

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**EDUKACE PACIENTA PŘI ABDOMINOPLASTICE A  
LIPOSUKCI**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**MICHAELA SVOBODOVÁ**

**Praha 2017**

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5**

**EDUKACE PACIENTA PŘI ABDOMINOPLASTICE A  
LIPOSUKCI**

Bakalářská práce

MICHAELA SVOBODOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská PhD., RS

Praha 2017



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.**  
*se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00*

**Svobodová Michaela**  
**3. C VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**

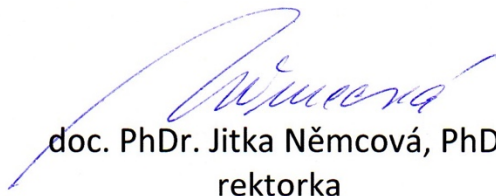
Na základě Vaší žádosti ze dne 26. 10. 2016 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Edukace pacienta při abdominoplastice a liposukci

*Educating Patients about Abdominoplasty and Liposuction*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne: 1. 11. 2016

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 21.3.2017

*Michaela Svobodová*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Janě Hlinovské PhD., RS za její vstřícnost a cenné připomínky a rady, které mi poskytla. Dále všem, kteří byli nápomocní při zpracování této práce.

## ABSTRAKT

SVOBODOVÁ, Michaela. *Edukace pacienta při abdominoplastice a liposukci*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská PhD., RS. Praha. 2017. 70 s.

Tématem bakalářské práce je edukace pacienta podstupujícího abdominoplastiku v kombinaci s liposukcí. Úvodní část práce popisuje medicínskou problematiku jednotlivých zákroků, která pojednává o jejich vývoji, typech, nebo komplikacích. Popisuje také specifika ošetrovatelské péče, která je nedílnou součástí celého procesu operace. Dále jsou v úvodní část zahrnuty základy edukace a role všeobecné sestry nejen v edukačním procesu. Hlavní část práce se zabývá tvorbou edukačního procesu u pacienta podstupujícího abdominoplastiku na soukromé klinice plastické chirurgie. Cílem edukačního procesu, je aby pacient získal vědomosti týkající se pooperačního období a byl schopen je prakticky využít. Výsledky ukázaly, že edukční činnost byla úspěšná a stanové cíle byly splněny – pacient získal potřebné vědomosti z oblasti pooperační péče. V rámci edukačního procesu vznikl informační leták, který může být po schválení soukromým zdravotnickým zařízením využit v klinické ošetrovatelské praxi.

Klíčová slova

Abdominoplastika. Edukace. Edukační proces. Liposukce. Všeobecná sestra.

## ABSTRACT

SVOBODOVÁ, Michaela. *Educating Patient about Abdominoplasty and Liposuction*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jana Hlinovská PhD., RS. Prague. 2017. 70 pages.

Bachelor thesis topic is the education of patients undergoing abdominoplasty combined with liposuction. The introductory part describes the problems of individual medical interventions, which discusses its development, types, or complications. It also describes the specifics of nursing care, which is an integral part of the process operations. Furthermore, the introduction covers the basics of education and the role of nurses and not only in the educational process. The main part deals with the creation of the educational process in patients undergoing abdominoplasty at a private plastic surgery clinic. The goal of the educational process, the patient to obtains knowledge regarding the postoperative period and is able to practically use it . Results showed that operation was a success and goals were met - the patient acquired the necessary knowledge in the field of post-operative care. As part of the educational process, an information leaflet was used. This information can be utilized after the approval of the private healthcare facilities in the clinical nursing practice.

### Keywords

Abdominoplasty. Education. Educational process. Liposuction. General nurse.

# OBSAH

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

<b>ÚVOD.....</b>	<b>11</b>
<b>1 ABDOMINOPLASTIKA.....</b>	<b>14</b>
1.1 VZNIK ABDOMINOPLASTIKY A VÝVOJ OPERAČNÍCH TECHNIK....	14
1.2 TYPY ABDOMINOPLASTIKY .....	15
1.2.1 MINIABDOMINOPLASTIKA .....	15
1.2.2 TRADIČNÍ ABDOMINOPLASTIKA .....	16
1.2.3 LIPOABDOMINOPLASTIKA .....	16
1.2.4 ABDOMINOPLASTIKA S VYSOKÝM LATERÁLNÍM TAHEM.....	16
1.2.5 ABDOMINOPLASTIKA FLEUR-DE-LIS.....	16
1.2.6 REVERZNÍ ABDOMINOPLASTIKA .....	17
1.3 INDIKACE A KONTRAINDIKACE ABDOMINOPLASTIKY .....	17
1.4 KOMPLIKACE ABDOMINOPLASTIKY .....	18
1.5 PŘEDOPERAČNÍ KONZULTACE.....	18
1.6 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA A PÉČE .....	19
1.7 PRŮBĚH OPERACE.....	21
1.8 POOPERAČNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE .....	21
<b>2 LIPOSUKCE.....</b>	<b>23</b>
2.1 HISTORIE A VÝVOJ LIPOSUKCE .....	23
2.2 TYPY LIPOSUKCE .....	24
2.2.1 KLASICKÁ LIPOSUKCE .....	25
2.2.2 TUMESCENTNÍ TECHNIKA.....	25
2.2.3 ULTRAZVUKOVÁ LIPOSUKCE .....	26
2.2.4 VIBRAČNÍ LIPOSUKCE .....	26
2.2.5 LASEROVÁ LIPOSUKCE .....	26
2.3 KOMPLIKACE LIPOSUKCE .....	27
2.4 PŘEDOPERAČNÍ A POOPERAČNÍ PÉČE BĚHEM LIPOSUKCE.....	28
2.5 VŠEOBECNÁ SESTRA A JEJÍ ROLE .....	29
<b>3 EDUKACE .....</b>	<b>30</b>
3.1 EDUKAČNÍ METODY A FORMY .....	31
3.2 EDUKAČNÍ PROCES A SESTRA V ROLI EDUKÁTKY .....	33
<b>4 EDUKAČNÍ PROCES.....</b>	<b>35</b>
4.1 ZHODNOCENÍ EDUKAČNÍHO PROCESU .....	56
4.2 DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	57
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>59</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>60</b>
<b>PŘÍLOHY</b>	



## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>BMI</b> .....	body-mass index
<b>D</b> .....	dech
<b>DM</b> .....	diabetes mellitus
<b>EKG</b> .....	elektrokardiografie
<b>TEN</b> .....	tromboembolická nemoc
<b>P</b> .....	pulz
<b>PŽK</b> .....	periferní žilní katetr
<b>RTG</b> .....	rentgenové záření
<b>TK</b> .....	tlak krve
<b>VAS</b> .....	vizuální analogová škála bolesti

(VOKURKA, 2015)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Brachioplastika** – plastická operace paží

**Dehiscence** – rozestup rány

**Dermolipektomie** – odstranění tukové tkáně s částí kůže

**Detrit** – drť z odumřelých buněk a částí tkáně

**Diastáza** – rozestup

**Disekce** – oddělení části tkáně

**Dysmorfofobická porucha** – nadměrně silný pocit ošklivosti a znetvořenosti vlastního těla

**Excize** – vyříznutí

**Gluteoplastika** – plastická operace upravující tvar hýždí

**Incize** – řez

**Konvexita** – vydutost

**Protruze** – vysunutí dopředu

**Serom** – tkáňová tekutina hromadící se v ráně

**Surgiholický pacient** – pacient závislý na zákrocích plastické chirurgie

**Transpozice** – přemístění

**Undermining** – podminování

(VOKURKA, 2015)

# ÚVOD

Zájem o estetickou plastickou chirurgii a její oblíbenost v poslední době stále vzrůstá. Jedním z důvodů je nepochybně vzrůstající společenský tlak na dobře vypadající zevnějšek, který je stále častěji spojován s úspěchem jedince. Média a filmový průmysl vytvářejí ideál krásy a úspěchu, který je všemi podvědomě přijímán. Tato skutečnost se pak odráží nejen v pracovní sféře, kde je zcela běžné, že zaměstnavatel požaduje po uchazeči na pracovní pozici fotografii a při osobním pohovoru je vedle dosaženého vzdělání a předchozí pracovní zkušenosti posuzován i vzhled uchazeče. V osobním životě je fyzická atraktivita důležitá nejen při výběru životního partnera - je mimo jiné i vzhledem k výše uvedeným skutečnostem jednou z podmínek pro psychickou stabilitu a sebevědomí každého člověka. I díky vyspělosti oboru estetické plastické chirurgie a rostoucí ekonomice, jsou tyto možnosti blíže než kdykoli dřív. Potřeba dobře vypadajícího zevnějšku se však zdaleka netýká pouze lidí v produktivním věku – právě naopak – s přibývajícím rokem poptávka po všelikých esteticko-chirurgických zákrocích exponenciálně roste. Stáváme se tak svědky procesu, kdy stále vyšší procento populace podstupuje zákroky prováděné plastickým chirurgem ve snaze odstranit menší či větší deformity, v naději na opětovné nabití sebejistoty a vytvoření předpokladů pro dosažení vytyčených cílů v pracovním i osobním životě. Mezi tyto zákroky patří i abdominoplastika a liposukce, kterým je práce věnována. Řadí se mezi nejčastěji prováděné zákroky vůbec, nejspíše i proto, že přináší výrazné viditelné výsledky.

## **Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Popsat medicínskou problematiku abdominoplastiky a liposukce v úrovni současného stavu řešeného tématu.

**Cíl 2:** Popsat úroveň specifík ošetrovatelské péče u pacientů podstupujících abdominoplastiku a liposukci v současné situaci.

**Cíl 3:** Charakterizovat edukaci, popsat edukační proces a přiblížit role všeobecné sestry nejen v rámci edukačního procesu.

### **Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Vytvořit edukační proces ve všech pěti fázích u pacienta na soukromé klinice plastické chirurgie.

**Cíl 2:** Vytvořit doporučení pro praxi, pro pacienta a všeobecnou sestru.

**Cíl 3:** Vytvořit informační léták s názvem Abdominoplastika.

Informace obsažené v této bakalářské práci mohou být nápomocny všeobecným sestřám při edukaci pacientů podstupujících abdominoplastiku. Součástí práce je vytvoření informačního letáku, který může být využit během edukace jako edukační pomůcka shrnující zásady pooperačního období.

Poklady pro tvorbu praktické části bakalářské práce budou získávány od pacienta podstupujícího abdominoplastiku na soukromé klinice plastické chirurgie v Praze. Soukromé zařízení ani pacient si nepřejí být v práci identifikováni, ale se zapojením se do procesu tvorby práce souhlasí. Sběr dat proběhne pod garancí plastického chirurga provádějícího zákrok. Jelikož Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), zná pouze slovo pacient, za kterého se pokládá fyzická osoba, již jsou poskytovány zdravotní služby, bude v celé práci použit termín pacient (ČESKO, 2017).

### **Vstupní literatura**

1. BRYCHTA, Pavel a kol., 2014. *Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-0795-2.
2. ENTNER, Michael a kol., 2012. *Manuál estetické liposukce*. 1. vyd. Praha: Nucleus HK. ISBN 978-80-87009-80-2.
3. NĚMCOVÁ, Jitka. a kol., 2016. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 4. vyd. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-905728-1-2.
4. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela, 2012. *Edukační činnost sestry. Úvod do problematiky*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.
5. JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2171-2.

## **Popis rešeršní strategie**

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Edukace pacienta při abdominoplastice a liposukci, probíhalo v časovém období říjen 2016 až březen 2017. Pro vyhledávání byl použit katalog Národní lékařské knihovny (Medvik), databáze Národní lékařské knihovny (BMČ, CINAHL, MEDLINE) a Theses (databáze vysokoškolských kvalifikačních prací).

Zadaná klíčová slova v českém jazyce: abdominoplastika, liposukce, edukace, edukační proces, všeobecná sestra. V anglickém jazyce: Abdominoplasty, Liposuction, Education, Educational Process, General Nurse. Výchozí jazyk český, dále i anglický a německý v časovém sledu od roku 1996 až do současnosti.

Použitá literatura byla vybrána podle předem stanovených kritérií, jako odbornost textů nebo co možná nejnovější a nejaktuálnější literatura k danému tématu.

Vyřazena byla literatura nekorespondující s cíli práce, nedostatečně odborná, starší deseti let a ne zcela jednoznačně k tématu práce.

Pro tvorbu bakalářské práce bylo využito celkem 27 informačních zdrojů (17 knih, 6 článků z časopisů, 1 vysokoškolská práce, 2 elektronické zdroje a rozhovor s plastickým chirurgem z let 2007 až 2017.

# 1 ABDOMINOPLASTIKA

Abdominoplastika neboli plastika břicha patří mezi základní estetické výkony plastické chirurgie. Provádí se za účelem korekce abnormalit měkkých tkání přední stěny trupu, kdy dochází k zpevnění povolené břišní stěny, odstranění přebytečné kožní řasy a redukci nadbytečného podkožního tuku. V případě menších tukových depozit, kde není přítomen kožní převis, se přistupuje spíše k liposukci, po které nevznikají jizvy po incizi, jako při abdominoplastice a riziko vzniku komplikací je minimální. Ve snaze dosáhnout nejlepších výsledků pro pacienta se v některých případech kombinuje abdominoplastika s liposukcí. Výkony jsou prováděny zvlášť nebo současně. Liposukce se v tomto případě provádí v laterálních a zadních oblastech trupu (BRYCHTA, 2014).

Celosvětově je každý rok provedeno mezi 1-2 miliony abdominoplastik, čímž se tato operace řadí mezi pět nejčastěji prováděných operací estetické plastické chirurgie. I přesto, že se jedná o estetický výkon prováděný ve většině případů na soukromých klinikách plastické chirurgie, může být v některých případech indikován jako zdravotně preventivní a hrazen zdravotní pojišťovnou (BRYCHTA, 2014).

## 1.1 VZNIK ABDOMINOPLASTIKY A VÝVOJ OPERAČNÍCH TECHNIK

Historie vzniku abdominoplastiky sahá ke konci 19. století, kdy při operaci byla provedena korekce velkých ventrálních a umbilikálních kýl s odstraněním nadbytečného tuku a kůže. Postupem let se operační výkony zdokonalovaly jak v přístupech provedení řezu a následné jizvě, tak v náročnosti operace, kdy docházelo k rozsáhlejší preparaci kůže, podkožního tuku a korekci přímých břišních svalů po diastáze (BRYCHTA, 2014).

