

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Kateřina Jursíková

Ošetřovatelská péče o pacienta s transsexualismem

Nursing care of a patient with transsexualism

Bakalářská práce

Praha, 2019

Autor práce: Kateřina Jursíková

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Renata Vytejčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: 20.6.2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 20. května 2019

Kateřina Jursíková

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce Mgr. Renatě Vytejškové za odborné vedení práce a za podporu a trpělivost při jejím vytváření. Děkuji také celé jednotce intenzivní péče urologické kliniky ve FN Motol za poskytnutí literatury a dalších podkladů a materiálů k tomuto tématu se vztahujících, možnost konzultací a osobních setkání za účelem diskuse o řešeném problému. Mé poděkování také patří mému bývalému spolužákovi, který mi pomohl s množstvím potřebných informací a poskytnutí osobních zkušeností z této problematiky. Dále velké poděkování patří pacientce, která mi věnovala svůj čas a dovolila mi společně prožít přímý okamžik přeměny pohlaví.

Obsah

<i>Úvod</i>	4
1 Teoretická část	5
1.1 Základní vysvětlení pojmů	5
1.1.1 Pohlaví.....	5
1.1.2 Pohlavní identita.....	5
1.1.3 Gender	6
1.1.4 Transgender.....	6
1.2 Transexualismus - Transexualita	9
1.3 Historie transsexualismu	12
1.3.1 První zmínky o přeměně pohlaví ve světě	13
1.3.2 První zmínky o přeměně pohlaví v České Republice	15
1.4 Proces přeměny pohlaví	19
1.4.1 Diagnostická fáze	19
1.4.1.1 Psychologická diagnostika	19
1.4.2 Rozhodovací fáze	21
1.4.3 Real life test.....	22
1.4.4 Hormonální terapie.....	22
1.4.4.1 Hormonální léčba u MtF	23
1.4.4.2 Hormonální léčba u FtM	24
1.4.5 Chirurgické výkony.....	25
1.4.5.1 Chirurgické výkony u MtF.....	25
1.4.5.2 Chirurgické výkony u FtM.....	27
1.4.6 Rizika chirurgické konverze pohlaví	29
1.4.7 Pooperační období.....	29
1.4.8 Odborníci zabývající se transsexualitou.....	30
1.5 Rozdíly mezi MtF a FtM	32
1.6 Právo v transsexualitě	34

2	<i>Praktická část</i>	35
2.1	Lékařská anamnéza	35
2.2	Nynější onemocnění	36
2.3	Fyzikální vyšetření	36
2.4	Ošetrovatelská anamnéza.....	37
2.5	Průběh hospitalizace	40
1.	den (20.3.2019).....	40
2.	den (21.3.2019)	42
3.	den (22.3.2019)	47
4.	den (23.3.2019)	51
5.	Den (24.3.2019)	55
2.6	Ošetrovatelské problémy	59
2.6.1	Péče o neovaginu v oblasti dilatace	59
2.6.2	Péče o neovaginu v oblasti hygieny	61
2.7	Dlouhodobá péče	62
3	<i>Diskuze</i>	63
4	<i>Závěr</i>	66
5	<i>Seznam použitých zkratk</i>	67
6	<i>Zdroje</i>	68
7	<i>Přílohy</i>	71

Úvod

Téma své bakalářské práce „Ošetrovatelská péče o pacienta s transsexualismem“ jsem si vybrala proto, že se o toto téma zajímám přibližně 5 let a průběžně jsem se tomuto tématu věnovala i po dobu, než jsem dostala možnost praktikovat ve FN Motol na jednotce intenzivní péče urologické kliniky, kde se provádí chirurgická konverze pohlaví, přesněji konverze pohlaví u jedinců MtF.

První seznámení s transsexuální problematikou jsem měla ve druhém ročníku střední školy, kdy se mi spolužačka, nyní už bývalý spolužák svěřil, že se necítí ve správné pohlavní roli a to po psychické stránce. Když jsem si o této problematice četla různé články a více jsme to rozebírali, začala se má zvědavost a zájem o tuto problematiku stupňovat.

Při nástupu na vysokou školu jsem ve druhém ročníku absolvovala praktickou výuku v nemocnici na specializovaném oddělení, kde se provádí operativní přeměna pohlaví, což pro mě bylo osudné a měla jsem jasnou volbu pro rozhodnutí své bakalářské práce.

Práce je rozdělena do dvou částí. A to na část teoretickou a část praktickou.

V teoretické části je popsána celá transsexuální problematika. Uvedeny jsou základní pojmy, historie společně s vývojem, rozdíly mezi jedinci FtM a MtF dále operativní přeměny pohlaví a konečné právní a úřední záležitosti.

V části praktické se práce zaměřuje na ošetrovatelskou péči o pacienta v období chirurgické přeměny, konkrétně o přeměnu jedince MtF. Na základě sebraných dat je zpracována lékařská a ošetrovatelská anamnéza společně s ošetrovatelskou péčí během 5 hospitalizačních dnů pacientky, která se zaměřuje především na pooperační péči, spojenou s následující, dlouhodobou péčí.

Cílem mé bakalářské práce je popsání ošetrovatelské péče u pacientky v období přeměny MtF a informovat společnost o transsexuální problematice, která je pro mnoho lidí stále velice neznámá.

1 Teoretická část

1.1 Základní vysvětlení pojmů

1.1.1 Pohlaví

Pohlaví je něco, co rozděluje jedince druhu na dvě nebo více skupin s odlišnými vlastnostmi a životními úlohami v souvislosti s pohlavním rozmnožováním. Mužské nebo ženské pohlaví je určeno na základě chromozomální stavby, hladiny hormonů a pohlavních orgánů (Valdrová, 2006). Vždy však nemusí být všechno takto ve vzájemném souladu.

1.1.2 Pohlavní identita

Pohlaví každého jedince se určuje na několik úrovní. Základem je pohlaví genetické, které určuje skladba pohlavních chromozomů. Pokud máme přítomnost chromozomů XX, jedná se o pohlaví samičí. Pokud máme však přítomnost chromozomů X a Y, jedná se o pohlaví samčí. V rané fázi se na těchto chromozomech nacházejí geny, které už v embryonálním vývoji rozhodují o formaci pohlavních žláz (u samců varlata a u samic vaječníky). Jsou i takové případy, kdy můžeme mluvit o tom, že se u jedince objevuje hermafroditismus (jedinec má vyvinuté žlázy obou pohlaví, avšak jedny z nich jsou vyvinuty méně) (Fifková 2008, s. 13).

O pohlavní identitě můžeme zjednodušeně mluvit jakožto o synonymu maskulinity a feminity. Avšak k upevnění pohlavní identity dochází v předškolním věku. Do tohoto období dochází ve vývoji jedince ke zkušenostem, které jsou velmi důležité, a které ovlivňují pohlavní identifikaci každého z nás. Může se stát, že vývoj pohlavní identity nebude probíhat dle pravidel a dojde tak k poruchám. Díky tomu se v dětském věku můžeme setkat s úzkostí a s přáním být v opačném pohlaví, což zapříčiní zmatek pohlavní identity. Díky tomu se jedinec dostává do stavu, kdy nezapadá do skupiny dětí stejného pohlaví, kvůli věcem jako jsou třeba oblékání do oblečení opačného pohlaví, charakteristické činnosti opačného pohlaví. Podle MKN 10 jde v těchto případech o tzv. poruchu pohlavní identity v dětství (F 64.2.). Tuto poruchu však lze včas podchytit včasným zásahem v období, než se nezvratně upevní. V dospělosti se u těchto

jedinců projevuje forma heterosexuality, homosexuality a někdy se právě jedná o transsexuály (Švecová, B., Weiss, Petr 2000, s.553).

1.1.3 Gender

Gender, v překladu rod neboli pohlaví. Tento pojem se užívá pro označení a rozdělení společnosti na ženy a muže. Často se pod tímto pojmem mluví i o takzvaných gender rolích. Lépe řečeno o očekávaném chování jedince k danému pohlaví. Společnost od žen očekává, že nosí šaty a líčí se naopak od mužů, u kterých je očekávanější, že nosí saka a kravaty. Taktéž ženy, že chodí na hodiny baletu, naopak muži hrají hokej a fotbal. Takovéto společenské rysy bere okolí za neměnné a přiděluje je k danému pohlaví (Fafejta, 2004).

1.1.4 Transgender

Tento pojem je hezky vysvětlen v knize Leslie Feinberg takto: *„Osoba, která překročila hranice vrozeného pohlaví, nemusí ale nutně podstoupit chirurgickou nebo jinou změnu pohlaví. Tento termín bývá používán jako zastřešující pro všechny, kdo jsou jakýmkoli způsobem „trans“* (Feinberg 2000, s.169).

Termín transgender je ve směr jakousi rozdělovací čarou mezi lidmi, kteří se rozhodli změnit své pohlaví hormonální i chirurgickou léčbou a mezi těmi jedinci, který pouze vybočují z norem svým vystupováním a pohlavním projevem rozdílným způsobem, než je k jejich biologickému pohlaví předurčeno (Feinberg, 2000).

Zjednodušeně se tento pojem používá jakožto obecný teoretický celek, který zahrnuje veškerou trans problematiku (Weisner, 2017).

I když se to zdá být na jednu stranu jednoduché, je zde potřeba zmínit rozdělení skupin jedinců s „trans“ problematikou.

Ve své knize Leslie Feinberg uvádí, že když se zeptal transaktivistů koho by zařadili do termínu transgender: *„Jmenovali následující: transsexuály, transgendery, transvestity, bigendery, drag queens, drag kings, cross-dressery, maskulinní ženy, femininní muže, intersexuály (o těchto se dříve hovořilo jako o „hermafroditech“), androgynní jedince.“* (Feinberg, 2000, s.6).

Transvestita

Jedinec, u kterého je individuální intenzita převlékání do opačného pohlaví. Někteří transvestiti mohou nosit občas pouze spodní prádlo, a však jsou i tací co žijí svůj každodenní život v opačné roli (Feinberg, 2000).

Gross-dresseři

Hovorový neboli slangový označení pro transvestity. Jedinci, kteří do této skupiny patří, tento termín používají z důvodu, že nechtějí být spojovány s lékařskými diagnózami (Feinberg, 2000).

Bigendeři

Osoby, které ke svému životu nepotřebují podstupovat operace ani hormonální léčbu. Přesto žijí v opačném genderu, než je pro ně biologicky dané. Někteří jedinci z této skupiny dokonce svůj gender během života mění (Feinberg, 2000).

Gender-Bendeři

Jedinci této skupiny se mají v tendenci odkloňovat od svého pohlaví (Feinberg, 2000).

Gender-Blendeři

Naopak tato skupina jedinců v sobě trvale spojuje prvky obou pohlaví. A však ve výsledku tyto osoby nepůsobí ani žensky ani mužsky (Feinberg, 2000).

Androgynové

Tato skupina lidí naopak působí zároveň žensky i mužsky (Fafejta, 2004).

Draq-queens

Jsou muži, kteří svým vystupováním a oblečením zosobňují ženu, obvykle jsou přehnaně femininní a extravagantní (Feinberg, 2000).

Draq-kings

Jsou ženy, které svým vystupováním a oblečením zosobňují muže, obvykle jsou v přehnaně maskulinní podobě (Feinberg, 2000).

MtF-Male to Female

Vyjádření pojmu tak, kdy je tendence jedince změnit se z muže na ženu (Feinberg, 2000).

FtM-Female to Male

Vyjádření pojmu tak, kdy je tendence jedince změnit se z ženy na muže (Feinberg, 2000).

Maskulinní ženy a femininní muži

Tito jedinci nemají ve snaze tuto skutečnost nijak maskovat. Jedná se o ženy s vousy, které nemají v tendenci a dokonce odmítají si vousy jakýmsi způsobem holit. Nebo o muže s postavou typickou pro ženy (Feinberg, 2000).

Transsexuálové

Poslední skupinou, kterou bych ráda zmínila, jsou transsexuálové, avšak celkovému pojmu transsexualismu zde bude věnována celá samostatná kapitola.

Transsexuál je jedinec, který se ztotožňuje s opačným pohlavím. Ne každý z této skupiny má potřebu podstoupit operativní změnu pohlaví, i když se cítí v opačné gender roli (Feinberg, 2000).

1.2 Transexualismus - Transexualita

Kdybychom chtěli transsexualitu definovat zjednodušeným způsobem, potom bychom mohli mluvit o situaci, kdy se člověk narodil do těla, které mu není vlastní. Lépe řečeno, že se „člověk narodil do těla, které je mu cizí, se kterým se jen obtížně identifikuje a které mu působí starosti a komplikace. Jeho cítění a vnímání, jeho identita je s jeho tělem neslučitelná. Rodem muž má ženské tělo a rodem žena tělo mužské. Tento ostrý rozpor si mnozí transsexuální lidé uvědomují už od útlého dětství“ (Fifková 1998, s. 35-41).

Pro transsexualitu je k nalezení několik možných definic a však Meyer (1974 In Fifková 2002) popisuje charakteristiky rozděleny do čtyř bodů, které jsou možné přiřadit ke každému pacientovi, u kterého je transsexualita diagnostikována:

- Jedinec má pocit nevhodnosti nebo nepřiměřenosti k jeho určené biologicky dané role.
- Jedinec věří, že jeho přeměna biologicky dané role povede k vyřešení jeho obtížné situace.
- Jedinec si v sexuálním a partnerském životě, vybírá partnery svého biologicky daného pohlaví a zároveň se nepovažuje, jakož to za homosexuála, ale heterosexuála.
- Jedinec má potřebnou touhu po chirurgické změně pohlaví.

Transsexualita je zobrazována pod svojí diagnózou v Mezinárodní klasifikaci nemocí (ICD 10) F 64.0, která jí definuje jako „stav jedince, který si přeje žít a být akceptován jako příslušník opačného pohlaví. Obvyklý je zde pocit nespokojenosti s vlastním anatomickým pohlavím nebo pocit jeho nevhodnosti a přání hormonálního léčení a chirurgického zásahu, aby jeho/její tělo odpovídalo (pokud možno) preferovanému pohlaví. Transsexuální identita by měla trvat alespoň dva roky - nesmí být projevem duševní poruchy (zejména schizofrenie) ani nesmí být sdružena s intersexuální, genetickou nebo chromozomální abnormalitou“ (Fifková 2002, s. 17-18).

Příčiny transsexualismu nejsou ještě zatím zcela jasné. Roli zde pravděpodobně hrají vrozené faktory a ovlivňující psychický stav matky, kdy je jedinec ještě v době nitroděložního života. Proto všechny poznatky a názory nasvědčují jasně tomu, že jedinec už s transsexualismem přichází na svět. Transsexualismus totiž není něco, co by si jedinec sám vybral, nebo se pro toto sám ze své vůle rozhodl. Žádný člověk trpící transsexualismem za toto nemůže a nemůže za to ani výchova rodičů, jak si někdy lidé myslí. Existuje však velká řada teorií a možností, jak transsexualismus vzniká a každý autor je zastánce jiného názoru. Zde bude uvedeno pár z nich:

V 60. letech byla transsexualita vnímána rozdílným způsobem než v posledních letech. V dnešní době se dá tento pojem vystihnout takto: *„Transsexualita je řazena mezi duševní nemoci a poruchy, což není úplně optimální řešení, naši klienti nejsou duševně nemocní ani porušení. Ovšem neméně diskutabilní je zařazení mezi poruchy tělesné- jsou-li jejich těla těly biologicky zdravých mužů a žen. Transsexualita ale potřebuje z hlediska medicíny nějaké zařazení, potřebuje-li její asistenci při řešení problému. Zdá se, že nejlépe by vyhovovala rubrika „různé“ na konci diagnostického manuálu. Tam bychom my, lékaři, mohli zařazovat to, co zařadit neumíme.“* (Fifková 2001, s. 2).

Jedni ze zastánců, že je transsexualismus podmíněn hormonálně, jsou například Dörner (1991) nebo Gooren (1990).

„Různé oblasti mozku jsou zodpovědné za mužské a ženské sexuální chování. Organizace těchto oblastí, stejně tak jako organizace vnějších pohlavních struktur, je závislá na koncentraci pohlavních hormonů a neurotransmiterů během kritických vývojových období.“ (Švecová 2000, s.554).

Vnímání transsexuality jako nemoci zas uvádí Fafejta (2004). Tento autor je toho názoru, že pokud se podaří transsexualitu úspěšně vyléčit, jedinec poté není transsexuálem. Proti tomuto výroku se však staví jedinci ze společnosti gender studies *„Jde o velice komplexní problematiku, která si nezaslouží být okleštěna na lékařský problém, který se dá vyléčit. Zkušenost translidí nastavuje*

zrcadlo definici mužské a ženské role v naší společnosti a často ji karikuje.“
(Linková 2001, s. 2).

Transsexuálové, kteří se snaží docílit změny pohlaví, ukazují na to, že tělo, pohlaví a vlastně gender jedince má souhlasit (Fausto-Sterlingová, 2000).

Vodrážka je kritický proti radikálnímu pojmu gender a upozorňuje na to, že je důležité brát v potaz určité limity. Gender není možný redukovat pouze na jiné role. Role jsou součástí zosobnění těl a jsou spojeny s historickým kolektivním nevědomím a jedná se o zdroj upevnění struktur pohlavních vztahů. Také zveřejňuje fakt, že někteří translidé byli během svého určitého období donuceni společností „rozpustit“ pod tlakem svojí existenci (Vodrážka, 2001).

Transsexuál Robert Němec své pocity ve své autobiografii znázorňuje vlastními slovy takto: *„Nestával jsem se ženou, přestával jsem pouze být sebou. Nezačínal jsem se cítit dobře, přestával jsem se jenom cítit špatně. Přestával jsem se totiž vůbec cítit. Ztrácel jsem schopnost něco autenticky prožívat, ztrácel jsem jasné vědomí vlastního já.“* (Němec 1993, s. 80).

Na závěr této kapitoly by se mělo uvést to, že psychická pohlavní identita u transsexuálů není rozhodně bludem, který by se nějakým způsobem mohl šířit do okolí. Takový názor je zcela nekorektní a nemístný (Fifková a kol. 2008).

