně koupat, přebalovat ale o hygieně dítěte s VDK jí nikdo nic neřekl. Frydrychová (2016) uvádí, že režim nošení pomůcek je celodenní, pouze s jednohodinovou přestávkou na hygienu a koupel dítěte. O režimu byly matky

edukovány dle našeho názoru dobře. Všechny věděly, kdy mají mít pomůcku nasazenou a kdy ji mohou sejmout. Matky M1, M2, M4 a M5 měly pomůcku nosit 24 hodin denně, pouze na koupání ji mohly sejmout. Jediná respondentka M3 odpověděla, že pomůcku mělo dítě nasazenou pouze ve dne. Ohledně pohybu novorozence nebyly matky M4 a M5 edukovány vůbec. M1 uvedla, že ji sestra edukovala o správném nasazení pomůcky, aby dítě mělo zároveň volné nožky. M3 byla informována o tom, že nemá omezovat pohyb a dítě má mít volné nožky. M2 byla edukována tak, aby si dávala pozor během manipulace. Marešová (2019) ve svém výzkumu zjistila, že matky byly ohledně vývojové dysplazie edukovány nejčastěji o přebalování a koupání dítěte, dále pak v oblasti polohování a cvičení, v režimu nošení pomůcky, a nakonec o manipulaci s ortopedickou pomůckou.

Třetí kategorií jsou specifika péče z pohledu matek. Zde jsme sledovali, jaké pomůcky matky k léčbě využívaly a také jestli se během péče o dítě s VDK setkaly s nějakými problémy. M1 k léčbě využívala Wagnerovy punčošky. M2 a M5 používaly abdukční peřinku. M2 ještě masérské lehátko a karimatku, a to na cvičení Vojtovy metody. M3 využívala široké balení a také abdukční kalhotky. M4 měli léčbu pomocí Pavlíkových třmenů.

Problémy matek se většinou netýkaly samotného onemocnění. M1, M3 a M5 uvedly, že se s žádnými většími problémy neseťkaly. M2 měla problémy s peřinkou, dlouho prý nemohla přijít na správné nasazení a úpravu. Dále jí vadilo, že má pouze jeden kus peřinky a také si stěžovala na špatnou edukaci ze strany zdravotníků. Tvrdí, že chvíli zápasili s polohou na kojení. Největším problémem nastal po očkování její dcery, po kterém jí natekla celá noha a peřinku na několik dní nemohla nosit. M4 uvedla, že se její dceři nasazení pomůcky vůbec nelíbilo, často plakala. Frydrychová (2016) uvádí, že je důležité, aby personál edukoval matku o zvolení správné velikosti pomůcky. Minxová (2020) ve výzkumné části své práce uvádí, že s problémy během péče se potýkalo 37 % jejich respondentů, z celkového počtu 60. Dále také uvedla, že 30 % nevidělo správné nasazení pomůcky. Marešová (2019) ve svém výzkumu zjistila, že s obtížemi, ať už mírnými, nebo závažnými, se setkalo 41 % jejich respondentů.

Nyní se dostáváme do poslední kategorie, která se týká matek, a tou je vyšetření dítěte z pohledu matek. V této kategorii jsme sledovali, jak bylo dítě vyšetřeno na oddělení, poté další vyšetření dítěte. Dále nás zajímala příprava dítěte, a to jak matkou,

tak i ošetrovatelským personálem. Většina respondentek se shodla, že první vyšetření na oddělení probíhalo třetí den pobytu. A u všech probíhalo velmi podobně. Dle odpovědi takto: přišel lékař, prohlédl si dítě a konstatoval diagnózu. Respondentce M3 ještě provedl UZ vyšetření a dle výpovědi se ptal na anamnézu. Kromě respondentek M3 a M4, které měly vyšetření nejspíše na vyšetřovně, byly děti vyšetřovány na pokoji. Z mé vlastní zkušenosti probíhá vyšetření tak, že přijde ortoped na oddělení, mezitím sestra informuje matky o vyšetření a poté jde ortoped po pokojích a provádí vyšetření. Dle doporučeného postupu pro praktické lékaře z roku 2002, který se týká vrozené kyčelní dysplazie, mají být všechny děti, které jsou narozené v ústavním zařízení, vyšetřeny ortopedem v prvním týdnu po narození, a to klinicky a do 3 týdne života i sonograficky. Dle Metodického návodu ze dne 19. 9. 1996 o vyšetřování dětských kyčlí má ortoped vyšetřit všechny novorozence do 7. dne po narození. Nejvýhodnější doba pro vyšetření je mezi 3. až 5. dnem života, proto dochází ortoped na oddělení minimálně 2krát týdně, aby bylo zajištěno vyšetření všech narozených dětí.

Dále jsem sledovala, jak byly vyšetřovány děti po odchodu do domácího prostředí. M1 uvedla, že od 2. do 6. měsíce chodili každých 14 dní na ortopedii, kde jim byl proveden UZ a v prvním roce života jim byl proveden rentgen. M2 uvedla, že docházeli na rehabilitace a na UZ vyšetření. M3 byli na UZ vyšetření ve třech dnech, ve třech týdnech a pak v 6 týdnech. Další kontroly měli ve 12. a 16. týdnu, která byla poslední. M4 docházela měsíčně na ortopedické vyšetření a M5 uvedla, že během každé návštěvy bylo provedeno UZ vyšetření a jednou RTG. Dle výše zmíněného metodického pokynu (1996) jsou v druhé etapě děti vyšetřovány mezi 6. až 9. týdnem věku. Toto vyšetření je vždy klinické a ultrasonografické. Třetí je etapa je pak mezi 12. a 16. týdnem života a také se provádí klinické a ultrasonografické vyšetření a v případě potřeby vyšetření rentgenové.

V další podkategorii jsme sledovali, jak se dítě na vyšetření připravuje. M1, M3 a M5 si dítě nijak nepřipravovaly. M2 a M4 uvedly, že dítě během vyšetření svlékaly. V poslední podkategorii této kategorie jsme se zaměřili na to, jak dítě připravuje ošetrovatelský personál. Matka M1 uvedla, že dítě sestra svlékla a přidržovala ho během vyšetření, případně ho utěšovala. M2 a M3 uvedly velmi podobnou odpověď. M4 uvedla, že si dítě připravovala pouze sama, že se sestra vyšetření vůbec neúčastnila. M5 uvedla, že sestra vždy doprovázela lékaře.