První dermolipektomie byla provedena Demarsem a Marxem ve Francii roku 1890. Poprvé popsána však byla až Kellym roku 1899 v USA a nazvána jako transverzální abdominální lipektomie. Prvenství za odstranění pupeční kýly spolu s resekci tuku a nadbytečné kůže se zachováním pupku si připsali Gaudet a Morestin

ve Francii roku 1905. V průběhu dalších let docházelo k vývoji použité incize. Weinhold použil incizi ve tvaru trojlístku, která vznikla kombinací incize vertikální a šikmé. První vertikální eliptickou resekci použil Babcock roku 1916 a Schepelmann ji později upravil do tvaru slzy. Incizi pod pupkem použil v roce 1924 Thorek a Galtier v roce 1955 přinesl další změnu, která spočívala v resekcí všech čtyř kvadrantů. Dnešní podobě provedení operace se přiblížil také Vernon, který provedl nízkou transverzální incizi se širokým underminingem a transpozicí pupku. Mezi lety 1967-1975 uskutečnil Pitanguy studii, při které provedl více než 500 abdominoplastik s nízkou incizí v třísle a rozšířením underminingu po dolní okraj žeberních oblouků. Ve stejném čase roku 1972 publikoval Regnault svoji techniku, za použití incize W. Incize vedla 1 až 3 cm nad okrajem stydké kosti v pubickém ochlupení a výsledný tvar byl konvexitou kaudálně s dalším rozšířením incize do třísla. Grazer v následujícím roce 1973 zaznamenal 144 provedených abdominoplastik u kterých zvolil nízkou transverzální incizi rozšiřující se laterálně nahoru. V současné době je nejčastěji používanou operační technikou dolní incize v různých modifikacích s obříznutím pupku a jeho přesazení (BRYCHTA, 2014).

## **1.2 TYPY ABDOMINOPLASTIKY**

### **1.2.1 MINIABDOMINOPLASTIKA**

Jedná se o částečnou abdominoplastiku, která je prováděna za účelem korekce nadbytečné tkáně v oblasti pod pupkem (MĚŠŤÁK, URBAN, 2010). V tomto případě nedochází k přesazování pupku. Jedná se o asi nejčastější abdominoplastiku prováděnou ve všech typech anestezie včetně spinální (BRYCHTA, 2014). Při horizontálním řezu v podbřišku je mobilizována břišní stěna k pupku a po kaudálním posunu je odstraněna nadbytečná tkáň (MĚŠŤÁK, URBAN, 2010). Miniabdominoplastika je nejčastěji prováděna u žen po těhotenství nebo po velkém váhovém úbytku. V těchto případech může docházet k diastáze či hernii v oblasti pupku. V takovém případě dochází během operace ke korekci diastáze nebo hernie. I přes malý operační výkon jsou výsledky pro pacienty velmi uspokojivé a vzniklá horizontální jizva v podbřišku snadno krytá spodním prádlem (BRYCHTA, 2014), (MUKNŠNÁBLOVÁ, 2014).

### **1.2.2 TRADIČNÍ ABDOMINOPLASTIKA**

Je klasická abdominoplastika indikovaná při deformitách břicha nad i pod pupkem, nadbytku tukové tkáně, diastáze, hernii a početných strijích (MĚŠŤÁK, URBAN, 2010). Jedná se o složitější operační výkon prováděný většinou u pacientů s celkovou nadváhou a s dalšími možnými přidruženými chorobami jako je DM nebo hypertenze (BRYCHTA, 2014).

### **1.2.3 LIPOABDOMINOPLASTIKA**

V některých případech je vhodná kombinace abdominoplastiky s liposukcí aby bylo dosaženo chtěného výsledku. Provádí se u deformit břicha nad i pod pupkem a velkém nadbytku tukové tkáně, především v oblasti boků a pasu (BRYCHTA, 2014).

### **1.2.4 ABDOMINOPLASTIKA S VYSOKÝM LATERÁLNÍM TAHEM**

Abdominoplastika s použitím vysokého laterálního tahu, kterou vyvinul Lockwood v devadesátých letech minulého století, se liší od klasicky prováděné abdominoplastiky. Vzniká delší nízko položená jizva v podbřišku po provedené incizi a vyšší tah za kožně-tukový lalok v laterální oblasti trupu. Dále dochází k menší resekcí v oblasti střední čáry a větší resekcí v laterální oblasti se suturou pod větším tahem. Výsledkem je modelace boků, pasu a výrazný lifting předních a zevních oblastí steh. Z tohoto důvodu je tato technika často používána při body contouringu (BRYCHTA, 2014).

**Body contouring** neboli tvarování těla pomocí operačních výkonů prováděných za účelem korekce nevyhovujících tělesných tvarů. V oblasti estetické plastické chirurgie, zaměřující se na redukcí tělesné hmotnosti, je často kombinována barická operace s abdominoplastikou, liposukcí, brachioplastikou nebo gluteoplastikou (BRYCHTA, 2014).

### **1.2.5 ABDOMINOPLASTIKA FLEUR-DE-LIS**

Mezi další typ abdominoplastiky, který bývá méně často používán při body contouringu je „fleur-de-lis“ abdominoplastika. Svým tvarem provedených incizí připomíná leknín. V roce 1985 ji Delon popsals jako modifikaci několika starších technik. Nevýhodou tohoto typu abdominoplastiky je dlouhá vertikální jizva v oblasti střední čáry, která se suturou v podbřišku připomíná tvar kotvy. Principem je odstranění kožně-tukového laloku v podbřišku s velkou člunkovitou excizí v oblasti střední části



břicha se zachováním pupku, při čemž dochází k redukci horizontálního přebytku kůže u závažnějších deformací břišní oblasti. Nejčastěji se tak děje u pacientů po barické operaci. Výsledkem operace není jen výrazné zlepšení oblasti břicha, ale celé distální oblasti trupu (BRYCHTA, 2014).

### **1.2.6 REVERZNÍ ABDOMINOPLASTIKA**

Reverzní abdominoplastika byla popsána Rebellem a Baroudim v polovině osmdesátých let minulého století. Jedná se o resekci kožně-tukového laloku v nadbřišku pod prsy s tahem zbylé kůže směrem vzhůru. Jako samostatná operace se obvykle neprovádí, ale bývá použita při body contouringu přední části trupu, kde po abdominoplastice jiného typu zůstává nadbytek kůže v oblasti nadbřišku. Nejčastěji se tak děje u pacientů po barické operaci (BRYCHTA, 2014) nebo v kombinaci s modelací či redukcí prsou (MĚŠŤÁK, 2010).

## **1.3 INDIKACE A KONTRAINDIKACE ABDOMINOPLASTIKY**

Mezi hlavní příčiny vzniku povislé (ochablé) kůže v oblasti břicha patří těhotenství, proto abdominoplastku ve většině případů podstupují ženy ve věku 25-60 let (BRYCHTA, 2014). V těhotenství dochází k velkému přírůstku hmotnosti, kůže je napjatá a dochází mnohdy k jejímu poškození – ztrátě elasticity a pružnosti, snižuje se kvalita kolagenních a elastických vláken, která se rozpínají až trhají, vznikají strije. Nadbytek podkožního tuku nemá vliv jen na kvalitu kůže, ale ovlivňuje i svalovou vrstvu – dochází k povolení fascie, šlach a postupnému rozestupu přímých břišních svalů, krytých oslabeným vazivem. Tento problém není jen estetický, jedná se především o funkční poruchu s rizikem vzniku hernie (MUKNŠNÁBLOVÁ, 2014). Tato skutečnost se netýká pouze žen po porodu, ale i žen a mužů s obezitou (BRYCHTA, 2014). Velkou roli hrají i genetické příčiny, kdy břišní stěna není schopna se zpevnit a vrátit do původního stavu i v případě pravidelného cvičení a změně dietního režimu. Kůže v tomto případě zůstává v nadbytku, hlavně v dolní polovině břicha (MUKNŠNÁBLOVÁ, 2014). V posledních letech vzrostl i počet mužů podstupujících tuto operaci, nejčastěji z důvodu výrazné redukce hmotnosti přirozenou cestou nebo po bariatrické operaci (BRYCHTA, 2014).

Přísně kontraindikována je abdominoplastika u výrazně obézních s nestabilizovanou tělesnou hmotností v předešlých šesti měsících, jelikož samotná operace nenahrazuje redukci hmotnosti. Zákrok rovněž nesmí být prováděn u pacientů s nekompenzovaným zdravotním stavem – hypertenzí, DM nebo onemocněním žil, u osob s kolísavou vahou nebo při menstruaci (BRYCHTA, 2014).

#### 1.4 KOMPLIKACE ABDOMINOPLASTIKY

Díky důkladnému plánování operace, realizaci předoperační přípravy a vyšetření s následnou pooperační péčí, není výskyt komplikací tak častý. Závažnou komplikací abdominoplastiky, která se nevyskytuje často, je TEN. Mezi častěji vznikající komplikace patří komplikace místní, kterými jsou:

- **krvácení z pooperační rány,**
- **přechodná ztráta citlivosti kůže** – způsobená podrážděním či poraněním kožních nervů (častější u pacientů s dispozicí k tvorbě keloidních jizev),
- **dehiscence operační rány** (BRYCHTA, 2014),
- **vznik hypertrofické a keloidní jizvy,**
- **vznik hematomů, seromů,**
- **vznik primární infekce** (HÖNIG, 2008).

#### 1.5 PŘEDOPERAČNÍ KONZULTACE

Samotné operaci předchází vždy nezávazná konzultace pacienta s plastickým chirurgem, kdy pacient přichází s konkrétními představami o svých nedostatecích a výsledku případné korekce nebo jen s pocitem nespokojenosti, který chce operací změnit. Komplexní přístup nezahrnuje pouze zhodnocení a kreativní náhled chirurga, ale i psychologickou péči a jeho komunikační schopnosti (BRYCHTA, 2014). Proto se při plánování operace postupuje vždy individuálně, s respektem k estetickým představám a potřebám pacienta (DUŠKOVÁ, 2010). Chirurg nahlíží na pacienta jako

na estetický celek, kdy hodnotí i okolní vzhled trupu, protože správně indikovaná a provedená operace vede k uspokojivým výsledkům i spokojenosti pacienta (KUFA, LIZNEROVÁ, 2008). Z tohoto důvodu probíhá během konzultace psychologický rozhovor, při kterém chirurg pacienta informuje o reálných možnostech operace a pravděpodobných výsledcích, kterých by bylo možné dosáhnout. Cílem je také zhodnotit, zda jsou očekávání pacienta reálná, pacient dostatečně vyzrálý a po psychické i fyzické stránce schopný operaci podstoupit (BRYCHTA, 2014). V opačném případě nebo u surgiholických pacientů a pacientů trpících dysmorfobickou poruchou, by operace neměla být indikována (DUŠKOVÁ, 2010). Velmi důležitou součástí konzultace je naznačení linie incize, která slouží pro představu pacienta kde bude lokalizována výsledná jizva. Nákres probíhá vestoje (BRYCHTA, 2014).

## **1.6 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA A PÉČE**

Předoperační příprava je velmi důležitá pro správně se vyvíjející operaci a její výsledek. Zdravotní stav pacienta musí dovolovat provedení operace, která je rozsahem a náročností srovnatelná s jinými operacemi břišní dutiny. V rámci dlouhodobé předoperační přípravy se provádí požadovaná interní a fyzikální vyšetření, včetně sběru dat pomocí lékařské i ošetrovatelské anamnézy (MUKNŠNÁBLOVÁ, 2014). Nesmí chybět údaje o předchozích proběhlých operacích z oblasti břicha, o případném výskytu hernie, respiračních onemocněních, gastrointestinálních chorobách, údaje o stabilizaci váhy či počet porodů u žen. Akutní zánětlivé či virové onemocnění by se u pacienta nemělo objevit nejméně jeden měsíc před plánovanou operací a případná další interkurenční onemocnění musí být přeléčena. Velký důraz je kladen na prevenci TEN, která se ze všech estetickým plastických operací vyskytuje nejčastěji při abdominoplastice a je závažnou komplikací operace. Nejméně dva týdny před operací je proto doporučeno kuřákům přestat kouřit a u žen vysadit hormonální antikoncepci (BRYCHTA, 2014). Někteří plastičtí chirurgové odmítají provádět operaci u silných kuřáků – vysoké riziko komplikací (SHEMAK, 2011). Týden před operací je nutné vysadit nebo nahradit léky snižující srážlivost krve, např. Acylpyrin, Aspirin či některá antiflogistika (BRYCHTA, 2014). Součástí krátkodobé předoperační přípravy je úprava stravy na nedráždivou, lehce stravitelnou. Od půlnoci pacient lační a šest hodin před zákrokem nic nepije. Těsně před zákrokem je pacient operátérem seznámen s průběhem

operace a pooperačním režimem. V případě celkové anestezie mu anesteziolog vysvětlí její průběh a upozorní ho na možné vedlejší účinky, jako je únava, nevolnost nebo zvracení. Po obeznámení pacienta se všemi skutečnostmi týkající se operačního výkonu, mu jsou předloženy k přečtení a podpisu informované souhlasy týkající se výkonu a anestezie (MUKNŠNÁBLOVÁ, 2014). Součástí zdravotnické dokumentace pacienta je i kompletní fotografická dokumentace před a po operaci, proto bývá pořízeno několik snímků přední břišní dutiny z různých úhlů a jedna fotografie zezadu (BRYCHTA, 2014).

Sestra edukuje pacienta o předoperační přípravě, jako je provedení celkové hygieny, oholení operačního pole, sundání všech šperků, piercingů, případně zubní náhrady (SLEZÁKOVÁ, 2010). Dále o pooperačním režimu ve smyslu důležitosti jeho dodržování a zásadách jako je poloha na zádech, vstávání z lůžka, přidržování operační rány při kašli či kýchání, stojí a chůzi v mírném překlону, dodržování dietního režimu či důležitosti nošení kompresního prádla. Pro správný výběr velikosti tohoto prádla sestra zjistí přesné míry pacienta (MUKNŠNÁBLOVÁ, 2014). Ráno v den operace sestra pokračuje v prevenci TEN zajištěním bandáže dolních končetin pacienta. Před odjezdem pacienta na operační sál zkontroluje jeho dokumentaci, bandáže dolních končetin, čistotu operačního pole, lačnění, sundání šperků či vyjmutí zubní náhrady a dle ordinace anesteziologa podá premedikaci (SLEZÁKOVÁ, 2010).

### **Předoperační vyšetření**

Součástí předoperační přípravy je celkové interní a fyzikální vyšetření. Základem interního vyšetření je odběr moči a krve pro biochemické a hematologické vyšetření, včetně EKG a u pacientů starších 50 let doplněné o RTG srdce a plic + popis. U pacientů s ASA I. postačí vyšetření provedené praktickým lékařem, ale v případech s ASA II. je žádoucí podrobné interní vyšetření. Další interní vyšetření jsou prováděna dle uvážení internisty na základě zdravotního stavu pacienta (MUKNŠNÁBLOVÁ, 2014).

