

B. KLINICKÁ ČÁST

B.1 Charakteristika onemocnění

Transsexualismus je porucha sexuální identifikace. Nositel této poruchy má genetickou, somatickou a hormonální výbavu, která přísluší jednomu pohlaví, jehož sexuální identifikace však náleží pohlaví opačnému.

Podle Mayera existují čtyři základní charakteristiky, které musí pacient vykazovat, aby mohla být diagnostikována transsexualita:

- a) pocit nevhodnosti nebo nepřiměřenosti anatomicky dané pohlavní role
- b) víra, že změna role povede ke zlepšení
- c) výběr sexuálních partnerů téhož anatomického pohlaví a chápání sama sebe jako heterosexuála
- d) touha po chirurgické změně pohlaví

Transsexualismus je nejextrémnějším vyjádřením pohlavní rozlady (gender dysphoria). Ta je považována za základní znak poruch pohlavní identity a je definována jako „ pocit nepohodlí, který osoba připisuje neshodě mezi svou pohlavní identitou na jedné straně a svou pohlavní rolí a biologickým pohlavím na straně druhé.“

Transsexualita označuje zadržovanou rozepří nebo pocit nepříslušnosti k vlastnímu pohlaví. Transsexuálové mají jednoznačné chromozomální pohlaví a netrpí ani žádným dosud identifikovaným tělesným (chromozomálním) onemocněním. Cítí se chyceni ve falešném těle a pudově pociťují silnou touhu po změně pohlaví.

Transsexualita je podle oficiálně platné Mezinárodní klasifikace nemocí vedena pod diagnózou F 64.0 a je definována 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. (4, s.17)

POHLAVNÍ IDENTITA

Pohlaví každého člověka je určováno na několika úrovních. Základní je pohlaví genetické, které je dáno pohlavními chromozomy. Přítomnost chromozomu X a Y znamená mužské a přítomnost chromozomu XX ženské pohlaví. Na těchto chromozomech se nacházejí geny, které rozhodují již v rané fázi embryonálního vývoje o formování pohlavních žláz (varlat u muže a vaječníků u žen) z původně indiferentní genitální lišty. Hovoříme o pohlaví gonadálním nebo anatomickém. Zevní projevy pohlavní identity nazýváme pohlavní rolí. Při jejím formování v období vývoje se vedle biologických a psychogenních aspektů uplatňuje i vliv rodičů. To, jak se k dítěti chová jeho nejbližší okolí již od raného dětství, buď přispívá ke každodennímu potvrzování jeho pohlavní identity, nebo může prohlubovat budoucí konflikt či nejistotu v této oblasti. S nečetnými výjimkami se u lidského druhu rozlišují dvě pohlaví a většina dětí si osvojuje stále pojetí sebe sama jako muže nebo ženy. Osvojují si to, co vývojoví psychologové označují jako pohlavní identitu.

Citují:

„ Akceptace vlastností a chování, které určitá kultura pokládá za přiměřené pro ženy a pro muže, se označuje jako přijetí sexuální role. Prvním vědcem, který se pokusil podat souhrnný popis vývoje pohlavní identity a přijetí sexuální role, byl Sigmund Freud, jehož psychoanalytická teorie v sobě obsahuje teorii vývojových stádií psychosexuálního vývoje.“ (4, s. 19)

ETIOLOGIE TRANSSEXUALITY

Když Benjamin v 50. letech popularizoval termín „ transsexualita“ prezentoval tím i své přesvědčení, že jde o hluboce zakořeněné jednání, které předpokládá nesoulad fyzického a

duševního pohlaví. Poukázal také na to, že přesvědčení transsexuálních lidí, že jsou skutečně muži a ženami s nevhodným fyzickým pohlavím, je opravdové a nepředstírané. Od té doby se datují snahy o nalezení a vysvětlení příčin vedoucích k tak závažné poruše, jakou transsexualita je. Teorie můžeme rozdělit do dvou základních skupin:

- vysvětlují vznik transsexuality na základě biologických faktorů
- snaží se v etiologii poruchy najít především psychologické mechanismy

Zatímco psychologické teorie vycházejí z psychoanalýzy, biologické teorie se zabývají hormonálními vlivy v prenatálním stadiu. Hlavními oblastmi mozku zodpovědnými za procesy sexuální diferenciacce jsou hypothalamus a amygdala. Jde o tři relativně samostatná centra.

- centrum pro maskulinní či femininní typ sekrece gonadotropinů
- centrum pro sexuální orientaci
- centrum pro sexuální roli

Právě tato centra se podílejí na vzniku zvláštností lidské sexuální orientace a identifikace. Výzkumy poukazují na rozhodující vliv biologických faktorů v etiologii transsexuality. Vliv psychologických faktorů se však nepovedlo prokazatelně potvrdit.

CHARAKTERISTICKÉ PŘÍZNAKY TS

- přesvědčení, že dotyčný je příslušníkem opačného pohlaví
- oblékání se a vystupování v roli opačného pohlaví
- odpor k vlastním genitáliím a přání jejich změny
- trvající touha po změně pohlaví operativní cestou

DIAGNOSTIKA TRANSSEXUALITY

Primárním diagnostickým nástrojem je nestrukturovaný rozhovor a klientova výpověď. Nedílnou součástí diagnostického procesu je i RLT (Real Life Test, zkouška opravdového, skutečného života).

Cituji:

„ Je třeba říci, že přímé psychodiagnostické metody, zaměřené na zjištění této diagnózy neexistují. Psychologické vyšetření se soustřeďuje spíše na zjištění odlišností v jiných oblastech a srovnáním s populační normou. Tradičně se vyšetřují anomálie osobnosti, motivační a charakterové.“V praxi se rozlišují tři druhy vyšetřovacích metod.

- metody psychodiagnostické
- metody psychofyziologické
- metody anamnestické

Psychodiagnostické testy

Pomocí těchto testů nacházíme u transsexuálních jedinců především neurotickou nebo depresivní symptomatiku, která je důsledkem problémů spojených se životem v nepreferované pohlavní roli. Určení pohlaví transsexualismu pouze psychodiagnostickými metodami je však nemožné. Mohou přispět spíše k charakteristice inteligence, osobnosti, motivace, vhodnosti k léčbě či možnosti resocializace transsexuálních klientů než k určení jejich poruchy identity.

Psychofyziologické diagnostické testy

PPG (phaloplethysmografie) a VPG (vulvoplethysmografie). Tyto metody jsou založeny na přístrojové registraci změn prokrvení genitálu v závislosti na předkládaných vizuálních či erotických stimulech.

Anamnestický rozhovor

Je nejspolehlivější metodou pro určení možného odchýlného vývoje pohlavní identity. Za základní diagnostické vodítko v rámci anamnestické explorace považujeme následující charakteristiky:

- preference hraček a her v předškolním věku
- preference oděvu
- odpor k primárním a sekundárním pohlavním znakům a jiným biologickým projevům dospívání
- neerotické sny a denní fantazie
- masturbační fantazie a erotické sny

- zamilovanost a partnerské vztahy
- sexuální aktivity
- charakteristiky pohlavní role

ZÁKLADNÍ ETAPY PROCESU PŘEMĚNY POHLAVÍ

Proces přeměny pohlaví je dlouhodobou a komplexní záležitostí, která probíhá dle určitých pravidel. Lze ho rozdělit do následujících fází:

- a) diagnostika
- b) rozhodovací proces
- c) RLT, RLE (Real Life Test, Real Life Experience)
- d) hormonální terapie
- e) operativní zákroky
- f) pooperační období

DIAGNOSTIKA

Trvání diagnostické fáze lze těžko odhadnout či naplánovat. Někteří klienti již na prvním sezení přesvědčivým a vyčerpávajícím způsobem demonstrují svou psychickou identitu a nenechají nikoho na pochybách o tom, že znají svou pohlavní příslušnost. Na druhou stranu je i mnoho takových, kteří se hledají doslova celé roky a diagnostickou fází u nich nelze jakkoliv urychlovat.

FÁZE ROZHODOVACÍ

Tato fáze by měla následovat po nezvratném potvrzení diagnózy. Povinností terapeuta je podat klientům vyčerpávající informace o všech možnostech terapie, výhodách jednotlivých postupů i o rizicích s nimi spojených.

REAL LIFE TEST, REAL LIFE EXPERIENCE

Fáze, v níž si klient sám otestuje svou schopnost žít v roli harmonizující s jeho psychickou identitou. Postupně v ní začíná žít ve všech oblastech svého života. Činí tak novou

zkušenost (RLE) a zároveň podstupuje jakýsi test správnosti svého rozhodnutí (RLT). Jde o složité období, ve kterém určitou podporu poskytuje úřední akt změny jména a příjmení na neutrální tvar, ten obvykle proběhne v této fázi léčby.

