

Ošetrovatelská péče o pacienta s plenkovou iritační dermatitidou

Martina Kašpárková

Bakalářská práce
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martina Kašpárková**

Osobní číslo: **H15029**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Ošetrovatelská péče o pacienta s plenkovou iritační dermatitidou**

Zásady pro vypracování:

Zpracování literární rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti iritačních dermatitid, inkontinence a péče o kůži.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace výzkumu metodou kazuistik.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných výsledků.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ANDĚL, Petr. Inkontinence stolice a obstipace pohledem chirurga. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-140-7.

Beeckman, D. et al. Proceedings of the Global IAD Expert Panel. Incontinence associated dermatitis: moving prevention forward. Wounds International, 2015. Available to download from www.woundsinternational.com

GENADRY, Rene a Jacek L. MOSTWIN. Inkontinence moči u ženy. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0480-0.

KNEEDLER, Julia A., Judith I. PFISTER a Sue K. PURCELL. Incontinence Associated Dermatitis [online]. Pfiedler Enterprises, 2015 [cit. 2017-10-05]. Dostupné z: <http://www.pfiedler.com/ce/1205/files/assets/common/downloads/Incontinence%20Associated%20Dermatitis.pdf>

ŠTORK, Jiří. Dermatovenerologie. 2. vyd. Praha: Galén, c2013. ISBN 978-80-7262-898-8.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Silvie Treterová

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

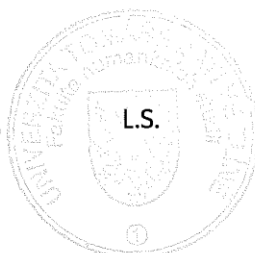
5. ledna 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

18. května 2018

Ve Zlíně dne 5. ledna 2018


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 28.2.2019

..... Kasperková

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí u pacientů s plenkovou iritační dermatitidou. Teoretická část se věnuje dermatidě, inkontinenci, pomůckám pro inkontinentní pacienty a ošetrovatelské péči u plenkové iritační dermatitidy. V praktické části formou kazuistik mapujeme ošetrovatelskou péči u nemocných s plenkovou iritační dermatitidou. Součástí práce je také návrh ošetrovatelského standardu zabývající se prevencí a péčí o pacienty s plenkovou iritační dermatitidou.

Klíčová slova: plenková iritační dermatitida, ošetrovatelská péče, inkontinence moči a stolice, pomůcky pro inkontinentní pacienty, ošetrovatelský standard

ABSTRACT

This Bachelor thesis is focused on nursing care in patients with diaper irritative dermatitis. A theoretical part deals with the dermatitis, incontinence, aids for incontinent patients and nursing care with a diaper irritative dermatitis. We survey casuistries in patients with diaper irritative dermatitis in practical part. The proposal of the nursing standard focused on the prevention and care of patients with diaper irritative dermatitis is a part of this thesis.

Key words: diaper irritative dermatitis, nursing care, incontinence urine and feces, aids for incontinent patients, nursing standard

Ráda bych touto cestou vyjádřila své poděkování Mgr. Silvii Treterové za její cenné rady, postřehy a trpělivost při vedení mé bakalářské práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 DERMATITIDY	12
1.1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE KŮŽE	12
1.2 DRUHY DERMATITID.....	13
1.3 PLENKOVÁ IRITAČNÍ DERMATITIDA	15
1.3.1 Klinické projevy a rizikové faktory	16
2 INKONTINENCE	18
2.1 MOČOVÁ INKONTINENCE.....	18
2.1.1 Možnosti diagnostiky močové inkontinence.....	19
2.1.2 Druhy močové inkontinence	20
2.2 INKONTINENCE STOLICE	22
2.2.1 Výskyt inkontinence stolice a její příčiny	23
3 POMŮCKY PRO INKONTINENTNÍ PACIENTY	24
3.1 SBĚRNÉ INKONTINENČNÍ POMŮCKY.....	24
3.2 JEDNORÁZOVÉ ABSORPČNÍ POMŮCKY	26
Jednorázové inkontinenční pomůcky pro I. stupeň inkontinence	26
3.3 OBSTRUKČNÍ POMŮCKY	27
3.4 PRESKIPCE INKONTINENČNÍCH POMŮCEK	28
4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S PLENKOVOU DERMATITIDOU	30
4.1 HYGIENICKÁ PÉČE O PACIENTA	30
4.2 HYDRATAČE A OCHRANA KŮŽE	32
4.3 HODNOTICÍ NÁSTROJE K POSOUZENÍ IAD	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	35
5 METODIKA PRÁCE	36
5.1 CÍLE PRAKTICKÉ ČÁSTI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE.....	36
5.2 METODA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	36
5.2.1 Charakteristika respondentů popisovaných v kazuistikách.....	37
5.2.2 Organizace sběru dat	37
5.3 METODIKA TVORBY STANDARDU OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	37
6 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	39
6.1 KAZUISTIKA Č. 1	39
6.2 KAZUISTIKA Č. 2	44
6.3 KAZUISTIKA Č. 3	49
6.4 KAZUISTIKA Č. 4	55
7 NÁVRH STANDARDU OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	60
8 DISKUZE	63
9 ZÁVĚR	66
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	67

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	73
SEZNAM OBRÁZKŮ	74
SEZNAM TABULEK.....	75
SEZNAM PŘÍLOH.....	76

ÚVOD

Všeobecné sestry se velmi často setkávají s pacienty, kteří trpí inkontinencí, jedná se o samovolný, nechtěný a vůlí neovladatelný únik moči nebo stolice. Tento stav má značný vliv na psychiku postižené osoby, má negativní dopad na kvalitu jejího života, dochází u ní ke zhoršení psychosociální pohody, omezuje ji ve všedních aktivitách, zájmech a dlouhodobé problémy s inkontinencí mohou vést až ke vzniku depresí.

Během své praxe v nemocnici jsem se setkávala s pacienty, kteří trpěli inkontinencí, používali inkontinenční pleny a objevovala se u nich plenková dermatitida. Všimla jsem si, že sestry příliš nerealizovaly u těchto pacientů prevenci a přístupy k léčbě na různých odděleních byly také odlišné, a proto jsem se o tuto problematiku začala více zajímat. Nedostatečná prevence a nedůsledná hygienická péče o pokožku pacienta nevhodnými hygienickými prostředky vede ke vzniku již zmíněné dermatitidy. Kůže může být následně zasažena infekcí a dochází k rozsáhlému poškození kožního krytu, které může vyústit až vznikem dekubitů.

Na tuto oblast jsem se také zaměřila ve své bakalářské práci. První kapitola teoretické části práce se věnuje plenkové iritační dermatitidě, její klasifikaci, klinickým projevům a rizikovým faktorům. Ve druhé kapitole jsou shrnuty základní informace k inkontinenci moči a stolice, třetí poskytuje přehled o pomůckách pro inkontinentní pacienty. V poslední kapitole jsou uvedeny možnosti, jak pečovat o kůži pacientů s plenkovou iritační dermatitidou a jak těmto problémům vhodnými přípravky předcházet.

V praktické části bakalářské práce jsou zpracovány kazuistiky, které shrnují informace o ošetrovatelské péči o pacienty s řešenou problematikou na standardních nemocničních odděleních a na jednotce intenzivní péče. Současně byl také vytvořen návrh ošetrovatelského standardu týkající se prevence a péče o pacienty s plenkovou iritační dermatitidou, který by mohl být nápomocen sestřám při realizaci prevence a při samotné péči.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DERMATITIDY

Dermatitida je charakterizována jako neinfekční zánět povrchu kůže, vznikající na podkladě vnějších nebo vnitřních činitelů. Může mít rozdílné projevy, a tím i odlišnou léčbu. Lze je rozdělit do dvou skupin. Kontaktní iritační dermatitida patří mezi záněty kůže, které jsou způsobeny vnějšími příčinami, vyvolavateli mohou být chemické látky (čisticí prostředky, mýdla), sluneční záření, mráz nebo vysoká teplota. Pokud je vyrážka způsobena alergeny, hovoří se o kontaktní alergické dermatitidě (Machovcová, 2008, s. 325–326).

Dermatitida postihuje pokožku a škáru. Vzniká u osob se změněnou reaktivitou kůže. Charakteristickými znaky onemocnění jsou různě dlouhá doba trvání, pestrý klinický obraz, sklon k recidivám a chronickému průběhu. Obecně se dají akutní ložiska dermatitidy poznat podle neostrého ohraničení, zarudnutí s tvorbou malých, sytě červených skvrn. Mohou se také objevit vystouplé puchýřky, které později mokvají a tvoří krusty. Pro chronický průběh jsou typická odlupující se zhrubělá ložiska s tendencí tvorby bolestivých trhlinek na kůži, takzvaných ragád (Štork, 2013, s. 149–150).

1.1 Anatomie a fyziologie kůže

Kůže je největší orgán lidského těla, který vytváří ochranný kryt. Chrání vnitřní prostředí organismu. Produkuje vitamín D₃ a svou pigmentací chrání před ultrafialovým zářením a podílí se na termoregulaci. Kůže při vystavení větší námaze tvrdne a mění svůj tvar. Kůži obecně dělíme na tenkou ochlupenou, která kryje většinu povrchu, a silnou neochlupenou, která se nachází na dlaních a ploskách nohou. Barvu kůže určují tři barevné složky. Šedá představuje keratin, hnědá melanin a červená krevní oběh a podle zastoupení těchto složek se projevuje její pigmentace, která je dána geneticky. Kůže se skládá ze tří vrstev, a to z pokožky, škáry a podkožního vaziva (Naňka, 2009, s. 327).

Pokožka je tvořena mnohvrstevným dlaždicovým epitelem, který je složen z několika vrstev plochých buněk. Nejsvrchnější buňky rohovatí, odumírají a odlupují se, čímž dochází k přirozené očistě těla. Hlubší vrstvy pokožky obsahují barvivo zvané melanin, které spolu s cévami a slunečním zářením barví kůži. Pokožka obsahuje tři druhy buněk. Keratinocyty vyrábí bílkovinu keratin, která tvoří základní složku vnější pokožky, vlasů a nehtů. Melanocyty chrání pokožku před ultrafialovým zářením. Langerhansovy buňky brání organismus před mikroorganismy z vnějšího prostředí.

Škára je složená z vaziva a obsahuje vlákna kolagenu a elastinu. Je zde bohaté krevní, mízní a nervové zásobení. Součástí škáry jsou jak mazové žlázy, které chrání pokožku před vysycháním, tak i potní žlázy, které zajišťují výživu pokožky. Jsou zde uloženy receptory vnímání, Krauseho tělíska reagují na chlad, Meissnerova tělíska slouží jako receptor hmatu a Ruffiniho tělíska jsou důležitá pro vnímání tepla (Čihák, 2016, s. 629–641).

Podkožní tukové vazivo slouží jako skladiště zásobních látek, izolace a zásobárna energie, ochrana kostí, svalstva a vnitřních orgánů. Obsahuje Vater-Paciniho tělíska, která reagují na tlak a tah. Tuk zajišťuje pohyblivost kůže v oblasti dlaní, plosek nohou a krku. Kůže je rozsáhlý plošný orgán, který tvoří zevní povrch organismu. Představuje účinnou ochranu vůči chemickým, fyzikálním a mikrobiologickým činitelům z okolí. Obecně tvoří bariéru mezi zevním a vnitřním prostředím. Její funkce je zásobní, metabolická a izolační. Napomáhá k zadržování vody a reguluje tělesnou teplotu. Ve vztahu k ošetrovatelské péči je důležité, aby bránila průniku škodlivin. Rohová vrstva a hydrolipidní film vytváří na povrchu bariéru a společně odolávají negativním vlivům, které na ni působí. Dále tyto struktury obsahují cholesterol a nasycené mastné kyseliny, čímž vytvářejí ochranu a regulují propustnost vody. Nadměrná nebo nedostatečná hydratace má za následek porušení povrchu pokožky (Obstová, 2010, s. 70).

Ochrannou bariérou pokožky je „kyselý plášť“, který zajišťuje pH v rozmezí 4,6–5,9, a to díky aminokyselinám, potu, mazu a kyselině mléčné. V místě vlhké zapáčky, kde dochází k hromadění a obtížnému vypařování potu, se hodnota pH zvyšuje až na 6,8–7,0. Kvůli vyššímu pH kůže ztrácí svou funkci a přispívá k hromadění mikrobiálních buněk. Ochranná funkce kůže může být narušena fyzikálními nebo chemickými činiteli. Mezi fyzikální faktory patří například teplo, chlad, vlhkost vzduchu, ale také dlouhodobý kontakt s vodou. Chemickými činiteli může být moč, stolice, mýdla, lokální léky a některé přípravky s nízkým pH, které narušují kyselý plášť pokožky. Regenerace narušené kožní bariéry může trvat až osm týdnů. S vysokým věkem dochází ke stárnutí kůže a tím ke snížené produkci potu a mazu (Zimová, 2015, s. 17–18).

1.2 Druhy dermatitid

Alergická kontaktní dermatitida

Důležitou roli v rozdělení dermatitid hraje vyvolávající činitel. Mezi imunologicky podmíněné dermatitidy patří alergická kontaktní dermatitida, která se řadí k přecitlivělosti IV. typu

dle Coombse a Gella. Za rozvoj alergické reakce jsou zodpovědné T-lymfocyty. Kontaktní alergeny bývají sloučeniny, které se dostávají přes kožní bariéru, a přecitlivělost se rozvíjí velmi pomalu, většinou vzniká po měsících až letech po opakovaných expozicích alergenu, výsledkem je zánět jako projev specifické a nespecifické imunity. Zdrojem alergenů jsou kovové předměty obsahující soli niklu, jako například piercing, zlaté šperky nebo hodinky, které přicházejí do kontaktu s kůží. Původci jsou masťové základy lanolinu, konzervační látky, dezinfekční prostředky, na základní bázi formaldehydu, chloraminu a jodu (Machovcová, 2008, s. 328–329).

Klinický obraz bývá velmi rozmanitý. Objevuje se často forma akutní, u které vznikají papuly a vezikuly s tendencí k mokvání. Subjektivním příznakem je svědění kůže. Pokud alergen působí na kůži dlouhodobě, může se dermatitida rozšířit i na ta místa, která nepřišla do přímého kontaktu s alergenem. Děje se tak hematogenním nebo lymfogenním šířením alergenů do těchto míst. Prevencí recidiv je zamezení kontaktu s vyvolávající látkou. Léčba spočívá v užívání lokálních kortikoidů ve formě mastí a v užívání antihistaminik k zabránění svědění. V závažnějších případech je nutné zahájit celkovou perorální či injekční léčbu (Leblochová, 2013, s. 139).

Základní vyšetřovací metodou v diagnostice tohoto onemocnění jsou epikutánní testy. Nejčastějším typem je klasický uzavřený test, který se provádí pomocí základní evropské sady, která obsahuje 28 alergenů. Provádí se tak, že se aplikuje podezřelá substance v dané koncentraci na zdravou kůži v oblasti zad. Testy se odečítají po 48, 72 a 96 hodinách. Pozitivní reakce se projeví vznikem erytematózního ložiska (Langerová, 2011, s. 171–172).

Kontaktní iritační dermatitida

Dermatitida vznikající následkem přímého poškození kůže v důsledku působení chemických nebo fyzikálních činitelů. Akutní fáze se projeví již po prvním působení škodliviny, naopak chronická fáze vzniká dlouhodobým opakováním působení látek s velmi nízkým iritačním účinkem. Důležitou roli zde hraje odolnost kůže. Tato forma se vyskytuje častěji než alergická. Přes pokožku pronikají iritancia ke keratinocytům a ty poškozují membránu a uvolňují cytokiny, které vyvolávají zánět a organismus se nedokáže se vzniklou škodou vypořádat (Štork, 2013, s. 150–151).

Mezi silná iritancia vyvolávající poškození kůže patří detergenty, saponáty, kyseliny, louhy nebo rentgenové záření. V klinickém obrazu se objevuje zarudnutí nejrůznějšího stupně a edematózní prosáknutí postiženého místa, na povrchu se tvoří puchýřky a buly. V této

oblasti se objevuje olupování nebo vysušování kůže. Projevy onemocnění bývají na postiženém místě ostře ohraničené a dochází k pálení a bolestivosti. Svědění často přichází až později ve stadiu hojení. Kontaktní iritační dermatitida se dělí podle druhu vyvolávající škodliviny na solární dermatitidu, dermatózu z opotřebenosti a plenkovou iritační dermatitidu. V následující kapitole se budeme zabývat plenkovou iritační dermatitidou, která bývá častým problémem komplikujícím zdravotní stav pacientů na různých odděleních či v sociálních službách (Diamantová, 2006, s. 89–91).

1.3 Plenková iritační dermatitida

Plenková iritační dermatitida neboli inkontinenční asociovaná dermatitida (dále v textu IAD) je jeden z druhů kontaktní iritační dermatitidy. Jedná se o zánětlivé onemocnění kůže, ke kterému dochází vlivem vlhkosti při působení moči nebo stolice na kůži. Je vyvolána zvýšením pH kůže, močovou, fekální inkontinencí, vystavením kůže nadměrné vlhkosti nebo přítomností jiných dráždivých látek. Pacientům způsobuje zjevné nepohodlí. Může vést k sekundární infekci, bolesti nebo ke vzniku kožních lézí. Prevalence plenkové iritační dermatitidy při inkontinenci moči nebo stolice se nachází v rozmezí od 3,4 do 25 %. Vyskytuje se velmi často u pacientů s inkontinencí, a u imobilních pacientů. Jedním z hlavních vyvolávajících faktorů je dlouhodobě vlhká pokožka, na kterou působí moč v neprodyšných inkontinenčních pomůckách, které zabraňují odpařování vlhkosti. Výše uvedené aspekty podporují růst některých mikroorganismů a přispívají k rozvoji zánětu. Poškozená oblast zasahuje pouze povrch kůže, neproniká do hloubky a má nepravidelné okraje. Projevuje se v oblasti přiložení plenkových inkontinenčních pomůcek, nejčastěji postihuje hýždě, stehna, skrotum, labia a přilehlé kožní záhyby (Kneeder, Pfister a Purcell, 2015, s. 7–10).

Kůže patří spolu se sliznicemi k jednomu z nejdůležitějších bariér, které chrání tělo před škodlivinami z okolí, proto je péče o ni velmi důležitá. Jako prevence se provádí pravidelná hygiena a při výskytu suché a narušené pokožky se používají k tomu určené krémy, masti a nedráždivá kosmetika. Při výskytu dermatitid nebo jiného onemocnění kůže je třeba ji ve spolupráci s lékařem důsledně ošetřit a snažit se obnovit její normální funkci (Dytr, 2012).