1.3 Historie transsexualismu

Zmínky o transsexualismu jsou znázorněny ve více kulturních historických poznatcích. Už v dobách severoamerických Indiánů byli tito jedinci považováni za osoby normální, a dokonce se jim v některých kmenech dostávalo mnohých výhod a velké úcty. Informace a poznatky z této doby můžeme nalézt v různých archeologických dokladech a spisech. Dříve se tito jedinci považovali za hermafrodity nebo homosexuály, což například španělský a francouzský kolonizátoři společensky odsuzovali. Naopak právě indiánský přístup tu byl v tomto ohledu zcela tolerantní a výběr pohlaví, jakožto chápání sám sebe, byl pro ně zcela normální jev (David Daniel, 2006).

Leslie Feinberg (2000) ve své knize pohlavní štvanci tomuto tématu věnuje svojí 5. kapitolu s názvem naše posvátná minulost. Znázorňuje zde jistý fakt, že poprvé pocítil úlevu namísto hanby v roce 1976, kdy jel v promrzlém autobuse do Chicaga a jelikož nemohl usnout a pročítal si výzkumná studia, které změnili jeho život. Díky těmto studiím zjistil, že i on, jakožto jedinec s transsexualismem, má v dějinách jakousi roli. Tato kniha je inspirována Johankou z Arku, příběhem ženy, která vystupovala jako muž a kvůli čemu byla 30.5.1431 upálena, protože se za žádnou cenu mužského vystupování a mužské identity nechtěla vzdát. Už z těchto poznatků se dá soudit, že se jednalo o trans problematiku (David Daniel, 2006).

Z etnologických a antropologických studií vychází to, že právo člověka identifikovat se v oblasti transsexuality apod., bylo uznáváno právě tam, kde ve společnostech vládly ženy. Díky tomu také vznikaly legendy o stvoření světa a vznikaly zde transcendentní obličej. Příklad však vlády, kde v popředí stáli muži a s příchodem křesťanství proběhla změna pohledu na celkovou lidskou sexualitu a obecně transsexualitu. Toto je také v historii znázorněno tím, že s příchodem kolonialistů do Ameriky si násilně převzaly vedení od šamanů zpět ženy. Španělé nemohli přijmout fakt, že by docházelo k sexuálnímu styku u stejného pohlaví, a tak šamani „dvojího ducha“ byli usmrcováni (David Daniel, 2006).

Další zmínky pochází i z jiných kultur, kde transsexualismus tolerovali kvůli významnému náboženskému postavení právě transsexuálů, například tomu tak bylo v Asii, Indonésii, Koreje, Číně a Vietnamu (David Daniel, 2006).

Přechod z matriarchátu na patriarchát a následné dělení společenských tříd zapříčinilo, že byla vláda v rukách mužů. Jedinec v této době mohl být pouze mužem nebo ženou, jiné východisko nebylo a toto rozdělení mělo jasně určené role. Pokud byl však někdo odlišný, musel přijmout fakt, že bude vymezen od společnosti, což se v některých případech děje u translidí do dnes (David Daniel, 2006).

Ve středověku se transsexualismus dokonce dostal mimo zákon, a to v dekretu Konstantinopolském (v roce 691 n.l.). Doslovně v něm stojí :"*...Rozhodli jsme se, že žádný muž nesmí nosit šaty ženy ani žena šaty muže.*" (Feinberg, 2000).

Na toto téma ohledně historie je nezodpovězených dost otázek a na většinu již už asi nedostaneme nikdy odpověď. A však trestání odlišných jedinců se translidé nedočkali ani v 19. století, i když už byli prakticky známy všude po světě díky svým spolkům. Sice se již přestali udělovat tresty smrti a na veškeré názory z dávných dob se už zapomnělo. Postupným rozvojem se však stal další zásadní zvrat pro translidé a to, že rozvoj medicíny zapříčinil to, že se začala tato problematika označovat jakožto sexuální deviantní a úchylná (David Daniel, 2006).

1.3.1 První zmínky o přeměně pohlaví ve světě

První operace pohlaví byla provedena Dr. Magnusem Hirschfeldem v roce 1930, a to Lili Elbe narozené v 28. 12. 1882 jakožto Einar Wagener.

„V roce 1930 odjel Einar do Drážďan. V místní klinice Dr. Magnus Hirschfeld měl během pěti operací odstranit jeho mužské genitálie a vytvořit ženské. Poté měl transplantovat vaječníky a dělohu z 26leté ženy. Šlo tehdy

vyloženež o experiment. Z okna kliniky Einar pozoroval řeku Labe, což ho inspirovalo změnit jméno na Lili Elbe. Jméno Lili měl už vybrané dříve. Dr. Magnus Hirschfeld byl v té době velký aktivista za práva homosexuálů, zavedl termín jako "transvestismus" a napsal mnoho děl na toto téma, za která byl (samozřejmě že jak jinak než "jak se patří") kritizován. Tehdy si mysleli, že transplantovat vaječníky a dělohu nebude problém, Lili si chtěla splnit svůj sen stát se matkou, ale tři měsíce od páté části operace její tělo nepřijalo cizí dělohu, na což v r. 1931 zemřela. Pohřbena je na hřbitově v Drážďanech“ (Tereza, 2014).

V roce 2014 byl podle Lili Elbe natočen nyní už velmi známý film *The Danish Girl* (2014) podle knihy Davida Ebershoffa z r. 2000 (Tereza, 2014).

V Německu v roce 1932 byla provedena Dr. Hirschfeldem další operace. Pacientem byl tentokrát Rudolph/Dörchen Richter německého původu, narozený v Krušných horách. Je zmínka o tom, že Dörchen byla často zatýkána policií do mužských věznic za to, že nosila ženské šaty (Tereza, 2014).

V roce 1922 podstoupila orchiektomii (kastraci) a dále v roce 1932 vaginoplastiku. Dörchen poté nastoupila na pozici zdravotní sestry do sexuologického institutu v Hirschfeldově, kde však v květnu 1933 byl nacisty proveden nálet a institut byl srovnán se zemí (Tereza, 2014).

Na západě se časem staly operace vcelku rutinní záležitostí. Například ve Švýcarsku, kde však kvůli velkým finančním nákladům toto nebylo umožněno každému transsexuálnímu pacientovi (Tereza, 2014).

Na území Polska začal s operacemi pohlaví Dr. Waligóra (primář urologie v Železniční nemocnici ve Varšavě). A však od roku 1964 až do konce 70. let bylo provedeno pouze pět operací. Až na počátku 80. let začala být tato problematika více vnímána (Tereza, 2014).

„Prof. Kazimierz Imieliński (zemřel v r. 2010) považovaný za otce polské sexuologie jako první lékař v Polsku v r. 1963 získal doktorát ze sexuologie a v Krakově založil první akademickou instituci Krakovský sexuologický institut. Bylo nutné reagovat na změny ve světě. Se svým charismatem a jedinečným postavením ve vědeckých kruzích (měl 56 čestných doktorátů) nakonec přesvědčil polskou odbornou veřejnost, aby mohly být operace běžně prováděny. Psal se rok 1980“ (Tereza, 2014).

První operace přeměny pohlaví, jakožto z ženy na muže (FtM), provedla v roce 1983 profesorka Julia Kruk-Jeromin (Tereza, 2014).

Další významný rok, který stojí za zmínku, je 1992, kdy byla homosexualita vyškrtnuta ze seznamu nemocí Světovou zdravotnickou organizací (WHO) (Tereza, 2014).

1.3.2 První zmínky o přeměně pohlaví v České Republice

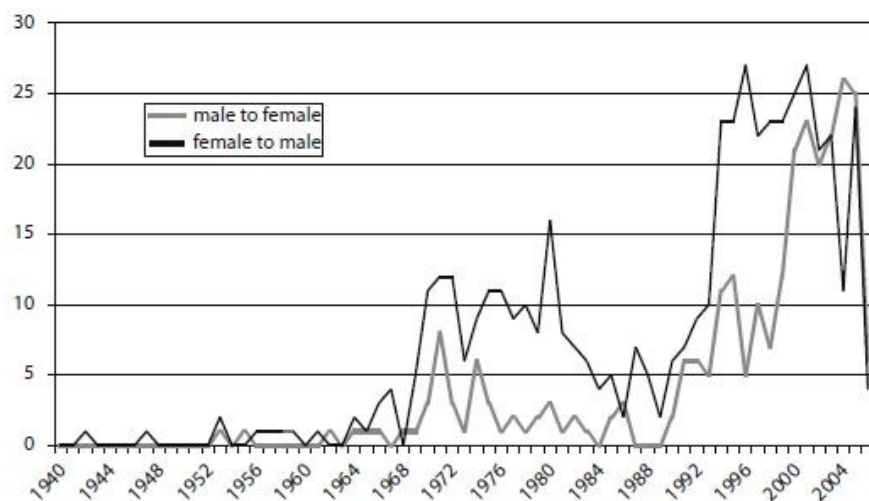
Na Československém území se pojmu transsexuality začal věnovat sexuolog Josef Hynie v 60. letech 20. století. A následně na jeho práci navázali v 70. letech další významní odborníci jako jsou psychologka Iva Šípová, sexuoložka Růžena Hajnová, Petr Weiss a Hana Fifková (Tereza, 2014).

První operace přeměny pohlaví na našem území byla uskutečněna v roce 1942 a podle spisů šlo o přeměnu z ženy na muže (FtM). Přeměna z muže na ženu (MtF) se uskutečnila až v roce 1953 (Tereza, 2014).

Významné jméno v tomto oboru si nese MUDr. Ladislav Jarolím působící ve FN Motol. Jakožto svojí první operaci přeměny pohlaví provedl 30.11.1992 (Tereza, 2014).

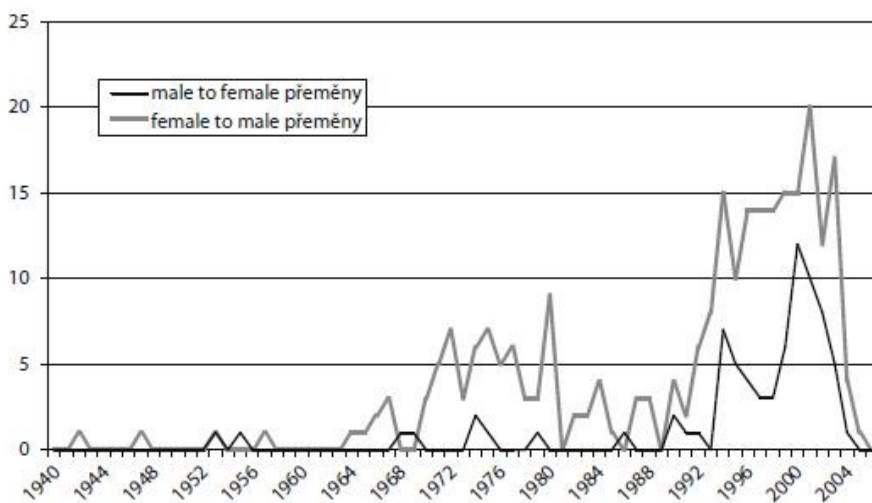
Další významný datum je rok 1974, kdy se provedla první úřední změna pohlaví v občanském průkaze (Tereza, 2014).

Graf č.1 Počty pacientů v jednotlivých letech sledovaného období



(Zdroj: FIFKOVÁ H. a kol. *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1696-1)

Graf č.2 Počty pacientů, kteří dospěli až k operativní a úřední změně pohlaví dle jednotlivých let sledovaného období



(Zdroj: FIFKOVÁ H. a kol. *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1696-1)

Tab. 1 Počty nových pacientů dle diagnóz po roce 1989

	celkem		male to female		female to male	
	příchozí	přeměna pohlaví	příchozí	přeměna pohlaví	příchozí	přeměna pohlaví
1990	8	6	2	2	6	4
1991	13	3	6	1	7	2
1992	15	7	6	1	9	6
1993	15	8	5	0	10	8
1994	34	22	11	7	23	15
1995	35	15	12	5	23	10
1996	32	18	5	4	27	14
1997	32	17	10	3	22	14
1998	30	17	7	3	23	14
1999	35	21	12	6	23	15
2000	46	27	21	12	25	15
2001	50	30	23	10	27	20
2002	41	20	20	8	21	12
2003	44	22	22	5	22	17
2004	37	5	26	1	11	4
2005	49	1	25	0	24	1
2006	10	0	6	0	4	0
celkem:	526	239	219	68	307	171

(Zdroj: FIFKOVÁ H. a kol. *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1696-1)

Tab. 2 Počty pacientů, kteří dospěli až k přeměně pohlaví před a po roce 1989

přeměna pohlaví	ano	ne	celkem
před rokem 1989	92	143	235
po roce 1989	239	287	526
celkem	331	430	761

(Zdroj: FIFKOVÁ H. a kol. *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1696-1)

Tab. 3 Věk při zahájení terapie před a po roce 1989 (v letech)

věk	X	SD
před rokem 1989	23,46	6,36
po roce 1989	26,91	8,82
Celkem	25,84	8,29

(Zdroj: FIFKOVÁ H. a kol. *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1696-1)

Tab. 4 Počty pacientů, kteří dospěli až k přeměně pohlaví před a po roce 1989 (podle diagnózy)

typ TS		přeměna pohlaví		celkem
		ne	ano	
male to female	do roku 1989	41	9	50
	po roce 1989	151	68	219
	celkem	192	77	269
female to male	do roku 1989	102	83	185
	po roce 1989	136	171	307
	celkem	238	254	492

(Zdroj: FIFKOVÁ H. a kol. *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1696-1)

Tab. 5 Věk při zahájení terapie podle diagnózy (v letech)

věk	X	SD
MtF	28,80	10,14
FtM	24,23	6,55
celkem	25,84	8,29

(Zdroj: FIFKOVÁ H. a kol. *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1696-1)

Tab. 6 Délka léčby před a po roce 1989 (v měsících)

délka léčby	X	SD
před rokem 1989	55,03	28,60
po roce 1989	33,78	15,14
celkový průměr	39,56	21,85

(Zdroj: FIFKOVÁ H. a kol. *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1696-1)

Tab. 7 Stav a rodičovství dle diagnózy

typ TS			stav		celkem
			svobodný/á	jiný	
male to female	děti	Ne	189	15	204
		Ano	0	65	65
	celkem		189	80	269
female to male	děti	ne	445	18	463
		ano	4	23	27
	celkem		449	41	490
celkem			638	121	759

(Zdroj: FIFKOVÁ H. a kol. *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1696-1)

1.4 Proces přeměny pohlaví

V dnešní době oproti minulosti je používán proces přeměny, který je sestaven každému jedinci individuálně. Dnešní proces přeměny pohlaví je rozdělen do několika fází, a to do fáze diagnostické, fáze rozhodovací dále navazuje tzv. Real Life Test a Real Life Experience. Poté se začíná s nasazením hormonální terapie, následně se provede chirurgický operativní zákrok a jako konečná fáze je pooperační období (Fifková, 2008).

Mezi jednotlivými fázemi je rozdílný postup časového rozmezí. Například u terapie hormonální se lékaři snaží zajistit minimální dobu před operačními zákroky. Jiné je to ovšem u ostatních fází, tam je časové rozmezí zcela individuální a někdy se může vyskytnout situace, kdy se mezi sebou fáze prolínají (Fifková, 2008).

1.4.1 Diagnostická fáze

V této fázi se musí v první řadě brát velký zřetel na individualitu jedince. V dnešní době stále ještě není úplně jasná vyšetřovací metoda, která by přesně stanovila, jak se má nadále přesně na dny postupovat v dalších fázích. Je tedy velmi důležité při určování brát velký zřetel, aby se brala největší pozornost při anamnestickém rozhovoru a charakteristiku vývoje transsexuality u individuálního jedince a přesné stanovení diagnózy odlišné od ostatních podobných psychických nebo somatických nemocí (Fifková, 2008).

Pochybení u určení diagnózy by bylo velmi vážné, protože možné změny, hlavně tedy operativní, jsou ve většině nevratné, a to by mohlo vést ke sklonům sebevražd u špatně diagnostikovaných jedinců (Skoblík, 2006).

1.4.1.1 Psychologická diagnostika

Psychologické vyšetření u transsexuálních jedinců můžeme rozdělit do tří metod, a to na metodu anamnestickou, metodu psychofyziologickou a metodu psychologickou (Fifková, 2008).

Příloha č.2 ŽIVOTOPIS (FtM) – viz. přílohy

Kvůli životu v roli, která není transsexuálnímu jedinci příjemná, se ve většině případů objevují v psychodiagnostických testech depresivní a neurotické příznaky. Tento metodický způsob není však k určení poruše identity ale spíše k charakteristice, inteligenci, motivaci a nejlepší stanovení léčby individuálnímu jedinci (Weiss, 2010).

Falometrie je jedna z nejvýznamnějších psychofyziologických diagnostických metod, která dokáže zaznamenat objemové změny penisu nebo změn prokrvení vulvy při reakci na vizuální nebo auditivních sexuálních motivů (Weiss, 2008).

Nejzásadnější a nejspolehlivější je metoda, kterou uznává většina lékařů a psychologů a to metoda anamnestická. Tato metoda určuje veškeré odchylky ve vývoji pohlavní identity. Zajímají nás nejvíce níže uvedené charakteristiky, které se považují za primárně diagnostické. Takové charakteristiky mohou například být:

Preferující hračky a hry v předškolním období

Děvčata si hrají s auty a mají rády hry chlapského charakteru. Chlapci si naopak hrají s panenkami a strání se konfliktům (Fifková, 2008).

Preferující oblékání příslušné k opačnému pohlaví

Dívky, které se cítí jako chlapci (FtM) odmítají nosit šaty a sukně a jsou jim velice nepříjemné situace, který tento styl oblečení vyžadují. V tomto případě je také dost obtížný biologický projev dospívání (menstruace, růst ňader). Naopak chlapci, kteří se cítí jako ženy (MtF) berou těžce růst vousů a tělesné ochlupení, případně erekce penisu a ejakulaci (Fifková, 2008).

Denní představy

V hloubky duše si stále přejí a představují, že jsou v jiném těle tedy v těle jím bližší (Fifková, 2008).

Erotické představy

Od prvních myšlenek se sexuálním podtextem bývá vzrušení spojeno s opačným pohlavím tedy jím bližším (Fifková, 2008).

Milenecké vztahy

Tito jedinci jsou většinou heterosexuální, protože zamilování proběhne do osob stejného biologického pohlaví. Homosexuální bývají v momentu, kdy se zamilovanost projeví u osob opačného biologického pohlaví (Fifková, 2008).

