

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

EDUKACE PACIENTA PŘI ZMĚNĚ POHLAVÍ

Bakalářská práce

MICHELA KOSMÁKOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Ivana Stehlíková, Ph.D.

Praha 2017



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

Kosmáková Michaela
3VS2

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 10. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:


Edukační proces u pacienta při změně pohlaví

The Educational Process in a Patient during Gender Reassignment

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Ivana Stehlíková, Ph.D.

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH

V Praze dne: 25. 10. 2016


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 5. 2017

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Ivaně Stehlíkové, Ph.D. za průběžné vedení a cenné připomínky při zhotovení této bakalářské práce.

ABSTRAKT

KOSMÁKOVÁ, Michaela. *Edukace pacienta při změně pohlaví*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Ivana Stehlíková, Ph.D. Praha 2017. 67 s.

Tématem bakalářské práce je edukace pacienta při změně pohlaví. Práce se skládá z části teoretické a části praktické. V teoretické části jsou vysvětleny základní pojmy jako transsexualita, pohlavní a generová identita, identifikace a sexuální orientace, dále je uvedena etiologie transsexuality. Poté jsou popsány jednotlivé fáze procesu přeměny pohlaví, kam mimo jiné spadá hormonální a chirurgická léčba transsexualismu. Zároveň teoretická část popisuje specifika ošetrovatelské péče, která zahrnují předoperační, pooperační a domácí péči. Součástí teorie je také edukace. Praktická část práce je zaměřena na edukaci pacienta při změně pohlaví, konkrétně u pacienta male to female. Edukační proces se skládá z posuzování, diagnostiky, plánování, realizace a hodnocení. V edukačním procesu je stanovených pět edukačních jednotek. Cílem edukace je, aby pacient získal potřebné vědomosti a dovednosti. Součástí bakalářské práce je tvorba edukačního materiálu, který pacientovi usnadní projít chirurgickou změnou pohlaví.

Klíčová slova:

Edukace pacienta. Identita. Plastická chirurgie. Transsexualita. Změna pohlaví.

ABSTRACT

KOSMÁKOVÁ, Michaela. Education of Patient during Gender Reassignment. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Ivana Stehlíková, Ph.D. Prague. 2017. 67 pages.

The aim of this bachelor thesis is the education of the patient in case of gender transformation. The structure of this paper is based on theoretical and practical parts. Theoretical part deals with basic expressions like transsexuality, gender and generic identity, identification and sexual orientation. Subsequently, etiology and diagnostics are stated. Then, the individual phases of the gender transformation, including hormonal and surgical treatment of transsexualism, are described. The theoretical part is also focused on the specifics of nursing care, which mean preoperative, postoperative and a home care. Moreover, the education is also the part of theory. The practical part of the thesis deals with the education of the patient during the gender change, namely with male to female. The education process consists of assessment, diagnosis, planning, implementation and evaluation. There are five educational units set up in the education process. The purpose of the education is the patient to acquire the necessary knowledge and skills. Finally, the creation of the educational material, which will facilitate the patient through the surgical gender transformation, is also included in the bachelor thesis.

Key words:

Patient education. Identity. Plastic surgery. Transsexuality. Sex change.

PŘEDMLUVA

Problém transsexualismu se často jeví jako ne příliš atraktivní, a proto se jedinci s touto poruchou pohlavní identity ocitají na okraji zájmu společnosti, izolováni svojí vlastní nejistotou. Pro mnoho jedinců je změna pohlaví jedinou nadějí pro to, žít do budoucna spokojený život.

Téma bakalářské práce jsem zvolila proto, že se s těmito jedinci setkávám ve své profesi všeobecné sestry a jde o problém, který je aktuální a na vzestupu. Dalším důvodem je i to, že práce s touto tématikou zcela mezi literaturou chybí a přitom je edukace pacientů nezbytnou součástí v profesi sestry. Doufám, že tato práce bude užitečným pomocníkem pacientům, kteří změnou pohlaví procházejí i těm, kteří se teprve hledají. Rodinným příslušníkům pak může pomoci k pochopení a akceptování jejich odlišnosti a být návodem proto, jak jim pomoci.