Fyzikální vyšetření je prováděno za účelem zhodnotit celkový stav břišní stěny a kvalitu kůže. Vyšetření probíhá vestoje, vsedě i v předklonu. Je vyšetřována nejen kvalita kůže, ale i velikost tukové vrstvy, kožní převis v oblasti břicha, zvětšená protruze, stav diastázy, přítomnost hernie, tvar a délka hrudního koše a šířka pasu. Dále jsou zaznamenávány strije, jejich počet, velikost a lokalizace, kožní srůsty a jizvy.

Jizvám lokalizovaným ve střední oblasti je věnována zvláštní pozornost, protože představují riziko vzniku nekrózy břišního laloku. Výsledky vycházející z fyzikálního vyšetření jsou rozhodující pro stanovení správné operační techniky (BRYCHTA, 2014).

## **1.7 PRŮBĚH OPERACE**

Po uvedení pacienta do celkové anestezie je provedena infiltrace tumescentního roztoku (32°C) do operované oblasti břicha. Ředění: na 1000 ml fyziologického roztoku 50 ml 1% Mesocainu, 1 ml adrenalinu 1 : 1000 a 12 ml 8,5% Na-bikarbonátu). Zásadně se tímto omezí perioperační krvácení, tvorba hematomů a rozsah pooperačního edému. Celková spotřeba infiltračního roztoku může být až kolem 4000-5000 ml, proto se pro urychlení procesu používá infiltrační pumpa. Samotná operace je zahájována liposukcí s použitím mikrovibračního či ultrazvukového přístroje. Ve většině případů je vhodné odsátí boků, pasu a nadbříšku. Podbříšek před resekci se neodsává (BRYCHTA, 2014). Poté se přistupuje k horizontální incizi vedené v podbříšku nad mons pubis, mezi spina iliaca anterior superior obou stran, až po fascii břišních svalů, kde se pokračuje v disekci mezi fascií břišních svalů a podkožím. Tato disekce tkáně končí u okraje hrudního koše. V případě diastáze přímých břišních svalů dochází k sešití jejich fascií, svaly se opět vrací do původního postavení a dochází k obnově kontury břišní stěny. Následně probíhá stažení kožního laloku kaudálně, odstranění nadměrné kůže a vytvoření nového otvoru pro pupek v oblasti kde nebude pod přímým tahem. V závěru jsou zavedeny dva drény, které jsou obvykle ponechány dva dny (MĚŠŤÁK, 2015).

## **1.8 POOPERAČNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE**

Bezprostředně po operaci je pacientovi obléknuto kompresní elastický břišní pás, který je potřebné nepřetržitě nosit pět týdnů po operaci. Dále jsou podávána antibiotika (Unasyn, cefalosporiny) a miniheparinizace. V rámci preventivních opatření se v tomto podávání pokračuje ještě dalších pět dní po operaci. Podáním 0,5% Marcainu do drénu se předchází vzniku pooperačních bolestí (BRYCHTA, 2014).

Z pooperačního pokoje, kde jsou sestrou sledovány a zaznamenávány fyziologické funkce se pacient vrací na své lůžko po odeznění celkové anestezie

a navrácení reflexů. Je ukládán do polohy tzv. kolébky se zvýšenou hlavou a dolními končetinami nebo s mírným pokrčením nohou v kolenou z důvodu vyvinutí menšího tlaku na operační ránu (MUKNŠNÁBLOVÁ, 2014). V rámci pooperační péče sestra nadále sleduje a zaznamenává fyziologické funkce v pravidelných intervalech. V první hodině po operaci co 15 minut, v druhé co 30 minut a nadále každou hodinu po dobu 24 hodin (SLEZÁKOVÁ, 2010). Tělesná teplota může být po zákroku lehce snižena z důvodu anestezie. V případě rozvinutí infekce může v následujících dnech stoupat až v horečku. Dále sestra sleduje pulz, který je několik hodin po operaci lehce zvýšený a krevní tlak, který může být naopak snížený z důvodu krevních ztrát. Z tohoto důvodu jsou podávány infuze k doplnění tekutin. V případě, že se neupraví, může být podána transfuze. Sestra také udržuje průchodnost zavedených drénů a sleduje množství a vzhled odcházející tekutiny. Současně u pacienta nepřetržitě sleduje rozvoj bolesti a podává léky proti bolesti dle ordinace lékaře nebo potřeb pacienta. Před vertikalizací, která probíhá již pár hodin po operaci, pacientovi opět zopakuje zásady vstávání z lůžka, chůze v mírném předklonu a důležitost přidržování operační rány při změně polohy nebo kašli. V případě potřeby asistuje při oblékání, hygieně či doprovází pacienta na toaletu. Ke spontánnímu vymočení by mělo dojít do šesti hodin po operaci. Pravidelně sleduje a sterilně převazuje operační ránu, která je kryta dezinfekčním krytím. Tekutiny mohou být v malých dávkách podávány dle stavu pacienta po dvou hodinách od operace. Strava v pooperačním období nesmí být těžká, tučná nebo nadýmavá. Naopak by měla být lehce stravitelná, v malém množství. Důvodem je podráždění střevní peristaltiky během operace (MUKNŠNÁBLOVÁ, 2014). Dva dny po operaci dochází k odstranění drénů (MĚŠŤÁK, 2015).

Hospitalizace pacienta po provedené abdominoplastice trvá 2-3 dny. V následujících 7-10 dnech je pacientům doporučován klid na lůžku a přibližně týden po operaci jsou odstraněny zevní nevstřebatelné stehy. Další kontoly jsou plánovány dle vyvíjejícího se hojení operační rány (MUKNŠNÁBLOVÁ, 2014). Pacient v domácím prostředí provádí pravidelné tlakové masáže jizvy konečky prstů například s použitím zvláčňujícího tělového mléka nebo oleje (KUFA, ČERVINKOVÁ, 2010.). Nepřetržitě používá kompresní elastický břišní pás po dobu tří až čtyř týdnů po operaci. V dalších týdnech je vhodné nošení kompresního prádla při mírné fyzické zátěži a plná fyzická aktivita je dovolena po osmi týdnech od operace (MUKNŠNÁBLOVÁ, 2014).

## 2 LIPOSUKCE

Liposukce neboli odsátí nadbytečné tukové tkáně z podkoží patří nejen ve světě, ale i u nás mezi nejžádanější a nejčastěji prováděné estetické výkony (MĚŠŤÁK, URBAN, 2010). Velkou výhodou je nenáročnost samotného výkonu, jelikož při liposukci prováděné v menším rozsahu tzv. tumescentní metodou není nutné použití celkové či svodné anestezie a nutnost hospitalizace pacienta (BRYCHTA, 2014). Výsledný efekt je trvalý neboť stabilní počet tukových buněk se v dospělosti již nemění, pouze může dojít k změně jejich velikosti a tak při odstranění buněk v určité oblasti dojde k trvalému efektu. Vznik pooperačních ran a jizev je minimální a rekonvalescence probíhá po výkonu velmi rychle (ZÁRUBA, 2010).

Liposukce stejně jako abdominoplastika nenahrazuje při redukci hmotnosti dietní režim a pohybovou aktivitu. Přistupuje se k ní tehdy, dojde-li k redukci hmotnosti přirozenou cestou, ale v určitých partiích stále zůstávají tuková depozita (MĚŠŤÁK, URBAN, 2010). V přísně indikovaných případech je liposukce používána jako způsob chirurgické léčby u pacientek se sekundárním lymfedémem horní končetiny po mastektomii ([www.dermatologiepropraxi.cz](http://www.dermatologiepropraxi.cz))

Přísně kontraindikována je liposukce u pacientů s nestabilizovaným zdravotním stavem, morbidní obezitou, alergií na lokální anestetikum, pacientů s kardiopulmonální chorobou, horším hojením ran nebo s lokalizovanými jizvami v ošetřované oblasti (BRYCHTA, 2014). Zároveň se neprovádí při prokázání systémové infekce a u těhotných žen (WALD, 2012). Očekávaných výsledků liposukce nelze dosáhnout u starších osob, kde snížená elasticita kůže nebo celulitida způsobí vznik povrchových nerovností (ZÁRUBA, 2010).

### 2.1 HISTORIE A VÝVOJ LIPOSUKCE

První zmínky o liposukci sahají do počátku 20. století, ze kterého jsou známy první chirurgicky provedené excize tuku. První doložená zpráva z roku 1921, mluví o Fracouzi Charlesi Dujarrierovi, který se pokusil o odstranění tuku z lýtek a kolen tanečnice, za pomoci děložní kyrety. Výkon skončil amputací z důvodu poranění

femorální arteria. V průběhu dalších let nebyly známy i z tohoto důvodu žádné jiné pokusy. Až v roce 1964 se také Francouz Schrudde pokusil napodobit stejnou techniku a za pomoci kyrety odstranit tuk z malých incizí. Z důvodu krvácení, vzniku hematomů a seromů, bylo i od této techniky upuštěno. Dnešnímu technice používané při liposukci se přiblížil Američan Wilkins v roce 1968, který použil aspirační techniku pomocí kanyl. I tato metoda se neobešla bez vedlejších účinků. Zlom přichází v roce 1976, kdy italští gynekologové Arpad a Giorgio Fisherovi publikovali své výsledky, kterých dosáhli za pomoci použití duté kanyly. O dva roky později tuto techniku modifikoval francouzský plastický chirurg Yves-Gerard Illou, když přidal infiltraci fyziologického roztoku. I po této modifikaci zůstává liposukce tzv. suchou technikou. Po roce 1980 se opět přistoupilo k infiltraci ošetřované oblasti fyziologickým roztokem s adrenalinem a lidokainem s lepšími výsledky. Poměr ředění tumescentního roztoku s lidokainem stanovil v roce 1985 kalifornský dermatolog Jeffrey Klein na 3:1. Původní průměr kanyl pro odsávání tuku se postupně zmenšoval a dnes jsou používány kanyly o průměru 2-5 mm. Množství možného odsátého tuku bylo stále vyšší a dnes lze odsát až 5% váhy pacienta, což je v některých případech i více než 5000 ml tuku. Odsátí takového množství tuku musí být lékařsky indikováno (ENTNER, 2012).

Po mnoha inovacích, kterými liposukce prošla, je v dnešní době používáno několik typů liposukce, ale princip odsávání tuku pomocí podtlaku zůstává stále stejný (KUFA, ČERVINKOVÁ, 2010).

## **2.2 TYPY LIPOSUKCE**

Typ či techniku provedení liposukce si určuje operatér v závislosti na svých zkušenostech, vybavení konkrétního zařízení a individuálních potřebách pacienta po zhodnocení jeho celkového stavu a elasticity kůže (ZÁRUBA, 2010). Většina liposukcí je v současnosti prováděna ambulantně v lokálním znecitlivění. Malé zákroky, jakými jsou například liposukce podbradku nebo liposukce středně velkého rozsahu, se provádí tumescentní metodou za plného vědomí. Hospitalizaci a přítomnost anesteziologa s použitím celkové či svodné anestezie si vyžadují liposukce velkého rozsahu, kdy je odsáto nad čtyři litry tuku z více tělesných oblastí, nebo v případech, kdy je liposukce kombinována s abdominoplastikou či jinou chirurgickou operací. Tyto operace už představují vyšší náročnost a rizika vzniku komplikací (BRYCHTA, 2014).



### **2.2.1 KLASICKÁ LIPOSUKCE**

Je prováděna za použití tenké kanyly o průměru 3-5 mm, která je do podkoží zavedena po malé incizi v blízkosti ošetřované oblasti. Dochází k mechanickému rozrušení tukové tkáně pohyby kanyly, která je napojena na vakuovou pumpu zajišťující odsávání tuku. Při správné technice vytváří operatér jakousi hustou síť tunelů vzniklých po odsátí kanylou, které zajišťují rovnoměrné odsátí tukové vrstvy (MĚŠŤÁK, URBAN, 2010). Původně byla prováděna suchou metodou tzn. bez infiltrace roztoku, ale dnes je tento postup používán sporadicky, i z důvodu vyšší pravděpodobnosti poranění cév a následného krvácení. Většinou se tedy přistupuje k infiltrační liposukci (BRYCHTA, 2014). Další typy liposukce vznikly modifikací původního principu klasické liposukce, který zůstává stejný, ale liší se od sebe použitými přístroji a technikou rozbíjení tukové buňky (MĚŠŤÁK, URBAN, 2010).

### **2.2.2 TUMESCENTNÍ TECHNIKA**

Je jednou z infiltračních technik liposukce, která je v dnešní době velmi často používaná pro svoji velmi dobrou proveditelnost s dobrými výsledky. Podstatou této techniky je napuštění tukové tkáně fyziologickým roztokem s lokálním anestetikem, adrenalinem a bikarbonátem. Jedná se o objem zhruba třikrát větší než je předpokládané množství odsátého tuku a proto je zvýšená opatrnost věnována pacientům s ochablější kůží. Infiltrace zaručí snazší průnik kanyly tukovou tkání a provedení liposukce ambulantně jen v místním znecitlivění bez nutnosti celkové anestezie a následné hospitalizace. Infiltrace technikou criss-cross za účelem rovnoměrné distribuce tumescentního roztoku probíhá tzv. napouštěcí kanylou s tupým hrotem o průměru do 2 mm s několika otvory po celém obvodu. Zhruba po 15-30 minutách od skončené infiltrace se přistupuje k samotné liposukci. Tato technika od svého vzniku a uvedení do praxe prošla a stále prochází různými inovacemi, jež se týkají např. ředění infiltračního roztoku. Lidocain je některými operátory nahrazován Naropinem 10 mg/ml inj. sol. v dávce 50 mg na 1000 ml roztoku, z důvodů vyššího anestetického účinku a nízké toxicity a případného vývoje alergické reakce. Přidaný adrenalin způsobuje vazokonstrikci a snižuje koncentraci anestetické látky v plazmě, čímž zamezuje případným krevním ztrátám a toxicitě. Bikarbonát vyrovnává kyselost anestetické látky (BRYCHTA, 2014).

### **2.2.3 ULTRAZVUKOVÁ LIPOSUKCE**

Při ultrazvukem asistované liposukci dochází k rozrušení tukových buněk kanylou za pomoci ultrazvukové energie. Toto mechanické i termické rozrušení způsobuje snazší a rovnoměrnější aspiraci tukových buněk (POLÁČEK, 2017) a ve výsledku vyrovnanější povrch kůže (MĚŠŤÁK, URBAN, 2010). Na druhou stranu může použití ultrazvuku způsobit i termické poškození kůže až vznik volných radikálů jakožto potenciálních kancerogenů (BRYCHTA, 2014).