Mírná forma IAD se na světlé pleti projeví jako erytém s možným výskytem zánětu. U lidí s tmavší barvou kůže mohou být přítomny například bílé nebo žluté skvrny. Postižená oblast může být nepravidelného tvaru s neostrými okraji, které mohou být spojeny do velkých ploch. Pokožka je neporušená, na pohmat teplá až horká a při kontaktu bolestivá. Pacienti často mohou pociťovat v místě postižení pálení.

Střední forma IAD se na světlé kůži projevuje jako jasně červená iritace a na tmavé kůži může získat až tmavě fialovou barvu. Pokožka může být poškozena v různých hloubkách, podrážděná a na pohled lesklá. Na kůži vznikají macerace nejčastěji v důsledku močové či fekální inkontinence. Kůže je horká a dotek působí velmi bolestivě. Vyskytuje se zduření a často jsou přítomny puchýřky.

Těžká forma IAD představuje rozsáhlé postižené oblasti, pro které je typické vytékání serózního exudátu tvořeného bílkoviny nebo krvácení z porušeného povrchu. Tato forma dosahuje nejvyššího stupně bolesti a kůže je velmi náchylná k rozvoji sekundárních infekcí. Mezi nejvíce se vyskytující sekundární infekce patří kandidóza (Beeckman et al., 2015, s. 7–8).

1.3.1 Klinické projevy a rizikové faktory

Plenková iritační dermatitida se klinicky projevuje jako zarudnutí kůže, která je prosáklá, lesklá, sytě červená, někdy připomíná charakter spáleniny. Klinický obraz se nejprve rozvíjí ve formě erytematózních ložisek v oblasti třísels, genitálií a hýždí. Někdy zasahují až ke stehnům a dolní části břicha. V dalším stadiu onemocnění se vytvářejí puchýře velikosti až 0,5–1,5 cm, které záhy praskají, a vznikají bolestivé ulcerace s mokváním kůže. Nemoc zůstává vždy omezena v oblasti přiložených plenkových inkontinenčních pomůcek. Příčinou vzniku dermatitidy jak již bylo zmíněno, je nedostatečná hygiena, vystavení kůže dlouhodobému působení moči a stolice, nepravidelná výměna inkontinenčních pomůcek a nepoužívání čistících a ochranných pomůcek k tomu určených. Mohou se objevit přidružené infekce a vliv může mít i změna střevní mikroflóry při léčbě antibiotiky. S plenkovou dermatitidou se nejčastěji setkáváme u inkontinentních osob, které používají pleny, u imobilních pacientů, pacientů s diabetem nebo obezitou (Konrád, 2015, s. 170–171).

Mezi rizikové faktory patří dlouhodobě vlhká pokožka, na kterou působí moč v neprodyšných plenách, které zabraňují odpařování vlhkosti z povrchu kůže. Plenkové inkontinenční pomůcky vedou ke zvýšení teploty kůže a tím i k vazodilataci cév v kůži a podkoží, což může být také momentem podporujícím rozvoj zánětu. Problematická je i vlhkost pokožky, která je spojena se zvýšeným pocením pod neprodyšnou inkontinenční pomůckou. Vlhká zapařená pokožka se stává náchylnější k poškození třením a odíráním způsobeným výměnou inkontinenční pomůcky. Velmi významná je i dlouhodobá expozice stolice s kůží při průjmu nebo při nepřilíh časté výměně plen. Aktivované enzymy ve stolici jsou přímo odpovědné za iritační potenciál stolice. Dalším rizikovým faktorem je močová i fekální inkontinence, která má výrazný vliv na celistvost kůže a může ji porušit. Poškozená, zduřelá a odřená kůže

vede k rozsáhlé dermatitidě. Může vyvolat bolest a nepohodlí, pacient je vystaven riziku vzniku sekundární infekce, jejímž častým vyvolavatelem je u těchto případů kvasinka rodu *Candida* (Konrád, 2015, s. 9–10).

Mezi další rizikové faktory patří imobilita pacienta, mentální postižení, obezita, diabetes mellitus, průjem a podávání širokospektrých antibiotik. Pokud je kůže vystavována kontaktu s močí a stolicí současně, dochází k působení bakterií, které přeměňují močovinu na čpavek, a tímto dochází k následnému chemickému podráždění pokožky. Zvyšuje se pH pokožky nad hodnotu 6,8, a tím dochází k rozpadu rohové vrstvy kůže, v důsledku čehož se zhoršují bariérové funkce. Častým umýváním vodou a alkalickým mýdlem s pH nad 10 je pokožka drážděna nejen chemicky, ale také fyzicky. Další faktor, který přispívá k podráždění kožního krytu, je tření o absorpční materiály nebo sušení kůže ručníkem. Kombinace vlhkosti, chemického, fyzikálního a mechanického podráždění může vést k vysokému riziku vzniku IAD (Zimová, 2015, s. 16–17).

Strategie prevence a terapie IAD zahrnuje tři základní složky. První z nich je zvýšená hygiena ohrožených oblastí a použití produktů, jejichž pH hodnota je 5,5 a blíží se zdravé nepoškozené pokožce. Není vhodné používat mýdlo s pH nad 6,0 a vodu. Mezi druhou složku patří šetrné provádění ošetrovatelské péče při polohování a hygieně, z důvodu zmenšení rizika poškození kůže třením a odíráním. Třetím důležitým bodem je používání prodyšných inkontinenčních pomůcek s vysokou absorpční kapacitou a schopností udržet pokožku suchou a používání ochranných přípravků na kůži (Hovorková, 2017, s. 28). Podrobnější plán péče a léčby bude nastíněn v kapitole č. 4.

2 INKONTINENCE

Inkontinence označuje jakýkoli samovolný, nechtěný a vůlí neovladatelný únik moči nebo stolice. Převážně postihuje starší osoby, ale nevyhne se ani dětem nebo lidem v produktivním věku. Inkontinence je běžný problém nejen hospitalizovaných pacientů na jednotkách intenzivní péče, ale i v ústavní péči. Jedinci postižení touto problematikou trpí hlavně tím, že ztrácí kontrolu nad vlastním tělem. Inkontinence má negativní dopad na kvalitu života, ovlivňuje fyzickou, sociální a emoční stránku člověka. Má značný vliv na psychiku postižené osoby, dochází ke zhoršení psychosociální pohody, omezuje jej ve všedních aktivitách, zájmech a společenských vztazích. Dlouhodobé problémy s inkontinencí způsobují ztrátu sebeúcty a jsou spojeny se vznikem depresí. Inkontinence zasahuje do ekonomické situace jedince v podobě zvýšených vynaložených nákladů na nákup inkontinenčních pomůcek, praní oblečení a lůžkovin, potřebou pomoci od členů rodiny nebo nelékařských zdravotnických pracovníků (Zimová, 2015, s. 16).

Příčina inkontinence je ovlivněna mnoha faktory, a to zejména imobilitou, dehydratací, demencí, depresí, polymorbiditou a užíváním léků ovlivňujících kontinenci. Inkontinence moči podle Mezinárodní společnosti pro kontinenci (ICS – International Continence Society) se dělí na stresovou, urgentní, smíšenou a inkontinenci z přetékání a dále se dělí na tři stupně podle své závažnosti (Romžová, 2010, s. 119).

Inkontinence stolice se obecně dělí do tří forem na pasivní, nutkavou inkontinenci a třetí typ se nazývá špinění (Weber, 2005, s. 144).

2.1 Močová inkontinence

Pro funkčnost vylučovací soustavy je důležité, aby nervy a svaly pracovaly ve vzájemné koordinaci. Únik moči nastává tehdy, když přestane fungovat daná část z vylučovacího traktu (Genadry, 2013, s. 29).

Etiologie inkontinence v pokročilém věku je ovlivněna různými faktory, kterými jsou dehydratace, demence, polymorbidita, imobilita a deprese. Porucha kontinence je způsobena narušením centrální nervové soustavy. Nejdůležitější roli v této problematice hraje mikční centrum, které může být porušeno, a proto dochází ke vzniku močové inkontinence. Dále zde hrají důležitou roli svěrače močové trubice. Dělí se na vnitřní svěrač, který je tvořen hladkými svaly a je vůlí neovladatelný, a na zevní svěrač, který obklopuje močovou trubici a lze jej vůlí ovládat. Mezi patologické stavy patří přítomnost nádoru, konkrementu nebo

cizího tělesa v močovém měchýři, v důsledku čehož dochází k jejímu dráždění a vzniku močové inkontinence (Romžová, 2014, s. 121).

Při řešení inkontinence se snažíme o udržení normálního vylučování moči. U osob sledujeme pravidelný a dostatečný příjem tekutin, dbáme při vyprazdňování na soukromí a dostatek času. Poskytujeme pacientovi pomoc hned při nutkání na vyprázdnění. Mikci můžeme podpořit přiložením teplého obkladu na podbřišek, snížíme tak svalové napětí, které vyvolává nepříjemné fyzické i psychické pocity (Halaška, 2004, s. 75–77).

Stupně močové inkontinence

První stupeň inkontinence se označuje jako mimovolní únik moči od 50 ml do 100 ml během čtyř hodin. Jedná se především o stresovou inkontinenci. Odchod moči nastává zejména při zvýšení nitrobřišního tlaku například při kašli, smíchu a zvedání předmětů, a proto se inkontinenční pomůcky využívají v nepravidelných intervalech. Osobám s inkontinencí pomáhají inkontinenční pomůcky, kterým je věnována samostatná kapitola č. 3 (Úhradový katalog VZP – ZP, 2018).

Druhý stupeň inkontinence se označuje jako mimovolní únik moči nad 100 ml do 200 ml v průběhu čtyř hodin. Jedná se zejména o reflexní a urgentní inkontinenci u mobilních pacientů. Inkontinenční pomůcky se používají denně, jelikož nastává únik moči například při změně polohy, při chůzi, při běhu a fyzické námaze (Úhradový katalog VZP – ZP, 2018).

Třetí stupeň inkontinence se označuje jako mimovolní únik moči vyšší než 200 ml během čtyř hodin. Jsou to především ležící pacienti s různým typem úniku moči i stolice, které jsou trvale vylučovány, a proto používání těchto pomůcek je nezbytně nutné (Úhradový katalog VZP – ZP, 2018).

2.1.1 Možnosti diagnostiky močové inkontinence

Pro přesné určení typu inkontinence a využití vhodné terapie slouží správná diagnostika. Prvním krokem bývá podrobná anamnéza pacienta, která musí obsahovat cílené otázky vedoucí k odhalení problému. Mezi důležité údaje patří délka obtíží, intervaly mezi močením, počet močení během dne a noci a příčina vyvolávající močení. Nezbytnou informací je také množství vyloučené moči během jedné mikce. Dalším vyšetřením je rodinná anamnéza, kterou zjišťujeme výskyt inkontinence v rodině, přítomnost urologických obtíží nebo vrozeného onemocnění. Poté následuje osobní anamnéza, ve které se zaměřujeme na interní onemocnění pacienta a léky, které užívá. Důležité jsou informace ohledně operací v oblasti malé

pánve, které pacient podstoupil, neboť při těchto operacích je velké riziko poškození močového systému, což může mít za následek močovou inkontinenci. Do anamnézy lze zařadit i vedení mikčního deníku, do kterého se zaznamenává množství vypitých tekutin a výdeje moči s případnou inkontinencí (Vilhelmová, 2011, s. 97–98).

Fyzikální vyšetření zahrnuje aspekci a palpaci. Následuje neurologické vyšetření v oblasti pánve, zevního genitálu. Vyšetření moči jak chemicky, tak kultivačně, protože inkontinenci může vyvolávat a zhoršovat infekce močových cest (Romžová, 2011, s. 223).

Mezi zobrazovací metody využívané u diagnostiky močové inkontinence patří zejména sonografické a rentgenové vyšetření urogenitálního systému. Sonografické vyšetření je nejméně zatěžující a pomáhá odhalit případné patologické stavy ve vylučovacím systému, jako jsou například divertikly nebo stenózy močové trubice. Jedná se o diagnostickou metodu, která hodnotí typ a příčinu močové inkontinence (Martan, 2006, s. 40–43).

Dále se využívá endoskopické vyšetření při výskytu nádoru nebo poškození hrdla močového měchýře. Mezi endoskopické vyšetřovací metody patří cystoskopie, která vyšetřuje močový měchýř a je prováděná pomocí optiky zavedené do měchýře (Hiblbauer, 2011, s. 20).

K upřesnění vzniku potíží inkontinence lze využít několik jednoduchých urogynekologických testů, jako příklad Marshallův test, Q-tip test (cotton swab test), Pad-weighing test a Froewisův test. Marshallův test zaznamenává unik moči při zakašlání při částečně naplněném močovém měchýři. Pokud dojde k úniku moči, jde se o stresovou inkontinenci. Pomocí Q-tip testu se posuzuje stupeň mobility močové trubice a hrdla močového měchýře. Mezi urodynamické vyšetřovací metody patří cystometrie, která umožňuje zhodnotit kapacitu močového měchýře a jeho citlivost (Hiblbauer, 2011, s. 22).

2.1.2 Druhy močové inkontinence

Nejčastějším typem je stresová inkontinence, objevuje se při tělesné námaze a postihuje častěji ženy. Močový měchýř funguje normálně, ale pokud je v něm tlak vyšší než v oblasti svěrače, dochází k úniku moči. Postupně klesá odolnost močové trubice a vzrůstá její ochablost. Z počátku se projevuje únikem malého množství moči při běžných fyzických aktivitách. Jedná se o kýchnutí, zakašlání, smích nebo o prudký pohyb. Mezi faktory podílející se na vzniku stresové inkontinence patří vrozená dispozice, dlouhodobá fyzická námaha, chronický kašel, obezita, pokles pánevního dna, nedostatek estrogenů v klimakteriu, operace v oblasti pánve nebo prostaty (Hořčíčka, 2016).

Léčba začíná vždy konzervativně, a to cvičením pánevního dna. Jde o metodu starou přes šedesát let a jejím tvůrcem byl lékař Arnold Kegel. Cviky se provádějí opakovaně. Při pravidelném cvičení je více než 80 % úspěšnost léčby. Další z možností je používání vaginálních kuželů, které se denně zavádějí do pochvy na dobu dvaceti minut. Celková terapie trvá přibližně sedm týdnů a její úspěšnost bývá okolo 50 %. Dále se může využít elektrostimulace nervosvalových struktur pánevního dna, při které se do pochvy zavádí sonda, jejímž úkolem je stimulovat příčně pruhované svalstvo přibližně 30 minut denně po dobu jednoho až dvou měsíců. V České republice není příliš využívána. Pacientkám, které trpí nadváhou, je doporučena redukce váhy minimálně o 10 %, následně dochází ke snížení inkontinenčních potíží až u 60 % z nich (Romžová, 2011, s. 223–224).

Dalším typem je urgentní inkontinence, která je charakterizována jako intenzivní nucení na močení a je spojena se samovolným únikem moči. Je součástí souboru příznaků onemocnění, které nazýváme hyperaktivní močový měchýř. Ženy pociťují nutnost vymočit se, ale ještě než stačí dojít na toaletu, začne moč unikat. Některé nedokážou zastavit močení v případě, kdy ponoří ruce do vody nebo pokud slyší zvuk tekoucí vody, a v některých případech ženy vůbec nepocítí nutkání močit. Urgentní inkontinence má řadu příčin a její diagnostika je problematická. Tento typ se objevuje, pokud žena trpí záněty, tumorem nebo konkrementem močového měchýře. Může se vyskytovat také u jedinců, kteří trpí Parkinsonovou chorobou nebo prodělali cévní mozkovou příhodu (ČUS, 2013).

Urgentní inkontinence je řešena převážně konzervativně pomocí farmakoterapie a režimových opatření. Pacient se pomocí mikčního tréninku, který trvá minimálně 6–8 týdnů, snaží obnovit kontrolu nad močením. Mikce by měla být pravidelná a měla by být prováděna v krátkých intervalech. Nedílnou součástí je cvičení pánevního dna, které musí být realizováno dlouhodobě a pravidelně. Nezbytnou složkou je i pitný režim, který by měl být v rozmezí 1,8–2,2 litrů tekutin za den. Podstatné je i omezení kofeinu a alkoholu. Při medikamentózní léčbě se užívají anticholinergika a blokátory kalciových kanálů a při jejich selhání je možné problém řešit chirurgickou léčbou, při které se zvýší kapacita močového měchýře (Staněk, 2010).

Dalším typem je inkontinence z přetékání (paradoxní ischurie) a jedná se o mimovolný únik moči při přeplněném močovém měchýři. Obvykle k tomu dochází, pokud se močový měchýř nedostatečně vyprázdní. Lidé postižení inkontinencí z přetékání pociťují potřebu močit, ale obvykle až tehdy, když moč začne unikat. Příčinou inkontinence mohou být poranění v oblasti pánve nebo ochablé svaly močové trubice. Terapie paradoxní inkontinence je obvykle

akutní stav, který řešíme nejprve zavedením permanentního močového katétru, případně se provede epicystostomie. V indikovaných případech je možno využít efektu alfablokátorů nebo myorelaxancií (Staněk, 2012, s. 352–353).

Mezi další typ inkontinence řadíme smíšenou formu. Jedná se současně o výskyt stresové a urgentní inkontinence moči.

Mezi příčiny, které zhoršují kontinenci kvůli opakovanému zvyšování intraabdominálního tlaku, se řadí asthma bronchiale. Funkci močového měchýře negativně ovlivňuje periferní neuropatie. K narušení kontinence přispívají urogenitální nemoci i poruchy nervového svalstva, užívání spasmolytik, antidepresiv, blokátorů kalciových kanálů nebo psychofarmak. Problematickým obdobím se stává také období menopauzy, která vzniká v důsledku nedostatku estrogenů, a tak dochází i k oslabení močové trubice a močového měchýře. Na vzniku inkontinence se podílí také těhotenství a vaginální porod. U starších jedinců může být příčinou močové inkontinence také diabetes mellitus (Horčíčka, 2015, s. 25–26).

2.2 Inkontinence stolice

Inkontinencí stolice se rozumí opakovaný, vůlí neovladatelný odchod stolice. Je méně častá než inkontinence moči. Defekace a kontinence jsou děje, které jsou nerozlučně propojeny. Proces defekace se rozděluje do čtyř fází. Klidový režim, preexpulsivní, expulsivní fáze a fáze ukončení. V klidové fázi zůstává konečník většinou prázdný. V preexpulsivní fázi probíhá několik dějů, jejichž cílem je uvědomění si pocitu nucení na stolicí, a v expulsivní fázi dochází k vyprázdnění střeva. Základní podmínkou defekace je zvýšení intrarektálního tlaku nad hodnotu v rektálním kanále. Ukončení defekace probíhá uvolněním břišního lisu a nevědomou kontrakcí svalů análního kanálu a stahy pánevního dna (Anděl, 2014, s. 25–29).