Materiály pro bakalářskou práci jsem čerpala z knižních, internetových a časopiseckých zdrojů.

Bakalářská práce je určena především pacientům, jejich rodinám, všeobecným sestrám a případně i studentům zdravotnických oborů, kde se transsexualita probírá pouze okrajově.

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Ivaně Stehlíkové, Ph.D. za cenné rady a podporu, které mi při tvorbě bakalářské práce poskytla.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	10
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ	11
ÚVOD	13
1 TRANSSEXUALISMUS	15
1.1 DEFINICE TRANSSEXUALITY.....	15
1.1.1 POHLAVÍ.....	16
1.1.2 GENDER	16
1.1.3 POHLAVNÍ A GENDEROVÁ IDENTITA	17
1.1.4 SEXUÁLNÍ IDENTIFIKACE	17
1.1.5 SEXUÁLNÍ ORIENTACE.....	18
1.2 ETIOLOGIE TRANSSEXUALITY	18
1.2.1 PSYCHOLOGICKÁ TEORIE.....	18
1.2.2 BIOLOGICKÁ TEORIE	19
2 ZÁKLADNÍ ETAPY PROCESU PŘEMĚNY POHLAVÍ	20
2.1 DIAGNOSTIKA	20
2.2 FÁZE ROZHODOVACÍ	22
2.3 REAL LIFE TEST, REAL LIFE EXPERIENCE.....	23
2.4 HORMONÁLNÍ TERAPIE.....	23
2.5 OPERAČNÍ VÝKONY	24
2.5.1 CHIRURGICKÁ ZMĚNA POHLAVÍ U FTM	24
2.5.2 CHIRURGICKÁ ZMĚNA POHLAVÍ U MTF	26
2.6 POOPERAČNÍ OBDOBÍ	27
3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA PŘI ZMĚNĚ POHLAVÍ	28
3.1 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE	28
3.2 POOPERAČNÍ PÉČE.....	30

3.3	DOMÁCÍ PÉČE	33
4	EDUKACE.....	35
4.1	EDUKAČNÍ PROCES	37
5	EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA PŘI ZMĚNĚ POHLAVÍ.....	39
5.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	61
	ZÁVĚR.....	64
	PŘÍLOHY	68

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ASA	Americká společnost anestezie
EKG	Elektrokardiografie
FtM	Female to Male
F.64	Transsexualismus
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MtF	Male to Female
PPG	Phaloplethysmographie
RLE	Real life experience
RLT	Real life test
VAS	Vizuální analogová škála
VPG	Vulvoplethysmografie

(ANON, 2017), (VOKURKA A KOL., 2013).

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Amygdala	jedno z mozkových jader
Analgetika	léky proti bolesti
Androgeny	mužské pohlavní hormony
Antiandrogeny	látky blokující mužské pohlavní hormony
Antidiabetika	léky pro léčbu diabetu 2. typu
Antiemetika	léky proti zvracení
Augmentace	zvětšení prsou
Autotransfúze	speciální typ transfúze, kdy dárce je zároveň příjemce
Bisexuální	člověk orientovaný na jedince obou pohlaví
Enzym	bílkovina výrazně urychlující biochemické reakce
Estrogen	pohlavní hormon
Falometrie	měření fyziologických reakcí penisu
Faloplastika	plastická operace k vytvoření penisu
Fascilokutánní	týkající se povázky a kůže
Feminizace	rozvoj druhotných ženských pohlavních znaků u muže
Fenotypický	týkající se pozorovatelného vzhledu jedince
Fetální	plodový
Gynekomastie	zvětšení prsní žlázy u mužů
Gonadální	týkající se pohlavní žlázy
Gonadotropin	hormon předního laloku hypofýzy