### **2.2.4 VIBRAČNÍ LIPOSUKCE**

Liposukce je prováděna za pomoci velmi rychlého kmitavého pohybu tenké kanyly, kdy vibrace uvolňují tukovou tkáň, kterou kanyla snadněji proniká (MĚŠŤÁK, URBAN, 2010). Tento princip ulehčuje fyzicky náročnou práci operátora a při liposukcích velkého rozsahu zkracuje dobu zákroku (ENTNER, 2012). Jako nejvhodnější se jeví při ošetřování oblastí hustě prorostlých vazivem nebo v místech, kde byla již dříve liposukce prováděna (MĚŠŤÁK, URBAN, 2010).

### **2.2.5 LASEROVÁ LIPOSUKCE**

Tento druh liposukce využívá spojení laserové energie a klasické liposukce. V prvním kroku je podkoží infiltrováno tumescentním roztokem a zavedena tenká kanyla o průměru 1-2 mm s integrovaným světlovodným vláknem (BRYCHTA, 2014). Vytvořené laserové paprsky o vlnových délkách 924 nm a 975 nm vycházející z hrotu kanyly destrukují tukové buňky, které jsou následně v dalším kroku odsáty. Příznivým výsledkem je vypnutá tkáň (ENTNER, 2012).

### **Injekční lipolýza**

Spočívá v aplikaci roztoku obsahujícího fosfatidylcholin (BRYCHTA, 2014) do malých tukových depozit jako je například podbradek, okolí pupku nebo boky, kde odbourává tuk uložený v tukových buňkách. Dále může být použit i ke korekci menších oblastí po provedené liposukci nebo pro redukci lipomů. Ošetření je potřebné pro dosažení viditelného efektu několikrát opakovat, zpravidla v intervalu 4-6 týdnů (KLAUZOVÁ,2011).

## Neinvazivní metody

Neinvazivní metody redukce tukové tkáně (na principu lipolýzy) jsou odvětvím estetické dermatologie. Tyto metody neporušující integritu kůže a redukující nadbytečnou tukovou tkáň jsou vyhledávanou alternativou invazivní liposukce. Jsou oblíbené z důvodu nenáročnosti, šetrnosti, nízkému riziku vzniku komplikací a postupnému odstraňování tuku přirozenější cestou. Pro dosažení viditelných výsledků je nutné ošetření vícekrát opakovat a vyžadují spolupráci pacienta, především v oblasti dodržování pitného a stravovacího režimu (strava s nízkým obsahem tuků). Ošetření jsou prováděna sestrou nebo zaškoleným terapeutem, kteří po individuálním zhodnocení stavu a vzhledu pokožky nastaví počet doporučených ošetření. Mezi nejvíce používané technologie patří radiofrekvence, ultrazvuk, karboxyterapie či kryolipolýza (KLAUZOVÁ, 2011).

## 2.3 KOMPLIKACE LIPOSUKCE

Při dodržení správného postupu a zásad provádění liposukce se komplikace vyskytují vzácně.

- **Tromboembolie** – díky prevenci před chirurgickým výkonem je velmi vzácná.
- **Alergická reakce na lokální anestetikum** – každému výkonu předchází stanovení přesného dávkování anestetika, tudíž je velmi vzácnou komplikací.
- **Hypotermie** – pacient je udržován v teple a infiltrovaný tumescentní roztok má cca 32°C (BRYCHTA, 2014).
- **Infekce** – je velmi vzácná, ale v některých případech se může vyskytnout bolestivé zčervenání kůže, které může být vyvoláno mechanickým podrážděním = panikulitida.
- **Tuková embolie** – téměř nezaznamenaná komplikace.

- **Výskyt hematomů a edémů** – vyskytují se v malém rozsahu a rychle mizí. Jsou nejčastěji se vyskytující lehkou komplikací.
- **Nerovnosti kůže** – přetrvávající několik měsíců po liposukci. Mohou být způsobené sníženou elasticitou kůže, odloučením velkého množství tukových buněk či projizvením v podkoží (ENTNER, 2012).

## 2.4 PŘEDOPERAČNÍ A POOPERAČNÍ PÉČE BĚHEM LIPOSUKCE

V případě provádění liposukce jako samostatné operace je předoperační příprava a péče o pacienty podstupující liposukci téměř totožná s přípravou pacientů podstupujících abdominoplastiku. V krátkodobé předoperační přípravě sestra provádí přeměření tělesných měr pacienta a výběr velikosti a typu kompresního prádla podle typu odsávané oblasti (www.theses.cz). Operatér u pacienta ve vzpřímené poloze provádí zákres tělesných proporcí a oblastí předpokládaného odsátí tuku (BRYCHTA, 2014).

Ihned po skončení operace, kdy ještě působí účinky anestezie, je obléknuto kompresivní prádlo z důvodu brzkého stlačení vznikajících otoků a zástavy krvácení. Nepřetržitě nošení elastického práda až 6 týdnů po liposukci napomáhá modelaci ošetřené oblasti a předchází vzniku nerovností. V následujících čtrnácti dnech po liposukci se doporučuje klidový režim s postupným zvyšováním fyzické aktivity a provádění lymfatických masáží (BRYCHTA, 2014). Při liposukci v celkové anestezii sestra monitoruje a zaznamenává fyziologické funkce a sleduje vstupy po incizích, kudy po operaci odtéká zbytek detritu a infiltrační tekutiny. Incize bývají sešity nebo pouze kryty steristripem, pro usnadnění odtoku nevstřebané tekutiny. Sestra sleduje množství odtékající tekutiny a dle potřeby převléká lůžko, které udržuje čisté a suché. Dále sleduje vývoj bolesti a podává léky proti bolesti dle ordinace lékaře. (BRYCHTA, 2014), (www.theses.cz), (SLEZÁKOVÁ, 2010).

## 2.5 VŠEOBECNÁ SESTRA A JEJÍ ROLE

Všeobecná sestra je jakožto zástupkyně poskytování ošetrovatelské péče nedílnou součástí multidisciplinárního zdravotnického týmu. Její individualizovaná ošetrovatelská péče vychází z ošetrovatelského procesu, během kterého hodnotí potřeby pacienta nebo skupiny osob, stanovuje ošetrovatelské diagnózy, plánuje, realizuje péči a v závěru vyhodnocuje úspěšnost ošetrovatelské péče, kterou zaznamenává do zdravotnické dokumentace pacienta. Prostřednictvím ošetrovatelské péče, která je definovaná jako soubor odborných činností vedoucí k udržení, podpoře a navrácení zdraví pacienta usiluje o uspokojení jeho potřeb po stránce biologické, psychické i sociální. Děje se tak v případě změny zdravotního stavu jednotlivce či skupiny, kdy je důležitá podpora zdraví i soběstačnosti pacienta nebo při péči o pacienty v terminálním stádiu ve snaze zmírnit jejich utrpení a zajistit vhodné podmínky pro klidné umírání a důstojnou smrt (ČESKO, 2017).

Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků popisuje kompetence a činnosti všeobecné sestry dle § 4 (ČESKO, 2017).

Všeobecná sestra v rámci své profese a kompetencí zaujímá několik rolí, které se promítají v její pracovní činnosti. Mezi ty nejčastější patří role sestry:

- **poskytovatelky ošetrovatelské péče** – zajišťující svými činnostmi základní a specializovanou ošetrovatelskou péči,
- **edukátorky** – předávající znalosti týkající se ošetrovatelských postupů nebo poskytovatelky informačních materiálů, které připravila,
- **nositelky změn** – vykonavatelka modifikovaných postupů a činností,
- **manažerky** – organizátorka poskytované ošetrovatelské péče
- **advokátky** – zástupkyně pacienta a obhájkyň jeho práv,
- **týmové hráčky** – spolupracovnice multidisciplinárního týmu,
- **výzkumnice** (ŠPIRUDOVÁ, 2015).

### 3 EDUKACE

Výraz edukace, vycházející ze slova latinského původu *educare*, lze chápat jako výchovu či nepřetržité učení se. Od základních návyků po narození až po běžné činnosti každodenního života. Učení se novým dovednostem a vědomostem, zdokonalovat se v těch již naučených a eliminovat špatné, nevyhovující. Edukace tedy formuje chování, postoje a potřeby, které ovlivňují kvalitu života jedince (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

V oblasti zdravotnictví je edukace nedílnou součástí zdravotní péče, které je přikládán velký význam (SVĚŘÁKOVÁ, 2012). Jedná o jakousi výchovnou, vzdělávací činnost mezi edukátory (lékař, všeobecná sestra) a edukantem (pacient). Lékařská i ošetrovatelská edukace probíhá v praxi současně a navzájem se doplňuje. V oblasti lékařské je prováděna mezi lékařem a pacientem, týkajíc se léčebného režimu. Z pohledu ošetrovatelského zahrnuje pacienta a sestru. Úkolem sestry je předat pacientovi všechny potřebné informace a znalosti, zdokonalovat ho v osvojení těch nových a odstraňovat případné nedostatky nebo zlozvyky (KUBEROVÁ, 2010). Důležitá je i motivace pacienta v setrvání a udržení osvojených návyků a znalostí do budoucna (SVĚŘÁKOVÁ, 2012). Na výsledcích edukce se projevuje i vzájemná interakce sestry a pacienta, kde svoji roli hraje verbální i neverbální komunikace, psychosociální aspekty pacienta nebo i prostor ve kterém edukace probíhá (KUBEROVÁ, 2010). Snažení a vzájemná spolupráce obou stran může přinášet uspokojivé výsledky ve formě vyšší efektivity léčebného režimu, zkracování doby léčby a následné rekonvalescence (SVĚŘÁKOVÁ, 2012).

Edukace ve zdravotnictví má formu primární, sekundární a terciální prevence, která má za úkol hlavně předcházet vzniku nemoci a v případě již vzniklé nemoci usilovat o brzké uzdravení nebo alespoň zajistit lepší kvalitu života během léčby.

**Primární edukace** se zaměřuje na zdravé jedince a prevenci vzniku nemoci. Cílem je udržení zdraví, případně snaha o zlepšení návyků, které vedou ke zkvalitnění života.

**Sekundární edukace** probíhá u již nemocných jedinců. Snaží se zdokonalovat vědomosti a dovednosti konkrétního pacienta a motivovat ho ve snaze o uzdravení.

**Terciální edukace** probíhá u chronicky nemocných jedinců nebo jedinců s nevratnými změnami zdravotního stavu. I přes nemožnost dosáhnout již plného zdraví je cílem zlepšení kvality života jedince a snaha o zafixování zdravotního stavu bez hrozby vzniku dalších komplikací (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Ošetrovatelská edukace je dále dělena:

- **Základní edukace** – se provádí u pacientů, kterým bylo nově diagnostikováno onemocnění a je nutné pacienta seznámit s problematikou konkrétní nemoci (SVĚŘÁKOVÁ, 2012).
- **Komplexní edukace** – je prováděná u pacientů s dlouhodobým až celoživotním onemocněním, zasahujícím do stravovacích, pohybových nebo i hygienických návyků (SVĚŘÁKOVÁ, 2012). Edukant je aktivně zapojován do nácviku aktivit a cvičení důležitých pro samostatný život v domácím prostředí. V případě potřeby je do edukace zapojena i rodina pacienta (KUBEROVÁ, 2010).
- **Reedukace** – je typem edukace, kdy dochází k dalšímu rozvoji již získaných znalostí, opakování a seznámení se s novými poznatky při změně vývoje nemoci, případně k nápravě zjištěných nedostatků (KUBEROVÁ, 2010).

### 3.1 EDUKAČNÍ METODY A FORMY

#### **Edukační metody**

Edukační metodou je myšlen způsob, kterým jsou vědomosti a dovednosti předávány. Správně zvolená edukační metoda je jednou z věcí, která přispívá k dosažení předem stanoveného cíle během edukace. Při výběru edukační metody musí být přihlédnuto k psychickému i zdravotnímu stavu pacienta a jeho již získaným vědomostem a dovednostem (SVĚŘÁKOVÁ, 2012).

Mezi nejčastěji používané edukační metody ve zdravotnictví patří:

1. **Mluvené slovo** – edukace probíhá v podobě monologu či dialogu. Bývá často doplňována o pomůcky usnadňující výuku a pochopení vysvětlovaného (SVĚŘÁKOVÁ, 2012).

**Přednáška** – jedná se o předávání vědomostí v předem připraveném komplexním, uceleném projevu. Pro zhodnocení úspěšnosti, může být během přednášky nebo na jejím konci zařazena diskuze, kdy edukátor má možnost zhodnotit, jak edukanti pochopili předávané informace.

**Vysvětlování** – je vhodnou metodou tehdy, pokud edukant nemá žádné předchozí zkušenosti a vědomosti. Podstatou je objasnit mu příčiny a seznámit ho s konkrétní problematikou, tak aby jí porozuměl. Proto bývá často součástí i popis nebo použití názorných pomůcek.

**Rozhovor** – během dialogu mezi edukátorem a edukantem nebo skupinou edukantů dochází k sběru informací, předání nových a zopakování již získaných vědomostí. Edukátor pomocí kladení otázek zjišťuje míru informovanosti edukanta či edukantů.

**Diskuze** – umožňuje diskutujícím ptát se, argumentovat nebo vyjádřit vlastní poznatky. Slouží k procvičování a upevňování získaných znalostí.

**Instruktaž** – spojuje znalost teorie a praktického provedení určitého výkonu (pracovního postupu). Po předání potřebných vědomostí dochází k praktické úkaze a nácviku výkonu (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

2. **Tištěné materiály** – jsou ve zdravotnictví velmi často využívanou metodou. Ale i v případech, kdy se jedná o kvalitně zpracovaný tištěný materiál by neměl být pro edukanta jediným zdrojem informací a měl by být vždy kombinován s další edukační metodou, např. vysvětlováním. Mezi tyto materiály patří plakát, leták, brožura, články nebo knihy.
3. **Audiovizuální prostředky** – DVD, CD či instruktážní videa (JUŘENÍKOVÁ, 2010 ), (SVĚŘÁKOVÁ, 2012).



## **Edukační formy**

Při volbě edukační formy jsou brány v úvahu organizační možnosti zdravotnického zařízení, stanovené cíle, kterých se chce edukací dosáhnout, téma edukace, kterému je edukace věnována, ale především individuální potřeby a možnosti edukanta. Po zhodnocení všech těchto skutečností mohou být voleny následující formy.