Sexuální život

Při sexuálních aktivitách je jedincům této problematiky ve většině případů nepříjemný kontakt se svým biologickým přirozením a snaží se tomuto kontaktu vyvarovat. (FtM se snaží vyhnout kontaktu s pochvou naopak MtF s penisem a ejakulátem) (Fifková, 2008).

Charakteristický rysy pohlavní role

Tito jedinci si dost často vybírají zaměstnání a celkový postoj ve společnosti v opačné pohlavní roli, než je od nich společností očekávané. (FtM často vyhledávají pracovní pozice například u policie naopak MtF vyhledává práci cukrářky.) (Fifková, 2008).

1.4.2 Rozhodovací fáze

Fáze rozhodovací, stejně jako fáze diagnostická, je v dnešní době už časově krátká z toho důvodu, že odbornou pomoc jedinci vyhledávají v době, kdy mají jasný cíl a jasné přání léčby. I když je klient maximálně rozhodnutý, sexuolog mu je povinen podat veškeré informace o veškerém druhu léčby a o výhodách i nevýhodách jednotlivých možností. Každý jedinec potřebuje individuální přístup v této fázi, kdy se má rozhodnout a vše si v hlavě srovnat tak, aby byl se svojí volbou maximálně spokojený. Sexuolog toto umožňuje a respektuje s minimálním zásahem svého názoru (Fifková, 2008).

1.4.3 Real life test

Jedinec, který je přesvědčený o tom, že chce podstoupit přeměnu pohlaví, zahajuje fázi, ve které se podrobí zkoušce ztotožnění se svojí psychickou identitou. Tato fáze se zahajuje tzv. real life experience (RLE), v nichž klient získává nové zkušenosti a zároveň probíhá proces, při kterém se probíhá přesvědčení tzv. real life test (RLT), že toto rozhodnutí chce učinit a role v opačném pohlaví je mu přednější. Toto období je velice náročné a nese s sebou dost úředních záležitostí, jako jsou například, změny jmen a příjmení do neutrálních tvarů. Jména neutrálních tvarů se myslí a doporučují jména takové, které mohou být použity u obojího pohlaví. Například Jindra, René, Míša, Nikola, lze sem zařadit i jména, které mají v cizině jiný rod než u nás v ČR, tím se myslí jména například Andrea (v Itálii mužské jméno), Robin (v Británii ženské jméno). Jako neutrální příjmení se myslí to, že je převedeno do nesklonného tvaru, kdy je za původní příjmení přidána koncovka -ů, -ých (Nováků, Novotných). Je však výjimka, když už si jedinec nese tradičně nesklonné příjmení (Janů, Krejčí), nebo cizí příjmení, jako je například (Wilde) tak v těchto situacích se tvar měnit nemusí (Fifková, 2008).

Při procesu přeměny pohlaví, klient může začít fázi, ve které bude vystupovat jako jedinec v opačné roli a kdy si sám může uvědomit a zkusit, jaké bude jeho následné žití v opačném pohlaví. Tato fáze je velmi důležitá, a dochází i k přípravě okolí na následující přeměnu (Janošová, 2008).

S potvrzením odborného lékaře lze provést změnu jména a příjmení na neutrální tvar. Na přání klienta tuto změnu provede příslušný obecní úřad (Zvěřina, 2003).

1.4.4 Hormonální terapie

Tato fáze lze zahájit až v době, kdy klient žije několik měsíců v dané roli (Fifková, 2008).

Než se tento proces zahájí, provádí se somatické vyšetření, které znázorní možné překážky v následující trvalé hormonální terapii. Dle odborníků je důležité držet se mezinárodních standardů a přistupovat k léčbě tak, že k zahájení hormonální terapie je uvedena hranice šestnácti let. Avšak toto je dost sporné, v první řadě je zde důležitější tělesná a psychická připravenost jedince nežli věk (Weiss, 2010).

Délka hormonální terapie by před zahájením chirurgických operací měla trvat minimálně jeden rok. Během tohoto časového úseku jsou jasně viditelné změny a hladiny hormonu blížící se k normálním hodnotám požadovaného rodu (Zvěřina, 2003).

Kontraindikace hormonální léčby: nekompenzovaný diabetes, hypertenzní nemoc, kardiomyopatie, ICHS, myokarditida, 23 tromboembolická nemoc, revmatická endokarditida a cerebrovaskulární onemocnění, další kontraindikace může být rakovina prsu v rodinné anamnéze (Zvěřina, 2003).

1.4.4.1 *Hormonální léčba u MtF*

Na základě sexuologa je možné zahájit hormonální léčbu, která spočívá v podávání estrogenů a antiandrogenů. Pokud se podávají vyšší dávky antiandrogenů a estrogenů, mění se mužské tělo v tělo ženské. Snižuje se libido, zvyšuje se citlivost prsních bradavek s následným rozšířením dvorců. Také se zlepšuje akné a pleť se stává jemnější. Snižuje se vypadávání vlasů a zároveň se snižuje hustota vousů. Během léčby se snižuje svalová hmota a tuk se ukládá do pánevní oblasti. Další změna je například v tom, že varlata atrofují (Zvěřina, 2003).

Během hormonální terapie u MtF dochází ke zvětšení prsou, zvýšení hlasu, ale také k rozvoji impotence a k poruchám ejakulace (Fifková, 2008).

„Estrogeny se podávají především perorální nebo injekční cestou a přednost je dávana přirozenému hlavnímu lidskému estrogennímu hormon 17-beta estradiolu.“ (Fifková, s. 95, 2008).

Je zde možné riziko spojené s užíváním estrogenů. Mohou se vyskytnout nežádoucí účinky, jako jsou například nevolnosti až zvracení, otoky, hypertenze, elevace jaterních testů nebo benigní tumor jater, cefalea, zhoršení epilepsie, zvýšení krevní srážlivosti s rizikem žilní trombózy a embolizace. Také se při hormonální terapii objevuje únava, změny nálad a hmotnostní přírůstky. Například elevace jaterních testů a tromboembolická nemoc mohou být následkem užívání antiandrogenů (Zvěřina, 2003).

1.4.4.2 Hormonální léčba u FtM

Před zahájením hormonální léčby by mělo být provedeno gynekologické vyšetření už kvůli stanovení hormonálních hladin, ale především ke kontrole, zdali nehrozí syndrom polycystických ovárií. Poté je na základě sexuologa možné zahájit hormonální léčbu (Weiss, 2010).

Ideální hladiny mužských hormonů (testosteronu) jsou takové, které odpovídají hladinám u biologicky narozených mužů. Už po několika týdnech se při hormonální terapii zvyšuje libido, hlas se stává hrubším, dostavuje se amenorrhoe (vynechávání menstruace). Objevuje se více akné a zvětšení svalové hmoty. Posun vlasové hranice, tvorba „koutů“, výskyt zvýšeného ochlupení a růst vousů také se u jedinců v hormonální terapii zvyšuje pocení. Dále atrofují prsa a zvětšuje se klitoris. Díky hormonům se mění psychika jedince, narůstá agresivita a rozhodnost (Zvěřina, 2003).

Mléčná žláza se androgeny bohužel nezmenší a tak se musí podstoupit operace, při ní se prsní žláza odstraní. Hormonální léčba je možná perorální cestou, nebo intramuskulárně (Fifková, 2008).

Při léčbě je důležité chodit na pravidelné kontroly. Je nutné dodržovat přesné dávky a samovolně hormony nevysazovat – vysazení může způsobit nerovnováhu hormonálního systému. Po delším vysazení opět začínají převládat původní genetické rysy, snižuje se fyzická i psychická výkonnost. Také je tu díky samovolnému vysazení velké riziko osteoporózy. Celková léčba může způsobit

zvýšení LDL- cholesterolu a antitrombotický efekt a proto se doporučuje lékařská kontrola jednou až dvakrát za rok (Zvěřina, 2003).

1.4.5 Chirurgické výkony

Chirurgické operace neboli konverze pohlaví lze rozdělit na konverzi feminizační a konverzi maskulinizační. Chirurgické rekonstrukce u transsexuálních pacientů nesou skupinu složitých genitálních operací (Dvořáček, 2000).

Ke schválení operativní přeměny pohlaví je nutné požádat komisi, která je jmenována ministerstvem zdravotnictví písemnou formou skrze svého lékaře (sexuologa). Jedinec však musí mít splněné určité podmínky, a to splněný minimálně jeden rok hormonální terapie, jeden rok úspěšného vystupování v opačné roli (RLT) a psychologické vyšetření společně s pravidelnými návštěvami u sexuologa. Komise rozhoduje na základě toho, co doporučuje ošetřující lékař a dalšího nezávisle působící odborník (Weiss, 2010).

Komise, která schvaluje žádosti, probíhá pod vedením ministerstva zdravotnictví. V komisi radě jsou určeny specialisté z několika oborů, a to například zástupci z ministerstva zdravotnictví, lékař psychiatr, psycholog a lékař sexuolog, dále také lékař endokrinolog, urolog, gynekolog a právník. Rozhodnutí komise je platná dva roky od data schválení. Podmínka u nás v ČR je taková, že pro chirurgickou přeměnu pohlaví je důležitá plnoletost. Dále jedinec před komisí podepisuje informovaný souhlas, že je tento výkon nevratný a všemu porozuměl. Česká republika je řazena v tomto směru ke světovým unikátům z důvodu, že je u nás chirurgická přeměna hrazena zdravotní pojišťovnou (Weiss, 2012).

1.4.5.1 Chirurgické výkony u MtF

„Morfologické poměry jsou u jednotlivých pacientů individuální a jsou k dispozici rozdílné tvary a objemy tkání, které lze pro plastiku užít. Proto je modelování každého jednotlivého genitálu „originálem“.“ (Fifková, s. 116, 2008).

Konverze pohlaví u MtF je spojena s mnoha náročnými výkony. Základem operačních výkonů u transsexuálů MtF je demaskulanizace, složena z orchiektomie (chirurgické odstranění varlete/varlat) a penektomie (chirurgické odstranění penisu) (Fifková, 2008).

Dalším operačním zákrokem je rekonstrukce vaginy a vulvy, která probíhá mezi bulbem uretry a prostatou. Dále vpředu bází močového měchýře a konečníkem vzadu při čemž se vytvoří vaginální tunel, do kterého je poté volná kůže z penisu invertována do neovaginy kde tvoří stěnu. Ze zmenšeného glandu penisu se vytvoří neoklitorida, která se následně všije na typické místo v otvoru kůže. Neoklitorida je vyživována a inervována díky uvolnění kůže z penisu, při němž dojde k oddělení dorzálních neurovaskulárních svazků. V dorzální části od neoklitoridy je vyústění uretry, která se zkrátí na ženskou délku. Následně se vytvoří velká labia, která jsou vytvořena suturou kůže z přebytečné kůže skrota. Po dobu 2-3 dnů je ponechána tamponáda plastikovým válcem, do neovaginy je nezbytně nutné aplikovat nadměrné množství lubrikačního gelu při extrakci, aby nedošlo k poškození její stěny. Od vytažení tamponády zahajuje pacientka autodilataci za pomoci klasického vibrátoru s dostatečnou lubrikací několikrát denně. Permanentní močový katétr se odstraňuje přibližně okolo 3-5 dnů od operace. Po uplynutí přibližně tří měsíců je provedena druhá operace neboli komisuroplastika pomocí dvojité Z-plastiky, díky které se laloky kůže v přední části vulvy vymění a vulva vpředu se typicky uzavře (Marianová, Šafařová, 2014).

Důležité opatření před operací, se provádí za pomoci přípravku Fortrans, díky kterému dojde k mechanické očištění střev, z důvodu špatného očištění střev hrozí, kvůli zanesení obsahu při operaci do dutiny břišní infekce, která by mohla způsobit životně ohrožující komplikace (Fifková, 2008).

Doplňující estetické operace

Jedinci MtF vyhledávají také další operace, a to především estetické. Mezi nejvíc požadovanou operací patří zvětšení prsou a fonochirurgie. Tyto operace klient vyhledává především v situaci, kdy nedošlo k dostatečným výsledkům za

pomocí hormonální léčby. Další vyhledání doplňující operace je skutečnost, že ani vlivem hormonů u transsexuality MtF nedojde k přeměně hlasu z mužského na hlas ženský. Tón hlasu lze ovlivnit hlasovou rehabilitací nebo operací (Fifková, 2008).

Další operace, které jsou už méně často vyhledávány klienty, kteří si přejí výraznější feminizaci. Takové výkony spadají do maxilo-faciální chirurgie a ORL. Jsou to výkony jednoduché, avšak mají zajistit ženštější tvar obličeje. Jsou to například: výkony pro redukci úhlu mandibuly, oboustrannou osteotomii, osteotomii zygomatického oblouku a genioplastiku (Fifková, 2002).

1.4.5.2 Chirurgické výkony u FtM

U transsexuálů FtM jsou mezi hlavní operační zákroky zařazeny tyto: bilaterální mastektomie (odstranění prsních žláz), hysterektomie (odstranění dělohy) společně s oboustrannou adnexektomií (odstranění obou vaječníků s vejcovody). Pokud transsexuální jedinec podstoupí tyto chirurgické zákroky, lze následně podstoupit úřední změnu pohlaví, pro co je potřebné lékařské potvrzení vydané pro matriku. Další operace ve smyslu rekonstrukčních záležitostí jsou zcela na zvážení každého jedince individuálně. Konkrétně jsou myšleny operace typu rekonstrukce penisu, skrota, uretry (Fifková, 2008).

Hysterektomie a oboustranná adnexektomie

Kvůli přetrvávající menstruaci i v období kdy transsexuální jedinec užívá hormonální léčbu, se kvůli komfortu podstupuje odstranění dělohy. Aby byl umožněn maximální efekt pro terapii testosteronama, je nutné odstranit vaječníky společně s vejcovody, díky čemu se sníží produkce estrogenů. Hysterektomie se u nás v ČR provádí nejčastěji laparoskopicky. Tato metoda přináší mnoho výhod, jako jsou například: nižší krevní ztráty při operaci, nižší riziko infekce, menší pooperační bolesti, a hlavně rychlejší rekonvalescence (Fifková, 2002).

Mastektomie

U transsexuálních pacientů FtM jsou ňadra stejně velké psychické trauma, jakož to u transsexuálů MtF penis. A proto se provádí mastektomie (odstranění prsních žláz), a tím se vizuálně mění hrudník s prsy ženského vzhledu na vzhled mužský (Fifková, 2008).

Operační technika je však individuální u každého jedince, protože každý hrudník a například pokles prsou je jiný a aby se docílilo skvělého výsledného vzhledu, musí být vše přizpůsobeno a zváženo tak, aby byl transsexuální jedinec s výsledným vzhledem spokojen (Fifková, 2008).

Rekonstrukce penisu, uretery a skrota

Další možné operace u transsexuálních klientů jsou prováděny plastickými chirurgy a urology na klinikách, které jsou specializované na léčbu této problematiky (plastickochirurgické kliniky). A jedná se o tyto operace: rekonstrukce penisu, uretery a skrota (Fifková, 2008).

Klienti jsou při první návštěvě seznámeny, s možnostmi operací a mohou si zvolit ze dvou možných způsobů rekonstrukce penisu (Fifková, 2008).

Jako první způsob se u nás v ČR provádí rekonstrukce penisu, glandu a močové trubice z jednoho laloku na předloktí ruky (fasciokutánní senzitivní lalok). Jehož přemístění je mikrochirurgicky přeneseno do pubické oblasti společně s primární anastomózou ústí močové trubice. Výhoda této operace je poměrně dobře napodobitelný glans. Další výhodou je v tom, že funkce předloktí a síla ruky nebývá omezená. Nevýhodou této operace však je ta, že vytvořený penis touto metodou má menší rozměry a dosti viditelnou jizvu podél strany údu. Další dost závažná komplikace a i nevýhoda je ta, že rekonstruovaná močová trubice má časté problémy s následnými píštělemi a je potřeba dost následných reoperací k jejich uzavření (Fifková, 2008).

Jako druhý způsob, a dnes už i více preferovaný, je mikrochirurgická rekonstrukce penisu z velkého zádového svalu (m. latissimus dorsi). Z této části je

přenesen válcovitý lalok mohutných rozměrů bez močové trubice, která se vytvoří později. Uvnitř laloku je sval, díky kterému se časem pomocí reinervací (obnovení nervové kontroly svalu) umožní pohyby penisu. Výhoda této možnosti je především ve velkém rozměru penisu. Další a snad i největší výhodou je to, že pokud je sval dobře nervově regenerován, je zde velká pravděpodobnost aktivní hybnosti údu a schopnost sexuálních styků. Příjemným přínosem je také to, že jedinec nemá jizvu na předloktí, ale v oblasti zad (Fifková, 2008).

V době, kdy dojde k odstranění a uzavření poševního vchodu je následně možná rekonstrukce šourku. Provádí se společně s prvotní implantací silikonových protéz varlat, ačkoliv tato operace už není hrazena pojišťovnou, musí si částku, která se pohybuje v řádech desítek tisíc korun uhradit klient sám (Fifková, 2002).

1.4.6 Rizika chirurgické konverze pohlaví

Jedná se o značný soubor operací, které vedou k imitaci vzhledu a plnění funkcí orgánu opačného pohlaví. Tyto operace jsou velkým zásahem do těla a funkce, které by měli být zachovány, jsou operačními zákroky ohroženy. Specifická rizika těchto operací mohou být: močové i střevní píštěle, inkontinence stolice i moče, nekróza kožního štěpu. Méně obvyklá rizika mohou být u klientů MtF ohroženy karcinomem prostaty, která při konverzi ponechává (Marianová, Šafařová 2014).

1.4.7 Pooperační období

Celý proces přeměny pohlaví je definitivně ukončen úřední změnou identity. Klient si může změnit jméno, které není v neutrální podobě a nese tvary v mužské nebo ženské podobě. Je mu doložen rodný list společně s novým rodným číslem a následně si změní veškeré potřebné doklady, a to platí i pro změnu pro dokumenty se zpětnou platností (maturitní vysvědčení...). V následujícím životě má však veškerá práva a povinnosti, které se s daným pohlavím spojuje, včetně využívání služeb pro neplodné páry. Tyto možnosti lze

využít pouze na základě písemného vyjádření od terapeuta, který usnese vyjádření o definitivním ukončení plodnosti, z důvodu konverze pohlaví. V pooperačním období se klient dostavuje na pravidelné kontroly a absolvuje laboratorní kontroly společně s vyšetřením, které mu jsou doporučeny. Dále užívá předepsanou farmakoterapii svým ošetřujícím lékařem (Fifková, 2008).