Následující kategorie se věnují již ošetrovatelskému personálu. První z těchto kategorií se zabývají znalostmi ošetrovatelského personálu. Zde nás zajímali znalosti ohledně druhů a použití pomůcek, rizikových faktorů, znaků VDK, následných vyšetření a také jsme sestry nechaly zhodnotit jejich znalost. Co se týče druhů pomůcek, tak sestry odpověděly, že znají abdukční peřinku, široké balení, Pavlíkovy třmeny a případné sádrování. S3 ještě uvedla operaci a S6 Wagnerovy punčošky. Použití pomůcek v praxi není nejlepší. S1 by uměla použít široké balení, S2 si myslí, že kromě sádrování by vše zvládla, ale v praxi se setkala jen se širokým balením a abdukční peřinkou. S3, S4 a S6 umějí použít peřinku a široké balení, S4 ještě pracovala se třmeny. S5 uvedla, že všechno v praxi viděla, ale použít by vše neuměla.

Ošetrovatelský personál má znalosti ohledně rizikových faktorů vedoucích k VDK malé. Jako rizikový faktor uvedly dědičnou dispozici. 3 respondentky uvedly jako další rizikový faktor polohu plodu v děloze. Frydrychová (2016) uvádí, že příčina vzniku VDK je založena na kombinaci více faktorů. Zejména pak na hormonálních, genetických, mechanických i rasových.

Další podkategorie se věnuje znalostem ošetrovatelského personálu o znacích VDK, které mohou sami vyšetřit. S4 a S6 znají pouze asymetrické rýhy na hýždích. S1 k tomu uvedla ještě zvláštní pohyb končetiny. S2 si odpovědí nebyla jistá, ale zmínila, že se nožka bude pohybovat jinak než druhá. S3 pak uvedla asymetrii hýždí, rozdílnou délku končetin a také zvláštní pohyblivost v kloubech. Frydrychová (2009) předkládá, že klinické vyšetření provádí ortoped, ale i ošetrovatelský personál by si měl během ošetření novorozence všimnout veškerých odchylek od normy. Gallo (2011) říká, že pohledem je možné pozorovat asymetrii kožních rýh na stehně a v gluteální krajině. Dále pak postavení dolních končetin a jejich délku ve flexi 90° v kyčelních a kolenních kloubech.

V další podkategorii se věnujeme znalostem ohledně následných vyšetření u dítěte. Respondentky uvedly, že se na další vyšetření dítěte objednává. S5 zmínila, že se děti objednáávají v šesti týdnech u pediatra, kde se dělá UZ vyšetření. Dle mé zkušenosti se na této stanici fyziologických novorozenců děti automaticky objednáávají k příslušnému ortopedovi na vyšetření. Pokud si pak matky přejí jít k jinému lékaři, musí se objednat samy.

Dále jsem se také ošetrovatelského personálu dotazovala, jak hodnotí své množství znalostí. S1 a S6 uvedly, že nemají dostatek znalostí a že veškeré znalosti pochytily během praxe. S2, S4 a S5 odpověděly, že mají nedostatek znalostí a že si jsou vědomy toho, že by to měly napravit. Jediná respondentka, která své znalosti hodnotila kladně byla S3, ta si myslí, že má znalostí průměrně. Minxová (2020) ve svém výzkumu zjistila, že důležité období pro získání prvních informací je právě období po porodu, tedy během pobytu matky na oddělení šestinedělí. Zde matka dostává informace od zdravotnického personálu. Dle jejích zjištění lze konstatovat, že důležitou osobou, která podává informace o screeningu či léčbě, je právě ošetrovatelský personál. Ten je totiž s matkou, oproti lékaři, ve větším kontaktu.

Kategorie číslo šest se věnuje edukaci z pohledu ošetrovatelského personálu. Zde jsme sledovali, jakým způsobem a jak edukovali matky o hygieně a péči o kůži, pohybu a také jak by sami vylepšili edukaci. Respondentky S1, S2 a S6 informují matku o způsobu a režimu nošení pomůcky. S4 doplňuje ještě péči o kůži a S5 a S3 doplňují ještě hygienu, oblékání kojení a koupání. Dle Sedlářové (2008) by na každém oddělení měl být vypracován pokyn pro sestry k edukaci k jednotlivým oblastem.

Hygieně a péči o kůži se věnuje druhá podkategorie. Zde se respondentky shodly, že je důležitá čistota a sucho a péče o kůži. S5 uvedla, že toto je základ i u novorozence bez dysplazie. S1, S3 a S6 uvedly, že je dále důležité předcházet vzniku opruzenin. S4 uvedla, že kůže novorozence musí být suchá a čistá, hlavně v záhybech a pak v místech, kde se kůže setkává s pomůckou. Sedlářová (2008) zdůrazňuje, že je důležité volit vhodnou velikost plen a během přebalování pak zvýšit pozornost při hygieně kůže v oblasti genitálu, zadečku, třísel a v místech, kde jsou abdukční pomůcky, protože právě tam mohou nejvíce vznikat opruzeniny. Dále také uvádí, že není nutné dítě koupat denně, ale vhodné je alespoň omýt obličej, podpaží, záda, krk, genitál a oblast perianální.

V podkategorii, která se týkala pohybu se sestry zmiňovaly, že je důležité mít správně nasazenou pomůcku a volné nožky. S3 a S5 se shodly, že je důležité nestahovat dítě do zavinovačky. S4 uvedla, že ohledně pohybu má edukovat matky lékař. Podle Harta et al. (2006) by v edukaci matek měla sestra poučit o správném způsobu balení a zavinování dítěte. Zvolením vhodného postupu tak dochází k prevenci rozvoje kyčelní dysplazie.

Mahan a Kasser (2008) zmiňují, že pevné balení, které omezuje pohyby plodu, stimuluje podmínky, které mělo dítě v děloze. Dítě je tedy klidnější a lépe spí, ale toto balení zvyšuje výskyt vývojové dysplazie. Dále také uvádějí, že negativní vliv může mít i násilná extenze při měření délky plodu bezprostředně po porodu.