HORMONÁLNÍ TERAPIE

Hormonální terapie by měla před zahájením vlastních chirurgických zákroků trvat minimálně jeden rok, měly by být zřetelně vytvořené tělesné znaky a hladiny pohlavních hormonů by se měly blížit normám vlastním požadovanému rodu. Podstatou hormonální léčby u transsexualismu je podávání sexagenů – estrogenů a androgenů mužským transsexuálům a androgenů ženským transsexuálům. Po zahájení této léčby dochází u obou skupin k poklesu aktivity hypotalamického gonadoliberinu, FSH a LH a nakonec příslušných vlastních sexuálních hormonů.

OPERATIVNÍ VÝKONY

Rutinně se provádějí první dva zákroky - redukční mamoplastika a hysterektomie s adnexotomií – dohromady. Tyto dvě operace tvoří základnu, nástavbu tvoří rekonstrukční zákroky. Pro zahájení chirurgického výkonu je nezbytné schválení operačního výkonu lékařskou komisí. Úlohou komise je posoudit celkový stav klienta, přehodnotit osobní i sociální anamnézu a splnění daných podmínek pro konverzi. Členové komise jsou ošetřující lékaři – sexuologové a operatéri. Kromě nich je přítomen také zástupce nemocnice, právník a zástupce občanského sdružení TransForum. Jestliže žadatel splní všechny podmínky, tj. potvrzení diagnózy dvěma odborníky, délka hormonální léčby alespoň 12 měsíců a před posuzováním komisí ještě minimálně rok psychoterapie, pak je obvykle výsledkem jednání komise doporučující stanovisko.

POOPERAČNÍ OBDOBÍ

Proces přeměny pohlaví je pak dokončen definitivní změnou úřední identity. Klient mění jméno a příjmení na tvary definitivně mužské či ženské, dostává nový rodný list a nové rodné číslo, mění si všechny potřebné doklady a dokumenty. V dalším životě má pak všechny práva a povinnosti příslušející danému pohlaví. V pooperačním období pak klient dochází na pravidelné kontroly, užívá předepsanou farmakoterapii a absolvuje doporučené laboratorní kontroly a vyšetření. (4, s. 21 – 43) (6, 1.11.2007) Viz příloha č. 7

STANDARTNÍ KRÁTKODOBÁ OŠETŘOVATELSKÁ PŘEDOPERAČNÍ PÉČE

Respektujeme příslušné pohlaví, s nímž se klient/ka identifikuje.

Standartní předoperační vyšetření: RTG srdce + plic, interní předoperační vyšetření, krev-biochemické, sérologické, hematologické, koagulační vyšetření.

Den před operací:

- Před plánovaným operačním zákrokem je vhodné provést perorální přípravu střeva, protože při preparaci v těsné blízkosti rekta nelze úplně vyloučit riziko otevření střeva
- Hygienická péče – příprava operačního pole (oholení genitálu)
- Na noc podáváme hypnotika a sedativa, premedikace dle anesteziologa
- Od 24 hod nihil per os.

V operační den:

- Premedikace – dle ordinace lékaře
- Kontrola FF a vědomí
- Zajištění psychického klidu – (povzbuzení, rozhovor)
- Hygienická péče
- Bandáž dolních končetin

POOPERAČNÍ KOMPLIKACE

Míru rizika komplikací je třeba pečlivě zvážit a klientovi je plně sdělit. Jedná se nejen o běžná rizika chirurgických výkonů, jakými jsou : krvácení, infekce, otok, dehiscence rány pooperační tromboembolické komplikace, ale jde zejména o rizika specifická pro konverzní výkony: ohrožení kontinence moči, stolice, vznik střevní píštěle, močové píštěle a nekróza kožního štěpu. Dlouhodobé podávání androgenů může vést k přechodné elevaci jaterních enzymů, vzrůstu hmotnosti a ke vzniku akné. Léčba estrogeny může vést k tromboembolickým komplikacím, hyperprolaktinemií, depresím. Pacienti jsou ohroženi i méně obvyklými komplikacemi, jako je například karcinom prostaty u transsexuální osoby s ženským genitálem vytvořeným chirurgickou konverzí.

STANDARTNÍ KRÁTKODOBÁ POOPERAČNÍ PÉČE

- Klient/ka je po výkonu převezen/a na pooperační pokoj s intenzivní péčí
- Sledujeme fyziologické funkce (krevní tlak, tělesnou teplotu, puls, dech, vědomí) dle stanovených intervalů
- Sledujeme operační ránu – kontrola obvazu: prosakování, vytékání krve z rány, správné ošetření drénu – měříme množství a obsah
- Monitorujeme bolest a upravujeme intervence a léčbu bolesti
- Věnujeme péči dostatečnému přívodu tekutin parenterální výživou – bilance tekutin
- Pečujeme o dostatečný spánek
- Prevence tromboembolické nemoci (TEN) časné vstávání, medikamentózní podpora a ostatní prevence (BDK, RHB..)
- Pečujeme o vyprazdňování močového měchýře (po konverzi se cévka ponechává 7-10 dní)
- Pečujeme o vyprazdňování stolice – vzhledem k výkonu v oblasti malé pánve, (riziko obstipace)
- Realimentace – ponecháváme parenterální výživu s tekutou stravou. Začínáme s dietou tekutou, přes kašovitou, třetí pooperační den předepisujeme normální stravu
- Psychoterapeutická intervence závisí na osobnostních charakteristikách klienta, na duševní zralosti a způsobu a kvalitě adaptace

EDUKACE: (SPOLEČNÁ PRO DG. TS)

- Dlouhodobá rehabilitace sexuologická a fyzikální k udržení a zlepšování funkce nových pohlavních orgánů.
- Zvýšená hygienická péče – prevence vzniku infekce.
- Trvalá dispenzarizace – výskyt komplikací (elevace jaterních enzymů..)
- Dlouhodobá hormonální farmakoterapie.

TS M to F : Po tamponádě pochvy, která trvá 2 – 3 dny, provádí dále autodilataci neovaginy, jako prevenci stenózy pochvy. Po operaci je možné močení ve fyziologické poloze nového pohlaví.

TS F to M : Pro potřebu sex. uspokojení se doporučuje použití snímatelné dlahy z PVC, event. další plánované operace s implantací protéz. Dva roky po rekonstrukční operaci je možno močit ve stoje.

PROGNÓZA:

Výjimečně se stává, že někteří z transsexuálů vyjadřují po přeměně pohlaví s jejím provedením nespokojenost. Většinou se bez potíží adaptují na novou identitu. Nacházejí nový smysl života. Mají práva a povinnosti příslušející danému pohlaví. Pro příznivou prognózu je nutná spolupráce pacienta, dlouhodobé sledování event. řešení případných adaptačních problémů. Pro úplnou spokojenost se klienti dostavují na další plánované rekonstrukční zákroky. (4, s. 25, 34) (7, s. 42-46) (Viz příloha č.3)

B. 2 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: A.P.

Oslovení: slečna P.

Rodné číslo: 840000-111

Věk: 24 let

Povolání: prادلena

Vzdělání: vyučena jako elektrikář

Národnost: česká

Adresa: Litoměřice

Vyznání: bez vyznání

Pojišťovna: 201 – vojenská zdravotní pojišťovna

Stav: svobodná

Osoba, kterou lze kontaktovat: matka M.P.

Datum přijetí: 28.11.2007

Důvod přijetí: plánovaný operační výkon - 30.11.2007

Pacientku jsem ošetřovala 29.11.2007 – předoperační péče – urologické oddělení
3.12 – 6.12.2007 – pooperační péče - urologické odd.

B.3 Lékařská anamnéza a diagnóza

B.3.1 Lékařská anamnéza

Osobní anamnéza

V dětství častější infekce dýchacích cest – ozdravný pobyt v lázních,
1997- rhinosinusitis chronická na podkladě polyvalentní alergie,
2001- dispenzarizována na dětské kardiologii pro nepravidelnost srdeční akce – bez omezení,
3/2007 operace štítné chrupavky – plastika

Rodinná anamnéza

Matka sledována pro bolesti páteře, otec zdravý, dědeček zemřel v 70 letech na karcinom plic, babička v 75 letech na rakovinu žaludku, sestra – luxace kyčle, bratr - hluchota na pravé ucho.

Nynější onemocnění

Nyní pro diagnózu - porucha pohlavní identity přijatá ke chirurgické konverzi pohlaví.

Sociální anamnéza

Pacientka je svobodná, žije s matkou a třemi sourozenci v bytě 2+kk, otec žije sám v Křešicích, jsou rozvedení, kontakt s dětmi udržuje. Vyučena v oborů elektrikář, nyní pracuje jako prادلena.