1.4.8 Odborníci zabývající se transsexualitou

Na podkladě informací ze stránky, která se zabývá transforem jsem zjistila, že je v České republice možné najít množství odborných středisek. Nejvíce preferovaná města jsou však Praha a Brno.

V oblasti sexuologů se nejvíce doporučuje Praha a Olomouc, kde je nabídnuta jedincům s transsexualismem opravdu kvalitní péče.

Pokud se však jedná o chirurgickou konverzi pohlaví (MtF), zde se nejvíce využívá právě Praha a Brno.

Praha - FN Motol

Zde je operační zákrok dělen do dvou částí, co má pro jedince značné výhody, ale i nevýhody. Jako nejčastější výhodu jedinci uvádí hlubší rozměry neovaginy na druhou stranu jako nevýhodu považují dva nutné operační zákroky během cca 3 měsíců (transsexualita.cz).

Brno - Oddělení rekonstrukční chirurgie a popálenin ve Fakultní nemocnici Brno-Bohunice

Na tomto pracovišti tento výkon provádí žena, kterou vyhledávají zejména (MtF) ženy, které se po přeměně orientují na pohlaví ženské. Z důvodu, že jim přijde této zákrok dost intimní na to, že by jim bylo nepříjemné, aby byl jejich operátor muž. Celkový výkon se provádí v jedné operaci což je pro značnou většinu výhodou, a však nevýhoda v této technice je taková, že hloubka neovaginy je značně menší než u výsledku z FN Motol (transsexualita.cz).

Brno – Plastická chirurgie Brno

Toto pracoviště navštěvují zejména transsexuálové, kteří jsou z okolí Moravy. Jedná se o výkon, který je také prováděn pouze v jednom operačním zákroku a však výše uvedené výhody a nevýhody platí i pro tuto volbu. Dále se u této metody uvádí větší riziko potřeby reoperace a provedení následných chirurgických úprav (transsexualita.cz).

Jedinci (FtM) nejsou moc kvalitou operačních zákroku a vytvoření neopenisu s českou metodikou spokojeni. Ve velkých případech proto volí zákroky v zahraničí na své náklady (transsexualita.cz).

1.5 Rozdíly mezi MtF a FtM

Rozdíly mezi MtF a FtM se od sebe liší v různých směrech. Jde o rozdílné chování, cítění a obecně základní vývoj v přeměně. Dá se zde hovořit především o rozdílném chování v dětství a v sociální sféře, poté v rodinných a partnerských situacích společně se sexuálním životem v původní roli jedince a v rolích psychicky vlastních a v ohledu sexuální orientace (Fifková, 2002).

Chování v dětství

V tomto směru je pravděpodobné, že si svou rozdílnou pohlavní identitu uvědomují spíše FtM transsexuálové, a to už před svým šestým rokem. Ačkoliv u MtF je lepší biologická adaptace, tak u FtM se vyskytuje zvýšená přednost kamarádů, které se ztotožňují s jejich psychickým pohlavím a dávají přednost hračkám připisovaným k pohlaví, ke kterému jedinec psychicky schyluje (Fifková, 2008).

Sociální adaptace

Stejně jako tomu je u chování v dětském věku se i zde spíše lépe sociálně adaptují transsexuálové FtM. Naopak od transsexuálů MtF ve většině případů zapomínají na své předešlé biologicky dané pohlaví. Transsexuálové MtF často i nadále střídají například své zaměstnání a jejich sociální anamnéza je spíše střídavá a nejasná, zapříčiněná kvůli zvýšení duševních poruch. Navíc se někteří jedinci nechtějí vzdát svých předešlých mužských výhod, což se ne vždy podaří (Fafejta, 2004).

Rodinné a partnerské vztahy

Co se týče lepších rodinných vazeb a lepších partnerských dlouhodobých závazků je toto spíše viditelné u FtM transsexuálů. Jejich partnerské vztahy bývají často zahájeny už v období přeměny, a to s partnery opačného psychického pohlaví, kteří je přijímají jako muže, a samy sebe považují za heterosexuální jedince (Fifková, 2002).

Naopak u transsexuálních jedinců MtF bývají horší rodinné vazby. Ohledně sexuálního a partnerského života jsou jedinci MtF schopni zahájit sexuální život s pokusem a přizpůsobením se svým biologickým pohlavím. Na rozdíl od FtM jsou jedinci MtF schopni v životě plnit svou biologicky danou mužskou roli, a to i v sexuální stránce, kterou si jsou schopni kladně prožívat. Naopak FtM jedinci žijí v sexuální roli minimálně a pokud ano, zažívají při sexuálním aktu spíše ponížení než uspokojení (Fifková, 2008).

1.6 Právo v transsexualitě

Definitivně se proces přeměny uzavírá tím, že klient projde konečnou změnou úřední identity, která se děje na podkladě doporučení ošetřujícího terapeuta písemnou formou. Nezbytná podmínka pro konečnou změnu identity je právní vyjádření o definitivním ukončení plodnosti jedince, přičemž u FtM právně postačuje hysterektomie a u MtF právně postačuje spis o odstranění varlat a nadvarlat. Jedinec si také své jméno i příjmení v této poslední fázi změní z neutrálních tvarů, které proběhli ve fázi RLT na tvary mužské a ženské, a to ve veškerých dokladech a dokumentech i se zpětnou platností. Sňatky jsou po tomto úředním kroku povoleny. Ženy se mohou vdávat, muži se mohou ženit. Stejně jakožto nejsou zpochybněny veškeré právní úkony, které byly provedeny v původním pohlaví, jako je například rodičovství dítěte nebo uzavření sňatku. Provedené změny v oblasti právního smyslu však nejsou s možností zpětného účinku. V případě, že o takové přání žádá ženatý muž nebo vdaná žena, je nutností, aby nejdéle před rozhodnutím a schválením chirurgického zákroku bylo manželství rozvedeno. Ohledně rodičovství transsexuální jedinci zůstávají nadále rodiči. Matka, která porodila dítě, nadále zůstává matkou i přesto, že se v budoucnosti přemění v muže a naopak otec, který se později stane ženou, nadále zůstává otcem. Zjednodušeně řečeno, transsexuální jedinci mají všechny práva a povinnosti rodičů i po následné přeměně pohlaví (Marianová, Šafařová, 2014).

2 Praktická část

V praktické části se má péče vztahuje k pacientce, která je přijata pro plánovanou konverzi pohlaví MtF. O pacientku jsem se starala na JIP Urologické kliniky ve FN Motol.

Mé poznatky a péče o pacientku se opírají o publikaci Ošetrovatelské postupy o nemocné I,II,III (viz. zdroj).

2.1 Lékařská anamnéza

Lékařskou anamnézu jsem získala na podkladě sebraných dat lékařem ze zdravotnické dokumentace. Datum odebrání lékařské anamnézy: 20. 3. 2019 ve 12:32 na standardním oddělení Urologické kliniky 2. LF UK a FN Motol.

Pacientka X.Y.

Rok narození: 1968

Pohlaví: Žena (MtF - ženská identifikace od 10let, hormonální léčba od roku 2014)

Důvod přijetí: Plánovaný operační výkon chirurgická konverze.

RA: matka DM 2.typu na PAD, otec zemřel v 62letech – blíže se neví

OA: Banální dětské infekce – bez komplikací, levostranná tříselná kýla – bez recidivy

PA: Prodavačka

SA: Bydlí v bytě s přítelem - svobodná, bezdětná

FA: Estrofem 1mg tbl. p.o. X-0-0//1, Androcur 50mg tbl p.o. X-0-0//1

AA: Neguje

Abusus: Není

2.2 Nynější onemocnění

Pacientka nemá žádné významné onemocnění a její aktuální diagnostický závěr je transsexualismus, kterému je věnována tato bakalářská práce.

2.3 Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření jsem provedla při příjmu 20.3.2019 ve 12:32 na standardním oddělení Urologické kliniky 2. LF UK a FN Motol.

Váha: 65kg	TK: 111/71 mmHg	D: 14dechů/minutu
Výška: 174cm	P: 73/min	SpO₂: 99 %
BMI: 21,5	TT: 36,4 °C	

Pacientka při vědomí, plně orientována, spolupracující a schopna přijímat poučení. Afebrilní, eupnoe, normostenická, hydratovaná. Kůže dobře prokrvená bez známek ikteru, kožní turgor dobrý.

Hlava a krk: Hlava je na poklep nebolestivá, bez zjevných známek traumatu a bez neurologického deficitu. Je mesocefalická. Skléry jsou bílé, spojivky růžové, bez sekrece. Bulby jsou ve středním postavení. Zornice jsou izokorické a reagují na osvit. Nos a uši jsou bez sekrece. Hrdlo je klidné, jazyk bez povlaku, pláží ve střední čáře. Tonzily jsou nezvětšené, nepovleklé, bez zarudnutí. Štítná žláza a krční uzliny nezvětšeny, hrdlo klidné, karotidy tepou symetricky, bez šelestu.

Hrudník: souměrný, dýchání čisté sklípkové bez vedlejších fenoménů, poklep plný jasný, AS pravidelný, 2 ohraničené ozvy.

Břicho: V úrovni hrudníku, měkké, prohmatané, nebolestivé, bez hmatné rezistence, peristaltika +, ledviny nehmatné, podbřišky volné, měchýř za sponou.

DKK: Bez známek otoků, bez známek zánětu, pulzace hmatné, bez výraznějších varixů. Aktivní i pasivní pohyblivost v kloubech je nebolestivá a není omezena.

2.4 Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelskou anamnézu jsem odebrala 22.3.2019 na JIP Urologické kliniky 2. LF UK a FN Motol. Tento den jsem zvolila z toho důvodu, že pacientka byla na oddělení 1. pooperační den, nebyla už tolik spavá a byla více komunikativní.

Informace jsem čerpala od pacientky a z ošetřovatelské dokumentace.

Pro zpracování ošetřovatelské anamnézy jsem si vybrala model Marjory Gordonové, protože mi je nejbližší a mohu díky tomuto uspořádání nejlépe stanovit celkový stav pacienta.

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Pacientka i přes veškeré bolesti uvádí, že se nikdy necítila tolik zdravá po všech stránkách jako právě nyní po chirurgické konverzi pohlaví. Nikdy se s ničím neléčila a diagnostikovaný transsexualismus byl nyní operativně řešen. Paní X.Y. celý život aktivně sportovala, nikdy nekouřila a alkohol pila pouze příležitostně.

2. Výživa a metabolismus

Pacientka nikdy neměla problém s obezitou a díky aktivnímu sportování si udržuje několik let svou váhu 64kg a měří 174 cm. Body mass index je 21,5 a neprojevuje se žádný nutriční problém. Paní X.Y. má nyní z důvodu pooperační péče Dietu č. 0M – Tekutá lisovaná (běžná dieta č. 3 - racionální). Chuť k jídlu pacientka má, ale dle doporučení dodržuje dietní režim. Příjem tekutin omezen není a celkový denní příjem tekutin činí cca 2litry.

Riziko dekubitů dle Norton skóre vyšlo na 28b., tudíž riziko vzniku dekubitů dle skóre nehrozí, ale jelikož je pacientka upoutána na lůžko v poloze na zádech zvolili jsme jako prevenci proti vzniku dekubitů pěnové krytí – Mepilex Border Sacrum.

3. Vyprazdňování

Paní X.Y. udává, že nikdy v životě problém s vyprazdňováním neměla. Stolice je pravidelná a fyziologická. Díky předoperační přípravě byla poslední

stolice 20.3.2019 ve večerních hodinách po užití přípravku Fortrans pro mechanickou očistu střev. Močení zajištěno PMK (zavedeno 21.3.2019 na operačním sále). PMK odvádí čirou moč bez patologických příměsí.

4. Aktivita, cvičení

Před operací byla pacientka plně soběstačná. Nyní vyšel Barthel test na 40b. s výsledným hodnocením vysoké závislosti na pomoci ošetrovatelského personálu. V oblasti oblékání, koupání, osobní hygieny a vyprazdňování, je pacientka částečně soběstačná. Chůzi a přesun z lůžka na židli neprovede. Pohybový režim je omezen s klidem na lůžku a s doporučením dechové rehabilitace. V 3. pooperační den (tj. 24.3.2019) je v plánu péče posazení a chůze po pokoji do té doby lékařem doporučen klidový režim.

5. Spánek, odpočinek

Paní X.Y. udává, že je nyní po operaci velmi unavená a spává jak přes den, tak i přes noc. Má s sebou knihu kvůli svému naučenému rituálu (čtení) před spaním, pro případ, že by nemohla v noci spát, ale prozatím nebyla využita. Bolest je aktivně tlumena analgetiky, tudíž spánek nenarušuje.

6. Vnímání, poznávání

Pacientka je orientovaná místem, časem, osobou. Schopna porozumění a spolupráce.

7. Sebepojetí, sebeúcta

Pacientka má od včera přes veškeré bolesti a únavu skvělou náladu. Je na sebe pyšná, že se prodrala touto cestou a je na samotném konci úplného štěstí. Nikdy se prý necítila lépe a rozhodnutí nelituje a nikdy prý litovat nebude.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Okolí jí dávalo dost často najevo, že selhala ve své pohlavní roli. Ale pacientka má skvělou rodinu, která za ní stojí, a která jí umožnila zařazení do života i v opačné pohlavní identitě. V práci to prý moc netolerovali, a tak ji změnila kvůli přeměně a snaže dostat se do nového života. V nové práci jí

kolektiv moc mile přijal a je spokojená. Pacientka je svobodná a bezdětná. Žije s přítelem v bytě a jejich společné „dítě“ je podle vyprávění pes Donny.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Sexuální život do chirurgické přeměny pohlaví nebyl kvalitní a pacientka se o této problematice více dopodrobna bavit nechce. Pouze uvádí, že byla celý život nespokojena se svým pohlavním ústrojím a byl jí sexuální akt nepříjemný. Nyní doufá a věří, že se to nyní změní a bude konečně ve všech směrech maximálně spokojená.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Své stresové období pacientka prožívala před procesem přeměny a přiznává, že to nebylo lehké období, ale díky začátku hormonální terapie se začala cítit lépe a její život nabral nový směr. V posledních letech se cítí velmi dobře a vyrovnaně. Na chirurgickou přeměnu se paní X.Y. velmi těšila a stres jí žádným způsobem neovlivňoval.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacientka nemá vyhrazenou víru. Avšak tvrdí, že je něco mezi nebem a zemí, ale bůh to není. Protože kdyby existoval bůh, narodila by se do správného těla. Pacientka má na svém žebříčku hodnot na nejvyšším stupínku štěstí a zdraví svých blízkých lidí. Dále spokojenost se sama sebou a věří, že je na světě hodně hodných lidí, kteří v měřítku přebijí ty zlé.

2.5 Průběh hospitalizace

Pacientka byla přijata 20.3.2019 na standardní oddělení urologické kliniky 2. LF UK a FN Motol pro plánovanou chirurgickou konverzi MtF na den 21.3.2019, po které byla přeložena na následující hospitalizační dny do doby nutné na jednotku intenzivní péče urologické kliniky ve FN Motol. Na standardní oddělení byla zpět přeložena 5. hospitalizační a 3. pooperační den.

1. den (20.3.2019)

V tento den byla pacientka přijata ve 12:32 na standardní oddělení urologické kliniky 2. LF UK a FN Motol pro plánovanou chirurgickou konverzi MtF.

Při nástupu jsme s pacientkou sepsaly všechny důležité souhlasy a udělala jsem celkový příjem, při kterém jsem si vzala od pacientky do dokumentace zprávu o interním vyšetření a zprávu z krevní banky o uložení autotransfúze.

Dále jsem změřila FF, které byly fyziologické (TK: 111/71 mmHg, P: 73/min, TT: 36,4 °C, D: 14dechů/minutu, SpO₂: 99 %). Poté jsem pacientku odvedla na její pokoj, kde jsem ji poučila o všech právech pacientů a následně jsem jí pomohla zabalit věci pro nejnnutnější potřebu na zítřejší pooperační překlád na jednotku intenzivní péče urologické kliniky, kde byla následující dny (hygienické potřeby, nabíječka na telefon, brýle, knížka).

Okolo 14hodiny jsem přišla pacientku poučit o sesterských výkonech, které ji do doby operace čekají. Jeden z nejdůležitějších výkonů bylo požití fortrans přípravku, který pacientka musela nejdéle v 18:00 začít pít. Další poučení jednalo o tom, že přípravek v množství 4l musí být vypit do 4hodin od prvního užití. Díky Fortrans přípravku dojde k mechanické očistě střev. Kdyby se tak neučinilo, hrozí při operaci komplikace a to taková, že se do dutiny břišní zanesou infekce ze střevního obsahu, která může způsobit fatální následky.

Ve 14:30 přišla anesteziologická lékařka poučit pacientku o výkonu, a způsobu anestezie. A předepsala jí večerní a ranní hypnotika.

Pacientka okolo 15hodiny začala přípravek pít a po vypití 2l zvonila signalizačním zařízením, že ty další dva litry nezvládne vypít. Vysvětlila jsem jí, proč je to důležité, a že si může dát chvilku pauzu a pokračovat až později a nabídla jí, že pokud chce, budu u toho, abych jí podpořila. Paní X.Y. nabídku přijala a zbylé dva litry s pochopením vypila. Po skončení užití přípravku dostala pacientka poučení, že je důležité, aby od této doby už nic nejedla a při případné žízni pila pouze čistou vodu pouze do půl noci, poté už nic p.o..

Pacientka se dostatečně vyprázdnila a močila spontánně a po zbytek odpoledne si četla knihu.

Ve 22:00 dostala první premedikaci Neurol 0,5g tbl. p.o.

Pacientka připravena k výkonu, všemu rozuměla a spala celou noc.

2. den (21.3.2019)

2. hospitalizační den, 0. Pooperační den.

Stav při předání hlášení: Pacientka přes noc spala, klidná, lační.

V 5:30 provedena hygiena a vyprázdnění na WC.

Poté změřeny fyziologické funkce (TK: 105/70, P: 67', TT:36,2), a dále v 6:00 podána premedikace dle ordinace lékaře (Neurol 0,5g tbl. p.o.).

V 7:00 zavedení PŽK a následné podání ATB (Amoksiklav 1,2g ad 100ml FR1/1 i.v. kapat 30min)

Nasazení kompresivních punčoch na DKK jakožto prevence TEN, a poučení o nevstávání z lůžka.