Dále jsme se také ošetrovatelského personálu ptali, jak by se dala z jejich podle pohledu edukace ještě vylepšit. Sestry a porodní asistentky si nejvíce stěžovaly, že není dostatek personálu a že by také uvítaly, aby na prohlídky novorozenců měl ortoped více času. Dále čtyři respondentky uvedly, že by bylo vhodné mít k dispozici nějaký edukační materiál, případně letáček. Minxová (2020) ve svém výzkumu uvádí, že žádný z jejich respondentů neobdržel leták, brožuru, nebo jiný edukační materiál. Z kvantitativního výzkumu Ludašové (2015) plyne, že 66% jejich respondentek, které se skládají z porodních asistentek by uvítalo více prostoru pro edukaci matek po porodu.

Předposlední kategorie se věnuje vyšetření z pohledu ošetrovatelského personálu, především pak úloze sestry a porodní asistentky během vyšetření. Dále tomu, jak se dítě vyšetřuje a také jak je dítě připravováno. Co se týká úlohy sestry, tak S1 uvedla, že pomáhá připravit dítě a nadále asistuje lékaři a dítě během vyšetření přidržuje, následně se věnuje dokumentaci. S2 uvedla stejné informace, jen přidala, že ještě děti objednává na další vyšetření. S3 doprovází lékaře, poučuje matky, jak dítě připravit a pomáhá lékaři, následně se věnuje administrativě. S4 jako svou úlohu uvedla asistenci lékaři a administrativu. S5 uvedla, že ukazuje matkám, jak balit novorozence, také že je edukuje, účastní se vyšetření a pak pracuje na administrativě. S6 zmínila, že nejprve edukuje matky o tom, jaké bude následovat vyšetření a následně asistuje ortopedickému lékaři během vyšetření. Dungl (2014) uvádí, že před klinickým vyšetřením má ošetrovatelský personál zajistit hygienu a polohu novorozence na zádech. Dítě je během vyšetření na pevné podložce. Mělo by být ideálně v dobré náladě a v klidu.

Další podkategorie se věnuje vyšetření dítěte. Sestry a porodní asistentky uvedly, že na zdejší stanici fyziologických novorozenců se lékař dostavuje 2krát týdně, a to v úterý a v pátek. Následně pak provádí klinické vyšetření. Toto souhlasí i s mojí zkušeností, kterou jsem dostala během plnění odborné praxe. Vyšetření 2krát týdně na oddělení je i v souladu s metodickým pokynem z roku 1996.

Příprava dítěte na oddělení je následovná. Sestry se v odpovědích na otázku, jak se připravuje dítě k vyšetření, shodly. Všechny odpověděly, že dítě musí být svlečeno

do naha na přebalovacím pultu. S2 zmínila, že to dělá sama anebo to udělá matka. Dále také uvedla, že matky před vyšetřením informuje o tom, že bude toto vyšetření probíhat. S4 ještě doplnila, že přebalovací pult musí být předem vyhřátý.

Poslední malou kategorií je kategorie specifik péče. Zde jsme sledovali, jaká jsou specifika péče o tyto novorozence na stanici fyziologických novorozenců. Zde mě odpovědi lehce překvapily. S1 uvedla, že o novorozence pečuje stejně jako o jiného. S2 uvedla, že je důležité dodržovat režim nošení pomůcky a mít ji správně nasazenou. S3 také uvedla, že k novorozenci přistupuje stejně plnohodnotně jako k dítěti bez vývojové dysplazie kyčelního kloubu. S6 se zmínila, že je důležité se více věnovat matce, vše jí vysvětlit, aby věděla, jak pomůcku správně použít. S4 a S5 netušily, jaká jsou specifika péče.

6 Závěr

Téma bakalářské práce se věnuje problematice novorozenců s dysplazií kyčelního kloubu na stanici fyziologických novorozenců. Ve výzkumné části práce byly stanoveny tři cíle. První cíl měl zmapovat úlohu ošetrovatelského personálu ve screeningu dysplazie kyčelního kloubu. Druhým cílem bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče o novorozence s dysplazií kyčelního kloubu v rámci stanice fyziologických novorozenců. Poslední cíl byl zmapovat úlohu ošetrovatelského personálu v edukaci matek.

Pro tyto cíle byly zformulovány čtyři výzkumné otázky: Jaká je úloha ošetrovatelského personálu ve screeningu kyčelního kloubu? Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o novorozence s dysplazií kyčelního kloubu v rámci stanice fyziologických novorozenců? Jaká je úloha ošetrovatelského personálu v edukaci matek? Jak jsou edukovány matky ošetrovatelským personálem o dysplazii kyčelního kloubu?

V této práci bylo použito kvalitativní výzkumné šetření, metoda dotazování a technika polostrukturovaných hloubkových rozhovorů. Rozhovory byly vedeny s matkami, které mají zkušenost s dysplazií kyčelního kloubu u jejich dítěte a s ošetrovatelským personálem na stanici fyziologických novorozenců ve vybrané nemocnici Jihočeského kraje. Výzkumné šetření bylo provedeno během měsíce června 2021.

Ve výzkumném šetření jsme zjistili, že z pohledu ošetrovatelského personálu je úloha sestry jak v edukaci, tak v péči o dítě během vyšetření. Ošetrovatelský personál ze stanice fyziologických novorozenců vybrané nemocnice Jihočeského kraje, dle výsledků z výzkumu, dítě na vyšetření připraví a to tak, že je svlečeno do naha na podložce. Dále pak dítě přidržuje během vyšetření a asistuje lékaři. Nakonec se vše zapíše do dokumentace. Matky mají zkušenosti s úlohou sestry různé. Odpovědi matek můžeme rozdělit na dvě skupiny. V jedné skupině sestra dítě připravila a asistovala během vyšetření lékaři a v té druhé se vyšetření neúčastnila a dítě si připravovala matka sama.

Dále se věnujeme specifikům ošetrovatelské péče o novorozence s VDK v rámci stanice fyziologických novorozenců. Tři respondentky z řad ošetrovatelského personálu uvedly, že nejsou žádná specifika, že se o novorozence pečuje stejně jako o jiného. Další respondentka uvedla, že je nutné dodržovat režim nošení pomůcky a správné

nasazení. Dvě respondentky zmínily, že je vhodné se také více věnovat matce, správně ji edukovat a vše jí vysvětlit a uklidnit ji.