Alergická anamnéza

Alergie na prach, peří a roztoče

Farmakologická anamnéza

Pacientka užívala tyto léky: (vysazeny 14. dní před operací)

Androcour 50 mg tbl. 1-0-1 (antihormon, antiandrogen)

N.Ú. reverzibilní inhibice spermatogeneze, impotence, gynekomastie spojená se zvýšenou citlivostí prsou, sterilita, napětí v prsech, váhový přírůstek, únavnost, neklid.

Estrimax 2 mg tbl. 1-0-0 (ženský pohlavní hormon)

N.Ú. nauzea, otoky, bolest hlavy, migréna, úzkost, změny jaterních funkcí. (5, s. 424, 635)

B.3.2 Lékařská diagnóza

Hlavní důvod přijetí

Plánovaný 30.11.2007 operační výkon – chirurgická konverze pohlaví z důvodu poruchy pohlavní identity (TS M to F)

B.4 Diagnostická vyšetření

Fyziologické funkce :

Při přijetí 28.11.2007: Krevní tlak – 125/60

Puls – 80/min.

Tělesná teplota – 36,7°C

Dech 18/min.

Pacientka při vědomí, orientována plně osobou, časem a prostorem.

Výška – 180 cm

Váha – 67 kg

BMI - 21

Předoperační vyšetření

Interní vyšetření

19.11.2007 Závěr: Pacientka je schopná výkonu v celkové anestézii. Oběhově kompenzovaná.

EKG

14.11.2007 Závěr: Bez akutních ischemických změn na myokardu, inkomp blok PTR.

Krev – sérologické vyšetření

12.11.2007 BWR-negativní

HgsAg- negativní

Krev – biochemické vyšetření

12.11.2007

Natrium, Kalium, Glukóza, Urea, Kreatinin, Bilirubin, Celková bílkovina , ALP, GMT, AST == v normě

Chloridy.....117mmol/l (98-107)

ALT.....0,8ukat/l (0,10-0,63)

Krev – hematologické vyšetření

12.11.2007 KO – Leukocyty, erytrocyty, trombocyty, hemoglobin== v normě.

Krev – koagulační vyšetření

12.11.2007

Quick, APTT = v normě.

RTG vyšetření srdce, plic

10.11.2007

Závěr: Plicní parenchym bez ložiskových změn, srdeční stín nezvětšen, base volné.

Fyzikální vyšetření: UROLOGICKÉ

Varlata ve skrotu, bilaterálně, nebol., bez patol. rezistence. Penis bpn. Prostata nezvětšená, hladká, symetrická, elastická, nebol.

Pooperační vyšetření

Fyziologické funkce v pooperačním období 3.-6 den měřeny 1 x denně.

V době mé praxe se hodnoty příliš neměnily, byly v tomto rozmezí.

- Krevní tlak – 130/70
- Puls – 86/min.
- Tělesná teplota – 37 stupňů Celsia
- Dech – 19 dechů/min.

Pacientka při vědomí, orientována plně osobou, časem a prostorem.

Laboratorní vyšetření

*Krev- hematologické vyšetření

3.12.2007

KO – Leukocyty, trombocyty = v normě

Erytrocyty.....3.71x10/l.....(4.20-5.40)

Hemoglobin.....8.2g/l.....(12.0-16.0)

Hematokrit.....0.292.....(0.370-0.460)

4.12.2007

KO – Leukocyty, trombocyty, erytrocyty = v normě

Hemoglobin.....9.4g/l.....(12.0-16.0)

Hematokrit.....0.350.....(0.370-0.460)

6.12.2007

KO – Leukocyty, trombocyty, erytrocyty = v normě

Hemoglobin.....10.6g/l.....(12.0-16.0)

Hematokrit.....0.358.....(0.370-0.460)

*Krev – Koagulační vyšetření

4.12.2007

Quick, INR = v normě.

*Moč – chemické vyšetření

4.12.2007

pH, bílkoviny, glukóza, aceton, urobilinogen, bilirubin = v normě

*Močový sediment

4.12.2007

erytrocyty, leukocyty, epitele, bakterie, hlen = v normě.

B.5 Terapeutická péče

Předoperační terapeutická péče: - Premedikace dle anesteziologa (Fragmin 5000j s.c ve 22hod. + Oxazepam 10 mg p.o., ráno v 7 hod. Oxazepam 10 mg. p. o.)

- Standardní předoperační ošetrovatelská péče - omezení výživy - v den příjmu tj. 28.11.2007 dieta OM (tekutá), 29.11.2007 pouze Fortrans 4 l roztoku k vnitřnímu užití - vyprázdnění TS
- Hygienická péče, příprava operačního pole – kontrola oholení genitálu
- Bandáž dolních končetin
- Psychologická intervence – (povzbuzení klientky)

B.5.1 Pooperační chirurgická terapie

3.12. – 6.12.2007

Dne 30.11.2007 provedena v celkové anestézii chirurgická konverze pohlaví z důvodu poruchy pohlavní identity.

Operační protokol v příloze č. 6.

B.5.2 Péče o ránu a žilní vstup

Operační rána

4.12.2007 asistence při převazu operační rány v oblasti genitálu, velikost rány cca 14cm – dezinfekce - Cutasept, mastný tyl a sterilní krytí. Rána je klidná, bez známek infekce a krvácení.

4.12.2007 extrakce plastického válce z neovaginy, po názorné ukážce a edukaci ošetřujícím lékařem provádí dále autodilataci vaginálního otvoru speciální pomůckou 3 – 4 x denně.

Drény

Redonův drén zaveden 30.11.2007 do vaginálního kanálu, vyveden před pravým labiem. Dne 3.12.2007 byl odstraněn, neodváděl. Rána a okolí vstupu drénu klidná.

Periferní žilní katétr

Zaveden dne 30.11.2007 na levém předloktí, obden převaz (dezinfekce Cutaseptem, sterilní krytí Tegadermem). PŽK jsem vyndala 3.12. - 3.poop.den a provedla jsem jeho nové zavedení (pravé předloktí). Odstraněn dne 5.12.2007, pacientka bez i.v. medikace.

Permanентní močový katétr

PMK Folley 16 CH zaveden v den operace 30.11.2007 na operačním sále a extrahován 5.12.2007 – 5. pooperační den. Pro močovou retenci z důvodu otoků zevního ústí uretry, provedena v ten den katetrizace PMK, volně zaveden Tiemannův katétr 16 CH. Reziduum tvořilo 550 ml moče. Cívka odváděla čistou moč. Diuréza 1600ml. Při manipulaci – Cutasept, výměna sběrného systému 1 x týdně.

B.5.3 Infúzní terapie

Přes periferní žilní katétr (PŽK), spádově

30.11. - 4.12.2007

Unasyn 3g ve 100 ml F1/1 **8 – 16 – 24**

(antibiotikum)

N.Ú.: nauzea, zvracení, průjem, vyrážka, svědění, anafylaktické reakce.

B.5.4 Injekční terapie

30.11. až 3.12.2007 - **Dipidolor 15 mg** (1amp i.m. na noc) – analgetikum

30.11.2007 až 4.12.2007 – **Fragmin 5000 j s.c.....**0 – 0 – 1 v 22hod.

(antikoagulans – předplněná injekční stříkačka)

B.5.5 Farmakoterapie

Algifen gtt. 20 – 20 – 20 p.o (analgetikum, spazmolytikum)

N.Ú.: kožní vyrážka, kopřivka, dušnost, pokles krevního tlaku, oběhové selhání, poruchy krvetvorby, pocení, závratě, únava, ospalost, bolesti hlavy, nevolnost, zvracení, zácpa, bušení srdce.

Unasyn 375mg tbl. od 5.12.2007 (širokospektré antibiotikum)

NÚ.: průjmy, nevolnost, zvracení, bolesti nebo křeče v nadbříšku, vyrážka, svědění kůže, ospalost, únava, bolesti hlavy. (5, s. 1152)

B.5.6 Transfúzní terapie

Přes periferní žilní katétr, 3.12.2007 3 x T.U EBR – jednorázově, bez komplikací.

B.5.7 Fyzioterapie

Pacientka přes postupnou vertikalizaci - v první pooperační den, chodí dále bez pomoci.

B.5.8 Dietoterapie

Pacientka měla přes postupnou tekutou a kašovitou dietu, 3. pooperační den normální stravu, racionální dietu č.3.