V 7:35 pacientka převezena na op. sál.

Operační výkon

Conversio chirurgica: Orchiectomia bilat, Penectomia, Clitoridoplastica, Vaginoplastica, Drain sec. Redon

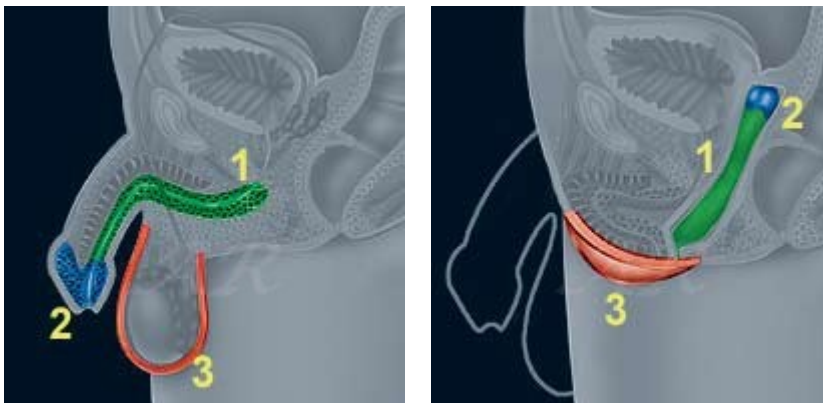
(Chirurgická konverze: odstranění varlat – kastrace, odstranění penisu, plastika klitorisu, plastika vagíny, zavedení RD)

Průběh operace

Anesteziologická část

- Při příjezdu na sál kontrola i.v. vstupů (kanyla velikosti 20G - LHK), monitorace (EKG, SpO2, TK)
- Úvod do anestezie (i.v. Sufentanil torrex 10mg, 1% Propofol 150mg, Rocuronium 40mg)
- Po úvodu do anestezie zavedena ETK (endotracheální kanyla vel. - 7,5), fixace 22cm, PMK č.16
- Po dobu operace se dále anestezie vedla i.v. Rocuronium (relaxace), i.v. Sufentanil torrex (analgézie).

Chirurgická část



(Zdroj: <http://otereze.blog.cz/1207/chirurgicke-moznosti-a-statistika>)

- V klidné celkové anestézii řez v místě probíhajícího švu skrota.
- Pravostranné/levostranné odnětí varlat, s následnou histologií.
- Otevření vazivového útvaru (centrum tendineum) v hrázi, a ostrou a tupou preparací vytvořen vaginální otvor až pod dno měchýře.
- Chirurgické odstranění bulbokavernozních a ischiokavernozních sválů s následným odstraněním přední částí močové trubice.
- Kůže penisu oddělena od tělesa penisu a slepě uzavřena.
- Izolování nervových pletení a následné oddělení terčiku glandu.
- Močová trubice zkrácena na ženskou délku.
- Zbylé tělesa se zbytkem močové trubice zaslány na histologii.
- Kůže penisu obrácena do poševního kanálu.
- Vytvoření řezu v místě typickém pro lokalizaci klitorisu a následné našití glandu k okrajům vytvořeného řezu.
- Pod neoclitoridem vyšita močová trubice.
- Redonův drén uložen do vaginálního kanálu a vyveden levým labiem.
- Z přebytečné kůže vytvořeny velká labia.
- Do neovaginy zaveden plastický válec a rána překryta mastným mulem s následným kompresivním obvazem.
- Krevní ztráty při operaci: 50ml
- Doba trvání výkonu: 2h 25min
- V krevní bance uložena autotransfuze, která nebyla po dobu hospitalizace použita –> následná likvidace krevní konzervy.

V 11:20 příjem z op. sálu na jednotku intenzivní péče urologické kliniky.
Op. výkon bez komplikací. Pacientka při vědomí, eupnoe, op. rány kryté.
Napojení na monitoring (2h měřit vitální funkce á 15min, při stabilizaci další 2h á 30min a po dosažení stabilizace dále měřit vitální funkce á 1h).
Bez diety, za 3hod po příjezdu na odd. tekutiny p.o.
Kyslíková terapie 2l/min dle potřeby, ATB terapie nadále ponechána, zahřívání pacientky, klid na lůžku 2dny.

Operační rána

Sterilně kryta, s kompresním obvazem – neprosakuje

Invazivní vstupy – viz. Tab č. 9

PŽK : dle VIP skóre: O (viz. přílohy Tab č.29)

PMK: na spád, vede volně žlutou moč

RD: S podtlakem, bez odpadů (v místě vaginálního kanálu, vyveden levým labiem

Farmakoterapie – viz. Tab č.11

Infuze, parenterální výživa

Ringerfundin 1000ml

Ringerfundin 500ml

Antibiotika

Amoksiklav 1,2g do 100FR1/1 i.v. kapat 20min

Antikoagulační léčba

Clexane 0,4ml s.c.

Analgetika (Bolest hodnocena dle VAS – viz. Přílohy Tab. č.30)

Novalgin 1g ad 100ml FR1/1 i.v. na 15min při VAS > 2 max. á 8hod.

Dipidolor 15mg i.m. při VAS > 5 max. a 8hod.

Neodolpasse 250ml i.v. kapat 2h. max. a 12hod při VAS nad 4 nebo bolesti zad

Ad 100ml FR1/1

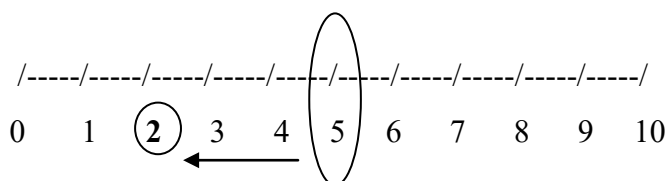
Ortanol 20mg (20-8)

Chronická medikace – EX

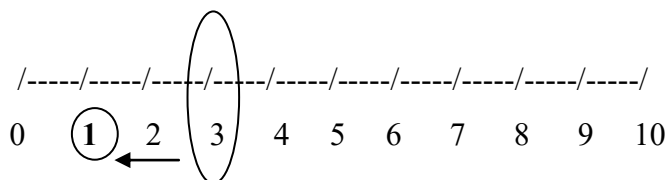
Estrofem 1mg tbl p.o.

Androcur 50mg tbl p.o.

Od bolesti dle přání pacientky podán v 15:00 Neodolpasse 250ml i.v při VAS 5 – s účinkem, po 30min VAS 2.



Dále podán v 20:00 Novalgin 1g i.v. při VAS 3 – S účinkem, po 30min VAS 1.



Po zbytek dne pacientka s klidovým režimem na lůžku, klidná, orientovaná, spavá.

Souhrn ošetrovatelské péče

Tab č.8 Bilance tekutin (21.3.2019)

Příjem tekutin/12hod	2950ml -> 2150ml i.v. + 800ml p.o.
Výdej tekutin/12hod	1900ml
Bilance tekutin/12hod	+ 1050ml

Tab č. 9 Invazivní vstupy (21.3.2019)

Invazivní vstupy	Datum zavedení	Dny	Okolí vstupu	Velikost katétru	lokalizace
PŽK	21.3.2019	1.	Klidné	G20	LHK
RD – s podtlakem	21.3.2019	1.	-	-	-
PMK	21.3.2019	1.	-	č. 16	-

Tab č.10 Fyziologické funkce (21.3.2019)

FF	Čas												
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
TT (°C)	36,2	-	-	-	-	36,4	-	-	-	-	-	-	-
TK (mmHg)	109/ 64	106/ 64	102/ 60	102/ 65	100/ 72	100/ 71	98/ 55	102/ 60	114/ 71	108/ 68	110/ 69	98/ 65	100/ 65
P (/min)	70	62	73	67	72	70	71	72	74	74	72	80	80
D (/min)	18	15	13	14	15	21	16	17	16	16	15	15	16
SpO2 (%)	99	99	99	98	99	98	97	97	98	97	98	97	98

Tab č. 11 Farmakoterapie (21.3.2019)

Podaný lék													
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Ringerfundin 1000ml	150	150	150	150	150	150	100						
Ringerfundin 500ml								100	100	100	100	100	
Amoksiklav 1,2g ad 100ml FR1/1			100								100		
Ortanol 20mg ad 100ml FR1/1									100				
Neodolpasse 250ml				250									
Novalgin 1g ad 100ml FR1/1									100				
Dipidolor 15mg i.m.											/		
Clexane 0,4ml s.c											/		

3. den (22.3.2019)

3. hospitalizační den, 1. Pooperační den.

Stav při předání hlášení: Pacientka přes noc spala, bolest op. rány tlumena analgetiky.

Ranní hygiena na lůžku provedena s mou asistencí.

Vizita proběhla dle kladného očekávání pacientky, cítila se dobře, bolesti měla přiměřené k pooperačnímu stavu.

Klid na lůžku přetrvává, monitorace FF á 1hod, sledování bilancí tekutin/24hod.

D. 0M – tekutá lisovaná

Operační rána

Sterilně kryta, s kompresním obvazem – lehce prosakující

Invazivní vstupy – viz. Tab č. 13

PŽK : dle VIP skóre: O (viz. přílohy Tab č.29)

PMK: na spád, odvádí volně žlutou moč

RD: S podtlakem, bez odpadů (v místě vaginálního kanálu, vyveden levým labiem

Farmakoterapie – viz. Tab č. 15, 16.

Infuze, parenterální výživa

Ringerfundin 1000ml

Antibiotika

Amoksiklav 1,2g do 100FR1/1 i.v. kapat 20min

Antikoagulační léčba

Clexane 0,4ml s.c.

Analgetika (Bolest hodnocena dle VAS – viz. Přílohy Tab. č.30)

Novalgín 1g ad 100ml FR1/1 i.v. na 15min při VAS > 2 max. á 8hod.

Dipidolor 15mg i.m. při VAS > 5 max. a 8hod.

Ad 100ml FR1/1

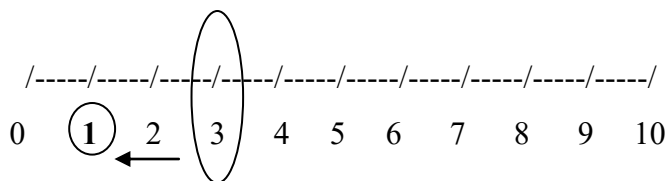
Ortanol 20mg (20-8)

Chronická medikace – EX

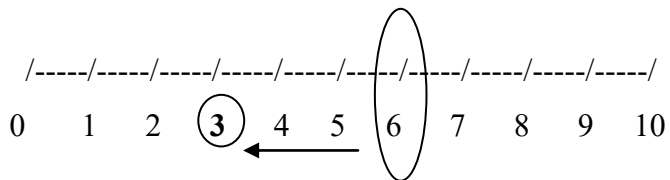
Estrofem 1mg tbl p.o.

Androcur 50mg tbl p.o.

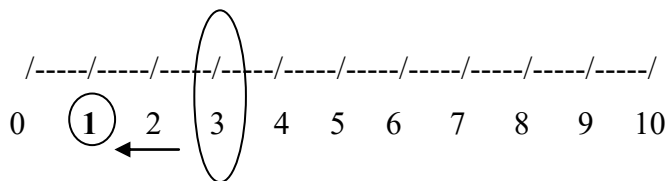
V dopoledních hodinách od bolesti dle přání pacientky podán v 9:00 Novalgin 1g i.v. při VAS 3 – s účinkem, po 30min VAS 1.



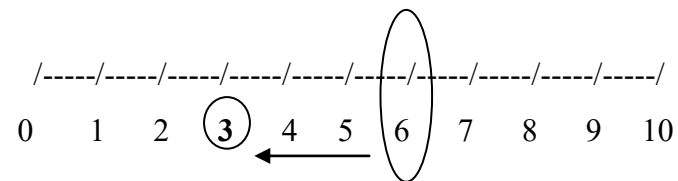
Ve 12:00 podán Dipidolor 15mg i.m. při VAS 6 – s účinkem, po 30min VAS 3.



V hodinách odpoledních od bolesti dle přání pacientky podán v 19:00 Novalgin 1g i.v. při VAS 3 – s účinkem, po 30min VAS 1.



A poté ve 22:00 Dipidolor 15mg i.m. při VAS 6 – s účinkem, po 30min VAS 3.



Během dne pacientka s klidovým režimem na lůžku, klidná, orientovaná, spavá, všem nám přes den moc děkuje za vysvobozující pocit, přes který zapomíná i na bolest spojenou s op. výkonem.

Souhrn ošetřovatelské péče

Tab č. 12 Bilance tekutin (22.3.2019)

Příjem tekutin/24hod	3950ml -> 1700 i.v. + 2250ml p.o.
Výdej tekutin/24hod	4100ml
Bilance tekutin/24hod	-150ml

Tab č. 13 Invazivní vstupy (22.3.2019)

Invazivní vstupy	Datum zavedení	Dny	Okolí vstupu	Velikost katétru	lokalizace
PŽK	21.3.2019	2.	Klidné	G20	LHK
RD – na sání	21.3.2019	2.	-	-	-
PMK	21.3.2019	2.	-	č. 16	-

Tab č. 14 Fyziologické funkce 01-12 hod (22.3.2019)

FF	Čas											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
TT (°C)	-	-	-	-	-	36,4	-	-	-	-	-	-
TK (mmHg)	98/ 64	95/ 64	94/ 60	99/ 65	98/ 69	102/ 65	98/ 55	102/ 60	114/ 71	108/ 68	110/ 69	98/ 65
P (/min)	80	80	78	77	72	69	71	72	74	74	72	80
D (/min)	17	16	18	18	17	14	17	17	19	19	17	16
SpO2 (%)	98	97	97	98	96	98	97	97	98	97	97	99

Tab č.15 Fyziologické funkce 13-24 hod (22.3.2019)

FF	Čas											
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
TT (°C)	-	-	-	-	-	36,6	-	-	-	-	-	-
TK (mmHg)	113/ 71	114/ 72	119/ 75	110/ 79	125/ 75	122/ 73	119/ 75	120/ 70	121/ 76	120/ 72	118/ 74	99/ 65
P (/min)	71	67	65	67	80	80	75	75	65	72	74	86
D (/min)	15	13	14	12	17	17	18	21	15	17	21	16
SpO2 (%)	97	97	98	98	97	98	98	98	98	98	98	98

Tab č. 16 Farmakoterapie 01-12 hod (22.3.2019)

Podaný lék	Čas											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ringerfundin 1000ml									100	100	100	100
Amoksiklav 1,2g ad 100ml FR1/1						100						
Ortanol 20mg ad 100ml FR1/1								100				
Novalgin 1g ad 100ml FR1/1								100				
Dipidolor 15mg i.m.												/

Tab č. 17 Farmakoterapie 13-24 hod (22.3.2019)

Podaný lék	Čas											
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Ringerfundin 1000ml	100	100	100	100	100	100						
Amoksiklav 1,2g ad 100ml FR1/1		100								100		
Ortanol 20mg ad 100ml FR1/1								100				
Novalgin 1g ad 100ml FR1/1							100					
Dipidolor 15mg i.m.										/		
Clexane 0,4ml s.c										/		

4. den (23.3.2019)

4. hospitalizační den, 2. Pooperační den.

Stav při předání hlášení: Pacientka přes noc klidná, spává na bolest si nestěžovala.

Ranní hygiena na lůžku provedena s mojí asistencí.

Klid na lůžku přetrvává, monitorace FF á 1hod, sledování bilancí tekutin/24hod.

Vizita proběhla v pořádku, pacientka se cítila dobře, bolest neudávala.

D. 1 – kašovitá, šetřící

Operační rána

Sterilně kryta, s kompresním obvazem – lehce prosakuje do obvazu. (24.3.2019 převaz)

Invazivní vstupy – viz. Tab č. 19

PŽK : dle VIP skóre: O (viz. přílohy Tab č.29)

PMK: na spád, odvádí volně žlutou moč

RD: zrušen podtlak, bez odpadů (v místě vaginálního kanálu, vyveden levým labiem)

Farmakoterapie – viz. Tab č. 22, 23

Antibiotika

Amoksiklav 1,2g do 100FR1/1 i.v. kapat 20min

Antikoagulační léčba

Clexane 0,4ml s.c.

Analgetika (Bolest hodnocena dle VAS – viz. Přílohy Tab. č.30)

Novalgín 1g ad 100ml FR1/1 i.v. na 15min při VAS > 2 max. á 8hod.

Dipidolor 15mg i.m. při VAS > 5 max. a 8hod.

Ad 100ml FR1/1

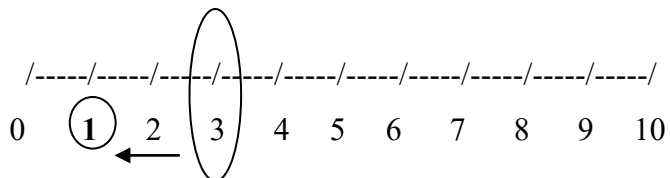
Ortanol 20mg (20-8)

Chronická medikace – EX

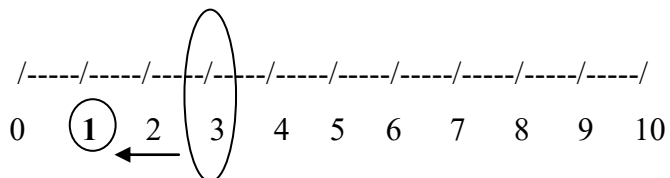
Estrofem 1mg tbl p.o.

Androcur 50mg tbl p.o.

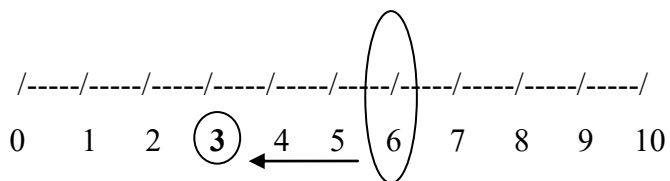
V dopoledních hodinách od bolesti dle přání pacientky podán v 9:00 Novalgin 1g i.v. při VAS 3 – s účinkem, po 30min VAS 1.



V hodinách odpoledních od bolesti dle přání pacientky podán ve 21:00 Novalgin 1g i.v. při VAS 3 – s účinkem, po 30min VAS 1.



A poté ve 22:00 Dipidolor 15mg i.m. při VAS 6 – s účinkem, po 30min VAS 3.