Poslední cíl měl zmapovat úlohu ošetrovatelského personálu v edukaci matek. Nejprve se tedy zaměříme na ošetrovatelský personál. Z výzkumného šetření vyplynulo, že edukace probíhá pouze ústně. Primárně matku o dysplazii edukuje ortoped a ošetrovatelský personál pak jen doplní informace. Personál edukuje matku v oblasti hygieny, péči o kůži, pohybu a kojení. Matky, dle výsledků výzkumu, byly edukovány různými způsoby. Dvěma bylo ukázáno a vysvětleno, jak správně nasadit léčebnou pomůcku od ošetrovatelského personálu. Jedné matce byla ukázána fotografie, jak má vypadat správně nasazená pomůcka. Další matka pak dostala informační leták a sestra jí vše vysvětlila. A poslední respondentku edukoval ortoped a dle jejích slov sestra v edukaci nesehrála žádnou roli. Nejlépe dle výsledků z výzkumu byly matky edukovány o režimu, tedy věděly, kdy mají nosit nasazenou pomůcku a kdy ji mohou sejmout. V oblasti hygieny byla správně edukována pouze jedna respondentka. Ostatní uvedly, že se s nimi o hygieně nikdo nebavil, anebo jim bylo řečeno, aby se o dítě staraly dle potřeby.

Poznatky z tohoto výzkumné šetření mohou posloužit ke zlepšení edukace na stanicích fyziologických novorozenců. Práce je přínosná i z hlediska zjištění míry znalostí ohledně dysplazie kyčelního kloubu. Z řad ošetrovatelského personálu vzešla poznámka, že jim k edukaci o dysplazii chybí edukační leták, který by pomohl matkám zorientovat se v onemocnění. Proto jsme v rámci bakalářské práce edukační leták vytvořili (příloha č. 12).

7 Literatura

1. ALSHRYDA, S., HOWARD, J., HUNTLEY, J., SCHOENECKER, J., 2019. *The Pediatric and Adolescent Hip: Essentials and Evidence*. 1. Switzerland: Springer International Publishing. ISBN 978-3-030-12003-0.
2. BRACKEN, J., TRAN, T., DITCHFIELD, M., 2012. Developmental dysplasia of the hip:: controversies and current concepts. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 48(11), 963-97. DOI: :10.1111/j.1440-1754.2012.02601.x.
3. ČESKÁ REPUBLIKA, 1996. METODICKÝ NÁVOD ZE DNE 19.9.1996 O VYŠETŘOVÁNÍ DĚTSKÝCH KYČLÍ: Metodický návod Ministerstva zdravotnictví České republiky o vyšetřování dětských kyčlí. In: 25 035/96-OZP/310.3. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, ročník 1966, 8/1996, číslo 20. Dostupné také z: <https://www.epravo.cz/vyhledavani-asp/?Id=43803&Section=1&IdPara=1&ParaC=2>
4. DUNGL, P., 2014. *Ortopedie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4357-8.
5. DUNGL, P., KOŠTÁL, P., HANOUSEK, L., 2002. *Vrozená kyčelní dysplazie: doporučené postupy pro praktické lékaře*. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. ISBN není uvedeno.
6. DYLEVSKÝ, I., 2014. *Anatomie dítěte: nípíooanatomie*. Vydání 1. Praha: České vysoké učení technické v Praze. ISBN 978-80-01-05094-1.
7. FENDRYCHOVÁ, J., 2009. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-489-4.
8. FERDA, J., MÍRKA, H., BAXA, J., MALÁN, A., 2015. *Základy zobrazovacích metod*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-164-3.
9. FREJKA, B., 1956. *Orthopedická chirurgie: určeno pro posluchače fakulty lékařské*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
10. FRYDRYCHOVÁ, M., KASSAIOVÁ, M., JŮZEK, R., CHOMIAK, J., DUNGL, P., 2015. Vývojová dysplazie kyčelního kloubu (DDH).

- Neonatologické listy* [online]. Praha: Česká neonatologická společnost Nemocnice Na Bulovce, 212015(2), 3-7 [cit. 2020-11-26]. ISSN 1211-1600.
11. FRYDRYCHOVÁ, M., KASSAIOVÁ, M., JŮZEK, R., CHOMIAK, J., DUNGL, P., 2016. Vývojová dysplazie kyčelního kloubu (DDH). *Pediatric pro praxi* [online]. Praha, 17(3), 141-5 [cit. 2020-11-26]. ISSN 1803-5264.
 12. GALLO, J., 2011. *Ortopedie pro studenty lékařských a zdravotnických fakult.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2486-6.
 13. GREGORA, M., PAULOVÁ, M., 2008. *Péče o novorozence a kojence: maminkin domácí lékař. 3., dopl. a aktualiz. vyd.* Praha: Grada. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2564-2.
 14. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství.* Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3081-3.
 15. GUILLE, J., PETER, D., MACEVEN, G., 2000. Developmental Dysplasia of the Hip From Birth to Six Months. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons.* 8(4). DOI: 10.5435/00124635-200007000-00004.
 16. HANÁČEK, D., 2017. *Návod na použití: Frejkova peřinka, abdukční peřinka Pavlíkovy třmeny,* [online]. Praha, 4 s. Dostupné také z: <https://www.sukl.cz/modules/delivery//file.php?id=366531538>
 17. HART, E., ALBRIGHT, M., REBELLO, G., GROTTKAU, B., 2006. Developmental Dysplasia of the Hip. *Orthopaedic Nursing* [online]. 25(2) [cit. 2021-05-10]. DOI: 10.1097/00006416-200603000-00005. ISSN 0744-6020. Dostupné z: <http://journals.lww.com/00006416-200603000-00005>
 18. HEŘMAN, M., 2014. *Základy radiologie.* 1. vyd. V Olomouci: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-2901-4.
 19. *Himer*, b.r. [online]. Himer. Budětsko [cit. 2021-07-23]. Dostupné z: <https://www.himer.cz/>
 20. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi.* 1. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.