B.6 Stručný průběh hospitalizace

Slečna A.P. byla přijata dne 28.11.2007 na urologickou kliniku, k plánované chirurgické konverzi pohlaví M to F, 30.11.2007 po předchozí přípravě proběhl operační zákrok v celkové anestezii, pacientka byla převzata na jednotku intenzivní péče, kde 2.12 opichové stehy uretry a neoklitoridy pro krvácení. Postupná anemizace, krevní ztráta hrazena krevními deriváty, 3.12.2007 byla v stabilizovaném stavu přeložena na standardní oddělení , kde jsem ji ošetřovala.

C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

C. 1 Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu

Před operací : 29.11.2007

Po operaci.: 3.12.2007

C.1.1 Subjektivní náhled pacientky na onemocnění

Pacientka dlouhodobě dva roky připravovaná na operační výkon. Ten považuje za poslední krok k své celkové psychické spokojenosti. Na výkon se těší, ale zároveň má obavy ze změn, které táto operace se sebou nese. Věřila v úspěšnost operace. Po dobu mého ošetřování jsem nepozorovala negativní reakce klientky na hospitalizaci.

C.1.2 Základní tělesné potřeby

Dýchání

ANAMNÉZA

Problémy s dýcháním měla jenom v dětství - v 15 letech. Trpěla častějšími infekcemi dýchacích cest – byla pouze v láních, dále bez sledování a léčby. Je nekuřačka. Alergická na prach, peří a roztoče. Potíže s dýcháním neočekává.

PŘEDOPERAČNÍ STAV

Pacientka neudává potíže při dýchání. Dech 18 / min.

POOPERAČNÍ STAV

Po dobu mého ošetřování byla bez známek onemocnění respiračního systému. Bez oxygenoterapie a dechové fyzioterapie. Dech 17 / min.

Hydratace

ANAMNÉZA

Klientka je zvyklá přijímat 2 – 2,5 l tekutin denně, má takovou potřebu. Pije hlavně minerální vody a limonády. Alkohol nepije, někdy si dá po obědě kávu.

PŘEDOPERAČNÍ STAV

V nemocnici má k dispozici vodu nebo čaj, množství jí vyhovuje. Udává, že vypije asi 2 l tekutin. Kůže a sliznice bez známek dehydratace, otoky jsem nepozorovala.

POOPERAČNÍ STAV

Klientka je v hydrataci soběstačná. Denní příjem tekutin je 2 – 2,5 l.

Výživa

ANAMNÉZA

Svoji váhu považuje za přiměřenou, váhový úbytek nezaznamenala. Doma nebo v zaměstnání jedla jen oběd, snídala málokdy, protože jak říká, po ránu jí moc nechutná. Sní skoro všechno, kromě sóji a rajčat. Má k nim odpor už od dětství. Dietu nikdy nedržela.

PŘEDOPERAČNÍ STAV

Stav chrupu má dobrý, potíže s polykáním neudává. V den příjmu měla dietu OM, den před operací přijímala pouze tekutiny, absolvovala per orální přípravu roztokem Fortrans. Edukovaná o příjmu tekutin max. do 24 hodiny.

POOPERAČNÍ STAV

Dnes, po překladau tj. 3 pooperační den má poprvé dietu č.3, jíst jí chutná, sní skoro všechno. U pacientky byl změřen BMI – 21 (norma). Hmotnost byla zaznamenána při příjmu, nezměnila se. Pacientka v příjmu stravy soběstačná.

Vyprazdňování

MOČ

ANAMNÉZA

Problémy s močením v dřívější době neměla. Nezaznamenala změny ve vylučování moče nebo onemocnění močového systému. Moč bez příměsí.

PŘEDOPERAČNÍ STAV

Pacientka do dne operačního zákroku močila spontánně, čistou moč.

POOPERAČNÍ STAV

V den operace byl na operačním sále zaveden permanentní močový katétr Folley 16 CH., který se dle operátora extrahoval 5.12. Pro močovou retenci, z důvodu otoků zevního ústí uretry, byla v ten den znovu nutná katetrizace PMK, volně zaveden Tiemannův katétr 16 CH. Reziduum tvořilo 550 ml moče. Cévkou odváděla čistou moč, nebyl nutný proplach fyziologickým roztokem. Bilance tekutin vyrovnaná. Moč po dobu mého ošetřování žlutá, bez zápachu a příměsí. Soběstačná v hygienické péči a manipulaci s PMK.

STOLICE

ANAMNÉZA

Doma se vyprazdňuje pravidelně. Obvykle každý druhý den, ráno. Potíže v této oblasti dosud nepozorovala. Nepoužívala žádné pomocné prostředky.

PŘEDOPERAČNÍ STAV

V rámci standardní předoperační přípravy – vyprázdnění tlustého střeva, absolvovala klientka perorální přípravu roztokem Fortrans, celkem 4 l. Stolice byla čirá, vodnatá, bez příměsí. Přípravu zvládla bez komplikací.

POOPERAČNÍ STAV

Od operačního výkonu nebyla ještě na stolici, normální stravu – racionální dietu č. 3 začala přijímat 3. poop. den, neměla pocit zácpy, verbalizovala mírný tlak v břiše. Byla zároveň edukovaná o možnosti vzniku rizika obstipace, jako důsledku proběhlého zákroku v oblasti malé pánve a případné bolesti při první defekaci.

Spánek a odpočinek

ANAMNÉZA

Doma nemá s usínáním a se spánkem žádné problémy. Spí 7 - 8 hod denně. Chodí spát kolem 22. hod., vstává v 5.30 hod. Před spaním si ráda vyvětrá.

PŘEDOPERAČNÍ STAV

V době před operací v oblasti spánku a odpočinku bez obtíží. Seznamovala se s novým prostředím, připravovala se na operační výkon, na noc před operací dle ordinace podán Oxazepam 10 mg.

POOPERAČNÍ STAV

Pacientka udávala potíže s usínáním. Jak říkala, zdímla si i během dne, po obědě na 30 min. až na 1 hod. Nebyla unavená, ale neměla co dělat. V důsledku změněné denní aktivity se u pacientky projevila nespavost.

Teplo a pohodlí

ANAMNÉZA

V domácím prostředí upřednostňuje spíše chladnější klima, jak říká, je spíš „zimní typ“, ráda si před spaním vyvětrá.

PŘEDOPERAČNÍ STAV

Pocit tepla a pohodlí bez verbalizace nedostatků.

POOPERAČNÍ STAV

V této oblasti pacientka nevykazovala žádné specifické požadavky. Vyhovovala jí pokojová teplota i lůžko, před spaním si ráda vyvětrala. Pocit pohodlí neměla narušen. Nevykazovala známky snížené nebo zvýšené tělesné teploty.

Bolest

ANAMNÉZA

V minulosti bez fyzické bolesti, na prvním místě byla bolest psychická. Hlavní příčinou bylo „uvěznění“ v jiném těle, pomoc a možnost „vysvobození“ našla u MUDr. Fifkové, která ji poskytla dostatek času a informací, aby se vůbec se skutečností svého onemocnění vyrovnala a dospěla k rozhodnutí chirurgické změny pohlaví.

PŘEDOPERAČNÍ STAV

V tomto období klientka bez známek bolesti, spolupracovala na přípravě.

POOPERAČNÍ OBDOBÍ

Pacientka byla třetí den po operačním výkonu. Verbalizovala bolest lokalizovanou na operační ránu v oblasti genitálu, chápala její příčinu. Intenzita na vizuální škále bolesti označena na stupnici 4 - 5. (viz příloha č. 5). Podle kvality šlo spíše o pálivou bolest, doba trvání se zkrátila, ústup zaznamenala po podání analgetik. Z paliativních faktorů využila poslech hudby. Bolest ji v aktivitě nijak výrazně neovlivňovala, byla soběstačná.

Osobní hygiena a stav kůže

ANAMNÉZA

Doma se sprchuje dvakrát denně. Má takovou potřebu. Snaží se dbát o svůj vzhled.

PŘEDOPERAČNÍ STAV

Klientka dbá na hygienickou péči, sprchuje se obvykle ráno. Vystupuje vždy upravená a čistá, zakládá si na upraveném vzhledu. Vlasy po ramena, bez známek ochlupení, nehty čisté, upravené, přiměřeně dlouhé.

POOPERAČNÍ STAV

Po chirurgickém výkonu je pacientka v oblasti hygienické péče zcela soběstačná. Dbá na čistotu prádla a úpravu zevnějška.

Kožní integrita porušená v důsledku operačního výkonu – chirurgické konverzi pohlaví. Operační rána lokalizovaná v oblasti genitálu, sprchovaná pouze vlažnou vodou, místa zavedení drénu, PŽK ošetřené – sterilními převazy. Klientka bez známek patofyziologických změn.