Během dne pacientka s klidovým režimem na lůžku. Klidná, orientovaná, spolupracující, přes den bez spánku. V odpoledních hodinách návštěva přítele. Řešili spolu rekonstrukci jejich nového bytu.

Souhrn ošetrovatelské péče

Tab č. 18 Bilance tekutin (23.3.2019)

Příjem tekutin/24hod	3500ml -> 700ml i.v. + 2800ml p.o.
Výdej tekutin/24hod	4400ml
Bilance tekutin/24hod	- 900ml

Tab č. 19 Invazivní vstupy (23.3.2019)

Invazivní vstupy	Datum zavedení	Dny	Okolí vstupu	Velikost katétru	lokalizace
PŽK	21.3.2019	3.	EX	G20	LHK
PŽK	23.3.2019	1.	Klidné	G20	PHK
RD – na spád	21.3.2019	3.	-	-	-
PMK	21.3.2019	3.	-	č. 16	-

Tab č. 20 Fyziologické funkce 01-12 (23.3.2019)

FF	Čas											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
TT (°C)	-	-	-	-	-	36,7	-	-	-	-	-	-
TK (mmHg)	105/ 65	104/ 63	105/ 69	109/ 72	94/ 59	100/ 62	103/ 64	102/ 60	112/ 72	98/ 62	106/ 69	99/ 65
P (/min)	65	64	79	65	74	65	80	72	80	70	69	80
D (/min)	10	12	23	13	10	11	16	19	19	21	14	15
SpO2 (%)	98	98	98	98	99	99	99	100	97	98	99	99

Tab č. 21 Fyziologické funkce 13-24 (23.3.2019)

FF	Čas											
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
TT (°C)	-	-	-	-	-	36,5	-	-	-	-	-	-
TK (mmHg)	115/ 71	114/ 69	110/ 72	112/ 73	109/ 65	114/ 71	110/ 62	110/ 70	114/ 76	110/ 72	106/ 64	102/ 70
P (/min)	80	78	72	68	64	72	72	70	68	70	70	68
D (/min)	15	12	15	13	15	13	15	14	15	15	14	16
SpO2 (%)	99	100	98	98	99	99	100	99	98	99	100	99

Tab č. 22 Farmakoterapie 01-12 (23.3.2019)

Podaný lék	Čas											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Amoksiklav 1,2g ad 100ml FR1/1						100						
Novalgin 1g ad 100ml FR1/1									100			
Ortanol 20mg ad 100ml FR1/1								100				

Tab č. 23 Farmakoterapie 13-24 (23.3.2019)

Podaný lék	Čas											
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Amoksiklav 1,2g ad 100ml FR1/1		100								100		
Novalgin 1g ad 100ml FR1/1									100			
Ortanol 20mg ad 100ml FR1/1								100				
Clexane 0,4ml s.c										/		
Dipidolor 15mg i.m										/		

5. Den (24.3.2019)

5. hospitalizační den, 3. Pooperační den.

Stav při předání hlášení: Pacientka přes noc klidná, spala málo, měla strach z převazu, který následoval druhý den a z první dilatace neovagíny.

První posazení v lůžku po operaci, následný stoj a chůze po pokoji s pomocí sestry.

Ranní hygiena provedena na pokoji u umyvadla s mojí asistencí.

Monitorace FF á 1hod a sledování bilancí tekutin/24hod do 12hod, poté EX.

TK, P, TT sledovat 1x denně.

Vizita proběhla v pořádku, pacientka se cítila dobře, bolest neudávala, jen pociťovala velký hlad, vše bylo znovu vysvětleno lékařem, pacientka vše pochopila a respektovala.

D. 2 – šetřící

Operační rána

Proveden převaz a odstranění dilatačního válce – op. rána ponechána bez krytí.

Odpoledne nácvik dilatace

Ve 14:00 překlád pacientky na standardní oddělení.

Na oddělení jsem předala stav pacientky.

Pacientku ošetřující sestře a následně jí pomohla vybalit věci na pokoji.

V odpoledních hodinách jsem společně se sestrou pacientku poučila o správné péči o neovaginu (hygiena, dilatace – podrobné vysvětlení problematiky na str. 55-57, v kapitole 2.6).

Invazivní vstupy – viz. Tab č.25

PŽK : dle VIP skóre: O (viz. přílohy Tab č.29)

PMK: na spád, odvádí volně žlutou moč

RD: bez odpadů, dle usouzení lékaře - EX

Farmakoterapie – viz. Tab č. 27, 28

Antibiotika

Amoksiklav 1,2g do 100FR1/1 i.v. kapat 20min

Antikoagulační léčba

Clexane 0,4ml s.c.

Analgetika (Bolest hodnocena dle VAS – viz. Přílohy Tab. č.30)

Novalgin 1g ad 100ml FR1/1 i.v. na 15min při VAS > 2 max. á 8hod.

Dipidolor 15mg i.m. při VAS > 5 max. a 8hod.

Ad 100ml FR1/1

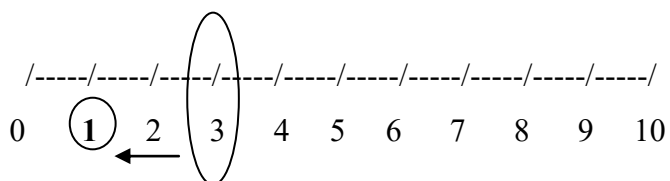
Ortanol 20mg (20-8)

Chronická medikace – EX

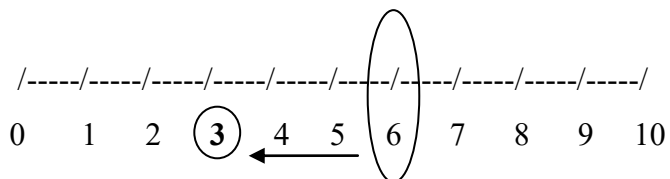
Estrofem 1mg tbl p.o.

Androcur 50mg tbl p.o.

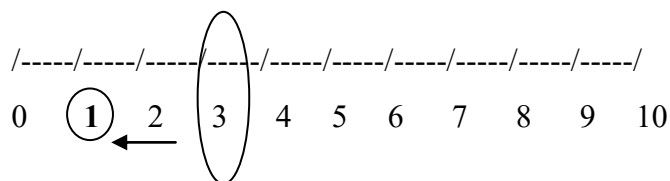
V dopoledních hodinách od bolesti dle přání pacientky podán v 9:00 Novalgin 1g i.v. při VAS 3 – s účinkem, po 30min VAS 1.



V hodinách odpoledních, kvůli první dilataci a chůzi byl od bolesti dle přání pacientky podán v 18:00 Dipidolor 15mg i.m. při VAS 6 – s účinkem.



A poté ve 21:00 Novalgin 1g i.v. při VAS 3- s účinkem, po 30min VAS 1.



Během dne se pacientka na standardním oddělení byla s pomocí sestry vysprchovat a následně si vyzkoušela pod naším dohledem první dilataci. Je s operačním výsledkem velmi spokojena a těší se na následnou rekonvalescenci.

Močení spontánní, bolesti přiměřené ke stavu po operaci.

Souhrn ošetrovatelské péče

Tab č. 24 Bilance tekutin (24.3.2019)

Příjem tekutin/ 01-14hod	2100ml -> 400ml i.v. + 1700ml p.o.
Výdej tekutin/ 01-14hod	1200ml
Bilance tekutin/ 01-14hod	+ 900ml

Tab č. 25 Invazivní vstupy (24.3.2019)

Invazivní vstupy	Datum zavedení	Dny	Okolí vstupu	Velikost katétru	lokalizace
PŽK	23.3.2019	2.	Klidné	G20	PHK
RD – na spád	21.3.2019	4.	EX	-	-
PMK	21.3.2019	4.	-	č. 16	-

Tab č. 26 Fyziologické funkce 01-12 (24.3.2019)

FF	Čas											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
TT (°C)	-	-	-	-	-	36,7	-	-	-	-	-	-
TK (mmHg)	108/ 68	97/ 64	99/ 69	104/ 78	98/ 62	100/ 62	105/ 64	102/ 60	112/ 72	108/ 62	106/ 69	109/ 65
P (min)	70	72	70	69	62	65	83	79	74	68	69	74
D (min)	19	20	14	16	18	11	16	19	19	21	14	15
SpO2 (%)	98	98	99	99	98	99	99	100	97	98	99	99

Tab č. 27 Farmakoterapie 01-12 (24.3.2019)

Podaný lék	Čas											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Amoksiklav 1,2g ad 100ml FR1/1						100						
Novalgin 1g ad 100ml FR1/1									100			
Ortanol 20mg ad 100ml FR1/1								100				

Tab č. 28 Farmakoterapie 13-24 (24.3.2019)

Podaný lék	Čas											
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Amoksiklav 1,2g ad 100ml FR1/1		100								100		
Novalgin 1g ad 100ml FR1/1									100			
Ortanol 20mg ad 100ml FR1/1								100				
Clexane 0,4ml s.c										/		
Dipidolor 15mg i.m						/						

2.6 Ošetrovatelské problémy

Pro zpracování ošetrovatelských problémů jsem si zvolila péči o neovaginu v oblasti dilatace a péči o neovaginu v oblasti hygieny.

2.6.1 Péče o neovaginu v oblasti dilatace

Pacient, který podstoupí chirurgickou konverzi pohlaví je po operaci povinen provádět mnohé výkony pro jeho prospěch a lepší hojení neovaginy. Jako jeden z nejdůležitějších výkonů je dilatace neovaginy.

Vytvoření neovaginy

Chirurgická část viz. str. 39

Péče o neovaginu těsně po operaci

Neovagina je zatamponována plastickým válcem po dobu 2-3 dnů po zákroku. Při prvním převazu (po 2-3 dnech) se tamponáda s pomocí velkého množství lubrikačního gelu vytáhne a nadále pacientka provádí za pomoci vibrátoru autodilataci (Jarolím, 2012).

Dilatace je po zákroku víc než důležitá z mnoha faktorů. Jelikož se jedná o operační zákrok jako každý jiný, tělo na operační ránu reaguje tak, že se jí snaží zhojit (M. Šindelková, 2002).

Nácvik dilatace neovaginy

Co je k takové dilataci potřeba: vibrátor, velké množství lubrikačního gelu (ze začátku se doporučuje mesocain gel pro zmírnění bolesti) a fantom (obvaz obalený v prezervativu).

První dilatace jsou velmi nepříjemné, ale je důležité si uvědomit, že jakým způsobem budeme pečliví, tím bude neovagina funkčnější (M. Šindelková, 2002).

Jak postupovat při dilataci

1. Pohodlná poloha na zádech, doporučuje se podložit záda.
2. Uvolnit pánevní svalstvo, roztáhnout nohy a na neovaginu i vibrátor nanést velkou vrstvu lubrikačního gelu.
3. Neovagina je vedena pod močový měchýř, proto je důležité zavádět vibrátor směrem k břichu.
4. Vibrátor se zavede tak hluboko co to jde a co je to snesitelné, chvilku se nechá zaveden uvnitř neovaginy a po pár sekundách se trochu vysune – po dobu 5min se tento krok musí opakovat.
5. Po dilataci je opět velmi důležitá hygiena neovaginy, ale i vibrátoru.
6. Pokud lékař doporučí neustále nosit fantom, po dilataci a řádné hygieně je potřeba ho zpět zavést.
7. V prvních dnech by se mělo dilatovat každé 4 hodiny přes den.
8. 6 týdnů – 3 měsíce od operace se doporučuje dilatovat minimálně třikrát denně.
9. 3 měsíce - 6 měsíců od operace se doporučuje dilatovat dvakrát denně.
10. 6 měsíců - 1 rok od operace se doporučuje dilatovat alespoň jednou za den.
11. Po roce dilatování se čas intervalu snižuje a dilatace záleží na jedinci a jeho potřebě. Rozhodně je pokaždé důležité použít velké množství lubrikačního gelu a myslet na to, že jednou za čas je dilatace potřebná, aby se neovagina neuzavírala (M. Šindelková, 2002).

Komplikace z důvodu špatné/nedostatečné dilatace

Pokud je dilatace nedostatečně nebo špatně prováděna může dojít k postupnému kolapsu neovaginy. A změněný tvar a hloubka bude zcela nepoužitelných rozměrů. Kromě toho, že se sníží možnost plnohodnotného sexuálního uspokojení, může dojít až ke srůstům vnitřní oblasti neovaginy a následně i k dalším zdravotním komplikacím (transsexualita.cz).

2.6.2 Péče o neovaginu v oblasti hygieny

Pacient, který podstoupí chirurgickou konverzi pohlaví a osvojí si nácvik dilatace je také seznámen a edukován o potřebě zvýšení hygienické péče neovaginy ve smyslu preventivního opatření proti vzniku infekce.

Hygiena neovaginy

Je velmi důležité, aby se dodržovala správná a důkladná hygiena genitálu. To znamená po každém vymočení i každé dilataci je potřeba provést hygienu neovaginy. Po stolici je důležité se především utírat zepředu do zadu, kvůli předejití možných infekcí (M. Šindelková, 2002).

Hojení neovaginy

Celkové zahojení trvá přibližně 6 týdnů a v tomto období v rozmezí prvních 2-3 týdnů může operační rána nekrotizovat. Tento jev je zcela normální, jde o reakci těla a je důležité, v tomto období obzvlášť brát zřetel na hygienu neovaginy (M. Šindelková, 2002).

Doplňky k hygieně neovaginy

Lékař na přání předepíše čípky nebo roztok složený z jódu, který je pro tento případ zcela nejlepší volbou (M. Šindelková, 2002).

Doporučují se vlhčené ubrousky bez parfemace, intimní gely také bez parfemace, měsíčková mast na jizvy. (doporučení z FNM)

Komplikace z důvodu špatné/nedostatečné hygieny

Infekční projevy z důvodu nedostačující hygieny a zanesení infektu ze stolice – způsobuje jizvení a v nejhorších případech může dojít až k sepsi a následnému úmrtí. Dále může dojít vlivem infekce k nekróze (odumření tkáně) a k následnému rozpadu neovaginy (transsexualita.cz).

2.7 Dlouhodobá péče

Při propuštění je lékařem doporučeno nadále přetrvat v klidovém režimu, omezit zvedání těžkých předmětů a zvýšit příjem tekutin, kvůli riziku infekce po operaci a úpravě genitálu.

Antibiotická léčba po propuštění přetrvává většinou ještě po dobu pěti dnů.

Hormonální léčba nebo se také dá říct léčba chronická, se začíná znovu užívat přibližně týden po operaci. Pro vysvětlení zde uvedu důvod vysazení hormonální léčby před rozsáhlejší operací. Jedná se o to, že je pacient nucen být v klidovém režimu a první dny po operaci úplně upoután na lůžko. Předpokládá se, že týden po operaci bude pacient stále v klidovém režimu, proto se doporučuje týden - dva před nástupem hormonální léčbu vysadit s možností rizika vzniku krevních sraženin.

Dalším doporučením a vlastně i nutností je autodilatace neovaginy minimálně 4xdenně po dobu 20minut, doba dilatování se časem může snižovat, a však potřebná bude vždycky. Při autodilataci je důležité používat hodně lubrikačního gelu, aby nedošlo k porušení stěny neovaginy.

Pooperační kontrola u lékaře je přibližně měsíc po chirurgické konverzi na urologické ambulanci. Kde se dále domluví termín druhé operace tzv. komisuroplastiky, která se provádí přibližně tři měsíce po prvním zákroku.

Komisuroplastika (Z-plastika)

Doporučení lékaře je, že před tímto zákrokem je dobré podstoupit trvalou epilaci v oblasti neoklitorisu, kvůli předejití pooperačních komplikací při hojení.

V porovnání s první operací je tato operace brána jako menší. Zákrok trvá přibližně hodinu a při němž se provede sblížení velkých pysků a tím překrytí neoklitoridu. Jediná nevýhoda této operace je výsledná jizva ve tvaru W v oblasti nad neoklitoridem, která se promasírováním a šetrnou péčí dá hezky zahojit.

Poslední důležitá věc a dá se říct uzavírající svůj starý život je ta, že si jedinci mohou změnit jméno na ženský tvar, a to i s možností vygenerování nového rodného čísla = nový život. Změna jména se vztahuje i na změnu veškerých dokumentů se zpětnou platností.

3 Diskuze

Při psaní mé bakalářské práce jsem se dostala k mnoha zahraničním i českým zdrojům o chirurgické přeměně pohlaví. V zahraničních zdrojích se jednalo o články o dané problematice a u českých zdrojů se jednalo především o příběhy a kazuistiky jedinců, kteří podstoupili chirurgickou přeměnu pohlaví na různých pracovištích.

Pro rozdílnou techniku chirurgické konverze pohlaví jsem si vybrala dvě nemocnice, ve kterých se zákrok provádí rozdílně a díky tomu jsou i značné rozdíly konečného vzhledu a funkčnosti neovaginy.

Chirurgická konverze plastická chirurgie v Brně

O metodě a průběhu postupů jsou články psány se zkušeností jedinců z roku 2007,2008,2010 uvedené na stránce www.transsexualita.cz

Celá operace se v Brně provádí najednou panem profesorem Veselým. Sice vám tato technika ušetří čas a jednu narkózu, avšak nese s sebou řadu pooperačních rizik a někdy je potřeba jít na reoperaci (opakovanou operaci). Další rozdíl ve výběru pracoviště hraje značný rozdíl v hloubce pochvy. Pacientky, které podstoupily operaci v Brně, uvádí hloubku pochvy v rozměrech 8-10cm.

Je zde důležité podotknout, že v mnohých případech je uvedeno to, že se správnou dilatací lze rozměr hloubky zvětšit.

V článku z roku 2012 „*Chirurgické možnosti pohlaví a statistika*“ se uvádějí důležité poznatky k provádění chirurgických konverzí a jejich výsledkům.

Ke zvětšení hloubky se také využívá štěp tlustého střeva, který je ne vždy vhodnou volbou, která sebou nese opět značnou a důležitou část nevýhod jako je například (vytékající tekutina z pochvy se zápachem, vložky v kalhotkách mohou být trvalým řešením...), jsou u této metody i značné výhody (vylučovaná tekutina ze střevního štěpu působí jako přírodní lubrikant, méně časté vyžadování dilatace).

Pokud však žena (MtF) v budoucnu pohlavní styk neplánuje, není třeba mít hluboko vytvořený vaginální vchod. U takovéto ženy je spíše kladen požadavek na nejlepší dosažení vzhledu než na funkce v sexuální oblasti.