Pánevní dno je tvořeno příčně pruhovaným svalstvem, které dělíme do tří skupin, svaly kryjící stěny kostěné pánve, svaly pánevního dna a svaly tvořící sfinkterový komplex. Mezi svaly stěny pánve patří symetricky lokalizované svaly musculus piriformis. Svaly pánevního dna zajišťují oporu intraabdominálně uložených orgánů. Sfinkterový komplex se skládá z vnitřního a zevního svěrače. Vytváří jednu jednotku, ale jde o samostatně nezávislé struktury. Vnitřní svěrač je tvořen hladkou svalovinou, zevní svěrač je složen z příčně pruhované svaloviny a je ovládán vůlí (Anděl, 2014, s. 11–17).

2.2.1 Výskyt inkontinence stolice a její příčiny

S inkontinencí stolice se setkáváme až u čtvrtiny hospitalizovaných pacientů ve věkové kategorii nad 75 let a dále u seniorů v ústavní péči. Rozdělujeme ji do tří forem, první z nich je pasivní inkontinence, která způsobuje nechtěnou ztrátu stolice, aniž by to pacient postřehl. Druhou formou je nutková inkontinence, charakterizovaná jako ztráta stolice přes vědomý pokus tomu zabránit. Třetí se nazývá špinění, které se vyskytuje po normálním vyprázdnění (Weber, 2005, s. 144–145).

Příčiny inkontinence mohou být různé, mezi získané patří neurologická inkontinence, roztroušená skleróza, Parkinsonova choroba nebo porucha míchy. Další příčiny vzniku inkontinence mohou být imobilita, farmaka nebo nevhodná strava. Řadí se zde i poruchy autoimunitního systému, a to chronické záněty střev nebo diabetes mellitus. Zásahy v malé pánvi mohou také ovlivnit defekaci způsobenou abdominální hysterektomií, resekcí střeva nebo ozařováním. Traumatický porod nebo operace hemeroidů mohou přispět ke zhoršenému vyprazdňování (Anděl, 2014, s. 31–32).

Unikání stolice představuje velký hygienický problém. Jedná se o tekutou nebo polotekutou hmotu, která obsahuje velké množství bakterií. Při kontaktu s okolními tkáněmi dochází k jejich macerování, a velmi významně se tak usnadňuje vznik plenkové dermatitidy nebo dekubitů. Při stanovení diagnózy zjišťujeme anamnézu pacienta a následně se provádí klinické vyšetření, anální inspekce, kterou lze identifikovat řitní nebo rektální prolaps. Digitálním vyšetřením análního kanálu se sleduje celistvost, tonus a funkce svěrače, délka análního kanálu, u mužů velikost a konzistence prostaty. Dále se provádí endoskopické vyšetření, anoskopie a rektoskopie. Těmito vyšetřeními lze zjistit přítomnost nádorového nebo chronického onemocnění střev (Anděl, 2014, s. 38–40).

Před zahájením léčby se pacientům s obezitou doporučuje redukce váhy a další režimová opatření, jako je dostatečný pohyb, strava bohatá na vlákninu a dostatečný pitný režim. Pacienti by měli být seznámeni s možností posilování střev. Mezi její zástupce patří antidiarika, která podporují absorpci tekutin ve střevě, čímž zpomalují posun stolice střevem a zvyšují tonus análního sfinkteru. Dalším řešením jsou chirurgické výkony, při kterých se provádí rekonstrukce svěrače anatomické úpravy konečníku, nebo pokud není jiná možnost vytvoření trvalé kolostomie (Šmakalová, 2011).

3 POMŮCKY PRO INKONTINENTNÍ PACIENTY

Inkontinenční pomůcky jsou prostředky, které zlepšují celkovou situaci jedince postiženého inkontinencí. Zlepšují kvalitu života a umožní úplný nebo částečný návrat k dosavadním aktivitám. Jsou určeny pro klienty, u kterých selhaly léčebné postupy u inkontinence moči i stolice. Předpokladem úspěchu při řešení inkontinence je používání jednorázových pomůcek. Jejich cílem je absorbovat či zamezit nechtěnému úniku moči, stolice a zápachu (Sochorová, 2008, s. 180–181).

Inkontinentní pomůcky dělíme podle funkce na sběrné, které odvádějí moč/stolici do nádoby nebo sáčku. Dále absorpční, jejichž funkcí je sací schopnost a jsou různé velikosti, tvarovatelné a pohlcující zápach. Poslední skupinou jsou obstrukční pomůcky, které mechanicky uzavírají močovou trubici a účinně brání nežádoucím únikům moči (Galajdová, 2000, s. 61–63).

U imobilních pacientů trpících inkontinencí je poměrně vysoké riziko vzniku infekce, proleženin nebo dermatologických problémů, kterými je například plenková iritační dermatitida. Důležitá je její prevence a včasná monitorace. Dále pak dostatečná výměna inkontinenčních pomůcek, používání speciálních prostředků pro pokožku vystavenou nepříznivým vlivům moči a stolice. Jedná se o vlhčené ubrousky, ochranné tělové pasty a krémy, tekuté mýdla s neutrálním pH určená k hygieně genitálu a tělové pěny ve spreji (Péče o kožní problémy u inkontinentních pacientů, 2012).

3.1 Sběrné inkontinenční pomůcky

Hlavním úkolem této skupiny inkontinenčních pomůcek je odvod moči nebo stolice do sběrné nádoby nebo sáčku. Patří mezi ně pokojové křeslo neboli klozet, který je určen pro pacienty, kteří z jakéhokoli důvodu nejsou schopni dojít na toaletu. Díky přenosnému klozetu se pacienti mohou vyprazdňovat v přirozené poloze vsedě. Nepojízdná křesla se přistavují k lůžku pacienta a pojízdná slouží k převezení nemocného mimo pokoj a zajištění jeho soukromí (Vytejková, 2011, s. 144–145).

Podložní mísa se používá u ležících pacientů, kteří nemohou nebo nesmějí opustit lůžko. Ženám se podkládají při vyprazdňování moči i stolice a mužům jen při odchodu stolice. Vyrábějí se z plastového materiálu nebo z lisovaného papíru, a jsou určeny k jednorázovému použití. Mohou se lišit svou velikostí a tvarem. Na vnitřní straně některých mís je graduovaná stupnice, která slouží k orientačnímu odečtu množství vyloučené moči. Součástí je

víko, které se přikládá shora podložní mísy. Vyprazdňování neprobíhá ve fyziologické poloze a může být pro pacienty problematické. Proto se jim snažíme zajistit maximální pohodlí a soukromí. Močové láhve jsou určeny mužům, kteří z jakéhokoli důvodu nemohou opustit lůžko. Jsou zavěšeny na kovovém košíčku z boční strany postele. Láhve s prodlouženým hrdlem jsou navíc opatřeny krytem. Součástí láhve je graduace, která slouží k měření diurézy (Jirkovský, 2012, s. 204–205).

Permanentní močový katétr, urinální kondomy nebo Flexi-Seal® FMS patří k dalším sběrným pomůckám. Výhodou je minimální kontakt moči či stolice s kůží, a tedy prevence jejího poškození, možnost měření diurézy a sběr moči. Nevýhodou je riziko infekce a fakt, že při používání odvodných systémů vytvoříme pacienta inkontinentním, neboť nemá možnost ovládat své fyziologické funkce (Vytejková, 2013 s. 121–126).

Flexi-Seal® FMS slouží ke kontinuálnímu odchodu stolice. Flexi-Seal® FMS je sběrný, uzavřený systém určený ke zvládnutí fekální inkontinence. Pomáhá zachytit výkaly u inkontinentních imobilních pacientů či pacientů upoutaných na lůžko s tekutou nebo polotekutou stolicí. Je konstruován tak, aby bezpečně a efektivně odvedl výkaly od pacienta, ochránil pacientovy rány před fekální kontaminací a snížil tím riziko poškození kůže a rozšíření infekce. Jedná se o alternativu tradičních metod při zvládnutí fekální inkontinence, jako jsou podložky a pleny. Systém se skládá ze silikonového katétru, stříkačky a sběrného sáčku (ConvaTec, [b.r.]).

Permanentní močový katétr slouží ke kontinuálnímu odchodu moči. Močové katétrů jsou vyráběny ze syntetických materiálů, jako je silikon nebo polyuretan. Nejčastějším typem pro permanentní katetrizaci je Folleyův katétr s balónkem, který se po zavedení do močového měchýře naplní fyziologickým roztokem. Pro ženy a děti je určen Nelatonův katétr, který je na konci s rovným zakončením, kdežto mužský katétr se nazývá Tiemanův a na konci je opatřen zahnutým zobákem. Obvod katétru se značí pomocí Charriérový nebo French stupnice a číslo označuje jeho obvod v milimetrech. Pro dospělé se používají velikosti 14 F až 26 F. Celý sběrný systém je tvořen močovým katétrem, který je spojen drenážními hadičkami se sběrným sáčkem (Kapounová, 2007, s. 303–304).

Urinální kondom představuje formu pomůcky pro muže, která slouží k derivaci moči. Jde o neinvazivní řešení, které spočívá v aplikaci elastického kondomu, který je připevněný na penis pomocí lepícího proužku. Moč je odváděna do sběrného sáčku, který je přichycen na končetině. Sběrné močové sáčky mají chlopeň, která brání zpětnému toku moči. Celý systém

člověka neomezují v pohybu, je možné je nosit celodenně a pod běžným oblečením (Malkol, 2013).

3.2 Jednorázové absorpční pomůcky

Pomáhají řešit inkontinenci a pacientovi umožňují alespoň částečně se navrátit k dřívějším aktivitám. Poskytují spolehlivou formu ochrany při inkontinenci moči a také zabraňují zápachu. Důležitou složkou úspěchu při jejich výběru je stanovit typ a stupeň inkontinence a také vhodně edukovat pacienta o jejich používání. Absorpční pomůcky jsou vyrobeny tak, aby ihned odváděly moč ze svého povrchu do speciálního jádra a zároveň zabraňovali zpětnému pronikání na povrch. Superabsorbent v savém jádře ihned přemění moč na gel. Tím se zaručí maximálně suchý a prodyšný povrch a současně je odstraňován zápach. V současnosti je na trhu velké množství pomůcek pro pacienty trpící inkontinencí. Rozdělují se do několika kategorií podle stupně inkontinence. Každá kategorie zahrnuje skupinu výrobků, které se liší dle velikosti, savosti, pohlaví a tělesné konstituce (Hořčíčka, 2015, s. 90–93).

Jednorázové inkontinenční pomůcky pro I. stupeň inkontinence

Slipové absorpční vložky využívají ženy s lehkou močovou inkontinencí, u kterých je ztráta moči 50–100 ml během čtyř hodin. Díky speciálnímu jádru pojme dvakrát více tekutin než vložka menstruační a zajišťuje suchý povrch a rychlou absorpci. Je diskrétní, poskytuje pohodlí a je s ní jednoduchá manipulace. Na spodní straně je lepicí část, pomocí které se připevní na potřebné místo. Někteří pacienti pociťují problém s fixací v běžných kalhotkách, a proto je dobré si koupit strečové kalhotky. Některé vložky mají na zadní straně lepicí pás, který zabrání jejímu nechtěnému posunu. Mohou obsahovat indikátor, který signalizuje potřebu výměny. Absorpční vložky se vyrábějí také pro muže a jsou tvarované tak, aby odpovídaly mužské anatomii. Jsou diskrétní a umožňují vést uživateli aktivní život. Přední dvojité vrstvy slouží k rychlému odvedení moči, a zajišťuje tím suchý povrch pokožky. Pomůcka je měkká a umožňuje prodyšnost pokožky, a tím i snižuje vznik kožních problémů. Fixuje se pomocí samolepicího pásku ke spodnímu prádlu nebo k fixačním kalhotkám (Inkontinence, [b.r.]).

Jednorázové inkontinenční pomůcky pro II. stupeň inkontinence

Středně těžká inkontinence nastává při mírném zvýšení nitrobřišního tlaku, a to při chůzi po schodech nebo při fyzické práci. Vložené pleny jsou určeny především pro mobilní jedince, kteří trpí ztrátou moči mezi 100 až 200 ml za čtyři hodiny. Používají se jak u žen, tak u mužů.

Produkty obsahují dvojitou vrstvu s extra savým jádrem, a tím je umožněno opakovaně absorbovat tekutinu. Po celé délce pleny jsou elastické okraje, které zajišťují její přilnutí k tělu. Jejich součástí je prodyšná spodní fólie, která snižuje riziko podráždění pokožky. Díky tomuto prvku je plena maximálně diskrétní a na dotek působí jako látka. Proti nechtěnému úniku moči jsou vybaveny pružnými pásky a postranními lemy v oblasti tříslel. K fixaci slouží elastické síťované kalhotky. Do této skupiny pomůcek patří také navlékací plenkové kalhotky, které jsou prodyšné a nešustivé. Mají vysoce absorpční jádro, které zajišťuje rychlý odvod a zadržování tekutiny, a to se nachází v oblasti rozkroku nebo je rozloženo po celé délce kalhotek. Díky němu je zabráněno nežádoucímu pachu a také minimalizuje únik tekutiny. Po bocích plena obsahuje elastická vlákna, která zajišťují pevné a pohodlné uchycení, a kalhotky proto zůstávají na svém místě i při aktivním pohybu. Vyrábí se v řadě velikostí, které se určují obvodem pasu (Abrams, 2013, s. 1679–1681).

Jednorázové inkontinenční pomůcky pro III. stupeň inkontinence

Plenkové lepicí kalhotky jsou určeny pro osoby se střední až velmi těžkou inkontinencí, která je spojena s únikem moči nad 200 ml za čtyři hodiny. Používání plenkových lepicích kalhotek je nutností z důvodu trvalého odchodu moči či stolice. Kalhotky mají stále suchý povrch, který zajišťuje velmi savé jádro, a to odvádí moč dovnitř pomůcky, kde se přemění na gel. Ten je rozmístěn po celém povrchu savého jádra. Proti úniku tekutin slouží těsnicí bariéry, které jsou protaženy až do oblasti zad. Dále je výrobek plně prodyšný a měkký. Připevňují se pomocí samolepicí pásky s háčky, které umožňují přelepování (Abena, [b.r.]).

Jednorázové absorpční podložky se vyrábějí většinou obdélníkového tvaru a v různých velikostech. Slouží k ochraně lůžek u inkontinentních osob a umísťují se pod pacienta. Podložky se liší svou vstřebávací schopností. Mají protiskluzovou fólii a na povrchu absorpční vrstvu, která je vyrobena z celulózy a je šetrná k pokožce (Sochorová, 2009, s. 50–51).

3.3 Obstrukční pomůcky

Inkontinenční obstrukční pomůcky určené pro ženy jsou vyrobeny tak, aby mechanicky uzavíraly močovou trubici a bránily úniku moči. Rozdělují se do třech kategorií, a to na intrauretrální, extrauretrální a intravaginální pomůcky, které poskytují podporu hrdla močového měchýře. Zde řadíme pesary, tampony a míčky a používají je především ženy se stresovou inkontinencí. Mužské obstrukční pomůcky mají za cíl zabránit úniku moči stlačením penisu

a řadíme k nim penilní svorky. Omezují přítok krve do penisu, způsobují tlakové léze a poškození tkání, a proto by měly být používány s opatrností (Abrams, 2013, s. 1700–1708).

Při inkontinenci stolice lze používat inkontinenční zátku neboli anální tampony. Jsou to zdravotnické pomůcky z polyvinylalkoholové pěny, která je toxikologicky, dermatologicky i imunologicky inaktivní. Slouží k regulaci odchodu stolice. Existují různé tvary i velikosti tamponů vzhledem k individuálním potřebám každého jedince. Nejprve se aplikují menší velikosti a před jejich zaváděním by měl být dotyčný vyprázdněn. Po zavedení lze pociťovat nucení na stolicí, tento reflex postupně vymizí. Zavedený tampon lze použít šest až osm hodin a poté se odstraní pozvolným tahem za vytahovací vlákno. Při používání tamponů je důležitá spolupráce pacienta a jeho důkladná edukace (Anděl, 2014, s. 76–80).

3.4 Preskripce inkontinenčních pomůcek

Inkontinenční pomůcky jsou poskytovány na základě číselníku veřejného zdravotnického pojištění, který je v souladu se Zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Všeobecná zdravotní pojišťovna hradí léčebné pomůcky za účelem pokračování léčebného procesu, podpoření zdravotního stavu pojištěnce, aby nedocházelo ke zhoršení stavu. *Pojišťovna hradí vždy zdravotnický prostředek v základním provedení nejméně ekonomicky náročném v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení* (Úhradový katalog VZP – ZP, 2018).

Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku, který lékař vyplňuje, nesmí chybět kód pojišťovny, informace o pojištěnci, o jaký druh úhrady se jedná, diagnóza pacienta, datum vystavení poukazu, podpis a razítko lékaře. Pomůcky pro inkontinentní patří do skupiny 02. Pro předepsání těchto zdravotnických pomůcek je kompetentní praktický lékař, urolog, gynekolog, neurolog, popřípadě geriatr, který má smlouvu s danou pojišťovnou. Nárok na předpis vzniká až po prokázání patologické inkontinence. Zdravotnické pomůcky jsou rozděleny na absorpční, sběrné a obstrukční. Inkontinence je rozdělena podle závažnosti postižení do tří stupňů (Úhradový katalog VZP – ZP, 2018).

První stupeň inkontinence je řešen inkontinenčními pomůckami, které jsou v úhradovém katalogu označeny zkratkou SKP (skupina postižení) 1 a patří mezi ně dámské absorpční vložky se savostí nad 120 ml, pánské vložky a absorpční pánské kapsy. Všeobecná zdravotní pojišťovna hradí maximálně 150 kusů do výše 450,- Kč měsíčně (Úhradový katalog VZP – ZP, 2018).

Druhý stupeň inkontinence je řešen inkontinenčními pomůckami, které v úhradovém katalogu jsou značeny zkratkou SKP 2 a patří mezi ně absorpční vložné pleny dámské i pánské s maximálním počtem 150 kusů v celkové výši 900,- Kč za měsíc. Fixační kalhotky jsou hrazeny maximálně 24 kusů v celkové výši 190,- Kč za rok a jen v případě, pokud pacient používá absorpční pleny. Dále zde spadají urinální kondomy, a to v počtu 30 kusů v celkové hodnotě 700,- Kč za měsíc, dále pak denní a noční sběrné urinální sáčky hrazené maximálně do 10 kusů za měsíc v hodnotě 500,- Kč (Úhradový katalog VZP – ZP, 2018).