1. **Individuální forma** – patří mezi nejčastěji používanou formu edukace, při které spolu edukátor s edukantem úzce spolupracují. Edukace, která probíhá v ordinaci nebo u nemocničního lůžka je individuálně zaměřena na potřeby konkrétního jedince. V tomto případě se jako nejvhodnější použítá metoda jeví vysvětlování, rozhovor nebo instruktáž.
2. **Skupinová forma** – třídí edukanty do různě velkých skupin podle druhu onemocnění, pohlaví, věku nebo míry zkušeností a vědomostí. Skupinu, nejlépe o 3-5 edukantech řídí edukátor nejčastěji metodou diskuze, kde je prostor pro vyjádření vlastních zkušeností a poznatků, např. skupina edukantů se stejným onemocněním.
3. **Hromadná forma** – se zaměřuje na širší skupinu edukantů, kdy obsah edukace je pro všechny stejný. Typickou metodou pro tuto formu edukace je přednáška (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

## **3.2 EDUKAČNÍ PROCES A SESTRA V ROLI EDUKÁTORKY**

Edukační proces je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Zdravotně-výchovná péče, kterou prostřednictvím výukových procesů všeobecná sestra pacientovi poskytuje, vede k jeho podpoře a upevnování zdraví (KUBEROVÁ, 2010). Kompetence sestře v edukačním procesu dovolují promýšlet a plánovat jednotlivé kroky procesu, při kterých diagnostikuje problémy a nedostatky pacienta, které je třeba napravit. Hodnotí a měří pacientovi schopnosti a pokroky, které ve výsledku zlepšují jeho vědomosti a dovednosti, které mu umožní lépe zvládnout zdravotní problémy. Dále poskytuje pacientovi, případně jeho rodině informace týkající se ošetrovatelského i edukačního procesu. Sestra v roli edukátorky by měla jednat vlídně, empaticky, zodpovědně a hlavně trpělivě (SVĚRÁKOVÁ, 2012). Edukační proces je ve svých pěti

na sebe navazujících fázích zaměřen na cílevědomé řízení a plánování procesu učení v rámci předem určené edukační formy (KUBEROVÁ, 2010).

### **1. Fáze edukačního procesu – posuzování**

V první fázi procesu dochází metodou rozhovoru, pozorováním, dotazníkem nebo z dokumentace k důkladnému sběru dat týkajících se pacienta. Sestra pomocí analýzy získaných údajů zjišťuje nejen úroveň znalostí a dovedností pacienta, ale i jeho schopnost učit se novým věcem a postoj, který zaujímá vůči sobě samému, nemoci a představám svého života.

### **2. Fáze edukačního procesu – diagnostika**

Po analýze získaných údajů sestra stanovuje edukační diagnózy, které formulují zjištěné problémy a nedostatky. Při stanovování edukačních diagnóz je přihlíženo k individuálním potřebám pacienta a diagnózy tak děleny podle důležitosti.

### **3. Fáze edukačního procesu – plánování**

Cílem této fáze je vytvoření edukačního plánu, během kterého sestra stanovuje cíle a zařazuje aktivity, kterými vytyčených cílů dosáhne. Jedná se především o sestavení několika edukačních jednotek, výběr formy a metody, tak aby vyhovovala tématu edukace, časovému plánu a frekvenci edukace. Plán by měl být dostatečně flexibilní, aby umožňoval přizpůsobení se případným změnám (KUBEROVÁ, 2010).

### **4. Fáze edukačního procesu – realizace**

Realizace směřuje k dosažení stanovených cílů a vychází z plnění edukačního plánu a zjištěných problémů či nedostatků v předchozích fázích.

### **5. Fáze edukačního procesu – vyhodnocení**

V konečné fázi dochází k celkovému zhodnocení edukace. Zda byly cíle splněny a přinesly očekávané výsledky. V opačném případě, kdy nebyly splněny nebo jen částečně je nutné edukaci opakovat či poupravit (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

## 4 EDUKAČNÍ PROCES

Praktickou část bakalářské práce tvoří edukační proces u pacienta podstupujícího abdominoplastiku. Celková struktura práce je pojmuta v pěti na sebe navazujících fázích edukačního procesu, kdy v první fázi dochází k posouzení pacienta po stránce ošetrovatelské i edukační, které je shrnuto pomocí situační analýzy. Druhá fáze identifikuje ošetrovatelské a edukační diagnózy pomocí Nanda-I taxonomie II. Ve třetí fázi probíhá tvorba edukačních jednotek, plánování edukace a stanovení cílů. Čtvrtou fází tvoří samotná realizace a závěrečná pátá fáze hodnotí, zda byly cíle splněny, do jaké míry a zda může být edukace ukončena.

### 1. FÁZE – POSUZOVÁNÍ

#### OSOBNÍ ÚDAJE PACIENTA

**Jméno:** M.K.

**Bydliště:** Praha

**Pohlaví:** muž

**Zaměstnání:** stavební technik

**Věk:** 28 let

**Státní příslušnost:** česká

**Stav:** svobodný

**Rasa:** europoidní (bílá)

**Vzdělání:** středoškolské

#### ANAMNÉZA

**Nynější onemocnění:** přijat z důvodu plánované abdominoplastiky k odstranění kožního převisu v oblasti podbříšku.

#### **Osobní anamnéza:**

- Dětské infekční nemoci: proběhlá běžná dětská onemocnění, v 6 letech onemocnění Meningokokem.
- Chronická onemocnění: Astma bronchiale lehkého typu.

- Operace: v 18 letech odstranění nosních mandlí.
- Úrazy: ve 26 letech zlomený nos při zápasu v boxu.
- Očkování: povinná dětská očkování. V dospělosti očkován proti klíšťové encefalitidě.

**Rodinná anamnéza:** Matka zdravá, otec – kompenzovaná hypertenze, bratr – zdravý, babička z matčeny strany – kompenzovaná Angina Pectoris a DM, babička z otcovy strany – úmrtí z důvodu ca tlustého střeva.

**Alergologická anamnéza:** Biseptol, pentabyl, penicilin, kočky, roztoči, pyl z břízy.

**Abúzus:** Kouření – nejuje, alkohol – zcela vyjimečně při oslavách, pití kávy – vyjimečně, závislost na jiných látkách – nejuje.

**Farmakologická anamnéza:** Ecosal Inhaler – bez pravidelné medikace, dle potřeby při fyzické zátěži.

**Sociální anamnéza:** Rodinný stav – svobodný, bytové zázemí – byt v centru Prahy v domě s výtahem, volnočasové aktivity – fitness, bojové sporty (amaterské zápasy v boxu a kickboxu).

**Pracovní anamnéza:** Dosažené vzdělání – středoškolské, pracovní zařazení – pozice stavebního technika.

**Spirituální anamnéza:** Ateista.

**Urologická anamnéza:** Bez jakýchkoliv urologických obtíží.

**Základní údaje:**

<b>Tělesný stav</b>	dobrý, v posledních 3 letech výrazná redukce hmotnosti (30 kg)
<b>Mentální úroveň</b>	dobrá, oreintován časem, místem i osobou
<b>Komunikace</b>	vřelá, na položené otázky ochotně odpovídá nebo rozhovor sám iniciuje
<b>Zrak a sluch</b>	v pořádku, bez odchylek

<b>Řečový projev</b>	srozumitelný, bez potíží
<b>Paměť</b>	nenarušená
<b>Motivace</b>	spolupracující, jeví zájem o získání nových vědomostí
<b>Pozornost</b>	soustředěná
<b>Typové vlastnosti</b>	pacient se vidí jako sangvinik
<b>Vnímavost</b>	bez potíží
<b>Pohotovost</b>	adekvátní
<b>Nálada</b>	pozitivní, ale s lehkými obavami z pooperačního období
<b>Sebevědomí</b>	středně vysoké
<b>Charakter</b>	přátelský, uvolněný
<b>Poruchy myšlení</b>	nejsou přítomny
<b>Chování</b>	slušné, klidné
<b>Učení:</b>	typ – emocionální styl – auditivní, vizuální, logické, systematické postoj – kladný k získání nových vědomostí bariéry – strach

## POSOUZENÍ FYZICKÉHO STAVU, ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ A EDUKAČNÍCH POTŘEB

Utřídění informací a posouzení potřeb pacienta podle Marjory Gordonové

Posouzení ze dne: 17.12.2016

### 1. Podpora zdraví

Pacient si důležitost zdraví plně uvědomuje, v posledních letech aktivně sportuje a snaží se o celkové zlepšení životního stylu. Zároveň pravidelně navštěvuje svého praktického lékaře a stomatologa v rámci preventivních prohlídek. Nyní se k celému procesu operace staví velmi kladně. Hospitalizaci na klinice plastické chirurgie vnímá jako nezbytnou pro to, aby dosáhl chtěného výsledku, na který se těší. Respektuje chod a řád kliniky a dodržuje pooperační léčebný režim. Přesto má určité obavy a strach

z toho, zda se bude jeho stav v následujících dnech vyvíjet tak, jak má – bez komplikací a zda zvládne péči o ránu v domácích podmínkách.

**Měřicí technika:** nepoužita

**Ošetrovatelský problém:** strach z pooperační péče

**Priorita:** nízká

## 2. Výživa

Pacient je střední postavy, při své výšce 181 cm váží 88 kg, BMI = 26,86 (nadváha) - je nadále v procesu redukce hmotnosti a dodržuje jídelníček, který mu byl sestaven na míru nutričním terapeutem. Jídelníček zohledňuje jeho pravidelné tréninky v boxu a kickboxu, střídající se s posilováním ve fitness. Před třemi lety, kdy vážil okolo 118 kg si uvědomil, že musí svoji váhu snížit, jak z důvodu zdravotního tak i estetického. V té době se obrátil na služby nutričního terapeuta a začal se aktivně věnovat zmíněným sportovním aktivitám. Touto změnou životního stylu zredukoval svoji hmotnost v průběhu tří let o 30 kg. Stravuje se pravidelně 5x denně podle předepsaného jídelníčku, který je obměňován a upravován v období před zápasem v boxu nebo kick boxu. Preferuje masná a sladká jídla, která má rád. Oproti tomu nemá rád mořské plody. Denně vypije 2-3 litry tekutin, nejčastěji se jedná o čistou neperlivou vodu s citronem a čerstvé ovocné džusy. Po skončeném tréninku pije proteinový nápoj na posílení svalů. Kávu i alkohol pije jen vyjímečně.

**Měřicí technika:** BMI = 26,86 (nadváha)

**Ošetrovatelský problém:** nezjištěn

**Priorita:** -

## 3. Vylučování

Potíže s močením a vyprazdňováním stolice pacient neudává. V domácím i nemocničním prostředí je stolice pravidelná, fyziologická, naposledy dnes ráno.

**Měřicí technika:** nepoužita

**Ošetrovatelský problém:** nezjištěn

**Priorita:** -

#### **4. Aktivita, odpočinek**

Pacient převážnou většinu svého volného času tráví při sportu. Aktivně se věnuje fitness a bojovým sportům, jako je box a kickbox, ve kterých i amatérsky zápasí, proto absolvuje 3-5x týdně trénink, trvající 1,5 hodiny. Kromě sportu chodí rád na procházky se psem, sleduje filmy nebo hraje hry na PlayStation. V rámci hospitalizace je pacient i přes pooperační ránu a drény sobestačný. V domácím prostředí nemá se spánkem a usínáním žádné potíže, spí zpravidla 7-8 hodin denně.

**Měřicí technika:** Barthel test = 100 b.

**Ošetrovatelský problém:** nezjištěn

**Priorita:** -

#### **5. Vnímání, poznávání**

Pacient je bez sluchových i zrakových obtíží. Je plně při vědomí – orientován časem, místem i osobou. V oblasti informovanosti týkající se následného pooperačního režimu a péče o ránu se jeví jako nedostatečně informovaný, avšak se zájmem získat nové vědomosti.

**Měřicí technika:** Glasgow coma scale = 15 b.

**Ošetrovatelský problém:** nedostatek informací

**Priorita:** střední

## 6. Sebepojetí

Pacient se považuje za extroverta a skoro vždy za optimistu. Po fyzické i psychické stránce se cítí dobře a těší se na výsledný efekt abdominoplastiky. S kožním převisem, který zůstal po redukci hmotnosti byl nespokojený a proto se rozhodl podstoupit abdominoplastiku – s jizvou, která po operaci zůstane, počítá a je s ní smířený.

**Měřicí technika:** nepoužita

**Ošetrovatelský problém:** nezjištěn

**Priorita:** -

## 7. Role, vztahy

Pacient pochází z kompletní rodiny s dobrými vztahy. S rodiči, bratrem i širší rodinou se také pravidelně vídá. Je svobodný, žije s přítelkyní v bytě v centru Prahy. Prozatím je bezdětný, ale rodinu v budoucnu plánuje založit. S přáteli se pravidelně vídá při sportu nebo různých společenských aktivitách. Z důvodu krátké hospitalizace si pacient přál být navštěvován pouze přítelkyní.

**Měřicí technika:** nepoužita

**Ošetrovatelský problém:** nezjištěn

**Priorita:** -

## 8. Sexualita

Pacient je v osobním životě sexuálně aktivní, bez urologických obtíží. Nynější nutnou sexuální abstinenci z důvodu operace chápe a není nikterat v tomto směru frustrován.

**Měřicí technika:** nepoužita

**Ošetrovatelský problém:** nezjištěn



**Priorita:** -

## **9. Zvládání zátěže**

Pacient si nevybavuje žádnou těžkou situaci v osobním životě, které by musel čelit. Stresové, měnící se situace v souvislosti s pracovní pozicí zvládá a umí se jim přizpůsobit. Abdominoplastika je pro pacienta úplně první operací většího rozsahu a proto má z pooperačního období lehké obavy. Je rád za edukaci, která by mu měla poskytnou potřebné informace a obavy odstranit.

**Měřicí technika:** nepoužita

**Ošetrovatelský problém:** strach z pooperačního období

**Priorita:** nízká

## **10. Životní hodnoty**

V osobním životě je pro něj důležité zdraví, pevné rodinné vztahy a založení vlastní rodiny v budoucnu. Jistoty spatřuje ve stabilním zaměstnání, vlastním bydlení a schopnosti zabezpečit rodinu. Během hospitalizace se aktivně zapojuje a spolupracuje.

**Měřicí technika:** nepoužita

**Ošetrovatelský problém:** nezjištěn

**Priorita:** -

## **11. Bezpečnost, ochrana**

Z rozhovoru je zřejmé, že se pacient těší domů ke své přítelkyni, kde je nejraději a pociťuje bezpečí. U pacienta hrozí potenciální vznik infekce z důvodu operační rány, zavedevého PŽK a dvou drénů (Redonův).

**Měřicí technika:** zhodnocení rizika pádu dle Conleyové = 1 b. – bez rizika

**Ošetrovatelský problém:** riziko vzniku infekce

**Priorita:** nízká

## 12. Komfort

Pacient v pooperačním období pociťuje akutní bolest operační rány, která je však dle medikace lékaře tlumena. S vybaveností kliniky a ochotným přístupem zdravotnického personálu je pacient spokojený, ale i přesto se zde necítí natolik komfortně jako doma.

**Měřicí technika:** VAS = intenzity 2

**Ošetrovatelský problém:** akutní bolest v operační ráně

**Priorita:** nízká

## 13. Jiné (růst a vývoj)

Růst a vývoj proběhl u pacienta fyziologicky.