Nyní se upřednostňuje především penilní metoda, která má oproti metodě tračnickové sekce značné výhody a méně častých pooperačních komplikací. U této metody jsou však určité faktory, které ovlivňují výsledky operace a hloubku pochvy (obřízka, délka penisu, obvod penisu, množství kůže šourku).

Chirurgická konverze FN Motol v Praze

V článku „Chirurgická konverze u transsexualizmu“ z roku 2012 je popsán postup chirurgické konverze MtF prováděný ve FN Motol doc. Jarolímem.

Operace ve FN Motol je prováděna doc. Jarolímem ve dvou fázích. V první je soustředěnost převedena především na funkčnost (močení, sexuální citlivost) a ve druhé fázi se jedná o estetiku a výsledný vzhled. Doba mezi provedení druhé operace od té první je cca 3 měsíce od propuštění z první operace. Tato metoda má značné výhody ve smyslu nižších pooperačních komplikací. Další výhodou této metody je větší hloubka pochvy (uvádí se cca 14cm). Značnou nevýhodou je u tohoto typu jizva po tzv. Z-plastice v oblasti podbřišku a však častým a důsledným promazáváním jizvy je možné viditelnost zmírnit.

O metodě a průběhu postupů jsou články psány se zkušeností jedinců z roku 2007, 2010 uvedené na stránce www.transsexualita.cz

Zajímavá studie *Anatomické aspekty chirurgické konverze pohlaví u pacientek s male-to-female transsexualismem – výsledky hodnocené tři měsíce po výkonu. Z roku 2010* projednává hodnocení výsledků operace u 136 pacientek. Výsledky: *Všechny pacientky byly s první fází operace spokojeny. Třináct pacientek (9,2%) podstoupilo úspěšnou sigmoideokolpoplastiku. Mezi hlavní komplikace patřily: poranění rekta v průběhu přípravy vaginálního kanálu*

(1,4 %), krvácení z pahýlu zkrácené uretry v prvních 48 hodinách po operaci, vyžadující sekundární hemostatické ošetření (4,3 %), dočasná retence moči vyžadující katetrizaci po dobu maximálně 6 dní (5 %), hojení rány zadního obvodu poševního vchodu *per secundam* (5 %). Neoklitorida měla zachovanou erotogenní citlivost u 94,3 % pacientek a 67,6 % pacientek bylo schopno dosáhnout orgasmu v prvních 3 měsících po operaci (*Ces Urol*, č.14 (1), str. 60).

Další zajímavá publikace, která stojí za zmínku je z BMC v roce 2009 a to „*Microbiol Microflora of the penile skin-lined neovagina of transsexual women*“ Tato studie byla první, která popsala mikroflóru neovaginy a odhalila aerobní a anaerobní druhy, které se obvykle vyskytují na kůži, ve střevní mikroflóře nebo v bakteriální vaginóze. Na jednu ženu připadá 8,6 druhů bakterií.

Je tedy zjevný, že je potřebná důkladná hygiena pro předejití vaginálních infekcí, způsobených nahromaděných bakterií, které by mohli způsobit pooperační komplikace po vytvoření neovaginy.

4 Závěr

Smyslem mé bakalářské práce bylo zpracovat pětidenní ošetrovatelskou péči o pacientku v období chirurgické přeměny pohlaví, která je považována za velmi specifický výkon s individuálním procesem pooperační péče.

Dalším smyslem mé práce bylo informovat veřejnost o problematice transsexuality, a pojmů s ní spojenou. Také aby se toto téma dostalo více do popředí společnosti, a bylo více tolerováno.

V teoretické části jsem se věnovala základním pojmům dané problematiky, historii společně s vývojem, poté rozdílům mezi jedinci FtM a MtF. Také nešlo opomenout operativní přeměny pohlaví a konečné právním a úřední záležitosti.

V části praktické jsem se zaměřila na ošetrovatelskou péči o pacientku s transsexuální problematikou MtF, která v hospitalizačním období podstoupila chirurgickou přeměnu pohlaví. Ze sebraných dat a péči o ní jsem následně zpracovala lékařskou a ošetrovatelskou anamnézu společně se zpracováním pěti hospitalizačních dnů spojených s pooperační péčí. V posledních zmínkách v této části jsou uvedeny ošetrovatelské problémy spojeny s operačním zákrokem, společně se zmínkou dlouhodobé péče po operaci.

Tato práce a její zpracování mě přesvědčilo o tom, že je toto téma velmi zajímavé a mělo by se více zkoumat. Dále jsem se přesvědčila v tom, že jsou tito jedinci velmi otevření a hodní lidé, kteří si zaslouží z naší strany minimálně pochopení a oporu v jejich cestě.

Doufám, že se mé pacientce v životě bude v nové pohlavní roli dařit a nadále bude žít klidný a šťastný život.

5 Seznam použitých zkratek

AA - alergická anamnéza
ATB - antibiotika
BMI - Body mass index
D - dech
DKK – dolní končetiny
EKG - elektrokardiografie
ETK – endotracheální kanylace
FA – farmakologická anamnéza
FR – fyziologický roztok
FtM – Female to Male
i.v. – intravenózně
JIP – jednotka intenzivní péče
Kg – kilogram
l - litr
LHK – levá horní končetina
MtF - Male to Female
OA – osobní anamnéza
Op. - operační
p.o. – perorálně
P - puls
PA – pracovní anamnéza
PHK – pravá horní končetina
PMK - permanentní močový katetr
PŽK – periferní žilní kanylace
RA – rodinná anamnéza
RD – Redonův drén
s.c. – subcutálně
SA – sociální anamnéza
SpO2 – saturace krve kyslíkem
TEN - trombembolická nemoc
Tj. – to je
TK – krevní tlak
TT – tělesná teplota

6 Zdroje

Literatura

1. DÖRNER, G., Poppe, I., Stahl, F., et al.: *Gene – and environment – dependent neuroendocrine etiogenesis of homosexuality and transsexualism*. Exp. Clin. Endocrinol., 98, 1991, s. 141-150. DOI: 10.1055/s-0029-1211110
2. DVOŘÁČEK, J. *Urologie praktického lékaře*. Praha : ISV nakladatelství, 2000, ISBN 80-85866-52-8.
3. FAFEJTA M. *Úvod do sociologie pohlaví a sexuality*. Větrovany: Jan Piskiewicz, 2004. ISBN: 80-86768-06-6
4. FAUSTO-STERLING A. *Sexing the body: gender politics and the construction of sexuality*. New York, 2000: Basic books. ISBN 046-507-71-45
5. FEINBERG L. *Pohlavní štvanci*. Praha: G plus G, 2000. ISBN: 80-86103-32-3
6. FIFKOVÁ, H.. *Transsexualita z pohledu sexuoložky*. 2001, Gender, rovné příležitosti, výzkum, 3, 2-3. ISBN 978-80-247-6015-5
7. FIFKOVÁ, H. *Transsexualita*. Praha : Grada publishing, 2002, ISBN 80-247-0333-5.
8. FIFKOVÁ H. a kol. *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1696-1.
9. GOOREN, L. J. G.: *The endocrinology of transsexualism: A review and commentary*. Psych. Neur. Endocrinol., 1990, 15, 1990, s. 3-14. DOI: 10.1016/0306-4530(90)90041-7
10. JANOŠOVÁ, P. *Dívčí a chlapecká identita*. Praha : Grada Publishing, 2008, ISBN 978- 80-247-2284-9.
11. JAROLÍM, L., Jerie, J., Bartoníčková, K., Rejchrt, M., Schmidt, M., FEBU, Havlová, K., Čechová, M., Minárik, I., Babjuk, M. *Chirurgická konverze u transsexualizm*. Praha. Dermatologie pro praxi 2012 č. 6(4), str.188–191. ISSN 1803-5337
12. Jarolím, L., Šedý, J., Schmidt, M., Jerie, J., Bartoníčková, K., Chocholatý, M. *Anatomické aspekty chirurgické konverze pohlaví u pacientek s male-to-female transsexualismem – výsledky hodnocené tři měsíce po výkonu*. 2010, Ces Urol, č.14 (1), str. 55-63.
13. LINKOVÁ, M. *Transgenderismus: genderové přechody v ČR*. 2001 Gender, rovné příležitosti, výzkum, 3, 2. ISSN: 1213-0028
14. NĚMEC R., Monika Němcová, Míla Němců: *biografie muže, který byl ženou*. Praha: CASSANDRA. 1993. ISBN 80-900854-4-X

15. PAVLÍKOVÁ, S.: *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3
16. SKOBLÍK, J. *Transsexualismus*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2006, ISBN 80-246- 1052-3.
17. STAŇKOVÁ, M.: *České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno.IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6
18. ŠAFÁŘOVÁ, E., Marianová, S., *Chirurgická konverze pohlaví u pacientů s transsexualismem*, Sestra (Praha). 2014, roč. 24, č. 3, s. 49-50. ISSN: 1210-0404.
19. ŠVECOVÁ, B., Weiss, P. *Transsexualismus – definice, etiologie a léčba*. Praktický lékař, roč.80, č.10, s.553-556. Praha, 2000. ISSN: 0032-6739
20. TRACHTOVÁ, E., Fojtová G., Mastiliaková D.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, NCO NZO, Brno 2006, 200s., ISBN 80- 7013-324-4.
21. VALDROVÁ, J. *Gender a společnost*. Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, Pedagogická fakulta, 2006. ISBN: 80-7044-808-3
22. VODRÁŽKA, M. *Život „mezi“*. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*, 2001/ 3, 3-6. ISBN: ISBN 80-7178-696-9
23. VYTEJČKOVÁ, R., Sedlářová, P., Wirthová, V., Holubová, J. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: Obecná část první*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3419-4
24. VYTEJČKOVÁ, R., Sedlářová, P., Wirthová, V., Odravcová, I., Pavlíková, P. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: Speciální část*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN: 978-80-247-3420-0
25. VYTEJČKOVÁ, R., Sedlářová, P., Wirthová, V. a kolektiv. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: Speciální část*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. ISBN: 978-80-247-3421-7
26. WEISS, P. *Sexuologie*. Praha : Grada Publishing, 2010, ISBN 978-80-247-2492-8.
27. WEISS, P. *Poruchy pohlavní identity*. Psychiatrie pro praxi. Solen medical education, 2012, ISSN 1213-0508
28. WEISNER, A. *Jediná jistota je změna*. Bratislava, 2017: Ústav etnologie Slovenskej akademie vied. ISBN: 978-80-224-1622-1
29. WEYERS, S., Verstraelen, H., Gerris, J., et al. Microflora of the penile skin-lined neovagina of transsexual women. *BMC Microbiol.* 2009;9:102. Published 2009 May 20. doi:10.1186/1471-2180-9-102
30. ZVĚŘINA, J. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno : Akademické nakladatelství CERM, 2003, ISBN 80-7204-264-5.

Internetové zdroje

Transgender problematika XII. [online]. Copyright © David Daniel 2006 [cit. 13.04.2019].

Dostupné z: <http://david-daniel.blog.cz/0610/transgender-problematika-xii>

I transsexualita má své dějiny aneb Co se stalo v Praze v r. 1912? | O Tereze a o Tomovi. [online]. Copyright ©anita andilek [cit. 13.04.2019].

Dostupné z: <http://otereze.blog.cz/1410/i-transsexualita-ma-sve-dejiny-aneb-co-se-stalo-v-praze-v-r-1912>

Chirurgické možnosti pohlaví a statistika | O Tereze a o Tomovi. O Tereze a o Tomovi [online]. Copyright ©Tereza 2012 [cit. 19.04.2019].

Dostupné z: <http://otereze.blog.cz/1207/chirurgicke-moznosti-a-statistika>

Medicína pro praxi [online]. Copyright © [cit. 13.05.2019]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2017/02/10.pdf>

Jak správně dilatovat » Translidé « transsexualita a transgender. [online]. Copyright © Monika Šindelková 2002 cit. [13.05.2019]

Dostupné z: <http://www.translide.cz/dilatace>

Operace: SRS v Brně-Bohunicích u dr. Franců

| transsexualita.cz. transsexualita.cz [online] cit. [17.05.2019]

Dostupné z: http://www.transsexualita.cz/?page_id=1360

Operace: SRS Brno | transsexualita.cz. transsexualita.cz [online] cit. [17.05.2019]

Dostupné z: http://www.transsexualita.cz/?page_id=642

Operace: SRS Motol 1 | transsexualita.cz. transsexualita.cz [online] cit. [17.05.2019]

Dostupné z: http://www.transsexualita.cz/?page_id=595

SRS – Možné komplikace | transsexualita.cz. transsexualita.cz [online] cit. [17.05.2019]

Dostupné z: http://www.transsexualita.cz/?page_id=692

Dilatace | transsexualita.cz. transsexualita.cz [online]. cit. [17.05.2019]

Dostupné z: http://www.transsexualita.cz/?page_id=531

7 Přílohy

Seznam příloh:

Příloha č.1 Ošetřovatelská anamnéza (Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK)

Příloha č.2 Životopis (FtM)

Seznam grafů:

Graf č.1 Počty pacientů v jednotlivých letech sledovaného období

Graf č.2 Počty pacientů, kteří dospěli až k operativní a úřední změně pohlaví dle jednotlivých let sledovaného období

Seznam tabulek:

Tab. 1 Počty nových pacientů dle diagnóz po roce 1989

Tab. 2 Počty pacientů, kteří dospěli až k přeměně pohlaví před a po roce 1989

Tab. 3 Věk při zahájení terapie před a po roce 1989 (v letech)

Tab. 4 Počty pacientů, kteří dospěli až k přeměně pohlaví před a po roce 1989 (podle diagnózy)

Tab. 5 Věk při zahájení terapie podle diagnózy (v letech)

Tab. 6 Délka léčby před a po roce 1989 (v měsících)

Tab. 7 Stav a rodičovství dle diagnózy

Tab č. 8 Bilance tekutin (21.3.2019)

Tab č. 9 Invazivní vstupy (21.3.2019)

Tab č.10 Fyziologické funkce (21.3.2019)

Tab č. 11 Farmakoterapie (21.3.2019)

Tab č. 12 Bilance tekutin (22.3.2019)

Tab č. 13 Invazivní vstupy (22.3.2019)

Tab č. 14 Fyziologické funkce 01-12 hod (22.3.2019)

Tab č.15 Fyziologické funkce 13-24 hod (22.3.2019)

Tab č. 16 Farmakoterapie 01-12 hod (22.3.2019)

Tab č. 17 Farmakoterapie 13-24 hod (22.3.2019)

Tab č. 18 Bilance tekutin (23.3.2019)

Tab č. 19 Invazivní vstupy (23.3.2019)

- Tab č. 20** Fyziologické funkce 01-12 (23.3.2019)
- Tab č. 21** Fyziologické funkce 13-24 (23.3.2019)
- Tab č. 22** Farmakoterapie 01-12 (23.3.2019)
- Tab č. 23** Farmakoterapie 13-24 (23.3.2019)
- Tab č. 24** Bilance tekutin (24.3.2019)
- Tab č. 25** Invazivní vstupy (24.3.2019)
- Tab č. 26** Fyziologické funkce 01-12 (24.3.2019)
- Tab č. 27** Farmakoterapie 01-12 (24.3.2019)
- Tab č. 28** Farmakoterapie 13-24 (24.3.2019)
- Tab. 29** VIP skóre (Visual Infusion Phlebitis Scale) – Jacksonovo skóre
- Tab. 30** VAS - Vizuální analogová škála bolesti

Příloha č.1

Ošetřovatelská anamnéza (Ústavu ošetřovatelství, 3. LF UK)

Jméno (iniciály): X.Y. **Pohlaví:** Žena (MtF) **Věk:** 51

Datum přijetí: 20.3.2019

Stav: Svobodná

Povolání: Prodavačka

Rodina informována o hospitalizaci: ano ne

Diagnóza při přijetí (základní): Transsexualismus

Chronická onemocnění: /

Infekční onemocnění: NE ANO

Režimová opatření: Klid na lůžku

Léčba:

Farmakoterapie

- Estrofem 1mg tbl. p.o. 1 – 0 – 0 EX
(Hormonální substituční terapie)
- Androcur 50mg tbl. p.o. 1 – 0 – 0 EX
(Hormonální přípravek na potlačení mužských pohlavních hormonů)

Infuze:

- Ringerfundin 1000ml 100ml/h

Antibiotika

- Amoksiklav 1,2g do 100FR1/1 i.v. kapat 20min

Analgetika (Bolest hodnocena dle VAS – viz. Přílohy Tab. Č.11)

- Novalgin 1g ad 100ml FR1/1 i.v. na 15min při VAS > 2 max. á 8hod.
- Digidolor 15mg i.m. při VAS > 5 max. a 8hod.

Ad 100ml FR1/1

- Ortanol 20mg (20-8)

Antikoagulační léčba

- Clexane 0,4ml s.c.

Jiné léčebné metody: -----

Má nemocný informace o nemoci: ano ne částečně

Alergie: ano ne jaké: /

Fyziologické funkce: P: 67/min TK: 114/72 D: 13/min SpO2: 97%
TT: 36,2 °C

1) Vědomí

stav vědomí: při vědomí porucha vědomí bezvědomí

GSC: 15

Orientovaný

Dezorientovaný

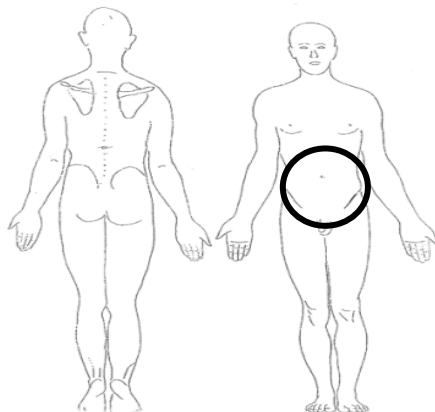
2) Bolest

bolest: ano akutní chronická

tupá bodavá křečovitá svalová jiná

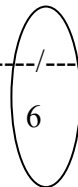
ne

lokalizace:



Intenzita:

/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



3) Dýchání

potíže s dýcháním: ano ne

dušnost: ano klidová námahová noční
 ne

Kuřák: ano ne **Kašel:** ano ne

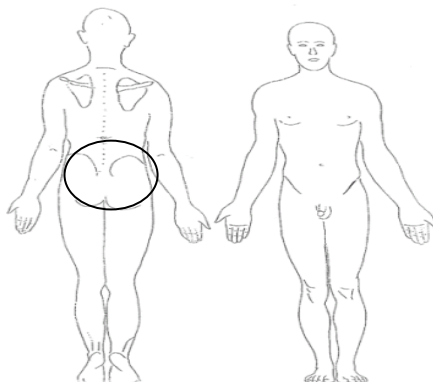
4) Stav kůže

změny na kůži: ano ekzém otoky kuby jiné - op. rána
 ne

Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre: 28 b.