Heterosexuální	týkající se normální pohlavní orientace
Homosexuální	orientovaný na jedince stejného biologického pohlaví
Hormony	chemické látky produkované žlázami s vnitřní sekrecí
Hypotalamus	spodní část mozku
Hysterektomie	odstranění dělohy
Intramuskulární	aplikovaný do svalu
Intrauterinní	nitroděložní
Intravenózní	nitrožilní
Latissimus dorsi	široký zádový sval
Liposukce	odstranění přebytečného tuku
Nekróza	odumření buněk a tkání
Neurotransmitter	chemická látka, která slouží jako přenašeč nervových vzruchů
Neopenis	nově vytvořený penis
Neovagina	nově vytvořená vagína
Nervus ilioinguinalis	nerv inervující břišní svaly a oblast třísel
Paraskapulární	u lopatky
Premedikace	farmakologická příprava pacienta k operaci
Reoperace	opakovaná operace
Rhinoplastika	plastická operace nosu
Synapse	vzájemné spojení nervových buněk
Transsexualismus	porucha pohlavní identity
Trombocytémie	zvýšení počtu krevních destiček

(ANON, 2017), (VOKURKA A KOL., 2009).

ÚVOD

Tato práce je určena pacientům, všeobecným sestřám a studentům zdravotnických oborů. Tématem bakalářské práce je edukace pacienta při změně pohlaví. Transsexuální jedinci usilují o změnu pohlaví, aby mohli žít normální život v těle, jaké jim psychicky náleží. S těmito jedinci se setkáváme a budeme se setkávat čím dál častěji, protože jejich výskyt se v naší populaci stále zvyšuje. Není možné dosáhnout přesné evidence osob s touto poruchou pohlavní identity, a to proto, že ne každý jedinec vyhledá odbornou lékařskou pomoc. Mezinárodní nadace pro gender vzdělávání udává, že počet jedinců v zastoupení mužů a žen je přibližně stejný (FIFKOVÁ a kol., 2008).

Pro zpracování teoretické části byly určeny následující cíle:

Cíl 1: Vysvětlit termín transsexualismus a pojmy s ním spojené. Popsat epidemiologii, diagnostiku a jednotlivé fáze procesu přeměny.

Cíl 2: Popsat specifika ošetrovatelské péče u pacienta, který podstupuje změnu pohlaví.

Pro zpracování praktické části byly určeny následující cíle:

Cíl 1: Vypracovat edukační proces u konkrétního pacienta, který podstupuje chirurgickou změnu pohlaví na Klinice plastické a estetické chirurgie ve Fakultní nemocnici u svaté Anny v Brně.

Cíl 2: Vytvořit doporučení pro praxi.

Vstupní literatura

FIFKOVÁ, Hana. *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Vyd. 2. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1696-1.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4412-4.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání publikací, které byly použity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Edukace pacienta při změně pohlaví, proběhlo v prosinci roku 2016. V první fázi byla vymezena klíčová slova: edukace pacienta, identita, plastická chirurgie, transsexualita a změna pohlaví, která byla dále použita pro vyhledávání. Požadované období dostupné literatury bylo určeno maximálně na 10 let, tedy od roku 2006 do roku 2016. Jazyk pro vyhledávání byl zvolený český, slovenský a anglický. Jako druh dokumentů byly určeny knihy, časopisy, články a elektronické zdroje.

Vyhledávání literárních pramenů probíhalo na základě odeslání požadavku rešerše do Moravskoslezské vědecké knihovny v Ostravě. Pomocí rešerše bylo vyhledáno 36 článků, 11 knih, 2 plné texty z databází a 2 odkazy na internetové stránky. Celkem tedy 51 záznamů. Výstup rešerše byl zpracovaný jak v tištěné formě, tak i na CD. Pro bakalářskou práci bylo z rešerše (viz příloha E) využito pět knižních zdrojů, dva články a dva elektronické zdroje. Použitá literatura byla zvolena pro získání potřebných informací k danému tématu. Veškeré použité zdroje jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

1 TRANSSEXUALISMUS

První zprávy o chování připomínající poruchy pohlavní identity jsou známy již z dob Antiky. Herodotos tak označil chorobu u Skythů, kdy se někteří muži odívali do ženských šatů, prováděli ženské práce a jako ženy se i chovali. Nejvíce známý případ připomínající transsexuální chování ve Středověku je tolik známá Johanka z Arcu. Dalším případem je legenda o papežce Janě z 9. století. Ta popisuje příběh ženy, která se převlékala za muže a jako Ioannes Anglicus dosáhla nejvyšší církevní hodnosti. Změny pohlavní identity jsou z transkulturního hlediska pokládány za všudypřítomný jev.