Třetí stupeň inkontinence je řešen inkontinenčními pomůckami, které jsou v úhradovém katalogu značeny zkratkou SKP 3 a patří mezi ně plenkové absorpční kalhotky s maximálním počtem 150 kusů v celkové výši 1 700,- Kč za měsíc, absorpční podložky, a to 30 kusů za měsíc, u kterých se z veřejného zdravotního pojištění platí 75 % konečné ceny. Dále se zde řadí urinální kondomy, denní a noční sběrné urinální sáčky ve stejném množství a finančním limitu, jak je uvedeno v II. stupni inkontinence (Úhradový katalog VZP – ZP, 2018).

4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S PLENKOVOU DERMATITIDOU

Jak již bylo uvedeno v předchozí kapitole, inkontinence ovlivňuje mnoho oblastí pacientova života. Polovina osob trpících inkontinencí moči nebo stolice se setkala ve svém životě plenkovou dermatitidou. Dermatitida má negativní vliv na psychickou stránku jedince, omezuje pacienta v každodenních aktivitách a zasahuje také do jeho ekonomické situace, a to zvyšováním nákladů za nákup vhodných absorpčních pomůcek a za poplatky k ošetření kůže, eventuálně poplatky za léky (Zimová, 2015, s. 16).

U inkontinentních pacientů hraje hlavní roli především kontakt moči a stolice s kůží. Kůže je s přibývajícím věkem zranitelnější a citlivější. Pokud amoniak z moči působí na pokožku, dochází k elevaci pH, vazodilataci, zvýšení tělesné teploty a tím k narušení kožního krytu, a to vše vyústí k maceraci pokožky. Při kontaktu stolice s pokožkou dochází k vzestupu enzymů, které jsou vysoce agresivní a narušují ochrannou vrstvu kůže. Macerovaná kůže a oslabená kožní bariéra propouští dráždivé látky, které se objevují v dezinfekcích, sprchových gelech a mýdlech. Špatná výživa, jako například podvýživa, která je často u starších jedinců, může omezovat funkci pokožky a propouštět škodlivé látky, tím se zvyšuje dráždivost kůže a rychlejší rozvoj plenkové iritační dermatitidy. Špatná hydratace pokožky ohrožuje její bariérovou funkci. Ohrozit funkci pokožky může také například horečka, špatná hygienická péče, nedostatečná prevence nebo nevhodná léčba. Tyto důvody mohou vést k rozvoji nebo zhoršení plenkové iritační dermatitidy (Kneedler, Pfister a Purcell, 2015, s. 12–13). Nejdůležitější oblastí v péči o inkontinentního pacienta jsou hygienická péče, péče o pokožku a prevence komplikací, kterými jsou plenková dermatitida a dekubitus.

4.1 Hygienická péče o pacienta

Aby bylo možno zabránit vzniku a rozvoji IAD, je nutná vhodná péče o kůži, která je v podstatě její prevencí, ale i léčbou. Prvním krokem je kontrola kůže na celém povrchu, zvláště v rizikových oblastech. Místa, ve kterých vzniká zánět, jsou kožní záhyby, perianální rýha, genitálie a hýždě. Důvodem vzniku bývá dlouhodobé vystavení kůže vlhkosti. Pravidelná kontrola těchto oblastí nám pomáhá včas objevit příznaky podráždění pokožky (Junkin, 2008).

Ideální postup, který zahrnuje tři základní kroky k ošetřování pokožky, je hygiena, hydratace a ochrana pokožky. Uvedené postupy ošetřování zabraňují výskytu IAD. Perineální hygiena

zahrnuje důkladné umývání kůže po každé expozici moči nebo stolice pro zamezení vzniku rizika poškození pokožky. Mezi nevhodné prostředky sloužící k očištění pokožky řadíme mýdlo a vodu. Voda má pH 10 a stává se pro pokožku toxickou a v kombinaci s mýdlem s pH 10–11 poškozuje kyselou kožní bariéru. Zásadité pH prostředků napomáhá množení bakterií, plísní a dalších kožních infekcí. Ideální přípravky pro prevenci a léčbu IAD musí splňovat určitá kritéria, aby nedocházelo k poškození ochranné funkce pokožky. Musí mít pH podobající se pokožce (4,5–5,5), musí být hypoalergenní, transparentní, bez parfemace a cenově dostupné a měly, by šetřit čas personálu. Výběr produktů používané pro očistu pokožky jsou k dispozici v široké škále (Beeckman et al., 2015 s. 10–13).

Vhodné jsou čisticí pěny, které není potřeba oplachovat. Jemně myjí, očišťují pokožku a zanechávají na ní ochrannou vrstvu, obsahují promašťující složku, regenerují a chrání. Nenarušují přirozenou hydrolipidovou bariéru, která chrání pokožku před škodlivými vnějšími vlivy. Zanechává kůži osvěženou a měkkou na dotyk. Krém se nanáší a odstraňuje suchou žínkou. Není třeba dále oplachovat vodou. Jako příklad uvádíme Seni Care 3 v 1, Tena Wash Cream 3 v 1, Abena čisticí pěna k mytí a ošetřování pokožky (Seni, [b.r.]).

K mytí pokožky pro prevenci vzniku IAD jsou doporučeny jemné nealkalické mycí gely s pH 4,5–5,5 (například Cutosan gel, Menalind Professional). Přípravky nevysušují pokožku, nedráždí a obsahují antibakteriální přísadu, nanáší se v dostatečném množství na navlhčenou pokožku, rozetřou se až do vytvoření pěny. Po jejich působení přibližně dvě minuty se pokožka důkladně opláchnou vodou (DrKonrad, [b.r.]).

Další možností pro hygienu pokožky jsou jednorázové čisticí ubrousky, které mají jemnější strukturu než jednorázové žínky. Jejich použití je snadné, zajišťují pokožce čistotu, hydrataci a ochranu, jsou hypoalergenní. K dispozici jsou například ubrousky napuštěné dimethiconem, panthenolem, babassu olejem, který obsahuje kyselinu laurovou, a ta má antimikrobiální účinky. Nezpůsobují dráždění pokožky třením a potlačují vznik infekce. Dimethicon je bezbarvá, čirá kapalina hydrofobních vlastností, která má hydratační a ochranné účinky (Kneedler, Pfister a Purcell, 2015, s. 17–18).

Olej napuštěný v ubrouscích pokožku hydratuje a tím zabraňuje jejímu vysychání. Ubrousky jsou určeny pro každodenní hygienu, ale také pro osoby trpící inkontinencí. Denní frekvence není omezena. Pro příklad uvádíme Cutosan ubrousky, Seni Care vlhčené ubrousky, Tena Wet Wipe vlhčené ubrousky, čisticí ubrousky pro péči při inkontinenci značky Cavilon (DrKonrad, [b.r.]).

4.2 Hydratace a ochrana kůže

Po důkladném očištění pokožky následuje její vysušení. Mělo by být minimalizováno tření pokožky pomocí šetrných pohybů ručníkem z jemné tkaniny. Další významnou složkou péče o pokožku, která pomáhá v prevenci i léčbě IAD, je hydratace pokožky. Pomáhá udržovat normální hladinu epidermálních lipidů, snižuje ztrátu vody a obnovuje funkci kožní bariéry. Přípravky k hydrataci obsahují kombinaci změkčovadel, okluzivních látek a zvlhčovadel, aby dosáhly příznivých účinků. Hlavními složkami změkčovadel jsou lipidy obsažené v tucích, voscích a olejích v živočišných produktech, lanolinu a dimethiconu. Mají pozitivní účinky na kožní bariéru. Ve většině ochranných přípravků jsou obsaženy také zvlhčovadla, například glycerin, které zvyšují absorpci vody z dermis do epidermis. Tyto přípravky jsou pro poškozenou pokožku přínosné, protože podporují hydrataci pokožky a snižují výskyt různých forem kožního poškození (Kneedler, Pfister a Purcell, 2015, s. 17–18).

Ochrana pokožky je třetím krokem vedoucím k hydratované a zdravé pokožce. Pro zlepšení a zpevnění narušené bariérové funkce pokožky se používají přípravky obsahující zinek. Zinkoxid je jemný bílý nezapáchající prášek, který je součástí mastí, past a roztoků. Preparáty obsahující oxid zinečnatý jsou velmi vhodné pro intenzivní ochranu pokožky, pomáhají ji léčit i chránit před plenkovou dermatitidou, předcházejí zarudnutí kůže, zklidňují citlivou a podrážděnou pokožku (například Cutozinc spray 10%. Pro zvládnutí plenkové iritační dermatitidy při sekundární mykotické infekci se používají antimykotické krémy (Zímová, 2015, s. 19).

Mezi další přípravky pro prevenci a léčbu IAD patří bariérové krémy a filmy, které zabraňují poškození ohrožené kůže, vytvářejí ochranný film na pokožce. Jsou to hydratační přípravky, které obsahují směsi polymerů a dimethiconu sloužící na ochranu a hydrataci pokožky. Některé z nich, například Cavilon Double Barrier, Cavilon No Sting Barrier film, jsou transparentní, a tím umožňují vizualizaci pokožky. Jsou hypoalergenní a bez zápachu. Před použitím přípravku je potřebné pokožku vždy očistit a osušit (Cavilon, [b.r.]).

Součástí péče o pacienty s IAD je také zajištění plnohodnotné vyvážené stravy s příjmem všech esenciálních látek a dostatečný příjem tekutin. Nedostatečná výživa nebo podvýživa vede ke zhoršení funkce i nedostatečné obnově poškozené pokožky. Dostatečný příjem tekutin je důležitý pro zajištění správného napětí a prokrvení kůže. Strava pacientů, kteří jsou náchylní ke vzniku plenkové iritační dermatitidy, by měla obsahovat především dostatek plnohodnotných bílkovin, které jsou obsaženy v mase, mléce, sýrech, jogurtech a tvarohu.

Pokud má pacient problémy s příjmem běžné stravy a hrozí mu riziko nedostatečné výživy, je vhodné stravu obohacovat vhodnými nutričními přípravky s vysokým obsahem bílkovin a energie, mezi které řadíme například Nutridrink Protein od značky Nutricia. Další nutriční přípravek, který je určený na podporu obnovy poškozené pokožky, je Cubitan od značky Nutricia. Obsahuje zvýšené množství bílkovin a je obohacen o důležitou aminokyselinu arginin, dále o vitamíny a stopové prvky (Nutricia, 2010).

4.3 Hodnoticí nástroje k posouzení IAD

Riziko vzniku plenkové dermatitidy je daleko vyšší u inkontinentních osob, při nedostatečné hygieně a nedůsledné hydrataci pokožky nebo u osob se sníženou mobilitou. Přesné určení IAD umožňuje provést příslušné preventivní kroky. Nástroj pro hodnocení by měl konkrétně řešit rizika, která vedou k daným problémům. Mikel Gray uvádí nástroj pro hodnocení IAD, který se nazývá Perineal Assessment Tool z roku 2002 (Nástroj k posouzení perineální pokožky) (viz příloha P I). Jedná se o čtyřbodový nástroj, který posuzuje rizika dle typu dráždivých látek (moč, stolice), délky jejich působení na kůži, stavu perianální oblasti a podle přispívajících faktorů, jako jsou například nízký albumin, antibiotika nebo patogenní mikroorganismus *Clostridium difficile*. Každá z uvedených čtyř položek vyhodnocených tímto nástrojem je bodově ohodnocena v rozmezí od 1 do 3 bodů. Čím je vyšší skóre, tím je vyšší riziko vzniku IAD. Za nízké riziko vzniku IAD je považováno rozmezí od 4 do 6 bodů, skóre 7–12 bodů se považuje za vysoké riziko rozvoje IAD. Dle zahraničních zdrojů je nástroj považován za spolehlivý a je doporučeno ho používat ke zjištění rizika vzniku plenkové dermatitidy v nemocniční péči (Gray et al., 2012).

Další nástroj, který hodnotí stav kůže, je navržený Kennedym a Lutzem a určuje závažnost onemocnění IAD (viz příloha P II). Kategorie hodnocení jsou velikost rozpadu kůže, barva pokožky a eroze kůže. Tento nástroj posuzuje velikost postižené kůže a vyžaduje po ošetřujícím personálu, který tento hodnoticí nástroj používá, aby zjistil, zda poškození postihuje pouze pokožku, nebo pokožku i škáru. Čím vyšší skóre, tím je závažnější stav kůže u pacienta s IAD (Gray et al., 2012).

Všeobecná sestra by měla v pravidelných intervalech hodnotit stav pokožky, a tím by mohla odhalit možná rizika vzniku plenkové iritační dermatitidy. Hodnoticí nástroj sestřám ulehčuje práci a napomáhá odhalit pacienty s rizikovými faktory. Vhodný nástroj k posouzení rizik IAD dle typu dráždivých substancí, doby jejich působení na kůži, stavu kůže perianální oblasti a dle počtu přispívajících faktorů se nazývá Nástroj k posouzení perineální pokožky.

Pro posouzení rizik u pacienta při příjmu by bylo vhodné použít tabulku posouzení rizikových faktorů IAD (viz příloha P III), která posuzuje stav výživy, druh inkontinence, užívání antibiotik a imobilitu. Aby nedocházelo k poškození pokožky, je důležité dbát na dostatečnou prevenci, která spočívá v pravidelné výměně inkontinenční pomůcky, čisté pokožce a aplikaci hydratačních a ochranných přípravků (Krajčíková, 2015).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA PRÁCE

Praktická část bakalářské práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o pacienty s plenkovou iritační dermatitidou na standardních nemocničních odděleních a na jednotce intenzivní péče. V rámci kvalitativního výzkumu jsou zpracovány jednotlivé případy formou kazuistik. Zpracované informace mohou nastínit odborné veřejnosti, a všeobecným sestřím možnosti péče o uvedenou problematiku. Součástí praktické části je také vytvoření návrhu ošetrovatelského standardu, pro prevenci a péči o pacienty s plenkovou iritační dermatitidou.

5.1 Cíle praktické části bakalářské práce

Cíl 1

Informovat odbornou veřejnost, všeobecné sestry, prostřednictvím vypracovaných kazuistik o ošetrovatelské péči o pacienty s plenkovou iritační dermatitidou.

Cíl 2

Vytvořit návrh ošetrovatelského standardu týkající se prevence a péče o pacienta s plenkovou iritační dermatitidou.

5.2 Metoda výzkumného šetření

V praktické části bakalářské práce byla zvolena kvalitativní výzkumná metoda, kazuistika. Kazuistika umožňuje zachytit složitost případu, snaží se o popis sledu událostí v jejich celistvosti. Důkladným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným případům (Hendl, 2008, s. 100). Na vybraných a následně zpracovaných případech názorně ukážeme průběh ošetrovatelské péče o pacienta s plenkovou iritační dermatitidou na standardních odděleních a na jednotce intenzivní péče. S formou zpracování kazuistik se v ošetrovatelství setkáváme celkem často, jedná se o podrobně zpracovanou studii jedné osoby či případu, kdy se snažíme sestavit celkový obraz daného onemocnění (Kutnohorská, 2009, s. 76). Součástí kazuistiky je jak ošetrovatelská, tak i terapeutická péče. Ošetrovatelskou péči definujeme jako sestavu specializovaných činností k uspokojení potřeb pacienta, prováděných kvalifikovanými zdravotnickými pracovníky, sestrami, na základě ordinace lékaře (Vondráček, 2011, s. 70). V příložených čtyřech kazuistikách je popsána ošetrovatelská péče o pacienta s plenkovou iritační dermatitidou. Souhlasné stanovisko k Žádosti o umožnění přístupu k informacím na daných pracovištích, kde byly získány podklady pro tvorbu kazuistik, je k dispozici u autorky bakalářské práce.

5.2.1 Charakteristika respondentů popisovaných v kazuistikách

Kritériem pro výběr respondentů byli pacienti s plenkovou iritační dermatitidou. V praktické části bakalářské práce jsou popsány čtyři kazuistiky, které mapují péči o pacienty s plenkovou iritační dermatitidou. V předložených kazuistikách pro srozumitelnost a posloupnost je dodržen časový průběh událostí. V kazuistikách č. 1 až 2 byli zařazeni respondenti hospitalizovaní na jednotce intenzivní péče a je v nich popsán průběh péče o plenkovou iritační dermatitidu v oblasti perianální rýhy a na genitáliích, v kazuistice č. 3 byla respondentka hospitalizována na geriatrickém standardním oddělení a je v ní popsán průběh péče o kůži v oblasti perianální rýhy, v kazuistice č. 4 byl respondent hospitalizován na standardním interním oddělení a pečovalo se u něj o kůži v oblasti pravého třísla. Kazuistiky jsou anonymní, bez možnosti identifikace nemocných z důvodu ochrany jejich osobních údajů. O respondenty, jejichž případy jsou zpracovány v kazuistikách, autorka této práce pečovala v průběhu své praxe. Od respondentů byly získány souhlasy k využití jejich osobních dat a fotografií v této práci. Autorkou práce byla pořízena fotodokumentace zachycující péči o plenkovou iritační dermatitidu a ta je vložena v jednotlivých kazuistikách.

5.2.2 Organizace sběru dat

Sběr dat pro tvorbu jednotlivých kazuistik probíhal na jednotce intenzivní péče a standardních interních a geriatrických odděleních. Po dohodě se staničnickými sestrami a se všeobecnou sestrou věnující se problematice hojení ran na konkrétních odděleních byli postupně vybráni čtyři pacienti s řešenou problematikou a následně o ně bylo pečováno. Respondenti byli sledováni v období od 20. 10. 2017 do 11. 12. 2017, následně byly zpracovány jednotlivé případy formou kazuistik. Ostatní potřebná data byla dohledána a získána ze zdravotnické dokumentace.

5.3 Metodika tvorby standardu ošetrovatelské péče

Ošetrovatelský standard je dohodnutá profesní norma, která určuje kvalitní ošetrovatelskou péči. Je závaznou normou, která poskytuje nemocným pocit bezpečí a jistoty a současně chrání sestry před neoprávněným postihem. Ošetrovatelské standardy dělíme na strukturální, procesuální a výsledkové. Strukturální standardy řeší organizaci ošetrovatelské péče a poskytování služeb, vybavení pracoviště, pomůcky, prostory a předpoklady pro práci zdravot-

nických pracovníků. Procesuální standardy jsou určeny pro konkrétní výkon nebo pro určitou část ošetrovatelského procesu a výsledkové jsou určeny k hodnocení kvality (Gladkij et al., 2003, s. 37–39).

Proces tvorby standardu zahrnuje identifikaci klíčových oblastí, vypracování návrhu standardu, ověření navrhnutého standardu v praxi, porovnání s aktuální praxí, upravení standardu v případě rozporu standardu a běžné klinické praxe, následné schválení standardu pracovní skupinou, vyhlášení jeho platnosti a jeho distribuce uživatelům (Hulková, 2016, s. 18).

6 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT

6.1 Kazuistika č. 1

Cíl: Popsat specifika ošetrovatelské péče o pacienta s plenkovou iritační dermatitidou v perianální oblasti, na hýždích a v okolí šourku.