(riziko vzniku dekubitů dle skóre nehrozí, ale jelikož je pacientka upoutána na lůžko v poloze na zádech zvolili jsme jako prevenci proti vzniku dekubitů, použili pěnové krytí – Mepilex Border Sacrum)

Lokalizace možného výskytu:



5) Vnímání zdraví

Pacientka i přes veškeré bolesti uvádí, že se nikdy necítila tolik zdravá po všech stránkách jako právě nyní po chirurgické konverzi pohlaví.

Úrazy: ano ne **jaké:** -----

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: úplný klid na lůžku

Barthel test: 40 b. – vysoce závislá

Riziko pádu: ANO skóre 3 b. **NE**

Pohyblivost: chodící samostatně chodící s pomocí
 ležící pohyblivý ležící nepohyblivý
 pomůcky **jaké:** polohovací pomůcky

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku: 6-7 h. **hodina usnutí:** 22:00

poruchy spánku: ano ne

hypnotika: ano ne

návyky související se spánkem: TV, čtení knih

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem: ano ne **jaké:** Brýle na dálku

potíže se sluchem: ano ne

porucha řeči: ano ne

kompensační pomůcky: ano ne

Orientace: orientován

dezorientovaný místem časem osobou

11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Emocionální stav: klidný rozrušený

- Pacientka udává poprvé v životě pocit volnosti

Pocit strachu nebo úzkosti: ano ne

- I když vše dopadlo dle plánů, mírný pocit strachu z následující rekonvalescence paní X.Y. udává.

Úroveň komunikace a spolupráce: dobrá obtížná

Plánování propuštění

Bydlí doma sám: ano ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění: Přítel

kontakt s rodinou: ano ne

12) Invazivní vstupy

Drény: ano ne **jaké:** RD – s podtlakem **Datum zavedení:** 21.3.2019

kde: v místě vaginálního kanálu, vyveden levým labiem

Permanentní močový katétr: ano **Datum zavedení:** 21.3.2019

i.v. vstupy: ano periferní **datum zavedení:** 21.3.2019

kde: LHK **Stav:** průchozí, místo vpichu klidné, bez zarudnutí

centrální

ne

Sonda: ano ne

Stomie: ano ne

Endotracheální kanyla: ano ne

Tracheotomie: ano ne

Arteriální katétr: ano ne

Epidurální katétr: ano ne

Jiné invazivní vstupy: -----

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

1. Barthelové test základních všedních činností (ADL – activities of daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
4.osobní hygiena	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
5.kontinence moči	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
6.kontinence stolice	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
7.použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
9.chůze po rovině	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Zdroj: Staňková, M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřící techniky v ošetřovatelské praxi. Brno.IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

Celkové skóre - 40 b.

0-40 bodů: vysoce závislý

45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehce závislý

100 bodů: nezávislý

2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Úplná 4	Částečně omezená 3	Velmi omezená 2	Žádná 1
Věk	< 10 4	< 30 3	< 60 2	> 60 1
Stav pokožky	Normální 4	Alergie 3	Vlhká 2	Suchá 1
Přidružená onemocnění	Žádné 4	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Trombóza, obezita 2	Karcinom 1
Fyzický stav	Dobrý 4	Zhoršený 3	Špatný 2	Velmi špatný 1
Vědomí	Bdělý 4	Apatický 3	Zmatený 2	Bezvědomí 1
Aktivita	Chodí 4	S doprovodem 3	Sedačka 2	Leží 1
Mobilita	Úplná 4	Část. omezená 3	Velmi omezená 2	Žádná 1
Inkontinence	Není 4	Občas 3	Převážně moč 2	Moč+stolice 1

Zdroj: Staňková, M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřící techniky v ošetřovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Celkové skóre - 28 b.

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

3. Hodnocení nutričního stavu (NRS – Nutritional Risk Screening)

Je BMI (kg/m ²) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007, ISBN 978-80-247-1868-2

Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně
Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu

4. Hodnocení vědomí (Glasgow Coma Scale)

Hodnocený parametr	Reakce	Body
Otevření očí	spontánně otevřené	4
	na slovní výzvu	3
	na bolestivý podnět	2
	oči neotevře	1
Slovní odpověď	Přiléhavá	5
	Zmatená	4
	jednotlivá slova	3
	hlásky, sténání	2
	Neodpovídá	1
Motorická reakce	pohyb podle výzvy	6
	na bolestivý podnět účelný pohyb	5
	na bolestivý podnět obranný pohyb	4
	na bolestivý podnět jen flexe	3
	na bolestivý podnět jen extenze	2
	na bolestivý podnět nereaguje	1
Hodnocení:		Celkové skóre 15b.
15 bodů - pacient při plném vědomí		
3 body - pacient v hlubokém bezvědomí		

Zdroj: NEUWIRTH, J. Sledování a hodnocení fyziologických funkcí. In: KOLEKTIV AUTORŮ *Základy ošetřování nemocných*. Praha : Karolinum, 2005, s. 46-56. ISBN 80-246-0845-6

5. Zhodnocení rizika pádu u pacienta (Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS)

Rizikové faktory pro vznik pádu		
Anamnéza:		
DDD (dezorientace, demence, deprese)		3 body
věk 65 let a více		2 body
pád v anamnéze		1 bod
pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladu na lůžkové odd.		1 bod
zrakový/sluchový problém		1 bod
užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, laxativa)		1 bod
Vyšetření		
<input type="checkbox"/> Soběstačnost		
- úplná	0b	
- částečná	2b	
- nesoběstačnost	3b	
<input type="checkbox"/> Schopnost spolupráce		
- spolupracující	0b	
- částečně	1b	
- nespolupracující	2b	
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)		
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závratě?	ANO	3 body
<input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení?	ANO	1 bod
<input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout ?	ANO	1 bod
Celkem: 3 b.		
0-4 body		Bez rizika
5 – 13 bodů		Střední riziko
14 – 19 bodů		Vysoké riziko

Příloha č.2

ŽIVOTOPIS (FtM) – autor souhlasí s jeho zveřejněním. Tento materiál jsem získala na podkladě vzájemné komunikace o dané problematice a dlouholeté známosti.

Narodil jsem se v roce 1996 v Náchodě a společně se mnou i má sestra. Otec doufal aspoň v jednoho kluka a matka si přála dceru, které by dala jméno [REDAKCE]. Podle prvního ultrazvuku jsme měli být dva kluci, před porodem to měl být kluk a holka a nakonec se vytáhly dvě holky. Porod proběhl císařským řezem bez komplikací. Sestru vytáhli jako první a já ji následoval o další 2 minuty později. Naším doktorem byl kamarád otce, který se měl stát i našim kmotrem. Bohužel ho nechtěli při křtu pustit do kostela a tak se našim kmotrem stal strýc [REDAKCE].

V předškolním věku jsme se sestrou uhýbali více do klučičího světa, otec nám kupoval malé autíčka formule 1, pistolky a mnoho dalších klučičích hraček. Pamatuji si, že když jsem dostal se sestrou panenku, hned byla bez vlasů. Nejvíce jsme naštváli babičku tím, když jsme od ní dostali kočárek na panenky, tak jsme z toho kočárku vymontovali rám s kolečky, dali jsme mezi to skateboard a jezdili jsme na tom z kopce.

Při nástupu do školky mi bylo 5 let. Moc rád jsem si hrál sám nebo jsem rád chodil do klučičí party. Snažili jsme se zapálit školku nebo jsem rád opravoval hračky po ostatních dětech. Ve školce jsem nevnímal to, že bych byl jiný než ostatní, myslel jsem si, že se chovám normálně.

Když jsem nastoupil do 1. třídy základní školy, bylo mi 7 let. Šli jsme se sestrou o rok později. Od té doby začaly mé sny, každou noc jsem usínal s přáním, abych se ráno probudil jako kluk nějakým kouzlem. Byl jsem moc zklamaný, ale řekl jsem si, že to druhý den určitě dopadne. Moc jsem si přál, aby mě všichni oslovovali M [REDAKCE], ne K [REDAKCE]. Taky jsem nechápal, když jsem všechny chlapce uviděl jak močí ve stoje, proč jsem nemohl taky. Řekl jsem si, že můj penis ještě nevyrostl, a že později vyroste.

Od mala jsem sportovní typ, tak jsem chodil do atletiky, ale matka mě přihlásila i na hodiny klavíru. Tam jsem nerad chodil, až jsem přestal. Namluvil jsem matce, že je to proto, že mě učitelka učí hrát nudné skladby. Bylo to proto, že se mi to zdálo moc pro holky a taky kvůli tomu, že při každém koncertu jsem si musel vzít něco slušného a tak mě matka vždy oblékla do sukně a blůzky, které jsem tak nesnášel.

Zhruba tak v 5. třídě základní školy mi začali růst prsa a to jsem nesl velice těžce, nechápal jsem to. Nejhůř jsem to nesl na dovolených, odmítal jsem nosit vrchní díl plavek a jako spodní díl jsem měl klučičí plavky a později kraťasy. Nechtěl jsem, aby všichni věděli, že mi rostou prsa a tak jsem si vzal obvaz a obvázal jsem si je napevno, až jsem nemohl dýchat, bohužel na to přišla matka a tak mi to zakázala. Rád jsem si bral klučičí spodní prádlo, které nám jednou omylem babička koupila k narozeninám a cpal jsem si do nich míčky nebo ponožky. Když mi to nedalo a nechtěl jsem dál čekat na to, až mi vyroste penis, vyrobil jsem si z plastové lahve nádobu, do které jsem ve stoje močil, bohužel mi každou lahev matka vyhazovala, až mě to přestalo bavit vyrábět nové.

Nejraději jsem nosil volná trika a kalhoty a konečně mi matka dovolila se nechat ostříhat na krátko. Kluky jsem vnímal jako kamarády a když se objevila nějaká pěkná holka tak se mi líbila. Bohužel všechny holky, co mě znaly, věděly, kdo jsem, a tak jsem si dopisoval s holkami přes internet, kde jsem se vydával za

kluka, vždy když mělo dojít ke schůzce tak jsem se vymluvil a ukončil další kontakt. Nebylo to žádné zamilování, jen psaní v jiné pohlavní roli.

Kdy mě došlo, že se jedná o transsexualitu, bylo v 6. třídě základní školy. Stalo se to, když jsem poprvé uviděl svoji první lásku. Na konci 5. třídy se konaly rozdílové testy do třídy s biologicko-matematickým zaměřením a já i ona jsme se do ní dostali. Když jsme se v 6. třídě první den seznámili, hned jsem se do ní zamiloval, řekla mi, že jsme proti sobě hráli vybíjenou. Okouzila mě. V ten den jsem ještě usedl k počítači a začal zjišťovat, kdo jsem na internetu. Našel jsem si stránky paní doktorky MUDr. Hany Fifkové a pochopil jsem.

Ani si přesně nepamatuji, kdy jsem dostal svoji první menstruaci. Styděl jsem se za to. Dával jsem si do spodního prádla vrstvu toaletního papíru a neřekl jsem to matce. Přišla na to až v Rakouských alpách, kam jsme odjeli místo se třídou na lyžařský výcvik. Dostala to sestra, která ušpinila celé prostěradlo a tak jsme museli s pravdou ven. To se stalo na základní škole v 7. třídě. Ve škole to moc nešlo chodit na klučí toalety, a tak jsem tam chodil, jen když probíhala výuka, ale jak jsme byli někde jinde, tak jsem chodil na pánské, dělám to i do teď.

Nevěděl jsem, jak to [redacted] přijme, to že jsem do ní zamilovaný a že se cítím být klukem. Tak jsem se snažil jí držet od sebe, ale nedalo se to dlouho vydržet. Jako naše první přiblížení a kdy jsem jí dal jasný signál, byl náš seznamovací výlet se třídou, kdy jsme oba leželi v jedné posteli, ale pak jsme o tom nemluvili, jako by se nic nestalo. V 8. třídě odjela do lázní a tam začala chodit s jedním klukem. Nevěděl jsem, co mám dělat a tak jediné co mě napadlo, bylo říct jí pravdu. Večer jsem jí napsal smsku, ve které jsem jí vyznal lásku, ale ona neodpověděla. Ani druhý den mi neodpověděla. Když se vrátila, potkali jsme se na chodníku, mluvila jen s mojí sestrou, já se jí bál podívat do očí, bál jsem se, že se mi vysměje. Trvalo měsíc než se rozešla s tím klukem z lázní a já se chopil šance, teď nebo nikdy a tak od 18.1.2011 jsme spolu.

Můj coming out nebyl moc příjemný, rozhodl jsem se to matce říct po škole, myslím, že to byla 8. třída, moc jsem jí to chtěl říct, nechtěl jsem na to být sám. Byli jsme v kuchyni a řekl jsem to. Až do dnešního dne si pamatuji její první reakci: „Neboj se, nenechám to tak, půjdeš k psychologovi a ten tě napraví!“ Cítil jsem se jako monstrum, jako člověk, který musí jít na elektriku, aby byl normální. Věděl jsem, že u otce to bude stejný, tak jsem mu to neřekl. Od té doby se matka snaží v každé chvíli mě urážet a provokovat se slovy: „Narovnej záda a vystrč prsa, jinak si tě žádný kluk nevšimne“ nebo „měla jsem tě odrazovat a nepodporovat ve tvém oblečení a chování!“

Nikdy moc jsem netoužil po kamarádech, měl jsem je, do 6. třídy, pak se třída rozdělila na kluky a holky a kluci mě do party nechtěli. Nebyl jsem zrovna v chápavé třídě, byl jsem terčem posměchů a urážek. Holky si mě radši nevšímali a kluci mě šikanovali, to stejné probíhalo i na atletice.

Když jsem konečně ukončil základní školu, nastoupil jsem na zdravotnickou školu, spolu se mnou i má přítelkyně, akorát ta nastoupila na jiný obor. Ve třídě byly samé holky, ale velmi chápavé, až mě to zarazilo a potěšilo. Vůbec si mě nedobíraly a samy nejspíš tušily, kdo jsem. Nikdy jsem nedal najevo, že já a [redacted] jsme spolu, snažil jsem se to krýt.

Mé krušné chvíle nastali, když mě má přítelkyně dvakrát opustila kvůli jinému. Dával jsem si to za vinu, že nejsem kluk, že jí nedávám kluka, kterého ona potřebuje. Cítil jsem se hrozně. Nakonec se ke mně vrátila.

Vždy když se jednalo o nějakou slavnost, která vyžadovala slušné společenské oblečení, tak jsem nejradši nosil pánské kalhoty a košili s motýlkem, které jsem si koupil sám. Naposledy, kdy jsem si musel vzít šaty, bylo na maturitním plese, který jsem kvůli tomu obrečel. Hned co bylo půlnoční překvapení, vzal jsem si kalhoty, košili, motýlka, vestičku a klobouk, protože jsme to měli ve stylu cabaretu. Maturoval jsem v roce 2018 a bohužel ani na třetí pokus se mi nepodařilo uspět ze zkoušky z matematiky. Nastoupil jsem na dálkové studium na zdravotnické školy a chodil do práce.

15.1.2018 jsem poprvé kontaktoval doktorku MUDr. Hanu Fifkovou, protože jsem chtěl už řešit svojí situaci s matkou, ale hlavně abych mohl začít žít život tak, jak se cítím, jako muž. Nejdřív jsem chtěl jít za paní doktorkou a pak to rodičům říct. Doufal jsem, že to pochopí, ale spletl jsem se. Byli oba velice nepříjemní. Otec mi řekl, že si v rodině říkáme vše, ale už mě a mé sestře zatajil, že jsme byli zplozeni přes umělé oplodnění, řekla mi to má sestřenice, které jsem řekl, jak se cítím, a podporuje mě.

Tab. 10 VIP skóre (Visual Infusion Phlebitis Scale) – Jacksonovo skóre

Vizuální hodnocení periferního žilního vstupu	Skóre dle vizuálního hodnocení	Skóre hodnotí každá směna, povinný záznam v dokumentaci
Vstup je zcela klidný	0	Nejsou známky flebitidy => kanylu dále sledovat
JEDEN znak z následujících: 1/ mírná bolest kolem vstupu 2/ zarudnutí kolem vstupu	1	Možné známky flebitidy => kanylu dále sledovat
DVA znaky z následujících: 1/ bolest kolem vstupu 2/ zarudnutí 3/ otok	2	Časné stadium flebitidy => KANYLU VYMĚNIT (a zaslat ke kultivaci)
VŠECHNY znaky z následujících: 1/ bolest kolem vstupu 2/ zarudnutí 3/ tuhý otok	3	Rozvinutá flebitida => KANYLU VYMĚNIT (a zaslat ke kultivaci), ZVAŽOVAT LÉČBU – upozornit lékaře
VŠECHNY znaky jednoznačně vyjádřené: 1/ bolest kolem vstupu 2/ zarudnutí 3/ tuhý otok 4/ jasně viditelná žíla	4	Pokročilá flebitida/tromboflebitida => KANYLU VYMĚNIT (a zaslat ke kultivaci), ZVAŽOVAT LÉČBU – upozornit lékaře
VŠECHNY znaky jednoznačně vyjádřené: 1/ bolest kolem vstupu 2/ zarudnutí 3/ tuhý otok 4/ jasně viditelná žíla 5/ horečka	5	Pokročilá tromboflebitida => KANYLU VYMĚNIT (a zaslat ke kultivaci), ZAHÁJIT LÉČBU – upozornit lékaře

Zdroj: Andrew Jackson. VIP Score. 1997 Rotherham General Hospitals NHS Trust (Translation Aleš Chrdle, Magdalena Horníková. 2015 Nemocnice České Budějovice, a.s)

Tab. 11 VAS - Vizuální analogová škála bolesti



Zdroj: https://www.homolka.cz/data/upload/images/xvizualni_analogova_skala_bolesti_4_e2286003c1897e2e0f5a3f8fetc63bb.jpg.pagespeed.ic.GnQaiwrP2j.webp