**Měřicí technika:** nepoužita

**Ošetrovatelský problém:** nezjištěn

**Priorita:** -

## Profil rodiny

Pacient spolu se svojí přítelkyní bydlí v činžovním bytě. Děti prozatím nemá. Rodinné vztahy popisuje jako dobré. Má staršího nevlastního bratra. Matka je zdravá, otec je léčen a sledován pro hypertenzi. U prarodičů byl diagnostikován výskyt Anginy pectoris, DM a ca tlustého střeva.

## **Zdroje pomoci a podpory rodiny, sociálně – ekonomický stav**

Rodina pacienta v rozhodnutí podstoupit operaci plně podporuje a je mu oporou. Vzhledem ke krátké hospitalizaci je navštěvován každý den pouze svojí přítelkyní – rodiče žijí mimo Prahu. Pacient je právě v procesu změny zaměstnání a během následujících měsíců má nastoupit do nové práce. Jedním z důvodů bylo i vylepšení finančního ohodnocení. Vlastní sociální zabezpečení a finanční situaci vnímá uspokojivě.

## **Životní styl, kultura, náboženství, životní hodnoty a postoje**

Pacient je v procesu změny svého životního stylu, který se snaží dodržovat. Rád chodí do kina nebo navštěvuje profesionální zápasy v boxu. Je ateista, se žádným náboženstvím se neztotožňuje. Jako největší životní hodnotu a dar vnímá zdraví a svoji rodinu. K operaci se staví pozitivně, jelikož se pro ni rozhodl z vlastní vůle.

## **Adekvátnost a neadekvátnost rodinných funkcí**

Pacient podstoupení operace zvažoval i se svojí přítelkyní a rodiči – jejich názor byl pro jeho rozhodnutí velmi důležitý, stejně jako podpora z jejich strany. Přítelkyně byla rovněž uvedena v dokumentaci pacienta, jako nejbližší osoba pro sdělování informací týkajících se pacientova zdravotního stavu a s povolením ho během hospitalizace navštěvovat.

## **Pochopení současné situace rodinou**

Pacient v období hospitalizace telefonuje se svými rodiči a informuje je stejně jako svoji přítelkyni o svém zdravotním stavu a průběhu pooperačního období. Jedná tak, aby o něj neměli starost.

## Motivace pacienta

Zájem pacienta o informace týkající se pooperačního režimu a následné domácí péče je značný. Spolupracuje neboť si sám přeje klidný pooperační průběh bez komplikací a rychlou rekonvalescenci.

Pro zjištění úvonně pacientovy informovanosti mu byl předložen k vyplnění následující vstupní test.

## Vstupní test

OTÁZKY	ANO/NE
Víte, co je abdominoplastika?	Ano
Znáte zásady správné životosprávy po abdominoplastice?	Ano
Znáte zásady pohybu v pooperačním období?	Ne
Víte, proč bývá po operaci nošen kompresní elastický břišní pás?	Ne
Víte, jak v domácích podmínkách pečovat o operační ránu a jizvu?	Ne
Slyšel jste někdy výraz tlaková masáž v souvislosti s abdominoplastikou?	Ne

Výsledkem bylo zjištění, že pacient nemá dostatečné informace týkající se zásad pooperačního režimu, důležitosti nošení kompresního elastického břišního pásu a péče o ránu.

## SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 17.12.2016

### Před výkonem 17.12.2016 – ráno

Dne 17.12.2016 v 8.00 byl pacient přijat na soukromou kliniku plastické chirurgie v Praze k provedení abdominoplastiky z důvodu redukce hmotnosti o 30 kg v posledních letech a vzniku kožního převisu v oblasti podbříšku. Při posouzení pacienta bylo zjištěno, že má nedostatečné informace týkající se pooperačního období a následné péče. V důsledku toho udává strach z toho co ho čeká a zda vše zvládne.

## **Po výkonu 17.12.2016 – večer**

Pacient má operační ránu v oblasti podbříšku o délce 40 cm, v souvislosti s ní udává akutní bolest v ráně intenzity 2 podle VAS. Má zaveden PŽK a dva redonovy drény. Pacient se pro operaci rozhodl sám a má zájem o nové informace související s následnou péčí. V sociální oblasti ho čeká nástup do nové práce a brzká rekonvalescence a je pro něj důležitá. Jeho motivace k edukaci je dostatečně velká pro realizaci edukačního procesu.

## **2. FÁZE – DIAGNOSTIKA**

Stanovení ošetřovatelských diagnóz dle NANDA-I taxonomie II a priority ke dni 17.12.2016

**Název + kód:** Nedostatečné znalosti (00126)

**Doména 5:** Percepce/kognice

**Třída 4:** Kognice

**Definice:** Absence nebo nedostatek kognitivních informací souvisejících s konkrétním tématem.

**Určující znaky:**

Nepřesné provádění instrukcí

Nepřesná interpretace znalostí v testu

Uvádí problém

**Související faktory:** Neobeznámenost se zdroji informací

**Název + kód:** Snaha zlepšit znalosti (00161)

**Doména 5:** Percepce/kognice

**Třída 4:** Kognice

**Definice:** Vzorec kognitivních informací vztahujících se ke konkrétnímu tématu nebo k jejich získání, který lze posílit.

**Určující znaky:** Projevuje zájem učit se.

**Název + kód:** Strach (00148)

**Doména 9:** Zvládnání/tolerance zátěže

**Třída 2:** Reakce na zvládnání zátěže

**Definice:** Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.

**Určující znaky:**

Snížená sebejistota

Pocit'uje obavy

**Kognitivní:** Identifikuje předmět strachu

**Název + kód:** Akutní bolest (00132)

**Doména 12:** Komfort

**Třída 1:** Tělesný komfort

**Definice:** Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z akutního nebo potenciálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem.

**Určující znaky:**

Výraz bolesti v obličeji (grimasa)

Zprostředkované hlášení bolesti (přítelkyně)

Vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí VAS

**Související faktory:** Mechanický původ (operační rána)

### 3. FÁZE - PLÁNOVÁNÍ

**Podle priorit:** na základě zjištěných oblastí, ve kterých má pacient deficit vědomostí, bylo naplánováno zaměření edukačního procesu na:

- sobestačnost v pooperačním období
- zásady pohybu v pooperačním období
- důležitost nošení kompresního elastického břišního pásu
- péči o ránu a následnou jizvu

**Podle struktury:** Stanovení tří edukačních jednotek.

**1. edukační jednotka:** Specifika ošetrovatelské péče se zaměřením na sobestačnost a pohyb v pooperačním období

**2. edukační jednotka:** Specifika ošetrovatelské péče se zaměřením na nošení kompresního elastického břišního pásu

**3. edukační jednotka:** Specifika ošetrovatelské péče se zaměřením na péči o ránu a jizvu v domácích podmínkách

**Záměr edukace:**

- osvojit si co možná nejvíce vědomostí týkajících se pooperačního režimu
- dodržovat zásady pooperačního režimu
- odstranit obavy z pooperační péče
- důsledně nosit kompresní elastický břišní pás

- osvojit si péči o ránu a jizvu v domácích podmínkách

**Podle cílů:**

**Kognitivní** – pacient získá potřebné a pro bezproblémový průběh rekonvalescence důležité vědomosti týkající se pooperačního režimu a zásad, které je třeba dodržovat.

**Afektivní** – pacient chápe důležitost edukačního procesu díky němuž získává nové vědomosti – aktivně se ho chce účastnit, spolupracuje a během komunikace neváhá klást otázky.

**Behaviorální** – pacient má potřebné praktické dovednosti, ve kterých je schopen pokračovat bez dohledu i v domácím prostředí.

**Podle místa realizace:** na pokoji pacienta, který je vhodným místem pro edukaci zajišťující klidné prostředí a dostatek soukromí bez ohledu na časovou náročnost edukace.

**Podle časového plánu:** stanovené tři edukační jednotky byly realizovány ve dvou po sobě jdoucích dnech.

1. edukační jednotka – 17. 12. 2016 od 18.00 do 18.40 (40 minut)
2. edukační jednotka – 18. 12. 2016 od 10.00 do 10.30 (30 minut)
3. edukační jednotka – 18. 12. 2016 od 18.00 do 18.45 (45 minut)

**Podle výběru edukačních metod:** metoda monologická (vysvětlování), metody dialogické (rozhovor, diskuze), metoda praktické činnosti (návik dovedností), metoda tištěného slova (informační leták).

**Pomůcky použité při edukaci:** vstupní a výstupní test, informační leták, lůžko pacienta, kompresní elastický břišní pás, převazový materiál a dezinfekce.



**Podle formy edukace:** individuální.

**Podle typu edukace:** základní.

## 4. FÁZE - REALIZACE

**1. edukační jednotka:** Specifika ošetrovatelské péče se zaměřením na sobestačnost a pohyb v pooperačním období

**Místo:** klinika plastické chirurgie – pokoj pacienta

**Časový plán:** 17. 12. 2016 od 18.00 do 18.40 (40 minut)

**Cíl:**

**Kognitivní** – pacient zná zásady týkající se pohybu bezprostředně po operaci a v domácím prostředí, dbá rad a doporučení.

**Afektivní** – pacient aktivně spolupracuje – má zájem o získání nových znalostí týkajících se zásad pooperačního režimu, chápe jejich důležitost, vnímá informace předávané sestrou jako dostačující.

**Behaviorální** – pacient si osvojí zásady pohybu v pooperačním období.

**Forma:** individuální.

**Prostředí:** pokoj pacienta – prostředí vhodné pro individualizovanou edukaci zajišťující dostatek soukromí a klidu.

**Edukační metody:** metoda monologická (vysvětlování), metoda dialogická (rozhovor, diskuse), metoda praktické činnosti (návčik zásad pohybu), zodpovězení otázek kladených pacientem.

**Edukační pomůcky:** lůžko pacienta, informační leták.

**Realizace:**

**Motivační fáze** – (5 minut) na počátku realizace edukace se přivítat, navzájem se představit, seznámit pacienta s podstatou edukace, s konkrétním tématem, kterému

bude věnována, průběhem a její délkou. Pro správně vyvíjející se průběh je důležité zajištění klidného prostředí, vldný, empatický a trpělivý přístup proto, aby se pacient cítil po psychické i fyzické stránce komfortně, projevoval důvěru a bez ostychu kladl otázky.

**Expoziční fáze** – (25 minut) Nejvíce času je věnováno samotné edukaci zaměřující se na soběstačnost pacienta a seznámení pacienta se zásadami pohybu bezprostředně po operaci a v domácích podmínkách.

**Uložení na lůžku:** Bezprostředně po provedené operaci je z důvodu operační rány a snížení tlaku vyvinutého na ránu důležité uložení na lůžku v poloze tzv. kolébky – polosed se zvýšenými dolními končetinami nebo s pokrčenými končetinami v kolenou. Napodobit tuto polohu je nutné i po propuštění do domácího prostředí. Pro dosažení simulace této polohy je vhodné vypodložení trupu i dolních končetin při lehu na zádech a to po dobu čtyř týdnů po operaci. Po tuto dobu je přísně zakázán leh na boku a břiše.

**Vstávání z lůžka:** Vstávat z lůžka je potřebné již v den, kdy proběhla operace, nejpозději šest hodin po zákroku. Včasná vertikalizace a lehký pohybový režim v rámci pokoje nebo chodby zařízení je důležitý z důvodu prevence TEN. I při lehu na lůžku je vhodné cvičení s dolními končetinami. První vstávání z lůžka probíhá pod dohledem sestry. Posazení je prováděno přes přetočení na bok a za pomoci horních končetin odtlačení do sedu, kde je třeba chvíli setrvat a posléze se vzpřímit do stoje.

**Pohyb:** Dlouhý sed bezprostředně po operaci se nedoporučuje z důvodu ohybu kůže z oblasti rány. Pět dní po operaci je nutné držet při chůzi trup mírně v předlonu. V případě silného kašle nebo kýčání je důležité ránu lehce přidržovat a to i přesto, že je přiložen kompresní elastický břišní pás. Opět je tomu tak proto, aby nedocházelo k přepínání operační rány. V prvních deseti dnech po operaci je nutné dodržovat klidový režim na lůžku se vstáváním pouze za účelem provedení osobní hygieny. Přibližně po čtrnácti dnech je dovolena velmi lehká, nenámahavá aktivita (krátká procházka, nenáročná kancelářská práce). Běžná fyzická aktivita je možná po 4-6 týdnech od operace a plná pohybová aktivita bez omezení zahrnující sportovní zátěž je možná po 8 týdnech.

**Fixační fáze:** (5 minut) důkladné zopakování nově získaných vědomostí týkajících se pooperačního režimu. Upevnění a utřídění získaných poznatků s případným vysvětlením nejasností.

**Hodnotící fáze:** (5 minut) zhodnocení, zda pacient porozuměl předávaným informacím a odpoví na položené kontrolní otázky.

- Jakou polohu zaujímáte na lůžku?
- Jak budete vstávat z lůžka?
- Jak dlouho trvá klidový režim?
- Kdy se můžete vrátit ke sportu?

**Zhodnocení edukační jednotky:** edukace proběhla bez komplikací, pacient se aktivně zajímal o překládané informace, které byl schopný při diskusi interpretovat. Na všechny kontrolní otázky odpověděl správně a bez váhání, z čehož usuzujeme, že stanovené cíle byly splněny a edukace úspěšná – obsahově i časově dostačující.

**2. edukační jednotka:** Specifika ošetrovatelské péče se zaměřením na nošení kompresního elastického břišního pásu

**Místo:** klinika plastické chirurgie – pokoj pacienta

**Časový plán:** 18. 12. 2016 od 10.00 do 10.30 (30 minut)

**Cíl:**

**Kognitivní** – pacient má dostačující znalosti týkající se důležitosti nošení kompresního elastického břišního pásu.

**Afektivní** – pacient projevuje zájem o předkládané informace, soustředí se na ně, chápe jejich důležitost a popisuje je jako dostačující.

**Forma:** individuální.

**Prostředí:** pokoj pacienta – prostředí vhodné pro individualizovanou edukaci zajišťující dostatek soukromí a klidu.

**Edukační metody:** metoda monologová (vysvětlování), metody dialogové (rozhovor, diskuze), zodpovězení kladených otázek.

**Edukační pomůcky:** informační leták.

**Realizace:**

**Motivační fáze** – (5 minut) přivítat se s pacientem, zajistit příjemnou a klidnou atmosféru, informovat ho o zaměření, délce a průběhu edukace, ujistit ho o důležitosti edukace, psychicky ho podpořit a motivovat ke vzájemné důvěře a spolupráci.