21. KOTLARSKY, P., HABER, R., BIALIK, V., EIDELMAN, M., 2015. Developmental dysplasia of the hip:: What has changed in the last 20 years?. *World Journal of Orthopedics* [online]. Baishideng Publishing Group Inc., 6(11) [cit. 2021-01-02]. DOI: 10,5312 / wjo.v6.i11.886. ISSN 886-901. Dostupné z: <https://www.wjgnet.com/2218-5836/full/v6/i11/886.htm>
22. KUBÁT, R., 1982. *Ortopedie dětského věku*. 1. vyd. Praha: Avicenum. ISBN 08-047-82.
23. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
24. LEBL, J., 2014. *Klinická pediatrie*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-131-5.
25. LEIFER, G., 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada. ISBN 80-247-0668-7.
26. LEVITOVÁ, A., HOŠKOVÁ, B., 2015. *Zdravotně-kompenzační cvičení*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4836-8.
27. LUDAŠOVÁ, T., 2015. *Priority sester a matek po porodu v oblasti edukace*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Mgr. Andrea Schönbauerová.
28. MACKONCHIE, A., LEWIS, S., 2009. *Těhotenství, výživa a péče o miminko: [obrazová příručka]*. 1. české vyd. Praha: Svojtka & Co. ISBN 978-80-256-0155-6.
29. MAHAN, S., KASSER, J., 2008. Does Swaddling Influence Developmental Dysplasia of the Hip?. *Pediatrics* [online]. 121(1), 177-178 [cit. 2021-05-21]. DOI: 10.1542/peds.2007-1618. Dostupné z: <https://hipdysplasia.org/wp-content/uploads/2020/05/Swaddling-Kasser.pdf>
30. MAREK, V., 2002. *Nová doba porodní: život před životem, porod jako zázrak, první tři minuty a jak dál : přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí*. Praha: Eminent. ISBN 80-7281-090-1.

31. MAREŠOVÁ, A., 2019. *Péče o pacienty s kyčelní dysplazií v dětském věku*. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce MUDr. David Musil, Ph.D.
32. MILLIGAN, D., COSGROVE, A., 2020. Monitoring of a hip surveillance programme protects infants from radiation and surgical intervention. *The Bone & Joint Journal*. The British Editorial Society of Bone & Joint Surgery, 102(4), 495-500. DOI: 10.1302/0301-620X.102B4.BJJ-2019-0809.R2. ISSN 2049-4394.
33. MINXOVÁ, K., 2020. *Screening a léčba vrozené dysplazie kyčelního kloubu*. Pardubice. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Marie Holubová.
34. NANDHAGOPAL, T., DE CICCIO, F., 2020. Developmental Dysplasia Of The Hip. *StatPearls* [online]. Treasure Island (FL) [cit. 2020-12-30]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563157/>
35. NAŇKA, O., ELIŠKOVÁ, M., 2015. *Přehled anatomie*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-206-0.
36. NEKULA, J., 2005. *Radiologie*. 3. vyd. V Olomouci: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1011-7.
37. ÖMEROĞLU, H., 2018. Treatment of developmental dysplasia of the hip with the Pavlik harness in children under six months of age: indications, results and failures. *Journal of Children's Orthopaedics* [online]. London: The British Editorial Society of Bone & Joint Surgery, 4(12) [cit. 2021-01-02]. DOI: 10.1302/1863-2548.12.180055. Dostupné z: <https://online.boneandjoint.org.uk/doi/full/10.1302/1863-2548.12.180055>
38. ÖMEROĞLU, H., KÖSE, N., AKCEYLAN, A., 2016. Success of Pavlik Harness Treatment Decreases in Patients \geq 4 Months and in Ultrasonographically Dislocated Hips in Developmental Dysplasia of the Hip. *Clinical Orthopaedics and Related Research* [online]. Philadelphia: The Association of Bone and Joint Surgeons, 474(5) [cit. 2021-01-02]. DOI: 10.1007/s11999-015-4388-5. ISSN 1146-1152. Dostupné z: https://journals.lww.com/clinorthop/Fulltext/2016/05000/Success_of_Pavlik_Harness_Treatment_Decreases_in.14.aspx

39. ORAK, M., 2015. The reliability of ultrasonography in developmental dysplasia of the hip: How reliable is it in different hands?. *Indian Journal of Orthopaedics*. 49(6), 610-614. DOI: 10.4103/0019-5413.168753.
40. PACH, M., KAMÍNEK, P., MIKULÍK, J., 2008. Wagnerovy punčošky v léčbě vývojové dysplazie kyčelního kloubu, časně diagnostikované v rámci všeobecného skríninku: Wagner Stockings for the Treatment of Developmental Dysplasia of the Hip Diagnosed Early by General Screening. *ACTA CHIRURGIAE ORTHOPAEDICAE ET TRAUMATOLOGIAE ČECHOSL.* Ortopedická klinika LF UP a FN Olomouc: Česká společnost pro ortopedii a traumatologii a Slovenská ortopedická a traumatologická spoločnosť, 75(4), 277-281.
41. PIGHIN, G., SIMON, B., 2008. *První rok života dítěte: aby vaše děťátko bylo zdravé a čilé.* České vyd. 1. Praha: Vašut. Dobré rady (Vašut). ISBN 978-80-7236-605-7.
42. SCOTT, Y., ZUSMAN, N., LIEBERMAN, E., GOLDSTEIN, R., 2019. Developmental Dysplasia of the Hip. *Pediatrics*. Itasca, Illinois,: American Academy of Pediatrics, 143(1). DOI: 10.1542/peds.2018-1147. ISSN 1073-0397.
43. SEDLÁŘOVÁ, P., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii.* 1. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1613-8.
44. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče.* 1. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4414-8.
45. ŠTROMEROVÁ, Z., 2010. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče).* Vyd. 1. Praha: Argo. ISBN 978-80-257-0324-3.
46. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách.* Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
47. TROUPOVÁ, J., HANZL, M., 2010. *Standardy ošetrovatelské péče v neonatologii.* 1. vyd. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice. Závazné směrnice Nemocnice České Budějovice. ISBN 978-80-254-8982-6.

48. VAQUERO-PICADO, A., GONZÁLEZ-MORÁN, G., GARAY, E.,
MORALEDA, L., 2019. *Developmental dysplasia of the hip: update of
management*. [online]. PubMed. [cit. 2020-04-23]. Dostupné z:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31598333>
49. VELEMÍNSKÝ, M., VELEMÍNSKÝ ML., M., 2009. *Dítě: 3 x 333 otázek pro
dětského lékaře*. 2., dopl. vyd. V Praze: Triton. ISBN 978-80-7387-335-6.
50. VOMÁČKA, J., 2015. *Zobrazovací metody pro radiologické asistenty*. Druhé,
doplňené vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-
244-4508-3.