Pacient monitorován od 20. 10. 2017 do 1. 11. 2017 na interním oddělení.

Popis případu: Pacient A. A., 69 let, důchodce, žije s manželkou v rodinném domě. Trpí diabetem mellitem 2. typu na perorálních antidiabetících a inzulinu. Byl přijat 17. 9. 2017 na chirurgické oddělení pro ischemický ileus, dne 19. 9. 2017 provedena průzkumná laparostomie. Stěna střeva bez známek nekrózy, ale zánět prokázán a laparostoma ponecháno. Po výkonu byl přijat k další terapii na oddělení intenzivní péče operačních oborů – septická, kde byly nasazeny intravenózní antibiotika Augmentin + Metronidazol, volumoterapie, analgezie, podpora diurézy. Dne 22. 9. 2017 provedena další revize v celkové anestezii, ale výkon byl komplikován oběhovou nestabilitou s nutností nasazení katecholaminů, po operaci přeložen na anesteziologicko-resuscitační oddělení a zde byl pacient na umělé plicní ventilaci. Poté byla provedena operační revize, kde bylo břicho uzavřeno. Pacient z chirurgického hlediska vyřešen, doporučen překlad a léčba enteritidy pokračovala na jednotce intenzivní péče. Dne 30. 9. 2017 byl pacient lehce zmatený, vytáhl si nasogastrickou sondu, zvracel, měl bolesti břicha. Po konzultaci s chirurgem se provedlo CT břicha s kontrastem, kde byla popsána obtékaná trombóza ve větvení a. mesenterica. Dle chirurga je terapie konzervativní. Dne 19. 10. 2017 byl pacient přeložen ve stabilizovaném stavu na interní oddělení.

Farmakoterapie: Controlog 40 mg (antacida) 1-0-0, Enterol 250 mg (antidiaroeika) 1-0-1, Allopurinol 100 mg (antiuratika) 0-1-0, Anopyrin 100 mg (antitrombotika) 0-1-0, Thiamin 100 mg (vitamin B1) 1-0-0, Torvacard 10 mg (hypolipidemica) 0-0-1, ATB (Meronem 1 g. + FR 1/1 100 ml i. v. každých osm hodin), Fraxiparine 0,8 ml s. c. (antikoagulantia) 1-0-1, Oxygenoterapie – kontinuálně 4 l/hod., Inzulin HMR 10j - 8j - 6j - 4j.

Zhodnocení zdravotního stavu

Výživa: Nasogastrická sonda, podáván Nutrison Energy 3x denně / 300 ml, za týden postupně navyšován perorální příjem a zavedena dieta č. 9.

Tekutiny: Příjem tekutin činil 2 litry čaje / 24 hodin.

Pohybový režim: Pacient – ležící, imobilní. Pátý den hospitalizace na interním oddělení byl postupně vertikalizován.

Soběstačnost: Pacient nesoběstačný ve všech úrovních péče, ale orientovaný místem, časem i osobou.

Vyprazdňování moče: Zaveden permanentní močový katétr 18G / 8 den.

Vyprazdňování stolice: Průjmovitá stolice 7x denně.

Inkontinenční pomůcky: Plenkové kalhotky Super Seni Plus byly vyměňovány dle potřeby pacienta při odchodu řídké stolice.

Tabulka 1 Posouzení rizikových faktorů IAD u pacienta A. A.

Posouzení rizikových faktorů IAD			
	Ano Ne	Posouzení	Celkové skóre
Imobilita	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Výživa: NGS	7 bodů
Močová inkontinence	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nutriční stav <u>Narušený</u> x Nenarušený	Příčina: Vodnatý průjem z důvodu užívání antibiotik Lokalizace: Perianální oblast, na hýždích a šourku
Inkontinence stolice	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
Průjem	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Tekutá stolice	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Clostridium / Stafylococcus aureus	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
Diabetes mellitus	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nortonová – škála hodnocení rizika dekubitů	Skóre: 18 bodů – pacient ohrožen vznikem dekubitů
Mentální postižení	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Jaké riziko má pacient?	
Antibiotika	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Inkontinence + 1 nebo více rizikových faktorů = Vysoké riziko vzniku IAD	
Obezita	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

(Zdroj tabulky: Krajčiková, 2015)

Zhodnocení kůže: Na interním oddělení byla pacientovi klasifikována těžká dermatitida v perianální oblasti. Velikost poškození kožního krytu sahá od oblasti kosti křížové přes

perianální rýhu až po šourek a je porušena pokožka i škára. Kůže byla macerovaná a spodina rány lehce krvácela. V sakrální části se nacházel také dekubitus III. stupně. Udává neúprosné svědění a velké bolesti v plenkové oblasti (viz tabulka 1).

Ošetrovatelská péče a její zhodnocení

1. den hospitalizace na interním oddělení, 20. 10. 2017

Důkladná hygiena pacienta byla prováděna pomocí Seni Care mycího tělového krému 3 v 1. Byl nanášen a odstraňován žinkou bez dalšího oplachování vodou. Následně byl pacient bodově osušen šetrnými pohyby ručníkem. Po konzultaci s převazovou sestrou interního oddělení byla doporučena léčba pomocí Cutozinec spray 10%, který byl aplikován při každé výměně inkontinenční pomůcky. Z důvodu přetrvávajících řídkých stolic léčba dermatitidy stagnuje. Cutozinec spray je pravidelně aplikován na pokožku v následujících čtyřech dnech.



Obrázek 1 Plenková iritační dermatitida těžkého stupně, poškození pokožky v oblasti perianální rýhy, na hýždích a šourku (zdroj: autorka práce)

5. den hospitalizace na interním oddělení, 25. 10. 2017

U pacienta během čtyř dní došlo k vymizení vodnatých průjmů s ustálením tří kašovitých stolic denně. Kůže přestala být iritována průjmovitou stolicí, a tím došlo ke zlepšení plenkové iritační dermatitidy. Inkontinenční pomůcky ponechány pacientovi pouze na noc. Při každé expozici se stolicí byla pokožka očištěna pomocí Seni Care mycího tělového krému 3 v 1 a následně osušena bodově šetrnými pohyby ručníkem. Po důkladném očištění pokožky byl stále aplikován Cutozinec spray 10%. Tento přípravek velmi zklidnil poškozenou a citlivou pokožku, která byla ještě mírně porušena, stále zůstává zarudlá v oblasti perineální

rýhy a na šourku zůstává malé ložisko poškozeného kožního krytu. Pacient již neudává svědění v plenkové oblasti a cítí se lépe.



Obrázek 2 Plenková iritační dermatitida mírného stupně, malé ložisko v perianální rýze, hýždích a na šourku (zdroj: autorka práce)

12. den hospitalizace na interním oddělení, 1. 11. 2017

U pacienta došlo k úpravě vylučování stolice a vyprazdňuje se pravidelně jednou za den. Defekace probíhá na pojízdném křesle, které je uloženo na pokoji. Hygiena je prováděna na koupelně s dopomocí ošetrovatelského personálu. Pokožka v oblasti hýždí a genitálu byla ošetřována Cutozinec spray 10% až do svého úplného zhojení. Pokožka je klidná, bez zarudnutí. Použitý přípravek dostatečně hydratuje a obnovuje rovnováhu pokožky díky působení oxidu zinečnatého a výrazně urychlil léčbu IAD.



Obrázek 3 Plenková iritační dermatitida byla zahojena, na hýždích zůstal dekubitus II. stupně (zdroj: autorka práce)

Diskuze: V rámci hygieny a při každé expozici se stolicí byl používán Seni Care mycí tělový krém 3 v 1, který má vyvážené pH 5,5. Je vhodný pro očištění a ošetření podrážděné pokožky, která je citlivá na působení vody a mýdla. Jemně čistí, regeneruje, chrání a je bez

parfemace. Nenarušuje přirozenou hydrolipidovou bariéru, která chrání pokožku před škodlivými vnějšími vlivy. Zanechává pleť osvěženou a měkkou na dotyk. Krém se nanáší a odstraňuje suchou žínkou. Není třeba dále oplachovat vodou. Používá se dle potřeby několikrát denně. Po důkladně provedené hygieně byl aplikován Cutozinec spray 10%. Byl užíván při každé výměně inkontinenční pomůcky. Po čtyřech dnech došlo k vymizení řídkých průjmů a léčba Cutozincem začala účinkovat. Cutozinec spray 10% napomáhá zklidnit citlivou a podrážděnou pokožku při plenkové dermatitidě a snaží se ji chránit před jejím vznikem. Složky přípravku tvoří na pokožce ochrannou vrstvu chránící citlivou pokožku před dráždivými složkami ze stolice a moči. Dále jí poskytuje hydrataci a podporuje její obnovu. Používání jednorázových ubrousků nebylo využito. Výměna inkontinenčních pomůcek byla prováděna pravidelně, aby pacient nebyl vystavován dráždivým látkám a vlhkému prostředí.

Závěr: Plenková iritační dermatitida vznikla na podkladě průjmů po předchozím užívání antibiotik. K ošetrovatelské péči u pacienta byl používán v rámci hygieny Seni Care mycí tělový krém 3 v 1, který má pH 5,5. Následně čistá pokožka byla pravidelně ošetřována Cutozinec spray 10%. Používání správného mycího prostředku a ošetřování kůže pomocí Cutozinec spray 10% pomohlo zvládnout akutní iritační dermatitidu. Při této péči za 12 dnů došlo k vymizení příznaků dermatitidy a ta byla zcela zahojena.

6.2 Kazuistika č. 2

Cíl: Popsat specifika ošetrovatelské péče o pacienta s plenkovou iritační dermatitidou v oblasti zad a hýždí.

Pacientka monitorována od 25. 11. 2017 do 11. 12. 2017 na jednotce intenzivní péče a geriatrickém oddělení.

Popis případu: Pacientka A. B., 77 let, důchodkyně, žije s mentálně postiženým synem v rodinném domě. Trpí diabetem mellitem 2. typu na inzulínu. Pacientka ležela doma dva dny na pohovce, nekomunikovala a byla v bezvědomí. Byla přijata 19. 11. na urgentní příjem pro poruchu vědomí, kde byla zahájena hydratace krystaloidy. Glykémie byla 56 mmol/l, kreatinin 251, CRP 107 mg/l a leukocyty 25. Vzhledem k hyperglykemickému komatu a akutnímu renálnímu selhání odeslána na jednotku intenzivní péče. Zde byly podávány krystaloidy 2 500 ml a inzulín kontinuálně v malé dávce. Byly nasazeny intravenózní antibiotika ciprofloxacin kabi 400 mg. Zavedena ČŽK. Vzhledem k hypernatrémii substitute FR ½, dále pak bezelektrolytové roztoky glukózy 5%. Stav se nadále nelepší, pacientka soporózní. Doplněné CT mozku, které bylo bez akutních změn. Byly popsány ischemicko-degenerativní změny bílé hmoty mozku. Odebrána hemokultura, kde byly nalezeny G+ koky, v moči G- tyčky. Byla zahájena parenterální výživa pomocí aminoplasmal hepa 10%.

Farmakoterapie: Anopyrin 100 mg (antitrombotika) 0-1-0, Thiamin 100 mg (vitamin B1) 1-0-0, ATB (Ciprofloxacin kabi 400 mg + FR 1/1 100 ml i. v. každých osm hodin), Fraxiparine 0,4 ml s. c. (antikoagulantia) 1-0-1, Oxygenoterapie – kontinuálně 6 l/hod., Inzulín HMR kontinuálně v malé dávce.

Výživa: NPO, parenterální výživa – aminoplasmal hepa 10%. Za týden zavedena dieta č. 9.

Tekutiny: podávány krystaloidy 2 500 ml/den, později glukóza krytá inzulínem, poté přijímány tekutiny per os 2 000 ml čaje za 24 hodin.

Pohybový režim: Pacientka – ležící, imobilní po celou dobu hospitalizace.

Soběstačnost: Pacientka nesoběstačná ve všech úrovních péče, ale orientována místem, časem i osobou.

Vyprazdňování moči: Zaveden permanentní močový katétr 16 G/ 6 den.

Vyprazdňování stolice: Průjmovitá stolice 3x/den.

Inkontinenční pomůcky: Zalepovací kalhotky řady MoliCare Premium, které jsou určeny pro těžký stupeň inkontinence. Byly vyměňovány 3x denně.

Tabulka 2 Posouzení rizikových faktorů IAD u pacienta A. B.

Posouzení rizikových faktorů IAD			
	Ano Ne	Posouzení	Celkové skóre
Imobilita	■ □	Výživa: NGS	7 bodů
Močová inkontinence	■ □	Nutriční stav <u>Narušený</u> x Nenarušený	Příčina: Vodnatý průjem po užívání antibiotik Lokalizace: Oblast zad a hýždí
Inkontinence stolice	■ □		
Průjem	■ □		
Tekutá stolice	■ □		
Clostridium / Stafylococcus aureus	□ ■		
Diabetes mellitus	■ □	Nortonová – škála hodnocení rizika dekubitů	Skóre: 17 bodů, pacient ohrožen vznikem dekubitů
Mentální postižení	□ ■	Jaké riziko má pacient?	
Antibiotika	■ □	Inkontinence + 1 nebo více rizikových faktorů = Vysoké riziko vzniku IAD	
Obezita	□ ■		

(Zdroj tabulky: Krajčíková, 2015)

Zhodnocení kůže: Na jednotce interní péče byla pacientce klasifikována těžká dermatitida v plenkové oblasti zad. Velikost poškození kožního krytu sahá od poloviny zad až do oblasti hýždí a je porušena jak pokožka, tak i škára. Pokožka je v místě postižení prosáklá, macerovaná, lesklá a lehce červená. Byly přítomny puchýře, které záhy praskly, a v důsledku toho spodina rány lehce krvácela a později se utvořily krusty (viz tabulka 2).

Ošetrovatelská péče a její zhodnocení

1. den hospitalizace na jednotce intenzivní péče, 25. 11. 2017

Důkladná ranní hygiena pacientky, která byla prováděna pomocí MoliCare Skin Wash Lotion mycí emulze a poté byla pokožka bodově osušena šetrnými pohyby ručníkem. Po každé expozici se stolicí byla pokožka vždy omyta pomocí BODY SUN mycí pěny a jemnými pohyby setřena žínkou. Po konzultaci s převazovou sestrou interního oddělení byla doporučena léčba pomocí Cutozinec spray 10%. Pokožka macerovaná, prosáklá, lesklá, spodina rány lehce krvácela a byla bolestivá na dotek. Během hospitalizace na jednotce intenzivní péče byl Cutozinec spray 10% pravidelně aplikován v malé vrstvě 3x denně při výměně pleny v následujících pěti dnech.



*Obrázek 4 Plenková iritační dermatitida těžkého stupně, poškození pokožky v oblasti zad
(zdroj: autorka práce)*

5. den hospitalizace přeložena na geriatrické oddělení, 30. 11. 2017

Během pěti dní došlo u pacientky k vymizení průjmů a ustálení jedné formované stolice denně. Inkontinentní pleny ponechány a vyměňovány při expozici se stolicí. Pokožka v oblasti zad a genitálu byla očištěna pomocí MoliCare skin čistící pěnou a následně osušena ručníkem. Po důkladném očištění pokožky byl aplikován pomocí Cutozinec spray 10% v následujících šesti dnech. Přípravek vlivem obsahu zinku hydratuje a vyživuje pokožku. Škára je ještě mírně porušena. Pokožka zůstává mírně zarudlá. V oblasti pravé hýždě zůstává ložisko o velikosti 10x10 centimetrů a na levé hýždi o velikosti 5x7 centimetrů.



Obrázek 5 Plenková iritační dermatitida středního stupně v oblasti hýždí (zdroj: autorka práce)

11. den hospitalizace na geriatrickém oddělení, 6. 12. 2017

Inkontinentní pleny ponechány a vyměňovány při expozici se stolicí. Pokožka v oblasti zad a genitálu byla stále ošetřována pomocí MoliCare skin čisticí pěny a následně osušena ručníkem. Po důkladném očištění pokožky byl aplikován pomocí Cutozinec spray 10% v následujících pěti dnech. V oblasti pravé hýždě zůstává již malé ložisko o velikosti 5x5 centimetrů a na levé hýždě o velikosti 3x3 centimetrů.



Obrázek 6 Plenková iritační dermatitida mírného stupně v oblasti kosti křížové (zdroj: autorka práce)

15. den hospitalizace na geriatrickém oddělení, 11. 12. 2017

Plenková iritační dermatitida byla zahojena.



Obrázek 7 Plenková iritační dermatitida byla zahojena (zdroj: autorka práce)

Diskuze: V rámci hygieny a při každé expozici se stolicí byl použit MoliCare skin čistící pěna, která obsahuje antibakteriální složku a má vyvážené pH 5,5. Díky keratinu chrání pokožku před působením dráždivých iritancí, jako je moč a stolice. Čistící pěna dále obsahuje výživný panthenol, zvlhčující mandlový olej a keratin. Produkt je neparfémovaný a obsahuje neutralizátor zápachu. Po důkladně provedené hygieně během hospitalizace na jednotce intenzivní péče byl aplikován Cutozinec spray 10%. Byl užíván při každé výměně inkontinenční pleny. Ochranný přípravek poskytuje hydrataci a podporuje obnovu pokožky, a tím během hospitalizace na jednotce intenzivní péče došlo ke zlepšení plenkové dermatitidy z těžkého na střední stupeň. Používání jednorázových ubrousků nebylo využito. Během hospitalizace na geriatrickém oddělení byl v rámci ošetrovatelské péče aplikován Cutozinec spray 10%.

Závěr: Plenková iritační dermatitida vznikla na podkladě vystavení moči i stolice v důsledku dlouhodobého přiložení inkontinenčních plen z důvodu bezvědomí a kvůli užívání antibiotik. K ošetrovatelské péči u pacienta byl používán v rámci hygieny MoliCare skin čistící pěna, která má pH 5,5. Čistá pokožka byla pravidelně ošetřována pomocí Cutozinec spray 10%. Používání správného mycího prostředku a ošetřování kůže pomocí vhodného ochranného přípravku pomohlo zvládnout akutní iritační dermatitidu. Při této péči za 15 dnů došlo k vymizení příznaků dermatitidy a ta byla zcela zahojena.

6.3 Kazuistika č. 3

Cíl: Popsat specifika ošetrovatelské péče o pacienta s plenkovou iritační dermatitidou v oblasti pravého třísla.

Pacientka monitorována od 6. 11. 2017 do 28. 11. 2017 na geriatrickém oddělení.