Sexuální potřeby

ANAMNÉZA

Asi před 5 lety měla známost, ale byl to jen takový „pokus“. Tahle zkušenost ji ještě více utvrdila v přesvědčení, že se cítí být ženou. Plánovala teď být nějaký čas sama.

PŘEDOPERAČNÍ STAV

Pacientka neměla problém mluvit na toto téma. Byla poučená o pooperační dilataci neovaginy. Dle doporučení si na příjem přinesla požadovanou rehabilitační pomůcku.

POOPERAČNÍ STAV

4.12. po extrakci plastického válce z neovaginy začala pacientka autodilataci 3 – 4 x denně. Chápala to jako součást léčebného procesu a tak k tomu i přistupovala. Zpočátku měla neutrální pocity, ale postupně se dostavily známky „uspokojení“. Byla edukovaná o nutnosti pravidelné dilatace i po propuštění do domácího prostředí, jako prevenci rizika vzniku stenózy. Zároveň verbalizovala i obavy v kvalitě sexuálního života, při event. partnerském soužití.

Fyzická aktivita a psychická aktivita

ANAMNÉZA

Slečna A. pracuje jako prادلena. Svě povolání hodnotila po fyzické stránce za poměrně náročné. Hlavně proto, že většinu pracovní doby je „na nohou.“ Jinou pohybovou nebo fyzickou aktivitu nevyvíjí. Volný čas tráví hlavně čtením, poslechem rádia, získáváním informací ke studiu „pilotky“ a také udržováním kontaktů s lidmi stejného „osudu“.

PŘEDOPERAČNÍ STAV

Klientka je informovaná o pohybovém režimu na oddělení. Seznamuje se s harmonogramem a s chodem oddělení. Připravuje se na plánovaný výkon.

POOPERAČNÍ STAV

Volný čas tráví na oddělení poslechem hudby nebo čtením. Chodí bez problému, nevyžaduje fyzioterapeutickou péči. Postupně zvládá i návštěvu jednotlivých komponentů zdravotnického zařízení.

C.1.3 Psychosociální potřeby

EXISTENCIÁLNÍ

Bezpečí a jistota

ANAMNÉZA

Než se dozvěděla o možnosti řešení svého problému neměla subjektivní pocit bezpečí a jistoty, což se projevovalo hlavně úzkostí a obavami z budoucna. Pomoc formou podpory a možné „naděje“ do budoucna našla na sezeních u MUDr. Fífkové a také ze strany své matky.

PŘEDOPERAČNÍ STAV

V tomto období se u pacientky projevovala spíše mírná nervozita z blížícího se výkonu. Ve společnosti matky byla klidnější, zlepšení pocitu bezpečí a jistoty zaznamenala po rozhovoru s operátorem a ostatním personálem.

POOPERAČNÍ STAV

Svůj zdravotní stav hodnotila po operaci pozitivně. Jak říkala je na „dobré cestě“. Předtím to bylo trápení, necítila se dobře. Byla jakoby uvězněná v „jiném těle“. Teď je konečně „osvobozena.“ Pocit bezpečí a jistoty jí narušovala oblast pracovní. Pracuje jako prادلena, ale do zaměstnání nechodí ráda. Není spokojená s finančním ohodnocením a nenachází v něm pocit uspokojení. Uvědomuje si nutnost řešení tohoto problému.

Zdraví

ANAMNÉZA

V roce 2005 MUDr. Fífkovou diagnostikovaná porucha pohlavní identity – transsexualizmus. První příznaky byly patrné kolem 3 let. Charakteristickými znaky byla preference hraček a oděvu a také odpor k primárním a sekundárním znakům, které považovala za „handicap“. Snaží se prosazovat zdravý životní styl, hlavně v oblasti životosprávy a relaxace. Anamnéza na kouření, alkohol a jiné návykové látky je negativní.

PŘEDOPERAČNÍ STAV

Klientka měla kladný postoj ke svému zdraví, proto se také rozhodla podstoupit operační změnu pohlaví za účelem ukončení svého „psychického trápení“ jako předpokladu plnohodnotného života. Spolupracovala na přípravě.

POOPERAČNÍ STAV

Schopná péče o vlastní zdraví, zcela soběstačná. Zaujímal kladný postoj k změně a proběhlé operaci. Na upevňování zdraví se během mého ošetřování aktivně podílela.

Soběstačnost

ANAMNÉZA

V domácím prostředí zcela soběstačná, uspokojování potřeb a jednotlivé aktivity běžného života zvládá bez pomoci.

PŘEDOPERAČNÍ STAV

ADL 100 klientka soběstačná.

POOPERAČNÍ STAV

Dle ADL z 3 pooperačního 95 dne zvládá jednotlivé úkony sama, nevyžadovala spolupráci. (Viz příloha č. 4)

Adaptace

ANAMNÉZA

V důsledku své diagnózy měla klientka potíže i v této oblasti. Bylo to pro ni období beznaděje, krok k zlepšení nastal až po stanovení termínu k operaci. Žít v ženské roli si vyzkoušela už ve fázi RLT, RLE, proto v této oblasti neočekávala větší potíže.

PŘEDOPERAČNÍ STAV

Klientka spolupracovala na předoperační přípravě, přijímala slovní podporu. Snažila se myslet pozitivně.

POOPERAČNÍ STAV

Klientka si pomalu začala uvědomovat provedenou pohlavní změnu. Verbálně projevovala spokojenost. Postupně se adaptovala a seznamovala s anatomi pro ni „nového“ pohlavního orgánu. Účastnila se na vlastní ošetrovatelské péči.

Informace

ANAMNÉZA

Zdrojem informací, z kterého se dozvěděla o podstatě svého onemocnění byl internet. Postupně navázala kontakty s lidmi podobné diagnózy, na doporučení kterých navštívila MUDr. Fífkovou. Po rozhovoru s ní byla rozhodnuta „odstartovat boj“, z kterého chtěla „vystoupit“ jako vítězka. V domácím prostředí jako zdroje informací využívá: tisk, televizi a internet.

PŘEDOPERAČNÍ STAV

Součástí předoperační přípravy byla informovanost pacientky o plánovaném operačním zákroku. Operatér jí informoval jak o průběhu tak i komplikacích tohoto výkonu. Věděla, že v případě jakýkoliv nedorozumění či nejistoty se může obrátit na personál.

POOPERAČNÍ STAV

Klientce byly poskytnuty informace o pooperační péči a následné léčbě zdravotního stavu. Správně chápala poskytnuté informace a prokazovala dovednost. Jednotlivé procedury jako péče o PMK nebo autodilataci interpretovala správně. Nepostrádala informace, danou situaci zvládala adekvátně. Ve volném čase četla časopisy, využívala poslech rádia.

Bydlení

ANAMNÉZA

Slečna P. bydlí v panelovém bytě 2 + kk, má samostatný pokoj. Žije s matkou a třemi sourozenci. Otec má svůj vlastní byt, kontakt s dětmi udržuje. Zatím ji tato situace s bydlením plně vyhovuje, ale když bude dostatečně finančně zajištěna, ráda by měla svůj vlastní byt.

PŘEDOPERAČNÍ STAV

Situace se nezměnila. Hospitalizaci považuje za nutnost, přidělený pokoj jí vyhovuje. Poměrně rychle se tady „zabydlela“ a seznamovala se i s ostatními komponentami ošetřující jednotky.

POOPERAČNÍ STAV

Klientka se těší návratů do domácího prostředí. Doufá, že do budoucna jí vyjde kromě jiných snů i možnost samostatného bydlení, během hospitalizace neverbalizovala naléhavost uskutečnění této potřeby.

AFILIATIVNÍ POTŘEBY

Láska, přátelství, sociální role

ANAMNÉZA

Poslední známost měla před 5 lety, ale byl to jen takový „pokus“, který byl v rozporu s jejím skutečným cítěním. Láska, jako „silní emocionální prožitek“ ji zatím nenaplnil, ale byla přesvědčená, že po operaci dojde k zlepšení i v této oblasti a potká v budoucnu „někoho“ kdo ji bude mít skutečně rád i přes její „neobvyklou“ minulost. Zatím pouze přijímala a udržovala lásku rodičovskou. Zvláště s matkou, která ji od samého začátku na její „nelehké“ životní cestě pomáhala a byla připravená prožít „znovuzrození“ své dcery a stát při ní za všech okolností. V důsledku změněného vnímání se cítila spíše opuštěna a izolovaná. Po návštěvě u MUDr. Fifkové došlo k zlepšení hlavně jejího psychického smýšlení. Podporu našla také u lidí stejné „diagnózy“, s kterými je v písemném kontaktu.