8 Seznam příloh:

Příloha č. 1 – obrázek – Trakce

Příloha č. 2 – obrázek – Ortolaniho příznak a Barlowův test

Příloha č. 3 – obrázek – RTG klasifikace DDH

Příloha č. 4 – obrázek – Klasifikace DDH podle Grafa

Příloha č. 5 – obrázek – Schéma sonografických nálezů podle Grafa od typu I po typ IV

Příloha č. 6 – obrázek – Frejkova peřinka

Příloha č. 7 – obrázek – Pavlíkovy třmeny

Příloha č. 8 – obrázek – Wagnerovy punčošky

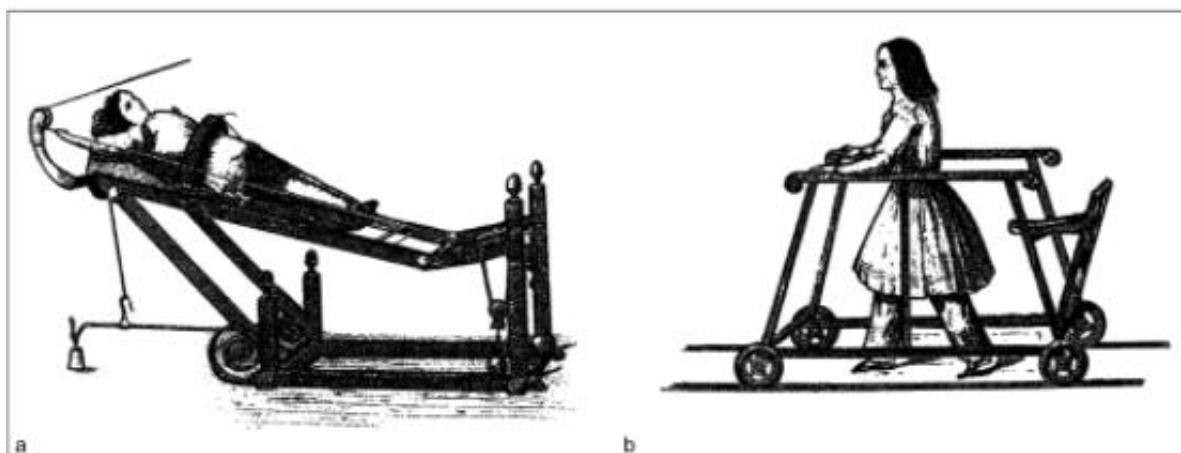
Příloha č. 9 – obrázek – Trakce

Příloha č. 10 – Otázky pro rozhovor s matkami

Příloha č. 11 – Otázky pro rozhovor s ošetrovatelským personálem

Příloha č. 12 – Edukační leták

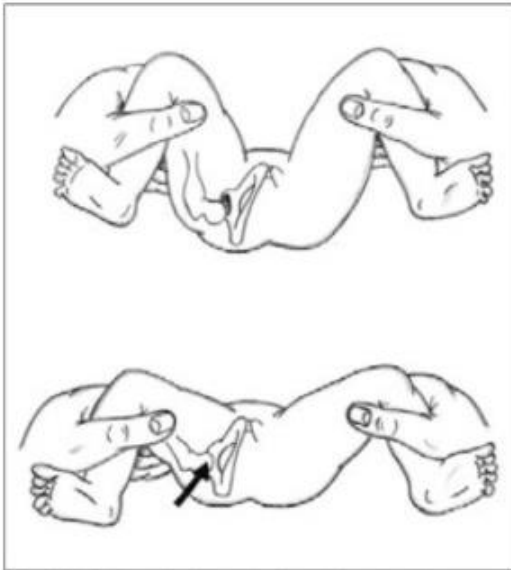
Příloha č. 1 – Trakce



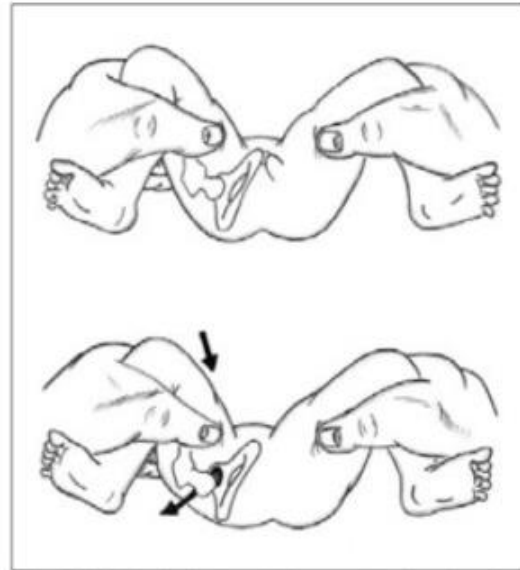
Obr. 20.2 *a – Právazív přístroj, b – Carnochanův rám (volně podle originálu)*

(Dungl, 2014)

Příloha č. 2 - Ortolaniho příznak a Barlowův test



Obr. 20.28 Ortolaniho příznak (šipka označuje repozici v abdukci)



Obr. 20.29 Barlowův test (šipka označuje luxaci ve flexi a addukci)

(Dungl, 2014)

Příloha č. 3 – RTG klasifikace VDK

typ	AC úhel	Shenton. Linie	Ombredanův kříž
acetabulární dysplazie	30–35°	neporušena	vnitřní dolní kvadrant
subluxace	30–40°	porušena	na hranici dolního vnitř. a zevního kvadrantu
marginální luxace	↑40°	porušena	na hranici zevního dolního a horního kvadrantu
luxace	↑40°	porušena	horní zevní kvadrant