**Expoziční fáze** – (15 minut) brzké použití kompresního elastického břišního pásu je velmi důležité, proto je přikládán bezprostředně po operaci. Je tomu tak z důvodu fixování operační rány, zpevnění a stabilizace trupu, minimalizace tvorby otoků, podlitin a kvůli prevenci vzniku keloidních – vystouplých jizev. Napomáhá také k tvarování tělesných kontur a jejich fixaci. Vyvinutá komprese, pocíťovaná jako stlačení přispívá ke snižování bolestivosti operační rány a urychluje proces hojení. Kompresní elastický břišní pás je nutné nosit nepřetržitě pět týdnů po operaci. Výjimku tvoří provádění osobní hygieny a praní pásu. Pokud dovolí lékař, je možné v posledních týdnech odložit pás při odpočinku (sledování televize, čtení knihy). V době mezi 5 – 8 týdnem po operaci je při fyzické zátěži použití břišního pásu stále doporučeno. Po osmém týdnu již není nutné pás používat. V případě nenošení břišního pásu se vystavujete možnému vzniku komplikací.

**Fixační fáze:** (5 minut) zopakování nejdůležitějších faktů.

**Hodnotící fáze:** (5 minut) posouzení pacientovy spolupráce a jeho odpovědi na položené kontrolní otázky.

- Vyjmenujte alespoň tři důvody, proč je nošení břišního pásu důležité.
- V jakých případech je možné pás odložit?
- Kdy je možné pás přestat nosit?

**Zhodnocení edukační jednotky:** cíle této edukační jednotky byly splněny. Správné odpovědi na kontrolní otázky prokázaly, že pacient chápe důležitost nošení kompresního elastického břišního pásu.

**3. edukační jednotka:** Specifika ošetrovatelské péče se zaměřením na péči o ránu a jizvu v domácích podmínkách

**Místo:** klinika plastické chirurgie – pokoj pacienta

**Časový plán:** 18. 12. 2016 od 18.00 do 18.45 (45 minut)

**Cíl:**

**Kognitivní** – pacient má potřebné vědomosti o tom jak pečovat o ránu a jizvu v domácích podmínkách.

**Afektivní** – pacient si uvědomuje důležitost získaných vědomostí, které jsou nezbytné pro bezproblémovou rekonvalescenci.

**Behaviorální** – pacient je schopen pečovat o ránu a provádět tlakovou masáž jizvy.

**Forma:** individuální.

**Prostředí:** pokoj pacienta – prostředí vhodné pro individualizovanou edukaci zajišťující dostatek soukromí a klidu.

**Edukační metody:** metoda monologická (vysvětlování), metoda dialogická (rozhovor, diskuze), metoda praktické činnosti (návuk převazu rány a tlakové masáže jizvy).

**Edukační pomůcky:** informační leták, převazový materiál, dezinfekce.

**Realizace:**

**Motivační fáze** – (5 minut) navodit příjemnou přátelskou atmosféru, připomenout pacientovi, proč je prováděná edukace důležitá, přistupovat vlídně a při návuku postupovat tempem vyhovujícím pacientovi.

**Expoziční fáze** – (25 minut)

**Převaz operační rány a péče o ni:** Operační rána je před odchodem domů zkontrolována, převázána a sterilně kryta pomocí Mefix náplastí. Toto krytí je důležité nesundávat a ponechat ho až do příští kontroly, která následuje pátý den po operaci. Do první kontroly nesmí dojít k namočení rány, proto není vhodné se po tuto dobu sprchovat. Pátý den je rána lékařem zkontrolována a opět sterilně kryta Mefix náplastí. Od tohoto okamžiku je možné ránu osprchovat vlažnou vodou, ale nesundávat krytí. Poté ji přes krytí dezinfikovat pomocí Cutasept F a nechat volně oschnout. Další kontrola s převazem rány následuje za týden, kdy dochází k zastřížení vstřebatelných stehů. Následující kontrola proběhne opět za týden, kdy je krytí odstraněno, rána zkontrolována a dále kryta jen hypoalergenní náplastí. V domácím prostředí je pak nutné ránu po každém mytí dezinfikovat a krýt hypoalergenní náplastí až do úplného vstřebání stehů, ke kterému dochází průměrně po šesti týdnech.

**Péče o jizvu:** Základem péče o vzniklou jizvu je pravidelné promazávání, nejlépe 2x denně pomocí bílé vazelíny, calcium pantothenicum, modré indulony, nesoleného sádla nebo jiného mastného preparátu bez přidané parfemace. Dále je vhodné provádění tlakové masáže jizvy, která podporuje její elasticitu a působí preventivně proti vzniku jizvy keloidní – vystouplé. Jizvu je důležité masírovat v celé její délce. Tlak v bodech je třeba vyvinout pomocí dvou až tří prstů po dobu přibližně dvaceti sekund a musí být tak silný, že je viditelné odkrvení prstů v oblasti nehtových lůžek. Pro dosažení co nejlepších výsledků je potřebné tlakovou masáž provádět nejlépe 3x denně. Při pobytu na slunci je nutné jizvu v následujících měsících chránit před slunečním zářením pomocí ochranného opalovacího krému s faktorem UV 50 nebo přelepením náplastí. V případě vystavení nechráněné jizvy slunečním paprskům může dojít k hyperpigmentaci, což je tmavnutí kůže z důvodu nahromadění pigmentu v místě jizvy.

**Fixační fáze:** (10 minut) zopakování důležitých informací týkajících se péče o ránu a jizvu v domácích podmínkách. Prostor pro zodpovězení dotazů.

**Hodnotící fáze:** (5 minut) zhodnocení verbálních i neverbálních projevů pacienta během diskuze, posouzení získaných znalostí pomocí kontrolních otázek.

- Kdy je možné ránu poprvé omýt?
- Jak se budete o ránu starat po odstranění sterilního krytí?

- Můžete vyjmenovat alespoň dva preparáty, které lze použít k promazávání jizvy?
- Jaký je postup tlakové masáže?

**Zhodnocení edukace:** Pacient si nebyl před edukací jist, zda péči o ránu a jizvu v prostředí domova zvládne a proto edukaci zaměřenou na dané téma velmi ocenil. Během edukace aktivně spolupracoval a projevoval zájem o nové informace a nácvik tlakové masáže, jejíž postup si osvojil velmi rychle a slíbil, že ji bude provádět. Ze správných odpovědí pacienta na kontrolní otázky bylo vějrné, že stanovené cíle byly splněny. Edukace měla smysl a pacient získal potřebné vědomosti a sebedůvěru v péči o ránu. Čas vymezený pro 3. edukační jednotku nebyl dostatečný a proto byl prodloužen o deset minut.

## 5. FÁZE - VYHODNOCENÍ

### Výstupní test

OTÁZKY	ANO/NE
Víte, co je abdominoplastika?	Ano
Znáte zásady správné životosprávy po abdominoplastice?	Ano
Znáte zásady pohybu v pooperačním období?	Ano
Víte, proč bývá po operaci nošen kompresní elastický břišní pás?	Ano
Víte, jak v domácích podmínkách pečovat o operační ránu a jizvu?	Ano
Slyšel jste někdy výraz tlaková masáž v souvislosti s abdominoplastikou?	Ano

V závěru edukačního procesu byl pro zhodnocení úspěšnosti edukace pacientovi předložen k vylnění výstupní test, jehož otázky byly totožné s otázkami, které byly použity pro vstupní test ve fázi posuzování. Z odpovědí pacienta bylo zřejmé,

že edukace proběhla úspěšně a pacient získal potřebné vědomosti a dovednosti týkající se pooperační péče.

Pochopil a osvojil si zásady sebezpěče, pohybu v pooperačním období, důležitost nošení břišního pásu a správné péče o ránu a jizvu, které jsou nezbytné pro rychlou rekonvalescenci bez komplikací, již si pacient sám přál. Nabyté vědomosti a dovednosti dopomohly k získání sebedůvěry a odstranění obav pacienta z pooperační péče v domácích podmínkách.

Edukační proces ve všech svých bodech probíhal na pokoji pacienta, kde byl zajištěn dostatečný klid a soukromí potřebné pro edukaci. Pacient během celého procesu aktivně spolupracoval, pozorně naslouchal, nebál se opakovaně dotazovat a klást otázky k věcem, kterým nepochopil. Vyjádřil spokojenost s průběhem edukace a vděčnost za množství znalostí, které získal. Pro případ, že by měl pacient v domácích podmínkách nesrovnalosti týkající se témat edukace nebo nastala situace, se kterou by si neuměl poradit, mu byl předán telefonní kontakt.

Ze splnění stanovených edukačních cílů (kognitivních, afektivních a behaviorálních) lze usuzovat, že edukace byla úspěšná a je možné ji považovat za ukončenou.

#### **4.1 ZHODNOCENÍ EDUKAČNÍHO PROCESU**

Při realizaci edukačního procesu bylo zjištěno, že časový prostor vymezený pro třetí edukační jednotku byl dostatečný, ale bez jakékoliv rezervy. V individuálních případech by proto mohlo být vhodnější realizovat edukaci pacienta se zaměřením na péči o ránu a jizvu dvoufázově nebo zařadit reedukaci.

Statistiky potvrzují, že zájem o abdominoplastiku, patřící mezi nejčastěji prováděné estetické plastické operace, je značný a rok od roku vzrůstá. Proto je důležité věnovat dostatečný prostor edukaci pacientů podstupujících tento zákrok, který je pro pacienta stejně náročný jako kterákoliv jiná zdravotně indikovaná operace břicha. Z tohoto důvodu bylo překvapivé zjištění, že se v odborné literatuře nebyl nalezen žádný materiál věnující se edukaci pacienta podstupujícího abdominoplastiku



ve srovnání s jinými estetickými operacemi, jako je například augmentace prsů, které se věnuje mnohem větší mediální pozornost i odborná literatura.

## **4.2 DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Jelikož je pacient po zákroku hospitalizován pouze v řádu 2-3 dnů, je důležité ho správně edukovat a vybavit znalostmi potřebnými pro bezproblémový pooperační průběh – rekonvalescenci. Z tohoto důvodu byla sestavena následující doporučení pro všeobecné sestry, ze kterých by měla edukace pacientů vycházet, a pro pacienty, kteří by se jimi měli řídit.

### **Doporučení pro všeobecné sestry provádějící edukaci**

- K edukaci pacienta přistupovat zodpovědně a pečlivě se na ni připravovat. Zvolit vhodnou edukační metodu a pomůcky potřebné k edukaci.
- Zajistit vhodné prostředí poskytující pacientovi dostatek klidu a hlavně soukromí potřebného pro jeho soustředění.
- Přistupovat vlídně, s empatií a velkou trpělivostí.
- Podporovat pacienta v získávání nových znalostí a dovedností.
- Edukaci vést tempem vyhovujícím pacientovi a v případě potřeby ji přizpůsobit jeho možnostem.
- Brát v úvahu biologické, psychologické i sociální potřeby a poskytovat tak pacientovi individualizovanou péči.
- Umožnit pacientovi aktivně se zapojit a spoluvytvářet zaměření edukace na oblasti, ve kterých pociťuje nedostatky.
- Motivovat pacienta k podpoře zdraví při cestě za zdravým životním stylem.
- Ponechat dostatečný prostor pro diskuzi – zodpovězení otázek a zhodnocení edukace, zda bylo dosaženo vytyčených cílů.

- Poskytnout pacientovi informační leták shnující zásady pooperačního režimu.

### **Doporučení pro pacienty**

- Řídit se pokyny a docházet na plánované kontroly.
- Uplatňovat znalosti a dovednosti získané během edukačního procesu.
- Dodržovat zásady pohybu v pooperačním období.
- Nosit kompresní elastický břišní pás dle doporučení.
- Pečovat o ránu, kontrolovat ji a předcházet tak vzniku infekce.
- Provádět tlakové masáže jizvy nejlépe 3x denně.
- Vyvarovat se kolísání hmotnosti. Při redukci hmotnosti usilovat o dosažení vytyčené váhy a její zafixování.
- Dodržet předepsaný klidový režim.
- V následujícím měsíci nezaujímat polohu na boku a bříše.
- V případě nejasností neváhat klást otázky.
- Používat informační leták a v případě potřeby využít telefonní spojení na edukující všeobecnou sestru nebo lékaře.

## ZÁVĚR

Cílem úvodní části práce bylo seznámit čtenáře s medicínskou problematikou a specifiky ošetrovatelské péče týkající se abdominoplastiky a liposukce. V této části byl shrnut vznik a vývoj uvedených zákroků, důvody, proč jsou prováděny, kdy jsou naopak kontraindikovány a upozorněno na komplikace, které při nich mohou nastat. Hlavní pozornost byla věnována především otázkám zahrnujícím předoperační konzultaci, přípravu a péči, stejně jako pooperační ošetrovatelskou péči u pacienta podstupujícího abdominoplastiku a liposukci. Část práce byla také věnována základům edukačního procesu a roli všeobecné sestry, nikoliv pouze v úloze sestry – edukátorky.

Hlavním cílem praktické části práce bylo realizovat edukační proces u pacienta podstupujícího abdominoplastiku na soukromé klinice plastické chirurgie a během něho vytvořit informační leták a doporučení využitelná v klinické ošetrovatelské praxi. Na základě zjištěných nedostatků v informovanosti pacienta z oblasti následné pooperační péče byly stanoveny tři edukační jednotky se zaměřením na sebepéči a zásady pohybu v pooperačním období, nezbytnost nošení kompresního elastického břišního pásu a důležitost péče o operační ránu a jizvu v domácích podmínkách. Jelikož měl pacient obavy, jak sám vše zvládne bez asistence odborníka, byl edukaci nakloněný a ocenil ji. Během celého procesu aktivně spolupracoval a dbal doporučení. Pacient prokázal dostatečné znalosti, které by měly zajistit rekonvalescenci bez komplikací. Ze závěrečných hodnocení vyplynulo, že edukace byla úspěšná.

Cíle stanovené v úvodu bakalářské práce byly splněny.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BRYCHTA, Pavel, Jan STANĚK a kol., 2014. *Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0795-2.
- ČESKÁ REPUBLIKA. Vyhláška č. 55/2011 Sb.: Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sběrka zákonů. Praha, 2011, ročník 2011, číslo 55. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
- DUŠKOVÁ, Markéta a kol., 2010. *Plastická chirurgie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta, Klinika plastické chirurgie 3. LF a FNKV. ISBN 978-80-254-8780-8.
- ENTNER, Michael, Václav POLÁČEK a Lubomír ŠMUK, 2012. *Manuál estetické liposukce*. 1. vyd. Praha: Nucleus HK. ISBN 978-80-87009-80-2.
- HANKE, C William, Gerhard SATTLER a Boris SOMMER, 2007. *Textbook of Liposuction*. London: Informa Healthcare. ISBN 978 1 84184 532 6.
- HÖNIG, Johannes-Franz, 2008. *Abdominoplastik: Prinzip und Technik*. Steinkopff Verlag. ISBN 978-3-7985-1816-2.
- JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2171-2.
- KLAUZOVÁ, Kateřina. Přehled terapeutických metod používaných k odstranění lokalizovaných tukových depozit a celulitidy. In: *Referátový výběr z dermatovenerologie*. 2011. 10-16. ISSN 1213-9106.
- KUBEROVÁ, Helena. 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-684-1.
- KUFA, Roman a Radka ČERVINKOVÁ, 2008. *Plastická chirurgie. krok za krokem*. Praha: XYZ. ISBN 978-80-7388-045-3.