PŘEDOPERAČNÍ STAV

Kontakt s personálem navázala bez obtíží. Uvědomovala si nutnost spolupráce. Přiměřené sociální kontakty udržovala i se spolu pacientkami, které neměly pochybnosti o její identitě, hlavně z důvodu přesvědčivého ženského vzhledu.

POOPERAČNÍ STAV

Osobní podpora byla v tomto období poskytnuta i ze strany matky. Otec ji kontaktoval pouze telefonicky. Těšila se na návrat domů, plánovala také zkontaktování s členy „Trans komunity“, toužila se s nimi podělit o pocit štěstí, který získala provedenou operací. Byla připravená už z fáze RLE uplatňovat nové formy chování a vystupování a doufala, že i tato zkušenost jí pomůže v účinné socializaci. Sama sebe začala mít raději.

Důvěra

ANAMNÉZA

Člověkem, kterému mohla po celou dobu procesu přeměny skutečně důvěřovat byla matka, lidé s podobným problémem a v neposlední řadě MUDr. Fifková. V minulosti neměla v této oblasti negativní zkušenosti, ale byla přesvědčená, že člověk jí má brát takovou jaká je a důvěru si skutečně zasloužit.

PŘEDOPERAČNÍ STAV

Důkladné seznámení s jejím životním příběhem, vyjádření pochopení, neodsouzení pro její rozhodnutí podstoupit operační změnu pohlaví – to vše předcházelo k tomu, abych si získala její důvěru. Znamky důvěry verbalizovala i na osobu operátora, který v následné době mohl provést „modelaci vytouženého genitálu“.

POOPERAČNÍ PÉČE

Projevovala důvěru celému ošetřujícímu týmu, který si ji získal svou profesionalitou a příjemným vystupováním. S celkovým přístupem a zájmem byla spokojená.

Komunikace

ANAMNÉZA

V minulosti bez zvláštností. Schopná ovládat a používat prostředky verbální i neverbální komunikace. Ovládá také komunikaci v anglickém jazyku.

PŘEDOPERAČNÍ STAV

Klientka byla plně při vědomí, orientovaná. Kontakt jsem navázala poměrně rychle.

POOPERAČNÍ PÉČE

Komunikace probíhala bez obtíží, nevyskytly se žádné bariéry, slečna byla extrovertní a otevřená, jasně formulovala i své pocity. Spolupracovala v oblasti verbální i neverbální komunikace.

Sebeúcta a sebepojetí

ANAMNÉZA

Před hospitalizací měla negativní sebehodnocení a nízkou sebeúctu. Hlavně byla nespokojená se svým tělesným vzhledem. Odmítala pohled na své tělo, měla z něho nepříjemné pocity. Pocit omezení, bezradnosti. Zabývala se změnou pohlaví, v které viděla východisko své situace. Termín operace jí dal možnost plánů a cílů do budoucna.

PŘEDOPERAČNÍ STAV

Verbalizovala negativní hodnocení svého těla, čekala na operaci, která měla být „vysvobozením“. Zároveň udávala obavy v oblasti adaptace na novou roli a tělesnou změnu.

POOPERAČNÍ STAV

Po operaci se cítila jako „znovuzrozená“. Realisticky plánovala budoucnost. Odstraněním pro ni „hendikepujících“ tělesných znaků si začala víc vážit i sama sebe. Verbalizovala známky pozitivního hodnocení své změny, kterou považovala za úspěšnou.

Seberealizace a sebeaktualizace

ANAMNÉZA

I když se cítila být po psychické stránce ženou, pořád tam byla přítomná stránka tělesná, která omezovala její realizaci. Vystudovala v oboru elektrikář, v současnosti pracuje jako prادلena, ale své uplatnění by viděla v profesi pilotka, což je její velký sen. Svoji energii investovala raději do problému „transsexualismu“, který byl pro ni dominantní.

PŘEDOPERAČNÍ STAV

Uvědomovala a soustředila se na blížící změnu. Poctivě a zodpovědně plnila předoperační požadavky

POOPERAČNÍ STAV

Jevila známky pozitivních pocitů. Známkou spokojenosti bylo štěstí, které se začalo projevovat i v jejím celkovém vystupování a v pozitivnějším pohledu na svět. Její reakce byly spontánní, těšila se na nové životní zkušenosti. Po propuštění měla v plánu navštívit Dr. Fifkovou, osobně jí poděkovat a „realisticky“ přehodnotit její plány.

Životní hodnoty a bytí

ANAMNÉZA

Největší hodnotu pro ni má právě rodina a zdraví. Než se dozvěděla o možnosti řešení svého stavu, považovala svou existenci na tomto světě chvílemi za „bezvýznamnou“.

Rodina je pro ni tou největší životní „výhrou“. Chtěla by změnit i pracovní sféru, ve které nenachází naplnění.

PŘEDOPERAČNÍ STAV

Hierarchie hodnot se nezměnila. Věří v úspěšnost operace, kterou považuje za předpoklad svého úspěšného životního působení.

POOPERAČNÍ STAV

Klientka měla ke své osobě kladný vztah. Začala přemýšlet o investování své „pozitivní“ energie. Plánovala změnu v pracovní oblasti. Byla rozhodnuta dodržovat edukační kroky.

Duchovní potřeby

ANAMNÉZA

V minulosti byla věřící, ale to se změnilo hlavně z důvodu jejího „psychického“ utrpení. Klientčina hypotéza: Příchod na svět v úplně „cizím“ těle, což mělo negativní dopad na její vývoj. Až poslední dobu se začala zajímat o jiné náboženské směry a jejich filosofii. Je přesvědčená, že něco existuje, ale neumí to popsat. Kdyby si měla vybrat, volila by nejspíš buddhismus, který ji oslovil asi nejvíc. Každopádně se k němu ještě nehlásí, nemá úplné přesvědčení.

PŘEDOPERAČNÍ STAV

Přesvědčení slečny P. se nijak výrazně nezměnilo.

POOPERAČNÍ STAV

Beze změny.

C.2 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

SEZNAM OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

PŘEDOPERAČNÍ 29.11.2007

- 1.) **Porucha sebepojetí a sebeúcty** vlivem základní diagnózy (TRANSSEXUALIZMUS) a chirurgické změny pohlaví s projevy tělesných změn pohlaví, s pocity těšení se na změnu kvality života.
- 2.) **Strach z „neznáma“** v důsledku operačního zásahu do sebepojetí projevující se verbalizací, určitou úzkostí.

POOPERAČNÍ 3.12 – 6.12.2007

- 1.) **Akutní bolest** v místě operační rány projevující se verbalizací bolestivosti při pohybu.
- 2.) **Porucha integrity tkání** pro operační ránu a vstupy drénů, PŽK s riziky komplikací (krvácení, infekce, odloučení tkání).
- 3.) **Změna pocitu bezpečí a jistoty** v důsledku změny pohlaví projevující se verbalizací obav z budoucna.

- 4.) **Riziko vzniku obstipace** v důsledku operačního zákroku v oblasti malé pánve, s projevy snížené frekvence vyprazdňování a možnou bolestivostí při první defekaci.
- 5.) **Porucha spánku** v důsledku nedostatečné aktivity v době bdění, projevující se nespavostí.
- 6.) **Změna močení** pro operační výkon a zavedený permanentní močový katétr s rizikem infekce a obstrukce.

POTENCIONÁLNÍ OŠ. DIAGNÓZA

- 1.) **Porucha sexuality** z důvodu chirurgické změny pohlaví projevující se verbalizací obav v oblasti kvality sexuálního života.

CÍL, PLÁN, REALIZACE, HODNOCENÍ

Předoperační – 29.11.2007

1. **Porucha sebepojetí a sebeúcty** vlivem základní diagnózy (TS) a chirurgické konverzi pohlaví s projevy tělesných změn pohlaví s pocity těšení se na změnu kvality života.

Cíl:

- Realisticky plánuje budoucnost
- Projevuje zájem o zapojení se do pracovního a společenského života.
- Klientka se adaptuje na novou roli
- Uvědomuje si změny, které sebou operace přinese

Plán:

- Seznámení se s anamnézou klientky, příčinami, které ji vedly ke změně pohlaví
- Podpora pacientky při verbalizaci jejích pocitů, jako je strach, úzkost
- Informování rodiny o možnosti zapojení se, poskytnutí kontaktů na Trans komunitu
- Sledování verbálních i neverbálních pocitů pacientky.

Realizace:

S pacientkou jsem navázala rozhovor. Za hlavní příčinu své nízké sebeúcty považovala přítomnost „nežádoucích“ tělesných znaků. Žít v ženské roli si vyzkoušela už ve fázi RLT a RLE, uvědomovala si, že po operační změně ji čeká hlavně seznámení s novým

pohlavním ústrojím. Psychicky ji podporovala matka, také personál ohodnotil její dobře vypadající ženský vzhled, což ji potěšilo. Věřila, že po operaci pocítí v této oblasti zlepšení.