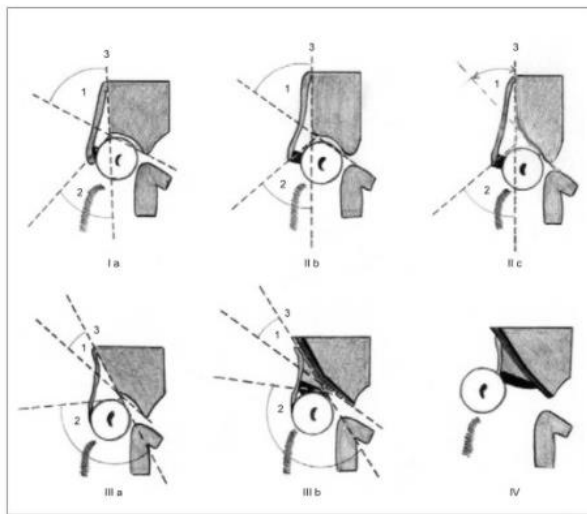
(Frydrychová et al., 2015)

Příloha č. 4 – Klasifikace VDK podle Grafa

typ		kostěný okraj stříšky	chrupavčitý okraj stříšky	úhel α	úhel β
I	a	ostrý	úzká báze, přesahuje 1/2 hlavice	$\uparrow 60^\circ$	$\downarrow 55^\circ$
	b	lehce zaoblený	rozšířená báze, přesahuje 1/2 hlavice	$\uparrow 60^\circ$	$\uparrow 55^\circ$
II	a+	do 3měs.	zaoblený	55–59°	$\uparrow 55^\circ$
	a-		zaoblený	50–54°	$\uparrow 55^\circ$
	b	nad 3měs.	zaoblený	50–59°	$\uparrow 55^\circ$
	c		oploštělý	43–49°	70–77°
D		oploštělý	evertovaný	43–49°	$\uparrow 77^\circ$
III	a	ploché	evertovaný	$\downarrow 43^\circ$	$\uparrow 77^\circ$
	b	ploché	evertovaný, echogénní	$\downarrow 43^\circ$	$\uparrow 77^\circ$
IV		ploché	výrazná inverze	$\downarrow 43^\circ$	$\uparrow 77^\circ$

(Frydrychová et al., 2015)

Příloha č. 5 – Schéma sonografických nálezů podle Grafa od typu I po typ IV



Obr. 20.24 Schéma sonografických nálezů podle Grafa od typu I po typ IV: 1 – úhel α , 2 – úhel β , 3 – základní linie

(Dungl, 2014)

Příloha č. 6 - Frejkova peřinka



(Gallo, 2011)

Příloha č. 7 – Pavlíkovy třmeny



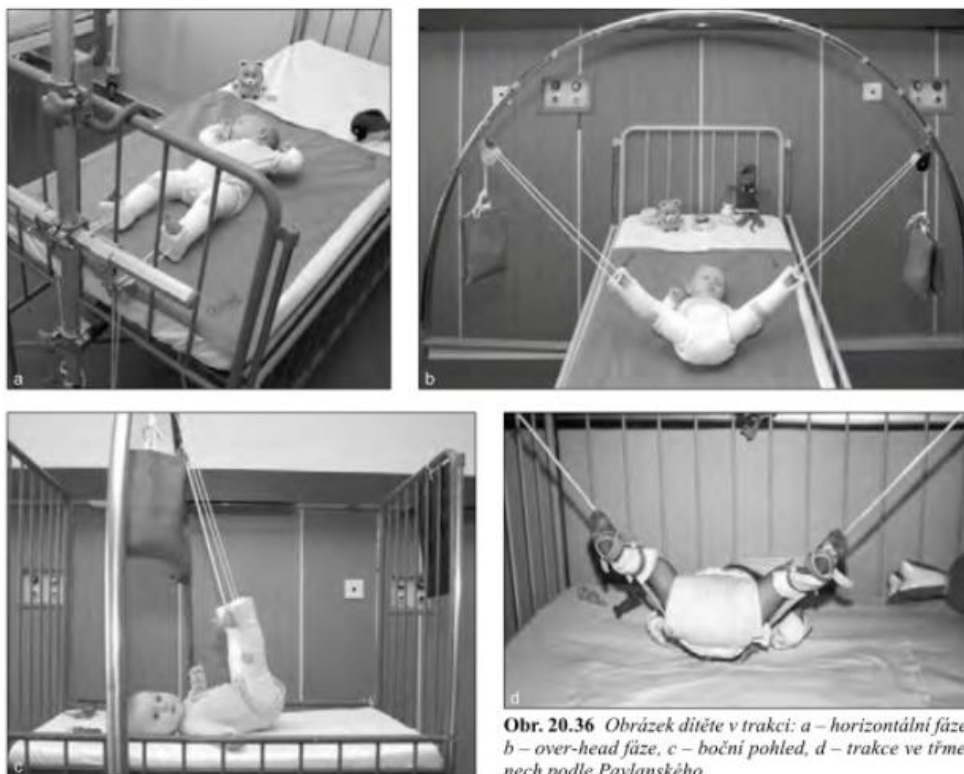
(Gallo, 2011)

Příloha č. 8 – Wagnerovy punčošky



(Gallo, 2011)

Příloha č. 9 – Trakce



(Dungl, 2014)

Příloha č. 10 – Otázky pro rozhovor s matkami

1. Kdy a kde byla Vašemu dítěti diagnostikována dysplazie kyčelního kloubu?
2. Jaké jste měla znalosti o VDK před jejím diagnostikováním?
3. Když byla Vašemu dítěti dysplazie diagnostikována, o čem všem vám řekl lékař?
4. Jaké pomůcky jste k léčbě používala?
5. Jak Vás edukovala sestra/PA o způsobu aplikace a používání abdukční pomůcky?
6. Jak Vás edukovala sestra/PA o hygieně?
7. Co vše Vám řekla sestra/PA o pohybu novorozence?
8. Co Vám sestra/PA řekla ohledně režimu nošení abdukční pomůcky?
9. Jaká všechna vyšetření jste s dítětem podstoupila?
10. Jak bylo Vaše dítě vyšetřeno během Vašeho pobytu na oddělení šestinedělí?
11. Jak jste své dítě na vyšetření připravovala?
12. Jak dítě připravila sestra/PA?
13. Jaké jste měla problémy při péči o dítě?
14. Na co jste si dávala větší pozor během péče o dítě? Čemu jste věnovala větší pozornost?
15. Jaké znáte další možnosti léčby?
16. Jaké si myslíte, že by mělo nepodstoupení léčby následky?
17. Co si myslíte o roli sestry/PA v tomto procesu? Jak by se měla správná sestra/PA chovat? O čem by měla ženu edukovat?