Popis případu: Pacientka A. C., 80 let, důchodkyně, žije sama v panelovém domě. Polymorbidní žena trpící chronickým srdečním selháním a diabetem mellitem 2. typu na inzulinu. Bércové defekty na levé dolní končetině. Dále trpí anémií, chronickou cholecystitidou a ischemickou chorobou srdeční. Přijata dne 21. 10. 2017 na oddělení intenzivní péče operačních oborů pro urosepsi. Zde parenterální dehydratace, zároveň nutná podpora oběhu Noradrenalinem, diuretika, antibiotická terapie – Meronem. Postupný pokles CRP a leukocytů a možno vysadit Noradrenalin. Stav se postupně zlepšuje, bez podpory oběhu, pokles zánětlivých markerů. Dne 30. 10. 2017 přeložena na standardní chirurgické oddělení. Pro progresy trofických defektů bércových vředů a progresy ischemických změn dolních končetin provedena PTA a byl zaveden stent. Po zákroku následující den vznikl rozsáhlý hematom s prosakováním do podkoží. V kontrolních laboratorních odběrech pokles hemoglobinu, hematokritu. Pokles hematokritu hrazen transfuzemi 3 EBR. K léčbě srdečního selhání, antibiotické terapie, ošetrovatelské péči defektů končetiny byla pacientka přeložena dne 2. 11. 2017 do Léčebny dlouhodobě nemocných.

Farmakoterapie: Concor cor 2,5 mg (beta blokátory) 1-0-0, Gopten 4 mg (hypotenzivum) 1-0-0, Furorese 125 mg (diureticum) 1-0-0, Furon 40 mg (diureticum) 0-1-0, Verospiron 25 mg (diureticum) 0-2-0, Omeprazol 20 mg (antacidum) 1-0-1, Ebrantil 30 mg (hypotenzivum) 1-1-1, Anopyrin 100 mg (anticoagulantia) 1-0-0, Tralgit 100 mg i. m. každých 8 hod. při bolestivosti, Diasip 1-1-1, Protifar 1 odmp. K jídlu, Ambrobene 5 ml (mukolytikum) 1-1-1 ATB (Meronem 1g i.v. + FR 1/1 100 ml každých osm hodin), Fraxiparine 0,4 ml s. c. (antikoagulantia) 1-0-1, Oxygenoterapie – kontinuálně 4 l/hod., Inzulíny: Humulin N 34j-0-28j, Humalog 14-16-16.

Výživa: Na geriatrickém oddělení zavedena dieta č. 9, schopna se samostatně stravovat.

Tekutiny: podáván F1/1 dle bilance tekutin (FR 500 ml) tekutiny přijímány per os 1 000 ml čaje.

Pohybový režim: Pacientka – ležící po celou dobu hospitalizace, soběstačná v rámci lůžka.

Soběstačnost: Pacientka nesoběstačná v rámci hygieny a vyprazdňování.

Vyprazdňování moče: Zaveden permanentní močový katétr 18G/ 4 den.

Vyprazdňování stolice: Průjmovitá stolice 5x denně, inkontinence stolice.

Inkontinenční pomůcky: Plenkové kalhotky Super Seni Plus. Byly měněny dle odchodu stolice.

Tabulka 3 Posouzení rizikových faktorů IAD u pacienta A. C.

Posouzení rizikových faktorů IAD			
	Ano Ne	Posouzení	Celkové skóre
Imobilita	■ □	Výživa: Per os	7 bodů
Močová inkontinence	■ □	Nutriční stav <u>Narušený</u> x Nenarušený	Příčina: Tekutá stolice z důvodu užívání antibiotik Lokalizace: Perianální oblast
Inkontinence stolice	□ ■		
Průjem	■ □		
Tekutá stolice	■ □		
Clostridium / Stafylococcus aureus	□ ■		
Diabetes mellitus	■ □	Nortonová – škála hodnocení rizika dekubitů	Skóre: 19 bodů – pacient ohrožen vznikem dekubitů
Mentální postižení	□ ■	Jaké riziko má pacient?	
Antibiotika	■ □	Inkontinence + 1 nebo více rizikových faktorů = Vysoké riziko vzniku IAD	
Obezita	■ □		

(Zdroj tabulky: Krajčíková, 2015)

Zhodnocení kůže: Na geriatrickém oddělení byla pacientce klasifikována plenková dermatitida středního stupně v perianální oblasti. Velikost poškození kožního krytu sahá od začátku perianální rýhy po genitál a je porušena jak pokožka, tak i škára. Pokožka je v místě postižení prosáklá, macerovaná, lesklá, velmi zarudlá a bolestivá. Okraje jsou ostře ohraničené. Vytvořila se ragáda v místě perineální rýhy. Okraje jsou ohraničené (viz tabulka 3).

Ošetrovatelská péče a její zhodnocení

1. den na geriatrickém oddělení, 6. 11. 2017

Důkladná ranní hygiena pacientky, která byla prováděna pomocí Tena Wash cream mycí krém a následně byla pokožka pečlivě osušena ručníkem. Po každé expozici se stolicí byla pokožka vždy očištěna jednorázovými vlhčenými ubrousky. Na geriatrickém oddělení byl používán ochranný krém Menalind značky Hartmann na ošetření plenkové dermatitidy. Byl aplikován vždy při každé výměně inkontinenční pomůcky v následujících sedmi dnech. Pacientka si stěžovala na neúprosné svědění a pálení v oblasti perianální rýhy.



Obrázek 8 Plenková iritační dermatitida středního stupně v perianální oblasti (zdroj: autorka práce)

8. den hospitalizace na geriatrickém oddělení, 13. 11. 2017

Během šesti dnů došlo u pacientky ke snížení průjmovité stolice na dvě tekuté stolice denně. Inkontinenční pomůcky ponechány a vyměňovány dvakrát denně po expozici se stolicí. Pokožka v okolí konečníku se mírně zhoršila a ragáda v perianální rýze stále přetrvává. Pokožka je stále zarudlá, macerovaná a bolestivá na dotek. Okraje jsou ostře ohraničené. V rámci hygieny se stále používal Tena Wash cream mycí krém a po důkladném očištění byla pokožka pečlivě osušena ručníkem. Po důkladné hygieně byl aplikován ochranný krém Menalind značky Hartmann. Pacientka nesoběstačná v oblasti hygieny a vyprazdňování. Stále si stěžuje na svědění v plenkové oblasti. Z důvodu stagnace plenkové dermatitidy jsem navrhla použít Imazol krémpastu.



Obrázek 9 Plenková iritační dermatitida středního stupně v perianální oblasti (zdroj: autorka práce)

15. den hospitalizace na geriatrickém oddělení, 20. 11. 2017

Během devíti dnů došlo u pacientky k vymizení průjmů a k ustálení dvou formovaných stolic denně. Inkontinenční pomůcky byly ponechány a vyměňovány při expozici se stolicí. Pokožka v oblasti konečníku a genitálu je ještě mírně zarudlá, ragáda v perianální rýze byla zahojena. Plenková dermatitida středního stupně se zlepšila na mírný stupeň. Po důkladné hygieně byl aplikován Imazol krémpasta po každé výměně pleny v následujících čtyřech dnech. Pacientka se cítí lépe a již neudává bolest a pálení v dané oblasti.



Obrázek 10 Plenková dermatitida mírného stupně v perianální oblasti (zdroj: autorka práce)

19. den hospitalizace na geriatrickém oddělení, 24. 11. 2017

Inkontinenční pomůcky ponechány jen na noc. Pokožka v oblasti konečníku a genitálu zůstává mírně zarudlá bez macerace. Jednorázové vlhčené ubrousky byly používány k očištění pokožky při expozici se stolicí. Po důkladném očištění byl aplikován Imazol krémpasta.



Obrázek 11 Plenková dermatitida mírného stupně v perianální oblasti (zdroj: autorka práce)

23. den hospitalizace na geriatrickém oddělení, 28. 11. 2017

Plenková iritační dermatitida byla zahojena.



Obrázek 12 Plenková dermatitida byla zahojena (zdroj: autorka práce)

Diskuze: V rámci ranní hygieny byl využíván Tena Wash cream mycí krém, který pomáhá udržovat přirozené pH pokožky. Mycí krém je výrobek typu 3 v 1. Jeho krémové složení čistí, regeneruje, hydratuje a pomáhá udržet zdravou pokožku. Tento mycí přípravek není

potřeba oplachovat vodou, je jednoduchý a efektivní v péči o pokožku trpící inkontinencí. Aplikuje se a odstraňuje pomocí jemných utěrek nebo žínek. Není třeba používat další hydratační krémy. Používá se podle potřeby několikrát denně. Po důkladně provedené hygieně během hospitalizace na geriatrickém oddělení byl aplikován ochranný krém Menalind značky Hartmann. Byl užíván při každé výměně inkontinenční pleny. Po každé expozici se stolicí byla pokožka očištěna pomocí jednorázových vlhčených ubrousků, které nedráždily již tak poškozenou pokožku. Při této péči o pokožku během osmi dnů nedošlo ke zlepšení plenkové iritační dermatitidy, a proto jsem navrhla změnit ochranný krém Menalind na Imazol krémpastu. Imazol krémpasta je antimykotikum klotrimazol v speciálním masťovém základu. Je určen k prevenci a léčbě plenkové dermatitidy spojené s infekcí. Přípravek velmi pomohl zklidnit podrážděnou a bolestivou pokožku na rozdíl od krému Menalind. Výměna inkontinenčních pomůcek byla prováděna pravidelně, aby pacientka nebyla vystavována dráždivým látkám obsaženým v moči a stolici.

Závěr: Plenková iritační dermatitida vznikla na podkladě vystavení iritancí obsažených ve stolici a moči a v důsledku užívání širokospektrálních antibiotik. K ošetrovatelské péči u pacientky byl používán v rámci hygieny Tena Wash cream mycí krém, který má pH 5,5. Čistá pokožka byla prvně ošetřována pomocí Menalind krému a poté z důvodu stagnace plenkové dermatitidy byl přípravek změněn na Imazol krémpastu. Ten zklidnil podrážděnou pokožku a postupně docházelo k její obnově. Používání správného mycího prostředku a ošetřování kůže pomocí vhodného ochranného přípravku pomohlo zvládnout akutní iritační dermatitidu. Při této péči za 23 dnů došlo k vymizení příznaků dermatitidy a ta byla zcela zahojena.

6.4 Kazuistika č. 4

Cíl: Popsat specifika ošetrovatelské péče o pacienta s plenkovou iritační dermatitidou v oblasti pravého třísla.

Pacient monitorován od 23. 10. 2017 do 31. 10. 2017 na interním oddělení, poté přeložen na geriatrické oddělení.

Popis případu: Muž A. D., 91 let, důchodce, žije v domově důchodců. Pacient se STEMI přední stěny 1/1017. Odeslán praktickým lékařem a dne 23. 10. 2017 byl přijat na interní příjem pro dekompenzaci srdečního selhání. Poslední dva týdny nárůst otoků dolních končetin a zhoršení dechu. Bolesti na hrudi bývají několikrát denně a samovolně ustoupí. Váhový přírůstek +9 kg. Močení s obtížemi, ale bez pálení. Doplněno sono břicha, kde jaterní žíly dilatovány – městnání v játrech, tekutina v pravé pohrudniční dutině a ascites kolem jater i sleziny. Při přijetí klostridiová enterokolitida po ATB terapii a plenková dermatitida v tříslech. Bakteriologicky v tříslech vykultivován *Staphylococcus aureus* a viridující streptokoky. Do léčby kontinuálně i. v. furosemid za kontrol iontogramu, N-látek, hmotnosti pacienta a bilance tekutin. Postupně převod na bolusy a perorální podávání diuretik. Kontinuálně oxygenoterapie. Na kardiologickém oddělení léčen pro chronickou ischemickou chorobu srdeční a poté 27. 10. 2017 přijat na geriatrické oddělení.

Farmakoterapie: Concor cor 2,5 mg (beta blokátory) 1-0-0, Gopten 2 mg (hypotenzivum) 1-0-0, Furon 40 mg (diureticum) 1-0-0, Anopyrin 100 mg (anticoagulantia) 0-1-0, Sortis 20 mg (hypolipidemicum) 0-0-1, Agen 5 mg (blokátory vápníkových kanálů) 0-1-0, NaHCO₃ 1 g 1-0-1 Oxygenoterapie – kontinuálně 4 l/hod.

Výživa: Na kardiologickém oddělení dieta č. 15H – dieta pro starší dlouhodobě ležící pacienty, schopen se samostatně stravovat.

Tekutiny: Podáván F1/1 dle bilance tekutin (FR 500 ml) tekutiny přijímány per os 1 000 ml čaje.

Pohybový režim: Pacient – ležící po celou dobu hospitalizace, soběstačný pouze v rámci lůžka.

Soběstačnost: Pacient nesoběstačný v rámci hygieny a vyprazdňování.

Vyprazdňování moči: Zaveden permanentní močový katétr 16G / 4 den.

Vyprazdňování stolice: Průjmovitá stolice 2x denně, inkontinence stolice.

Inkontinenční pomůcky: Navlékací kalhotky Molicare, které byly vyměňovány dle odchodu stolice.

Tabulka 4 Posouzení rizikových faktorů IAD u pacienta A. D.

Posouzení rizikových faktorů IAD			
	Ano Ne	Posouzení	Celkové skóre
Imobilita	■ □	Výživa: NGS	6 bodů
Močová inkontinence	■ □	Nutriční stav <u>Narušený</u> x Nenarušený	Příčina: Vodnatý průjem z důvodu užívání antibiotik Lokalizace: V oblasti pravého třísla
Inkontinence stolice	■ □		
Průjem	■ □		
Tekutá stolice	□ ■		
Clostridium / Stafylococcus aureus	■ □		
Diabetes mellitus	□ ■	Nortonová – škála hodnocení rizika dekubitů	Skóre: 18 bodů – pacient ohrožen vznikem dekubitů
Mentální postižení	□ ■	Jaké riziko má pacient?	
Antibiotika	■ □	Inkontinence + 1 nebo více rizikových faktorů = Vysoké riziko vzniku IAD	
Obezita	□ ■		

(Zdroj tabulka: Krajčíková, 2015)

Zhodnocení kůže: Na kardiologickém oddělení byla pacientovi klasifikována plenková dermatitida středního stupně v oblasti pravého třísla. Velikost poškození kožního krytu je 7x2 centimetry a je porušena jak pokožka, tak i škára. Pokožka se projevuje jako jasně červená iritace. Jsou zde vidět ragády a prasklé puchýře, ze kterých vytéká serózní exudát. Kůže je macerovaná, teplá a velmi bolestivá na dotek. Okraje jsou ohraničené (viz tabulka 4).

1. den hospitalizace na interním oddělení, 23. 10. 2017

Důkladná ranní hygiena pacienta, která byla prováděna pomocí Menalind Professional mycí emulze a následně byla pokožka pečlivě osušena ručníkem. Po každé expozici se stolicí byla

pokožka vždy očištěna pomocí BODY SUN mycí pěny a jemnými pohyby očištěna žínkou. Po konzultaci s převazovou sestrou interního oddělení byla doporučena léčba pomocí Cutozinec spray 10%. Během hospitalizace na kardiologickém oddělení byl Cutozinec pravidelně aplikován v malé vrstvě 3x denně při výměně pleny. Přípravek zklidnil podrážděnou pokožku, podporoval obnovu škáry, která byla porušena v důsledku průjmů. IAD bylo ošetřováno po celou dobu na kardiologickém oddělení v následujících čtyřech dnech.



Obrázek 13 Plenková iritační dermatitida středního stupně v oblasti pravého třísla (zdroj: autorka práce)

4. den hospitalizace na geriatrickém oddělení, 27. 10. 2017

Pacient byl přeložen na geriatrické oddělení. Ranní hygiena pacienta, která byla provedena pomocí Menalind Professional mycí emulze a následně byla pokožka osušena ručníkem. Během čtyř dní došlo u pacienta k vymizení průjmů a k ustálení jedné formované stolice denně. Po expozici se stolicí byla pokožka vždy omyta pomocí BODY SUN mycí pěny a jemnými pohyby očištěna žínkou. Po důkladné hygieně byl pacientovi aplikován Imazol krémpasta do oblasti pravého třísla 2x denně při výměně inkontinenční pomůcky. Přípravek zaléčil bakteriální osídlení a došlo k vymizení zarudnutí. IAD bylo ošetřováno po celou dobu na geriatrickém oddělení v následujících čtyřech dnech.



Obrázek 14 Plenková iritační dermatitida mírného stupně v oblasti pravého třísla (zdroj: autorka práce)

8. den hospitalizace na geriatrickém oddělení, 31. 10. 2017

Plenková iritační dermatitida byla zahojena.



Obrázek 15 Plenková iritační dermatitida byla zahojena (zdroj: autorka práce)

Diskuze: V rámci ranní hygieny byl využíván Menalind Professional mycí emulze, který pomáhá udržovat přirozené pH pokožky. Mycí emulze je určena k rychlému a šetrnému očištění celého těla včetně intimních partií. Přípravek na pokožce vytváří ochrannou vrstvu a chrání ji před škodlivými látkami. Čistí, hydratuje a pomáhá udržet zdravou pokožku. Přípravek neutralizuje zápach. Je velmi vhodný pro velmi citlivou pokožku a je bez parfemace. Jednu dávku mycí emulze aplikujte na navlhčenou pokožku těla a poté důkladně opláchněte vodou. Používá se podle potřeby několikrát za den. Po důkladně provedené hygieně během

hospitalizace kardiologickém oddělení byl aplikován Cutozinec spray 10%. Byl užíván při každé výměně inkontinenční pomůcky. Ochranný přípravek poskytuje hydrataci a podporuje obnovu pokožky i škáry, a tím během hospitalizace na kardiologickém oddělení došlo ke zlepšení plenkové dermatitidy ze středního na mírný stupeň. Po přeložení na geriatrické oddělení byla pokožka po expozici se stolicí omyta pomocí BODY SUN mycí pěny a jemnými pohyby očištěna žínkou. Po provedené důkladné hygieně byl pacientovi aplikován Imazol krémpasta do oblasti pravého třísla 2x denně při výměně inkontinenční pomůcky. Výměna inkontinenčních pomůcek byla prováděna pravidelně, aby pacient nebyl vystavován dráždivým látkám obsažených v moči a stolici.

Závěr: Plenková iritační dermatitida vznikla na podkladě vystavení iritancí obsažených ve stolici a moči a v důsledku užívání širokospektrálních antibiotik. K ošetrovatelské péči u pacienta byl používán v rámci hygieny Menalind Professional mycí emulze, který má pH 5,5. Během hospitalizace na kardiologickém oddělení za čtyři dny došlo k vymizení průjmů a následně inkontinenční pomůcky byly ponechány jen přes noc. Čistá pokožka byla ošetřována pomocí Cutozinec spray 10%. Zklidnil podrážděnou pokožku a postupně došlo k její obnově. Po přeložení pacienta na geriatrické oddělení byl používán k ošetřování plenkové dermatitidy Imazol krémpasta. Používání správného mycího prostředku a ošetřování kůže pomocí vhodného ochranného přípravku pomohlo zvládnout akutní iritační dermatitidu. Při této péči za 8 dnů došlo k vymizení příznaků dermatitidy a ta byla zcela zahojena.