Hodnocení:

- Pacientka věřila v úspěšnost operace, získávala přesvědčení, že po operaci selepší i její sebeúcta. Spolupracovala na přípravě.

2.) **Strach z neznáma** v důsledku operačního zásahu do sebepojetí projevující se verbalizací, určitou úzkostí.

Cíl:

- Klientka má snížené známky strachu
- Vést klientku k uvědomení příčiny strachu

Plán:

- Navázat důvěryhodný vztah se zdravotnickým personálem
- Umožnit v rozhovoru verbalizaci negativních pocitů
- Reálně zhodnotit danou situaci a okolnosti
- Pomoci jí formulovat možné reálné důsledky po operaci a další vyhlídky
- Zapojit do psychické podpory matku a ostatní blízké.

Realizace:

S klientkou jsem navázala rozhovor a sledovala verbální i neverbální reakce strachu. Hlavní příčinou byl strach z operace, který se projevoval úzkostí klientky. Operatér Doc. Jarolím si s ní promluvil a podrobně ji informoval o změně, kterou tato operace přinese. Povzbuzení našla i ze strany personálu. Zdrojem psychické podpory byla matka nemocné.

Hodnocení:

Cíl byl splněn částečně. Klientka měla zmírněný strach z operace, ale určité známky strachu jako mírná nervozita ještě přetrvávaly, šlo o výkon, kterému připisovala velkou míru.

Pooperační – 3.12.2007

1.) **Akutní bolest v místě operační rány** projevující se verbalizací bolestivosti při pohybu.

Cíl:

- Pacientka postupně vnímá snížení bolesti o 2 stupně

- Pacientka postupně vnímá zlepšení kvality života

Plán:

- Navázat důvěryhodný vztah
- Zhodnotit bolest (lokalizace, intenzita, charakter, nástup, trvání, závislost)
- Zhodnotit vegetativní projevy bolesti (P, TK, D, pocení, dilataci zorníc)
- Provedení záznamu na stupnici bolesti
- Informování lékaře a zajištění jeho ordinací
- Sledování a zaznamenávání účinku podaných léků
- Uplatnění paliativních faktorů – ledování rány

Realizace:

Bolest jsem u pacientky monitorovala pomocí vizuální analogové škály třikrát denně. Pacientka označila stupeň 4 – 5. Bolest mírné intenzity, lokalizovaná na operační ránu, spíše pálivého charakteru. Nástup bolesti zaznamenala při vstávání z lůžka a dlouhé chůzi. Proto jsem pacientku informovala o postupné fyzické námaze, zatěžování a pomalém vstávání z lůžka. Podávala jsem analgetickou terapii dle ordinace a zaznamenala její účinek. Z paliativních faktorů využila klientka poslech hudby.

Hodnocení:

U pacientky jsem zaznamenala snížení škály bolesti o tři stupně. Podávání analgetik omezila na minimum. Příloha č. 5

2.) Porucha integrity tkání pro operační ránu a vstupy drénu, PŽK s riziky komplikací
– krvácení, infekce a případného odloučení tkání.

Cíl:

- Pacientce se hojí operační rána a vstupy bez komplikací
- Pacientka umí a spolupracuje při péči o porušenou celistvost kůže

Plán:

- Edukace pacientky o péči o porušenou kůži
- Dbát na aseptické zásady
- Sledovat obsah drénu
- PŽK odstranit co nejdříve po ukončení terapie
- Operační ránu, okolí drénu a PŽK převazovat každý den
- Měření FF

Realizace:

Pacientku jsem edukovala o možnostech předcházení vzniku a šíření infekce. Denně byly zajištěny převazy při zachování aseptických podmínek. Sledovali jsme bilanci tekutin, množství a odvod z drénu jako i výskyt komplikací v souvislosti se zavedeným PŽK, ten jsem vyndala a znovu zavedla 3. poop. den a po ukončení i.v. terapie ihned odstranila.

Hodnocení:

Operační rána, vstupy drénu a PŽK bez komplikací. Pacientka umí a spolupracuje při péči o porušenou kůži.

3.) **Změna pocitu bezpečí a jistoty** v důsledku změny pohlaví projevující se verbalizací obav z budoucna

Cíl:

- Pacientka má subjektivní pocit bezpečí a jistoty
- Pacientka se postupně adaptuje ve svém domácím a pracovním prostředí a cítí se tam bezpečně

Plán:

- Využití rozhovoru ke zjištění subjektivních pocitů
- Podporování pozitivního myšlení a realistického pohledu do budoucna
- Spolupráce rodiny a blízkých

Realizace:

V rozhovoru verbalizovala pacientka pocit nejistoty po propuštění a zařazení do pracovního prostředí. Společně jsme se pokusily najít řešení této situace. Byla rozhodnutá ukončit pracovní poměr a najít si nové zaměstnání. Měla v plánu kontaktovat svoji známou pracující v nejmenované firmě v Praze. Osobně ji podporovala matka, která byla rozhodnuta pomoci jí v realizaci jejího plánu. Otec a sourozenci udržovali kontakt telefonicky.

Hodnocení:

- Pacientka projevovala pozitivnější myšlení
- Pacientka si vytvořila vlastní koncepci pracovní reorganizace

4.) **Riziko vzniku obstipace v důsledku operačního výkonu v oblasti malé pánve,** s projevy snížené frekvence vyprazdňování a možnou bolestivostí při první defekaci.

Cíl:

- Pacientka zaznamenává obnovení a zlepšení normální funkce střev
- Pacientka má osvojené návyky, směřující k defekaci
- Pacientka zaznamená přítomnost stolice do dvou dní

Plán:

- Poučit pacientku o pooperačních změnách v oblasti defekace
- Získat údaje o stravovacím režimu a návykách nemocné
- Posoudit míru fyzické a pohybové aktivity
- Zaznamenat přítomnost subjektivních pocitů (pocit plnosti, tlak v rektu...)
- Upřesnit anamnézu (poslední defekace, dieta....)
- Zajistit klid a intimitu při defekaci
- Uplatnění podpůrných faktorů

Realizace:

Společně s pacientkou jsem upřesnila její anamnézu defekace od příjmu. Před operací absolvovala per orální přípravu střeva, dnes 3.poop. den měla poprvé racionální stravu. Byla poučena, že tento problém je po takovém druhu operace zcela možný, upozornila jsem ji také na případnou bolestivost při první defekaci. Ze subjektivních pocitů dominoval mírný tlak v břiše, který byl přiřazen obnovující se peristaltice. Do jídelníčku jsme zařadili více vlákniny (ovoce, zelenina), tekutin, včetně teplých stimulačních nápojů, pohybovou aktivitu a postupné zapojení břišních svalů při defekaci.

Hodnocení:

- Stolica byla zaznamenána do dvou dnů po stanovení diagnózy, defekace proběhla ve fyziologické poloze, stolice byla normální, formovaná, bez příměsí.
- Farmakologická léčba p.o. – per. rektum nebyla nutná.

4.12.2007

5.) **Porucha spánku v důsledku nedostatečné aktivity v době bdění**, projevující se nespavostí.

Cíl:

- Pacientce selepší kvalita spánku do 3. dnů
- Pacientka je aktivní více v době bdění

Plán:

- Zjistit příčiny poruchy spánku (terapie, strach, bolest...)
- Posoudit způsob spánku a fyzické známky únavy
- Zjistit návyky (rituály) před spaním
- Spolupracovat na rozvrhu denních aktivit

Realizace:

Hlavním faktorem poruchy spánku byl narušený denní harmonogram. Pacientka necítila během dne únavu, když tak jenom minimální, usnula v poledních hodinách, jak říkala „ neměla, co dělat“. Společně jsme sestavily denní program tak, aby měla vždy zajištěnou nějakou aktivitu. Přes den jsem jí doporučila procházky na čerstvém vzduchu, minimální využití pobytu na lůžku, omezení příjmu tekutin a jídla v pozdních hodinách, možnost relaxace nebo teplé sprchy před spaním.

Hodnocení:

- Denní aktivita byla přiměřená.
- Farmakologická intervence nebyla nutná.

5.12.2007

6.) **Změna močení pro operační výkon a zavedení permanentní močový katétr PMK** s rizikem infekce a obstrukce.