Příloha č. 11 – Otázky pro rozhovor s ošetřovatelským personálem

1. Jak se podílíte na vyšetření dysplazie kyčelního kloubu na oddělení fyziologických novorozenců?
2. Jak a kdy jsou zde na oddělení novorozenci vyšetřováni?
3. Jaká všechna vyšetření jsou u novorozence prováděna?
4. Jaká je úloha sestry/PA během vyšetření?
5. Jak se připravuje dítě k vyšetření na oddělení?
6. Jaké jsou používány pomůcky k léčbě dysplazie?
7. Umíte zacházet se všemi pomůckami?
8. Jaká jsou specifika péče o novorozence s dysplazií a abdukční pomůckou?
9. Jaké znáte rizikové faktory vedoucí k onemocnění VDK?
10. Jak jsou zde na oddělení edukovány matky o péči o novorozence s VDK?
11. Co je předmětem edukace matek v oblasti hygieny novorozence s VDK?
12. Co je předmětem edukace matek v oblasti pohybu?
13. Jak edukujete matky novorozenců s VDK v péči o kůži?
14. Jaké znaky VDK můžete vyšetřit pohledem během péče?
15. Myslíte si, že máte dostatek znalostí o VDK?
16. Jak si myslíte, že by se edukace matek dala ještě vylepšit?



Vývojová dysplazie kyčelního kloubu

Vrozená dysplazie kyčelního kloubu je jednou z nejčastějších vrozených vad u dětí. Jedná se o řadu abnormalit nezralého kyčelního kloubu.

Toto onemocnění se vyskytuje zhruba u 3 - 5% všech novorozenců. Častěji bývají postiženy dívky.



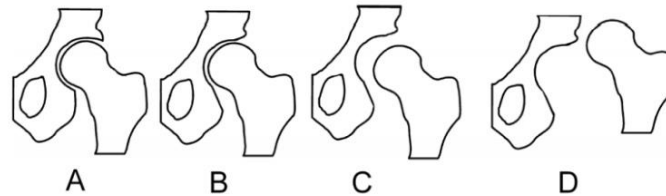


Schéma stupňů dysplazie: A) norma, B) dysplázie, C) subluxace, D) luxace

Příčina vzniku

Vznik dysplazie je založen na kombinaci několika faktorů. Kombinují se zde vlivy genetické, hormonální, mechanické ale i etnické. Za rizikové mechanické faktory je považována poloha plodu v děloze, přesněji tedy poloha koncem pánevním. Dalším rizikovým faktorem je nedostatek plodové vody v děloze. Rizikovým faktorem je pak i těsné balení novorozenců do zavinovaček.

Diagnostika

Klinické vyšetření:

Sběr anamnestických dat a posouzení stability kyčle. Lékař provádí vyšetřovací manévry (Barlow, Le Damany, Bettman) a Ortolaniho test.

Ultrazvukové vyšetření:

nezbytné pro další diagnostiku vážnosti onemocnění

Rentgenové vyšetření:

používá se v případě nejasností



Léčba

Široké balení

Nejjednodušším způsobem léčby je prosté abdukční nebo-li široké balení. To můžeme provést klasickým vložením jedné plenky navíc nebo pomocí abdukčních kalhotek



Frejkova peřinka

Frejkova peřinka je používána na lehčí stupně dysplázie.



Wagnerovy punčošky

Jedná se o 2 plátěné punčošky, které jsou spojené knoflíky s plátěnou košílkou.



Pavlíkovy třmeny

Třmeny se skládají z hrudního pásu, 2 ramenních popruhů, které jsou připevněny k hrudnímu pásu a překřížené na zádech. Pavlíkovy třmeny zůstávají standardní léčbou pro většinu dětí mladších 6 měsíců. Jde o léčbu bezpečnou a velice efektivní.



Trakční terapie

U závažných stupňů dysplazie je indikována trakční léčba, ta se odehrává za hospitalizace na ortopedickém oddělení.



Sádrová spika

Slouží k léčbě u těžkých stupňů dysplazie kyčelního kloubu. Sádra většinou sahá od žeberního oblouku až po bérce. Vynechané místo je pro plenku.



Operace

Operace je volena u velmi závažných stádií nebo u dětí, u kterých selhala konzervativní léčba



Ošetrovatelská péče o novorozence s dysplazií kyčelního kloubu

Důležité je používat správný typ pomůcky, správnou velikost a pomůcku mít správně nasazenou

Během přebalování a hygieny je nutné abdukční pomůcky sejmout, kromě u Wagnerových punčošek, které umožňují výměnu pleny i s nasazenou pomůckou.

Pleny je vhodné měnit přibližně 7x -8x denně. Důležité je udržovat novorozence v čistotě a suchu a předcházet tak vzniku opruzenin. Všímáme si především míst, kde se pomůcka setkává s pokožkou.

Vhodné je také novorozence nosit v šátku. Právě nošení v šátku slouží jako prevence dysplazie kyčelního kloubu. Pokud je tedy novorozenec v abdukční flexní poloze.

Není vhodné děti pevně stahovat do zavinovačky. Ta omezuje pohyby plodu.

Důležité je, aby novorozenec měl volné nožky a možnost dostatečného pohybu.



Zdroje:

DUNGL, P., 2014. Ortopedie. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4357-8.

FRYDRYCHOVÁ, M., KASSAIOVÁ, M., JŮZEK, R., CHOMIAK, J., DUNGL, P., 2016. Vývojová dysplazie kyčelního kloubu (DDH). *Pediatric pro praxi*. Praha, 17(3), 141-5. ISSN 1803-5264.

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

Himer, [online]. Himer. Budětsko [cit. 2021-7-23]. Dostupné z: <https://www.himer.cz/>

LEVITOVÁ, A., HOŠKOVÁ, B., 2015. Zdravotně-kompenzační cvičení. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4836-8.



9 Seznam použitých zkratk

CDH – congenital dislocation of the hip

DCC – dysplasia coxae congenita

DDH – developmental dysplasia of the hip

LCC – luxatio coxae congenita

Lig. – ligamentum – vaz, povázka

M – matka

PA – porodní asistentka

RTG – rentgen

S – sestra/porodní asistentka

VDK – vývojová dysplazie kyčelní