7 NÁVRH STANDARDU OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

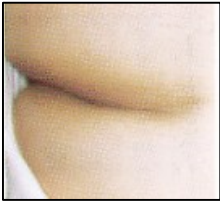
Obsah standardů má danou strukturu, kterou označujeme písmenem „S“, dále obsahují proces, označený písmenem „P“, a výsledek, který se značí písmenem „V“. Strukturou rozumíme jednotlivé postupné kroky, které musíme vědět při provádění standardu, proces znamená provedení jednotlivých ošetřovatelských postupů v praxi a výsledek je dosažený ošetřovatelský cíl (Gladkij et al., 2003, s. 39).




Návrh ošetřovatelského standardu týkající se prevence a péče o pacienta s IAD

Prevence a ošetřování plenkové iritační dermatitidy

Cíl: Informovat o postupech v prevenci a ošetřovatelské péči o pacienty s plenkovou iritační dermatidou.

Kompetentní pracovníci: Všeobecná sestra, praktická sestra.

KRITÉRIUM STRUKTURY	
S1	Znat rizikové faktory podporující vznik IAD: <ul style="list-style-type: none"> - Inkontinence moči a stolice, dlouhodobý průjem - Používání inkontinenčních pomůcek - Dlouhodobě vlhká pokožka - Nedostatečná hygienická péče a nepoužívání čistících a ochranných pomůcek (pH 4,5–5,5) - Imobilita - Obezita - Diabetes mellitus - Užívání širokospektrých antibiotik
S2	Rozpoznat rozdíl mezi plenkovou iritační dermatidou a 1. stupněm dekubitu.
S3	Znat oblasti, které nejčastěji plenková iritační dermatitida postihuje (hýždě, stehna, šourek, labia a přilehlé kožní záhyby).
S4	Umět rozlišit stadia plenkové iritační dermatitidy: <p>Ohrožená kůže</p> <div style="display: flex; align-items: center;">  <ul style="list-style-type: none"> - Neporušená pokožka - Nejsou žádné známky výskytu plenkové iritační dermatitidy </div>

	<p>Plenková iritační dermatitida mírného stupně</p>  <ul style="list-style-type: none"> - Projevuje se jako erytém s možným výskytem zánětu - Pokožka není porušená - Postižená oblast je nepravidelného tvaru - Na pohmat je pokožka teplá až horká, při kontaktu bolestivá <p>Plenková iritační dermatitida středního stupně</p>  <ul style="list-style-type: none"> - Projevuje se jako jasně červená iritace - Poškozená i škára - Na pohled je pokožka lesklá, macerovaná, zduřelá - Přítomny puchýřky - Pokožka je horká, na dotyk velmi bolestivá <p>Plenková iritační dermatitida těžkého stupně</p>  <ul style="list-style-type: none"> - Rozsáhlé postižené oblasti, typické vytékání serózního exudátu - Velmi náchylná k rozvoji infekcí - Poškozená i škára - Velmi bolestivá na dotek - Náchylná ke vzniku dekubitu
S5	Při přijetí je u pacienta v rámci anamnézy vyhodnocena škála: Posouzení rizikových faktorů IAD.
S6	Čím je vyšší bodové skóre, tím je vyšší i riziko vzniku plenkové iritační dermatitidy.
S7	Riziko plenkové iritační dermatitidy je poznačeno v ošetrovatelské/zdravotnické dokumentaci pacienta.
S8	Prevenici plenkové iritační dermatitidy provádí všeobecná sestra a praktická sestra.
S9	K prevenci vzniku plenkové iritační dermatitidy se provádějí důležité kroky: včasná diagnostika onemocnění, vhodný výběr inkontinenčních pomůcek, dostatečná výměna inkontinenčních pomůcek, hygienická péče, volba vhodných mycích a ochranných produktů v péči o kůži.
S10	<p>Všechny pomůcky k ošetření pokožky dle stupně plenkové iritační dermatitidy jsou připraveny předem a jsou v dosahu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jednorázové absorpční pomůcky dle stupně inkontinence (slipové vložky, vložné pleny, navlékací plenkové kalhotky, plenkové lepicí kalhotky, jednorázové podložky). - Vhodná čistící pěna, mycí emulze, mycí krém, jednorázové vlhčené ubrousky (pH 4,5–5,5, bez parfemace, hypoalergenní, s panthenolem a babassu olejem). - Ručník z velmi jemné tkaniny (bodové osušení se provádí pomocí šetrných pohybů ručníkem). - Ochranné a hydratační přípravky určené v péči o plenkovou iritační dermatitidu (pH 4,5–5,5, obsahující zinek, zklidňující pokožku). <p>K ošetření plenkové iritační dermatitidy nepoužívat: vodu a mýdlo s pH 10–11.</p>

KRITÉRIUM PROCESU	
P1	U pacientů s rizikem vzniku plenkové iritační dermatitidy je prováděna dostatečná prevence: <ul style="list-style-type: none"> - Včasná diagnostika onemocnění - Pravidelná kontrola kůže u rizikového pacienta - Čistota osobního a ložního prádla - Výběr vhodných inkontinenčních pomůcek - Dostatečná a pravidelná výměna inkontinenčních pomůcek - Zabránit dlouhodobé expozici pokožky se stolicí a močí - Hygienická péče o pacienta - Použití vhodných mycích a ochranných přípravků určených v péči o pokožku
P2	Prevence plenkové iritační dermatitidy je dokumentována v realizaci ošetřovatelského plánu nebo ve sdělení sester.
P3	Používej při výměně inkontinenční pomůcky jednorázové rukavice.
P4	Očisti znečištěnou pokožku od moči nebo stolice pomocí vhodné čisticí pěny (emulze) nebo jednorázových vlhčených ubrousků a následně pokožku osuš šetrnými pohyby ručníkem.
P5	Proveď pravidelné posouzení rány (vzhled, velikost rány, okraje, přítomnost výtoku nebo zápachu).
P6	Aplikuj ochranné prostředky vhodné k ošetření pokožky při plenkové iritační dermatidě při každé výměně inkontinenční pomůcky.
P7	Vyměňuj inkontinenční pomůcky v pravidelných intervalech, aby se zamezilo dlouhodobému kontaktu pokožky s močí a stolicí.
P8	Pravidelně kontroluj stav pokožky.
KRITÉRIUM VÝSLEDKU	
V1	U pacienta nedošlo ke vzniku plenkové iritační dermatitidy.
V2	Riziko vzniku plenkové iritační dermatitidy je pravidelně přehodnocováno vždy při změně stavu.
V3	K hodnocení rizika vzniku plenkové iritační dermatitidy je použita škála: Posouzení rizikových faktorů IAD.
V4	Inkontinentnímu pacientovi je vždy důkladně provedena hygienická péče, pravidelně vyměňovány inkontinenční pomůcky a aplikován vhodný ochranný přípravek.

ZKRATKY (použité v návrhu standardu):

IAD – Inkontinenční asociovaná dermatitida (plenková iritační dermatitida)

PŘÍLOHY (návrhu standardu):

P1 Záznam o seznámení (viz příloha P IV).

P2 List změn a revizí (viz příloha P V).

P3 Kontrolní list (viz příloha P VI).

8 DISKUZE

V uvedené bakalářské práci se zaměřuji na ošetrovatelskou péči o pacienta s plenkovou iritační dermatitidou na geriatrických a interních odděleních. V praktické části byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo informovat odbornou veřejnost, všeobecné sestry prostřednictvím vypracovaných kazuistik o ošetrovatelské péči o pacienty s plenkovou iritační dermatitidou. Po dohodě se staničnými sestrami a se všeobecnou sestrou věnující se problematice hojení ran na konkrétních odděleních byli postupně vybráni čtyři pacienti trpící plenkovou iritační dermatitidou a následně o ně bylo pečováno. V kazuistikách se snažíme nastínit péči, při níž byly používány odlišné prostředky na kůži, a od toho se odvíjela doba hojení plenkové iritační dermatitidy. V kazuistikách jsou popsány případy dvou mužů a dvou žen ve věkovém rozmezí 69–91 let, kteří trpěli různým stupněm plenkové iritační dermatitidy.

U kazuistiky č. 1 a č. 2 byl klasifikován těžký stupeň IAD. Oba pacienti byli imobilní, nesoběstační ve všech úrovních péče, měli zavedený permanentní močový katétr, byly u nich používány plenkové kalhotky. Měli průjmovité stolice po terapii antibiotiky a léčili se s diabetem mellitem 2. typu. V rámci hygieny byly používány mycí emulze s pH 4,5–5,5, které jsou vhodné pro očistu podrážděné a citlivé pokožky. Po důkladné hygieně pacientů byl na poškozenou pokožku aplikován Cutozinec spray 10% od firmy Dr Konrad Pharma. Po vymizení průjmů přestala být kůže iritována průjmovitou stolicí a složky aplikovaného přípravku zklidnily citlivou a podrážděnou pokožku. Při této péči o pokožku používáním vhodného mycího a ochranného prostředku došlo k vymizení plenkové iritační dermatitidy v prvním případě během 12 dnů a ve druhém případě za 15 dnů.

U kazuistiky č. 3 byl klasifikován střední stupeň IAD. Pacientka byla imobilní, měla zavedený permanentní močový katétr, používala plenkové kalhotky. Měla průjmovité stolice z důvodu užívání antibiotické léčby. Léčila se s diabetem mellitem 2. typu na inzulínu. V rámci hygieny byl používán mycí krém, který má vyvážené pH 5,5. Po důkladné hygieně byl na poškozenou pokožku aplikován ochranný krém Menalind od značky Hartmann. Při této péči o pokožku během osmi dnů nedošlo ke zlepšení plenkové iritační dermatitidy, a proto byl změněn ochranný krém Menalind na Imazol krémpastu, která má léčivou složku klotrimazol. Kultivace se neprováděla. Za 23 dnů došlo k vymizení příznaků dermatitidy.

U kazuistiky č. 4 byl klasifikován střední stupeň IAD. Bakteriologicky v tříslech byl vykulitován *Staphylococcus aureus* a viridující streptokoky. Pacient byl imobilní, nesoběstačný

ve všech úrovních péče, měl zavedený permanentní močový katétr, byly používány navlékáací plenkové kalhotky. Pacient užíval antibiotika, kvůli kterým trpěl průjmovitými stolicemi. V rámci hygieny byla používána mycí emulze s pH 5,5. Po důkladné hygieně byl na poškozenou pokožku aplikován Cutozinec spray s 10%. Během hospitalizace na interním oddělení došlo ke zlepšení plenkové dermatitidy ze středního na mírný stupeň. Po přeložení na geriatrické oddělení byla pokožka po expozici se stolicí omyta pomocí prostředku BODY SUN mycí pěna od firmy Medisun profi s.r.o. Po provedené důkladné hygieně byl pacientovi aplikován Imazol krémpasta. Plenková iritační dermatitida vznikla na podkladě působení průjmovitých stolic v důsledku užívání širokospektrálních antibiotik. Používání vhodného mycího a ochranného přípravku pomohlo zvládnout akutní iritační dermatitidu, při této péči již za 8 dnů došlo k vymizení projevů a kůže byla zcela zahojena.

Respondenti v uvedených kazuistikách byli imobilní, byli po terapii antibiotiky nebo je právě užívali, trpěli průjmy, z důvodu inkontinence moči měli zavedený permanentní močový katétr a tři ze čtyř respondentů měli diagnostikován Diabetes mellitus 2. typu. Před započetím péče o postiženou kůži u pacientů s plenkovou iritační dermatitidou byla jejich pokožka omývána vodou s běžným mýdlem, které má zásadité pH. Mýdlo díky vysokému pH 10–11 narušuje přirozenou hydrolipidovou bariéru, která chrání pokožku před škodlivými vnějšími vlivy, a tím zvyšuje riziko kolonizace bakteriemi, které mohou vést k rozvoji infekce. Právě proto má být užíváno mycích přípravků s pH 4,5–5,5 u inkontinentních pacientů. Je možné využít prostředků 3 v 1, které jemně čistí, regenerují a chrání pokožku. Dále byl ve třech případech použit přípravek, který obsahuje oxid zinečnatý, a následně došlo ke zlepšení projevů dermatitidy během 8–15 dnů. Přípravek, který se neosvědčil v péči o pokožku při plenkové iritační dermatitidě, byl ochranný kožní krém bez obsahu zinku. V jednom případě byl použit nejprve ochranný krém bez zinku a pro přetrvávající potíže byl aplikován Imazol krémpasta, po kterém též projevy plenkové iritační dermatitidy ustoupily během 14 dnů.

Běžná mýdla s pH 10–11 jsou pro hygienickou péči nevhodná a narušují přirozenou hydrolipidovou bariéru, která chrání pokožku před škodlivými vnějšími vlivy, a tím zvyšuje riziko kolonizace bakteriemi, které mohou vést k rozvoji infekce. Voda má pH 10 a stává se pro pokožku toxickou a v kombinaci s mýdlem s pH 10–11 poškozují kyselou kožní bariéru (Zimová, 2015, s. 16–17). Proto se doporučuje použití prostředků 3 v 1, které se nemusí omývat vodou, anebo použití jednorázových vlhčených ubrousků s pH 4,5–5,5, obsahujících panthenol a dimethicon.

V rámci prevence se uvádí ideální postup, který zahrnuje tři základní kroky k ošetřování pokožky, a to hygienu, hydrataci a její ochranu. Uvedené postupy ošetřování zabraňují výskytu IAD.

V kazuistikách bylo zjištěno několik poznatků, které je možné využívat v ošetřovatelské péči u inkontinentních pacientů v rámci prevence plenkové iritační dermatitidy, anebo pokud již dojde k projevům plenkové iritační dermatitidy při samotné péči o kůži. Získané poznatky z klinické péče a znalosti z literatury byly podkladem pro vytvoření návrhu standardu ošetřovatelské péče týkající se prevence a péče o pacienty s plenkovou iritační dermatitidou. Tento návrh byl vytvořen v rámci cíle 2. Ošetřovatelský standard je dohodnutá profesní norma, která určuje kvalitní ošetřovatelskou péči. Byl vytvořen procesuální standard, který je určený pro konkrétní výkon nebo pro určitou část ošetřovatelského procesu (Gladkij et al., 2003, s. 37–39).

Obsah standardů má danou strukturu, kterou označujeme písmenem „S“, dále obsahují proces, označený písmenem „P“, a výsledek, který se značí písmenem „V“. Strukturou rozumíme jednotlivé postupné kroky, které musíme vědět při provádění standardu, proces znamená provedení jednotlivých ošetřovatelských postupů v praxi a výsledek je dosažený ošetřovatelský cíl (Gladkij, et al., 2003, s. 39). Standard obsahuje také zkratky a přílohy, které jsou vloženy v seznamu příloh práce. Ošetřovatelské standardy vymezují minimální úroveň poskytované ošetřovatelské péče a dávají pacientům pocit jistoty a bezpečí, protože ví, na jakou péči mají morální a zákonné právo. Současně chrání sestry před neoprávněným postihem, protože mohou dokázat, že dodržely příslušný standard a svou práci odvedly *lege artis* (Hulková, 2016, s. 8). Standardy jsou neoddělitelnou součástí systému řízení kvality a jsou prostředkem k neustálému zvyšování kvality ošetřovatelské péče (Gladkij, et al., 2003).

9 ZÁVĚR

Bakalářská práce se věnuje ošetrovatelské péči o pacienty s plenkovou iritační dermatitidou. Teoretická část se skládá ze čtyř kapitol. V první kapitole je popsána problematika plenkové iritační dermatitidy. Druhá kapitola je věnována inkontinenci, možnosti diagnostiky. Třetí poskytuje přehled pomůcek pro inkontinentní pacienty. Poslední kapitola je věnována ošetrovatelské péči o pacienta s plenkovou iritační dermatitidou. V praktické části bakalářské práce je využito kvalitativního výzkumu a jsou zpracovány poznatky formou kazuistik, které pomáhají shrnout, zmapovat a odhalit skutečnosti u vybrané skupiny respondentů s plenkovou iritační dermatitidou. Byly zhotoveny čtyři kazuistiky, ve kterých jsou uvedeny informace o konkrétních pacientech, průběh jejich ošetřování, aplikace ochranných přípravků na kůži a které jsou doplněny fotodokumentací. Při péči o pacienty s plenkovou iritační dermatitidou je potřeba dodržovat vhodný postup při provádění hygienické péče, využití doporučených mycích a ochranných prostředků s pH 4,5–5,5, které jemně čistí, regenerují poškozenou pokožku a chrání ji před škodlivými vnějšími vlivy. Důležitá je pravidelná výměna inkontinenčních pomůcek.

Hygienická péče by měla být prováděna pomocí vhodných mycích přípravků, které obsahují panthenol, dimethicon a pomáhají čistit a chránit pokožku před vnějšími vlivy, dále je důležitý výběr vhodných ochranných produktů, které obsahují oxid zinečnatý, pomocí kterého napomáhá zklidnit citlivou a podrážděnou pokožku při plenkové iritační dermatitidě a snaží se ji chránit před jejím vznikem. Nevhodným přípravkem, který se neosvědčil při péči o plenkovou iritační dermatitidu, je kožní krém bez obsahu zinku, voda a mýdlo s pH nad 10.