- KUFA, Roman a Alice LIZNEROVÁ. Plastický chirurg musí přemýšlet kreativně. In: *Zdravotnické noviny*. 2008. 26-28. ISSN 1805-2355.
- MĚŠŤÁK, Jan, 2010. *Estetická chirurgie a ostatní výkony estetické medicíny*. Praha: Agentura Lucie. ISBN 9788087138151.
- MĚŠŤÁK, Jan, 2015. *Základy plastické chirurgie*. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2839-4.
- MĚŠŤÁK, Jan, Karel Urban a Libor KMENT. Klinika Esthé – estetická chirurgie. In: *Medicína & umění*. 2010. 01, 9-17. ISSN 1803-3679.
- MÍLOVÁ, Veronika, 2010. *Ošetrovatelská péče u pacientů po plastických estetických operacích*. České Budějovice: Jihočeská Univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Bakalářská práce. Dostupné z: [http://theses.cz/id/gwrgrij/downloadPraceContent\\_adipIdno\\_16927](http://theses.cz/id/gwrgrij/downloadPraceContent_adipIdno_16927)
- MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. Péče o ženu po plastické operaci břicha. In: *Sestra*. 2014. 02, 43-45. ISSN 1210-0404.
- NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice & klasifikace 2015–2017*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5412-3.
- NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2016. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 4 vyd. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-905728-1-2.
- POLÁČEK, Václav. Liposukce. In: *Sanquis*. 2007. 53, 30-32. ISSN 1212-6535.
- SVĚRÁKOVÁ, Marcela, 2012. *Edukační činnost sestry. Úvod do problematiky*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.
- SHEMAK, A. Michele, Abdominoplasty procedures and perioperative care. In: *OR Nurse*. 2011. 01, 20-27. ISSN 1933-3145.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3129-2.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II. Doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5711-7.

VOKURKA, Martin, Jan HUGO a kol., 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

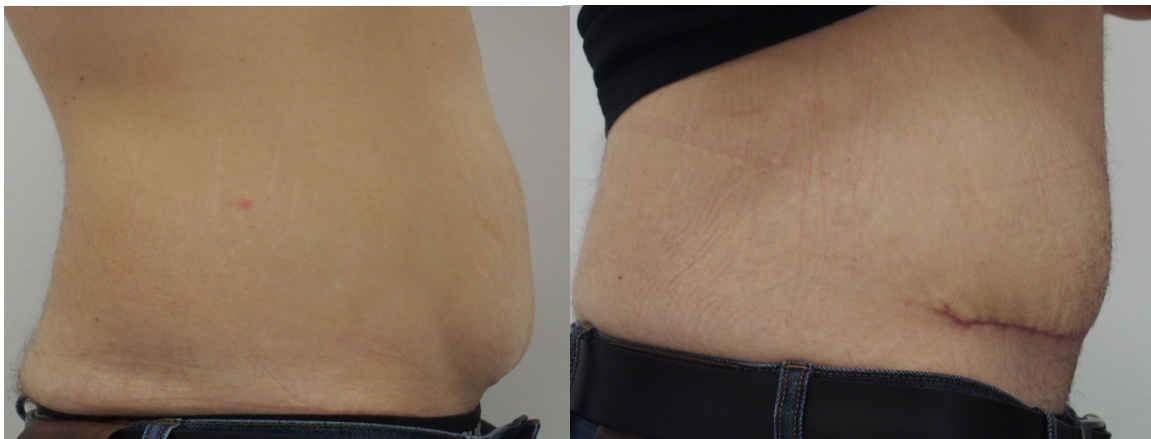
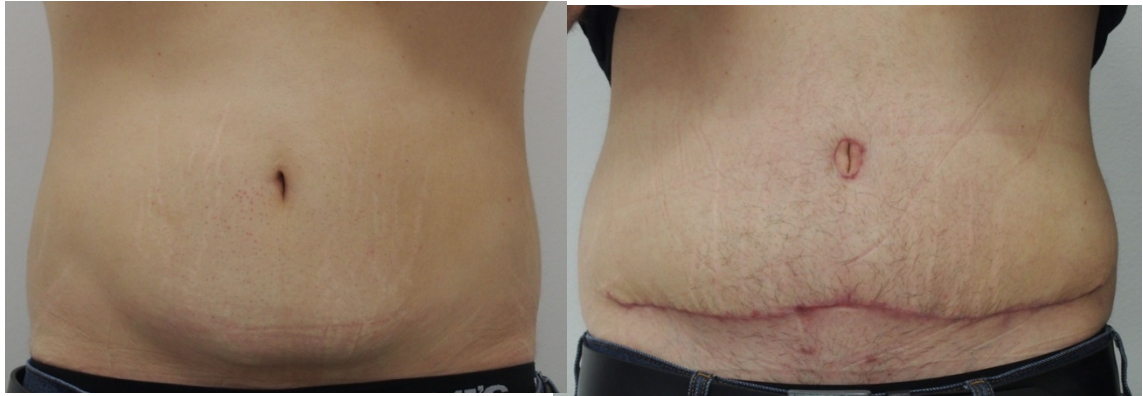
WALD, Martin, 2012. Co je nového v chirurgické léčbě lymfedému. [online]. In: *Dermatologie pro praxi*. 6(4), 173-177. [cit. 6. 1. 2016]. Dostupné z: <http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2012/04/03.pdf>

ZÁRUBA, Dušan. Liposukce. In: *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2010. 06, 38-39. ISSN 1801-1349.

# PŘÍLOHY

Příloha A – Fotografie pacienta před a po abdominoplastice	I
Příloha B – Jak měřit velikost kompresního elastického břišního pásu	II
Příloha C – Kompresní elastický břišní pás	III
Příloha D – Informovaný souhlas pacienta	IV
Příloha E – Rešeršní protokol	V - VI
Příloha F – Informační leták	VII
Příloha G – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	VIII

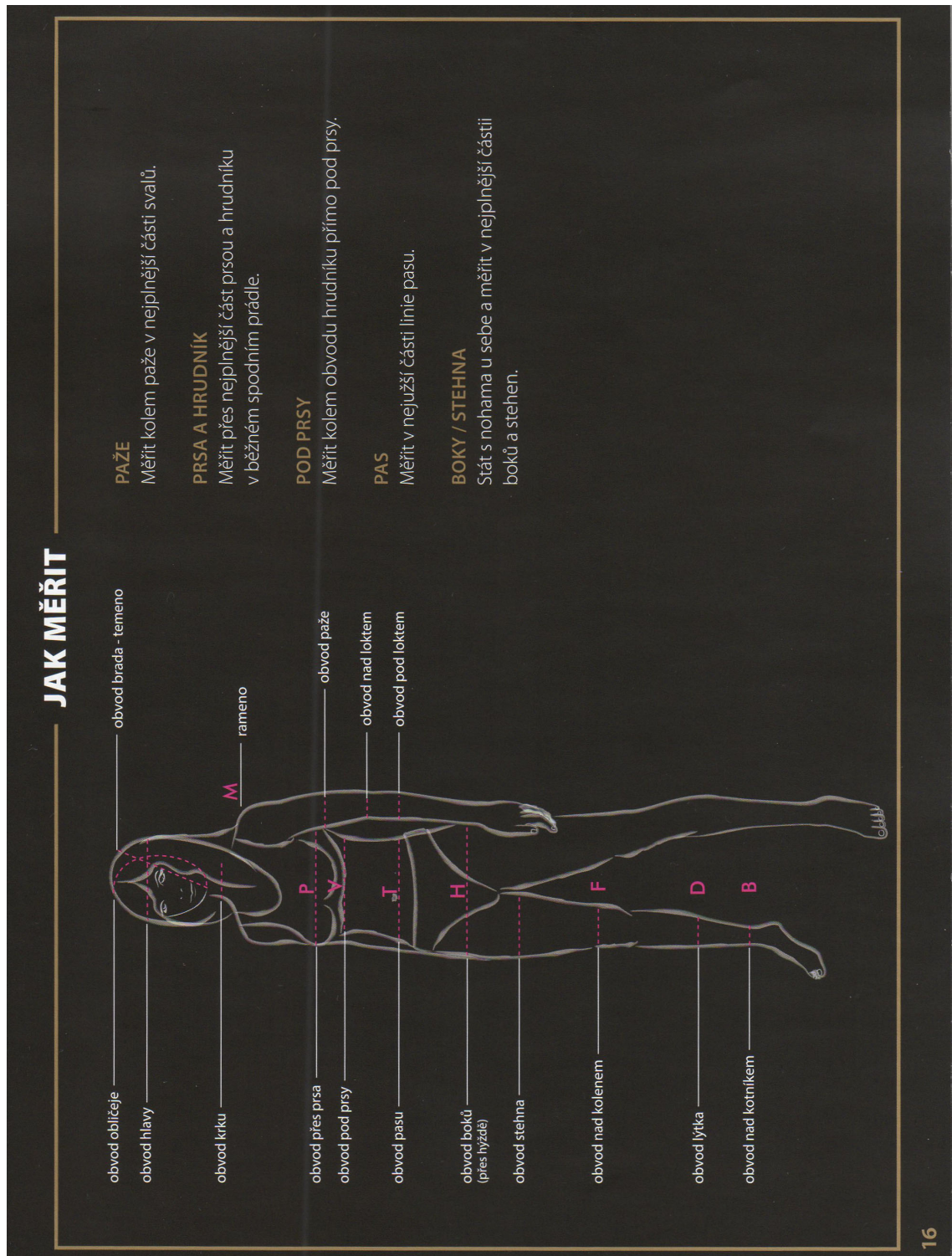
**Příloha A – Fotografie pacienta před a po abdominoplastice**



Zdroj: Klinika plastické chirurgie



## Příloha B – Jak měřit velikost kompresního elastického břišního pásu



Zdroj: Produktový katalog společnosti Lipoelastic a.s. ISBN neuvedeno

## Příloha C – Kompresní elastický břišní pás

**KP**

Suchý zip

UNISEX

Použití: abdominoplastika

Barva:  bílá  černá

**Suchý zip**

suchý zip

KP výš pásu 39

Velikost	CÍLOVÝ ROZMĚR MĚŘENÍ V CM	
	Pás	Výška pánve
<b>XS</b>	58-63	23, 31, 39
<b>S</b>	64-69	23, 31, 39
<b>M</b>	70-76	23, 31, 39
<b>L</b>	77-85	23, 31, 39
<b>XL</b>	86-94	23, 31, 39
<b>XXL</b>	95-103	23, 31, 39
<b>XXXL</b>	104-112	23, 31, 39

110

Zdroj: Produktový katalog společnosti Lipoelastic a.s. ISBN neuvedeno

## **Příloha D – Informovaný souhlas pacienta**

Originál informovaného souhlasu pacienta je uložen u autora.

### **INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Informovaný souhlas se týká zpracování bakalářské práce na téma: Edukace pacienta při abdominoplastice a liposukci.

Michaela Svobodová se zavazuje, že získaná data a fotografie pořízené před a po operaci budou použita v souladu se Zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Získaná data a fotografie budou použita anonymně a zbavena identifikujících údajů.

Já..... souhlasím se zapojením se do projektu bakalářské práce Michaely Svobodové, studentky Vysoké školy zdravotnické, o. p. s. Moje účast je zcela dobrovolná a beru na vědomí, že ji kdykoli mohu odmítnout.

Podpis pacienta: .....

Datum:

## **PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI**

**Jméno:** Michaela Svobodová

**Název práce:** Edukace pacienta při abdominoplastice a liposukci

**Jazykové vymezení:**

čeština, angličtina, němčina

**Klíčová slova:**

lipektomie – liposukce – abdominoplastika - plastická operace břicha – péče-  
vzdělávání pacientů

**Klíčová slova angličtina:**

Lipectomy – Lipoplasty – Liposuction – Lipolysis – Abdominoplasty – Panniculectomy  
- Aesthetic surgery – Patient Education

**Rešeršní strategie**

je kombinací různých způsobů hledání - neváže se pouze na klíčová slova,  
klíčová slova (= deskriptory MeSH) u jednotlivých citací naleznete v kolonce „DE“,  
případně Termíny MeSH

**Časové vymezení:**

U českých zdrojů: 1996-2017

U zahraničních zdrojů: bez omezení

**Počet záznamů:**

číslo poslední citace je počet záznamů v souboru, každý soubor má vlastní číselnou řadu  
tuzemské zdroje - (KNIHY A ČLÁNKY jsou vždy ve vlastním souboru)

**České zdroje:** záznamů: 30 (knihy: 6; články a abstrakta: 24)

**Zahraniční zdroje:** záznamů: 32

**Použitý citační styl:**

Bibliografický záznam v portálu MEDVIK

Citace databázového centra EBSCOhost pro databáze CINAHL a MEDLINE

**Zdroje:**

Katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz)) a databáze BMČ

Specializované databáze (CINAHL a MEDLINE)

## Příloha F – Informační leták



### ABDOMINOPLASTIKA – Informační leták



#### Pohyb v pooperačním období

- z lůžka vstávejte přes bok
- pět dní po operaci chodte v mírném předklonu
- 4 týdny po operaci spěte pouze na zádech
- při kašli, kýchání ránu lehkým tlakem přidržíte
- 10 dní po operaci - klidový režim
- 14 dní po operaci - nenáročná procházka
- 4-6 týden - lehká fyzická aktivita
- 8 týden plná zátěž (sport)



#### Kompresní elastický břišní pás

- noste nepřetržitě 5 týdnů po operaci
- odkládejte ho jen při osobní hygieně a praní pásu
- v pátém týdnu lze pás odkládat při odpočinku (sledování TV) - pokud lékař dovolí
- mezi 5-8 týdnem po operaci jej stále noste při fyzické zátěži
- po osmém týdnu již není nutné pás nosit



#### Péče o ránu a jizvu

- ránu namáčejte až po první kontrole pátý den
- krytou ránu po sprchování dezinfikujte Cutasept F a nechte oschnout
- od třetí kontroly nekrytou ránu po sprchování dezinfikujte a přelepujte hypoalergenní náplastí po dobu 6 týdnů
- 3 týdny po operaci - tlaková masáž nejlépe 3x denně
- chraňte jizvu před slunečním zářením

Autor: Michaela Svobodová

## **Příloha G – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů**

### **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Edukace pacienta při abdominoplastice a liposukci v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 21.3.2017

*Michaela Svobodová*