Cíl:

- Pacientka chápe nutnost zavedení PMK
- Pacientka je opatrná při aktivitách

Plán :

- Seznámit pacientku s důvodem katetrizace a výskytem případných komplikací
- Dodržovat aseptické postupy při péči o PMK
- Zajistit spolupráci pacientky- manipulace, čistá a suchá kůže kolem genitálu
- Sledovat množství, hustotu, barvu, event. zápach moče ve sběrném sáčku
- Zajistit dostatečnou hydrataci – sledovat bilanci tekutin

Realizace:

Místo zavedení PMK jsem denně kontrolovala. Při manipulaci používala dezinfekci. Proplach cévky nebyl nutný. Odváděla čistou moč. Pacientka si osvojila manipulaci a

návyky péče o PMK, jednotlivé aktivity zvládala bez omezení. Dodržovala zvýšený příjem tekutin. Důvodem močové retence byl pooperační otok zevního ústí uretry, proto bylo v plánu propuštění i PMK. Pacientka tak byla poučena o následné péči a výměně sběrného sáčku i v domácím prostředí. Jako preventivní opatření vzniku infekce močových cest jsem pacientku poučila o „ženských“ zvyklostech po vyprázdnění: Otírat perineální oblast po močení či stolici zřepředu dozadu, upřednostňovat sprchování před koupelí. Zároveň jsem doporučila příjem potravy bohaté na vitamín C a samozřejmě zvýšený příjem tekutin.

Hodnocení:

- Pacientka byla bez známek uroinfekce, bilance tekutin vyrovnaná.
- Pacientka zvládala péči o PMK, moč bez patologických nálezů.

POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA

1.) **Porucha sexuality z důvodu chirurgické změny pohlaví** projevující se verbalizací obav v oblasti kvality sexuálního života.

Cíl:

- Pacientka bude dlouhodobě bez obav v oblasti sexuálního života
- Pacientka postupně zlepší kvalitu sexuálního života

Plán:

- Poskytnout dostatek času a soukromí k adaptaci na nové pohlavní ústrojí
- Zjistit znalosti a postoje k vlastní sexualitě
- Osvojení si specifických manévřů k dilataci neovaginy
- Poučit pacientku o dlouhodobé hormonální farmakoterapii

Realizace:

Pacientce jsme umožnili využít místnost na to určenou k seznámení se a získání poznatků nové sexuální anatomie. Ošetřujícím lékařem byla poprvé provedena dilatace, aby si osvojila správnost této činnosti. Postupně zvládala tento manévr sama, neutrální pocity směřovaly k postupnému uspokojení, verbalizovala spíše obavy sexuálního života do budoucna při partnerském soužití. Byla poučena o nutnosti pravidelné autodilatace v domácím prostředí a užívání hormonální farmakoterapie. Předala jsem jí také seznam odborníků, zabývajících se problémem transsexualismu.

(1, s 21, 53, 87, 97) Viz příloha: č. 8

Hodnocení:

- Pacientka prováděla autodilataci 3 – 4 x denně během hospitalizace, verbalizovala spíše pocit uspokojení, bez výskytu komplikací.
- Vývoj této diagnózy vzhledem k propuštění nemožno posoudit.

C.4 EDUKACE

- ✓ Pacientku jsem edukovala o potřebě zvýšené hygienické péče operační rány jako preventivní opatření vzniku infekce, o sledování hojení rány (sprchování pouze čistou vlažnou vodou bez mýdla)
- ✓ Dalším krokem byla pravidelná dilatace neovaginy pomocí speciálních rehabilitačních pomůcek
 - během prvních 6 týdnů 4 x za den
 - mezi 6 týdnem – 3 měsícem 3 x za den
 - 3 měsíce – 6 měsíců 2 x za den
 - 6 měsíců – 1 rok 1 x za den
- ✓ Z důvodu propuštění s permanentním močovým katétrem byla pacientka poučena o péči o močovou cévku a zvýšeném příjmu tekutin
- ✓ Doba rekonvalescence je kolem 6 týdnů, minimálně však 4 týdny
- ✓ Kontrola u praktického lékaře do 3 dnů od propuštění
- ✓ Dispenzarizace – možnost výskytů komplikací (nekróza kožního štěpu, benigní hyperplazie prostaty..)
- ✓ Užívání předepsané farmakoterapie – hormonální terapie
- ✓ Psychoterapeutická intervence dle stavu nemocné
- ✓ Právní aspekty- registrace na matrice, hlášení o změně jména, příjmení, pohlaví, mění si všechny potřebné doklady a dokumenty (3, s.82)

C.5 OŠETŘOVATELSKÝ ZÁVĚR, PROGNOZA A SEBEREFLEXE

Cílem mé práce bylo získat nové poznatky a informace v péči o nemocnou s poruchou pohlavní identity - transsexualismem. Ošetrovatelská péče si vyžadovala zvláště individuální a citlivý přístup. Již před operací bylo třeba respektovat pohlaví, s nímž se nemocná identifikovala. Slečna P. se projevila jako komunikativní, vstřícný a po chirurgickém odstranění pro ni „hendikepujících tělesných prvků“ veselý a spokojený člověk. Působila psychicky vyrovnaně a sebejistě. Vykazovala známky spokojenosti se svým novým vzhledem. Od operace pro ni začal nový život, ten největší životní sen měla za sebou, stala se bytostí, jakou se cítila být. „Ženou“, nejen po stránce psychické, ale hlavně fyzické. To považovala za konečný krok k celkovému uspokojení svých potřeb. Prognózu svého stavu viděla příznivě. Byla rozhodnuta realizovat své plány a „nacházet“ zkušenosti na nové životní cestě. Měla pozitivní vztah ke svému zdraví, byla připravena dodržovat edukační kroky. Věděla, že v případě výskytu komplikací se může obrátit na odbornou pomoc. Rodina se v tomto procesu projevila jako podpůrný pilíř, v kterém našla nemocná oporu a povzbuzení. Myslím, že po propuštění se zdravotní stav pacientky bude jenom zlepšovat.

D. Použitá literatura a zdroj informací

1. ČERVINKOVÁ, E. A KOL. *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno: IDVPZ, 2006, ISBN 80-7013-443-7
2. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F.: *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, II. vydání, Praha: Grada 2000, ISBN 80-7169-294-8
3. DOHNALOVÁ, L., ŠKODOVÁ, M. Transsexualismus a chirurgická konverze pohlaví z pohledu sestry, *Urologie pro praxi*, 2004, č. 6, s. 26-27, ISSN 1213 1768.
4. FIFKOVÁ, H., WEISS, P., PROCHÁZKA, I., JAROLÍM, L., VESELÝ, I., WEISS, V. *Transsexualita*. Praha: Grada, 2002, ISBN 30-247-0333-5
5. MEDIMEDIA INFORMATION, *Pharmindex Breviř*, spol.s.r.o., Praha 2003/4
6. *Předoperační komise*. Dostupné na WWW: <<http://www.translide.unas.cz>>. Praha FN Motol, listopad 2007
7. ŠAMÁNKOVÁ, M. A KOL. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2006, ISBN 80-246-1091-4

PŘÍLOHY

1. Vstupní ošetřovatelský záznam
2. Plán ošetřovatelské péče
3. Edukační záznam
4. Barthelův test ADL
5. Vizuální analogová škála – sledování bolesti
6. Operační protokol
7. Komisionální rozhodnutí
8. Kontakty na odborníky, kteří se věnují transsexualitě

Příloha č. 8

KONTAKTY NA ODBORNÍKY, KTERÍ SE VĚNUJÍ TRANSSEXUALITĚ

MUDr. Hana Fifková – sexuoložka

Poliklinika „KLIMENSKÁ“

Lanova 2, PRAHA 1

E- mail: Hanka@mbox.dkm.cz

Tel.: 224 802 328 – sestra

224 802 411 – ordinace

MUDr. Ivo Procházka – sexuolog, specialista

Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN,

FP Karlovo náměstí 32, PRAHA 2

E- mail: ivo.prochazka@seznam.cz

Tel.: 224966610

PhDr. Zdeněk Rieger – rodinný terapeut

Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy

RIAPS, Chelčického 39 PRAHA 3

Tel.: 26972942, 269721141

MUDr. Weiss – endokrinolog

VFN, III. INTerní klinika

U nemocnice 1, PRAHA 2

Tel.: 224962928- ambulance / nutno se objednat/

224962819- kontakt na oddělení na klinice

Doc.PhDr.PETR Weiss, PhD.- psycholog

Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN

Karlovo náměstí 32, PRAHA 2

Tel.: 224966568

Doc.MUDr. Ladislav Jarolím, Csc.- chirurg

FN Motol, Urologická klinika

V Úvalu 84, PRAHA 5

Tel.: 224434825- kartotéka

224434802- objednání / ambulance v pondělí/

MUDr. Rozinková – laserová epilace

Lékařské centrum laserové epilace

Husova 775, PARDUBICE

Tel.: 602852078