Součástí praktické části byl vytvořen návrh ošetrovatelského standardu týkající se prevence a péče o pacienta s plenkovou iritační dermatitidou. Zde jsem uvedla rizikové faktory podporující vznik IAD, dále jsou zde popsány tři základní stadia plenkové iritační dermatitidy, které by měly znát všeobecné a praktické sestry, dále je pak důležité provádět vhodnou prevenci a využívat správné mycí a ochranné přípravky, které jsou určeny k prevenci, ale i k léčbě plenkové iritační dermatitidy. Při jeho tvorbě jsem vycházela z poznatků získaných při péči o konkrétní pacienty a z informací dostupných v literatuře. Ošetrovatelské standardy jsou platné normy, které mohou pomoci sestřám v péči u pacienta s danou problematikou a jsou prostředkem k neustálému zvyšování kvality ošetrovatelské péče.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ABENA, [b.r.]. Abri Form Air Plus (Premium) M2. In: *Abena* [online]. [cit. 2018-05-15]. Dostupné z: <https://www.abena.cz/plenkove-kalhotky-anatomicky-tvarovane-pro-dospELE-abri-form-air-plus-premium-m2.htm>
- [2] ABRAMS, Paul et al., 2013. Incontinence. 5. vydání. In: ICUD-EAU [online]. [cit. 2018-05-13]. ISBN 978-9953-493-21-3. Dostupné z: <http://www.icud.info/PDFs/INCONTINENCE%202013.pdf>
- [3] ANDĚL, Petr, 2014. *Inkontinence stolice a obstipace pohledem chirurga*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-140-7.
- [4] BEECKMAN, Dimitri a et al., 2015. *Incontinence-associated dermatitis: moving prevention forward* [online]. [cit. 2018-05-15]. Dostupné z: http://www.woundsinternational.com/media/other-resources/_/1154/files/iad_web.pdf
- [5] CONVATEC, [b.r.]. Flexi-Seal® FMS. In: *ConvaTec* [online]. [cit. 2018-05-15]. Dostupné z: <http://www.convatec.cz/kontinence-a-intenzivni-pece/zvladani-stolice/vseo-becne-informace-flexi-seal-fms>
- [6] ČIHÁK, Radomír, 2016. *Anatomie 3: Třetí, upravené a doplněné vydání*. 3. vydání. Grada. ISBN 978-80-247-5636-3.
- [7] ČUS, 2015. Únik moči. In: *Česká urologická společnost ČLS JEP* [online]. [cit. 2018-05-15]. Dostupné z: <http://www.cus.cz/pro-pacienty/diagnozy/unik-moci-mocova-inkontinence/>
- [8] DIAMANTOVÁ, Dominika, 2006. Iritální dermatitida. In: *Česká geriatrická revue* [online]. 4(2), 89-92 [cit. 2018-05-13]. ISSN 1801–8661. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=gr_06_02_06.pdf
- [9] DRKONRAD, [b.r.]. Cutosan mycí gel. In: *DrKonrad* [online]. [cit. 2018-05-15]. Dostupné z: <http://www.drkonradpharma.cz/cutosan-200-ml/>
- [10] DYNTR, Jiří, 2012. Dermatitida. In: *Medixa.org* [online]. [cit. 2018-05-15]. Dostupné z: <http://cs.medixa.org/nemoci/dermatitida>
- [11] GALAJDOVÁ, Lenka, 2000. *O nemocech močového měchýře aneb Léčba inkontinence*. Praha: Grada. Strom života. ISBN 80-7169-950-0.

- [12] GENADRY, René a Jacek MOSWIN, 2013. *Inkontinence moči u ženy*. Portál. ISBN 978-80-262-0480-0.
- [13] GLADKIJ, Ivan, 2003. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press. ISBN 80-7226-996-8.
- [14] GRAY, Mikel a et al., 2012. Incontinence-Associated Dermatitis: A Comprehensive Review and Update. In: *Nursing Center* [online]. [cit. 2018-05-15]. Dostupné z: https://www.nursingcenter.com/cearticle?an=00152192-201201000-00010&Journal_ID=448075&Issue_ID=1290861#P80
- [15] HALAŠKA, Michael, 2004. *Urogynekologie*. Galén. ISBN 80-7262-272-2.
- [16] HENDL, Jan, 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.
- [17] HIBLBAUER, Jan, 2011. Inkontinence moči u žen – zásady a možnosti diagnostiky a léčby. In: *Solen Medical Education: Urologie pro praxi* [online]. 12(1), 18-28 [cit. 2018-05-13]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2011/01/04.pdf>
- [18] HORČIČKA, Lukáš, 2015. *Inkontinence moči v každodenní praxi*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3741-9.
- [19] HOŘČIČKA, Lukáš, 2016. Typy inkontinence. In: GONA [online]. Praha [cit. 2018-05-13]. Dostupné z: <http://www.mocova-inkontinence.cz/typy-inkontinence>
- [20] HOVORKOVÁ, Jitka, Rozlišení dekubitu a inkontinenční dermatitidy. In: *Florence* [online]. [cit. 2018-05-13]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/9/rozliseni-dekubitu-a-inkontinenncni-dermatitidy/>
- [21] HULKOVÁ, Viera, 2016. *Štandardizácia v ošetrovatel'stve*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0063-7.
- [22] INKONTINENCE, [b.r.]. Pomůcky pro inkontinentní. In: *Inkontinence* [online]. [cit. 2018-05-15]. Dostupné z: <http://www.inkontinence-info.cz/pomucky-pro-inkontinentni.html>
- [23] JIRKOVSKÝ, Daniel a Marie HLAVÁČOVÁ, 2012. *Ošetrovatelské postupy a intervence: učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. ISBN 978-80-87347-13-3.

- [24] JUNKIN, Joan a Joan LERNER, 2008. Beyond “diaper rash”: Incontinence-associated dermatitis Does it have you seeing RED? In: *Nursing 2018* [online]. Philadelphia: Wolters Kluwer, [cit. 2018-03-11]. ISSN 1538-8689. Dostupné z: https://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2008/11001/Beyond__diaper_rash__Incontinence_associated.1.aspx
- [25] KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1830-9.
- [26] KNEEDLER, Julia, Judith PFISTER a Sue PURCELL, 2015. *Incontinence Associated Dermatitis* [online]. [cit. 2018-05-15]. Dostupné z: <http://www.pfiedler.com/ce/1205/files/assets/common/downloads/Incontinence%20Associated%20Dermatitis.pdf>
- [27] KONRÁD, Pavel, 2015. Plenková dermatitida v pediatrii a geriatrii. In: *Solen Medical Education: Dermatologie pro praxi* [online]. 9(4), 170-173 [cit. 2018-05-13]. ISSN 1803- 5337. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/der/2015/04/07.pdf>
- [28] KONRÁD, Pavel, 2015. Plenková dermatitida v pediatrii a geriatrii. In: *První linie: Odborná časopis pro lékaře v první linii* [online]. 5(1), 9-13 [cit. 2018-05-13]. ISSN 1804-9028. Dostupné z: http://www.prvnilinie.cz/data/Files/downloads/pl1-2015-nahled_1508750241675.pdf
- [29] KRAJČÍKOVÁ, Nela, 2015. *Problematika dermatitidy v souvislosti s inkontinencí* [online]. [cit. 2018-05-15]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/zfcm8/Bakalarska_prace.pdf
- [30] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
- [31] LANGEROVÁ, Monika, 2011. Epikutánní testy v praxi. In: *Solen Medical Education: Dermatologie pro praxi* [online]. 5(3), 171-174 [cit. 2018-05-13]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/der/2011/03/14.pdf>
- [32] LEBLOCHOVÁ, Hana, 2013. Kopřivka a kontaktní dermatitida. In: *Solen Medical Education: Dermatologie pro praxi* [online]. 7(3), 139-140 [cit. 2018-05-13]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/der/2013/03/11.pdf>
- [33] MACHOVCOVÁ, Alena, 2008. Kontaktní dermatitidy. In: *Solen Medical Education: Dermatologie pro praxi* [online]. 5(9), 327 - 330 [cit. 2018-05-13]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2008/09/11.pdf>

- [34] MALKOL, 2013. Urinální kondomy a močová inkontinence u mužů. In: *Malkol* [online]. [cit. 2018-05-15]. Dostupné z: <http://www.malkol.cz/clanek/urinalni-kondomy-a-mocova-inkontinence-u-muzu-C15.html>
- [35] MARTAN, Alois, 2006. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 80-734-5094-1.
- [36] NAŇKA, Ondřej a Miroslava ELIŠKOVÁ, 2009. *Přehled anatomie*. 2. vydání. Praha: Karolinum: Galén. ISBN 978-80-7262-612-0.
- [37] NUTRICIA, 2010. *Výživa v prevenci a léčbě dekubitů* [online]. [cit. 2018-05-15]. Dostupné z: http://www.vyzivavnemoci.cz/fileadmin/pub/doc/Cubitan_brozura.pdf
- [38] OBSTOVÁ, Iva, 2008. Každodenní péče o suchou a citlivou pokožku. In: *Solen Medical Education: Dermatologie pro praxi* [online]. 7 (Suppl. A), 68-75 [cit. 2018-05-13]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2010/88/08.pdf>
- [39] Péče o kožní problémy u inkontinentních pacientů, 2012. In: *Florence: Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky* [online]. [cit. 2018-05-15]. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <http://www.florence.cz/o-nas/zakladni-informace/>
- [40] ROMŽOVÁ, Miroslava et al., 2010. Inkontinence moči ve stáří. In: *Solen Medical Education: Urologie pro praxi* [online]. 11(3), 119-123 [cit. 2018-05-13]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2010/03/02.pdf>
- [41] ROMŽOVÁ, Miroslava et al., 2011. Inkontinence moči z pohledu urologa. In: *Solen Medical Education: Medicína pro praxi* [online]. 8(5), 222-225 [cit. 2018-05-13]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2011/05/05.pdf>
- [42] ROMŽOVÁ, Miroslava, 2014. Možné příčiny vzniku inkontinence a jejich řešení. In: *Solen Medical Education: Urologie pro praxi* [online]. 15(5), 121-126 [cit. 2018-05-13]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2014/05/05.pdf>
- [43] SENI, [b.r.]. Mycí tělový krém 3 v 1. In: *Seni* [online]. [cit. 2018-05-15]. Dostupné z: http://www.seni.cz/cs_CZ/product/myci-telovy-krem-3-v-1
- [44] SOCHOROVÁ, Nataša, 2008. Inkontinence moči a jednorázové absorpční pomůcky. In: *Solen Medical Education: Praktické lékárenství* [online]. 4(4), 180-182 [cit. 2018-05-13]. ISSN 1803-5329. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/lek/2008/04/07.pdf>

- [45] SOCHOROVÁ, Nataša, 2009. Inkontinence moči a jednorázové absorpční pomůcky. In: *Solen Medical Education: Medicína pro praxi* [online]. 6(1), 50-52 [cit. 2018-05-13]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2009/01/13.pdf>
- [46] STANĚK, Roman, 2010. Léčba močové inkontinence. In: *Sestra* [online]. [cit. 2018-05-15]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/lecba-mocove-inkontinence-455694>
- [47] STANĚK, Roman, 2012. Inkontinence moči v ordinaci praktického lékaře. In: *Solen Medical Education: Medicína pro praxi* [online]. 9(8), 347-353 [cit. 2018-05-13]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2012/09/08.pdf>
- [48] ŠMAKALOVÁ, Pavla, 2011. Fekální inkontinence. In: *Sestra* [online]. [cit. 2018-05-15]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/fekalni-inkontinence-462712>
- [49] ŠTORK, Jiří, 2013. *Dermatovenerologie*. 2 vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-898-8.
- [50] Úhradový katalog VZP – ZP: Metodika, 2018. In: *Všeobecná zdravotní pojišťovna české republiky: Číselníky* [online]. [cit. 2018-05-13]. Dostupné z: https://prod-publicweb-media.azureedge.net/media/Default/dokumenty/ciselniky/metodika_1001.pdf
- [51] VILHELMOVÁ, Libuše, 2011. Inkontinence moči, diagnostika a léčba. In: *Solen Medical Education: Urologie pro praxi* [online]. 12(2), 97-99 [cit. 2018-05-13]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2011/02/04.pdf>
- [52] VONDRÁČEK, Lubomír, Vlasta WIRTHOVÁ a Jindra PAVLICOVÁ, 2011. *Základy praktické terminologie pro sestry: příručka pro výuku a praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3697-6.
- [53] VYTEJČKOVÁ, Renata, 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3419-4.
- [54] VYTEJČKOVÁ, Renata, 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3420-0.
- [55] WEBER, Pavel, 2005. Inkontinence stolice ve stáří. In: *Solen Medical Education: Medicína pro praxi* [online]. 5(4), 143-146 [cit. 2018-05-13]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2005/04/02.pdf>

[56] ZÍMOVÁ, Jana, 2015. Péče o kůži při inkontinenci moči a stolice. In: *Solen Medical Education: Urologie pro praxi* [online]. 16(1), 16-20 [cit. 2018-05-13]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2015/01/04.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

IAD Incontinence – Associated dermatitis

ICS International Continence Society

SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obrázek 1 Plenková iritační dermatitida těžkého stupně, poškození pokožky v oblasti perianální rýhy, na hýždích a šourku (zdroj: autorka práce)</i>	<i>41</i>
<i>Obrázek 2 Plenková iritační dermatitida mírného stupně, malé ložisko v perianální rýze, hýždích a na šourku (zdroj: autorka práce)</i>	<i>42</i>
<i>Obrázek 3 Plenková iritační dermatitida byla zahojena, na hýždích zůstal dekubitus II. stupně (zdroj: autorka práce)</i>	<i>42</i>
<i>Obrázek 4 Plenková iritační dermatitida těžkého stupně, poškození pokožky v oblasti zad (zdroj: autorka práce).....</i>	<i>46</i>
<i>Obrázek 5 Plenková iritační dermatitida středního stupně v oblasti hýždí (zdroj: autorka práce)</i>	<i>47</i>
<i>Obrázek 6 Plenková iritační dermatitida mírného stupně v oblasti kosti křížové (zdroj: autorka práce)</i>	<i>47</i>
<i>Obrázek 7 Plenková iritační dermatitida byla zahojena (zdroj: autorka práce)</i>	<i>48</i>
<i>Obrázek 8 Plenková iritační dermatitida středního stupně v perianální oblasti (zdroj: autorka práce)</i>	<i>51</i>
<i>Obrázek 9 Plenková iritační dermatitida středního stupně v perianální oblasti (zdroj: autorka práce)</i>	<i>52</i>
<i>Obrázek 10 Plenková dermatitida mírného stupně v perianální oblasti (zdroj: autorka práce).....</i>	<i>52</i>
<i>Obrázek 11 Plenková dermatitida mírného stupně v perianální oblasti (zdroj: autorka práce).....</i>	<i>53</i>
<i>Obrázek 12 Plenková dermatitida byla zahojena (zdroj: autorka práce)</i>	<i>53</i>
<i>Obrázek 13 Plenková iritační dermatitida středního stupně v oblasti pravého třísla (zdroj: autorka práce)</i>	<i>57</i>
<i>Obrázek 14 Plenková iritační dermatitida mírného stupně v oblasti pravého třísla (zdroj: autorka práce)</i>	<i>58</i>
<i>Obrázek 15 Plenková iritační dermatitida byla zahojena (zdroj: autorka práce)</i>	<i>58</i>

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1 Posouzení rizikových faktorů IAD u pacienta A. A.....</i>	<i>40</i>
<i>Tabulka 2 Posouzení rizikových faktorů IAD u pacienta A. B.....</i>	<i>45</i>
<i>Tabulka 3 Posouzení rizikových faktorů IAD u pacienta A. C.</i>	<i>50</i>
<i>Tabulka 4 Posouzení rizikových faktorů IAD u pacienta A. D.</i>	<i>56</i>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Nástroj k posouzení perineální pokožky (Perineal Assessment Tool)

Příloha P II: Hodnoticí nástroj kůže s IAD (Skin Assessment Tool proposed by Kennedy and Lutz)

Příloha P III: Posouzení rizikových faktorů IAD

Příloha P IV: Záznam o seznámení

Příloha P V: List změn a revizí

Příloha P VI: Kontrolní list

**PŘÍLOHA P I: NÁSTROJ K POSOUZENÍ PERINEÁLNÍ POKOŽKY
(PERINEAL ASSESSMENT TOOL)**

	3 body	2 body	1 bod
Typ a intenzita dráždivých látek	Tekutá stolice s/bez přítomnosti moči	Měkká stolice s/bez přítomnosti moči	Tvarovaná stolice s/bez přítomnosti moči
Doba, po kterou je pokožka vystavena dráždivé látce	Výměna pleny alespoň jednou za 2 hodiny	Výměna pleny alespoň jednou za 4 hodiny	Výměna pleny jednou za 8 hodin
Stav kůže	Porušena pokožka s/bez dermatitidy	Erytém/dermatitida s/bez kandidózy	Čistá a neporušená pokožka
Přispívající faktory (nízká hodnota albuminu, užívání ATB, Clostridium difficile)	3 a více faktorů	2 faktory	0–1 faktor

**PŘÍLOHA P II: HODNOTICÍ NÁSTROJ KŮŽE S IAD (SKIN
ASSESSMENT TOOL PROPOSED BY KENNEDY AND LUTZ)**

	4 body	3 body	2 body	1 bod	0 bodů
Velikost poškození kůže		Velká oblast (> 50 cm ²)	Střední oblast (20–50 cm ²)	Malá oblast (< 20 cm ²)	Žádné
Zarudnutí kůže		Těžké zarudnutí (závažné poškození, rovnoměrný vzhled)	Střední zarudnutí (není jednotný vzhled)	Mírné zarudnutí (nerovnoměrný vzhled)	Žádné
Eroze	Extrémní eroze pokožky i škráry s přetrvávající výpotkem	Rozsáhlá eroze pokožky zasahující i do škráry s malým výpotkem	Střední eroze zasahující pokožku i škráru s malým výpotkem	Mírná eroze poškozující pouze pokožku	Žádná

PŘÍLOHA P III: POSOUZENÍ RIZIKOVÝCH FAKTORŮ IAD

Posouzení rizikových faktorů IAD			
	Ano	Ne	
Imobilita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Výživa:
Močová inkontinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nutriční stav
Inkontinence stolice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Narušený</u> x Nenarušený
Průjem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tekutá stolice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Clostridium / Stafylococcus aureus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nortonová – škála hodnocení rizika dekubitů
Mentální postižení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jaké riziko má pacient?
Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inkontinence + 1 nebo více rizikových faktorů = Vysoké riziko vzniku IAD
Obezita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PŘÍLOHA P IV: ZÁZNAM O SEZNÁMENÍ

Číslo	Da- tum	Jméno a funkce – byl seznámen	Podpis
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			

22			
----	--	--	--

PŘÍLOHA P V: LIST ZMĚN A REVIZÍ

Strana	Datum	Číslo změny / Oprava / Výměna (číslo kapitoly, článku apod.)	Podpis

	Revize č. 1	Revize č. 2	Revize č. 3
Datum revize			
Výsledek revize	Dokument Vyhověl – nevyhověl*	Dokument Vyhověl – nevyhověl*	Dokument Vyhověl – nevyhověl*
Revidující osoba	odp.		
Podpis			

**PŘÍLOHA P VI: KONTROLNÍ LIST K OŠETŘOVATELSKÉMU
STANDARDU, PREVENCE PLENKOVÉ IRITAČNÍ DERMATITIDY**

ODDĚLENÍ:			
DATUM PROVEDENÍ KONTROLY:			
KONTROLU PROVEDL/A:			PODPIS:
KRITÉRIUM	SPLNĚNO*	SPLNĚNO ČÁSTEČNĚ*	NESPLNĚNO*
S1			
S2			
S3			
S4			
S5			
S6			
S7			
S8			
S9			
S10			
P1			
P2			
P3			
P4			
P5			

P6			
P7			
P8			
V1			
V2			
V3			
V4			