Za první kompletně provedenou změnu pohlaví je považován případ Christiana Hamburgera, který ji popsál roku 1953 ve své studii. Jednalo se o Christin Jorgensenovou. Avšak podobné změny pohlaví byly provedeny už několik let před tím v Německu a Spojených státech amerických. Hamburger v případě Christin Jorgensonové užíval ještě výraz transvestitismus. Po zveřejnění autor dostal dalších 465 žádostí o provedení změny pohlaví.

Pojem transsexualismus zpopularnil v 50. a 60. letech Harry Benjamin, který je zároveň považován za otce transsexualismu. Celých 30 let (1948 - 1978) svého profesního života se zabýval poruchami pohlavní identity. Transsexualismus byl tak na podkladě jeho výzkumu formulován jako samostatná porucha (FIFKOVÁ a kol., 2008).

1.1 DEFINICE TRANSSEXUALITY

Podle oficiálně platné Mezinárodní klasifikace nemocí je transsexualita (MKN 10) vedena pod diagnózou F64.0 a je formulována jako stav jedince, který má přání žít a být uznáván jako příslušník opačného pohlaví. Častý je pocit nesouhlasu s vlastním anatomickým pohlavím, tzn. genitáliemi a pacient si přeje být hormonálně léčen a podstoupit chirurgickou operaci, aby jeho nebo její anatomické pohlaví, pokud možno, odpovídalo tomu psychickému. Transsexuální totožnost by měla trvat minimálně dva roky a nemůže být projevem psychické poruchy, zejména pak schizofrenie, a ani nesmí být spojená s intersexuální, genetickou nebo chromozomální odchylkou (FIFKOVÁ a kol., 2008).

Transsexuální jedinec má nutkavou touhu změnit své somatické pohlaví v opačné, protože jej považuje za omyl. Cítí, že jeho duše je uvězněna v nesprávném těle. Usilování o změnu pohlaví musí trvat nejméně dva roky a teprve po důkladné diagnostice a sledování u psychologa, psychiatra a sexuologa je možné jeho přání uskutečnit. Pokud je jedinec pohlaví mužského a touží se stát ženou, pojmenovává se jako MtF (Male to Female). Ženy, které touží být mužem, se nazývají jako FtM (Female to Male). Celá přeměna je završena změnou jména a pohlaví na úřadech a v dokladech (OREL a kol., 2012).

S transsexualitou jsou úzce spjaty pojmy jako pohlaví, gender, pohlavní a genderová identita, sexuální identifikace neboli ztotožňování se se svým pohlavím a sexuální orientace, která může být u transsexuálních jedinců různá. Tyto termíny jsou proto v následujících podkapitolách stručně vysvětleny.

1.1.1 POHLAVÍ

Pojem pohlaví uplatňujeme tam, kde je řeč o biologických rozdílech mezi mužem a ženou. Toto pojmenování pojímá v podstatě všechno, co odlišuje muže a ženu na úrovni biologické. Pohlaví obsahuje několik složek. Řadíme sem pohlaví chromozomální, gonadální, pohlaví vnějších a vnitřních genitálií, pohlaví hormonální, psychosexuální centra v mozku predisponující jádrovou pohlavní identitou a fenotypické pohlaví. Podle odhadů určitých autorů se v naší populaci vyskytuje asi 1,7 % jedinců, u kterých nejsou některé pohlavní složky v souladu.

1.1.2 GENDER

Termín gender udává kulturní a sociální rozdíly mezi muži a ženami. Jinými slovy tento pojem znamená sociální pohlaví. Gender je u většiny jedinců vázaný na pohlaví, ale není tomu tak vždy, to znamená, že nemusí být na anatomickém pohlaví jedince závislý. Pohlaví a zejména gender je nedílnou součástí chování a sebepojetí člověka. Utváření genderu probíhá už od raného dětství. Je prokázáno, že výchova dívek a chlapců probíhá odlišně, dá se tedy říci, že dítě už v okamžiku narození dostává určitý gender (MENTEL, OBEREIGNERŮ, OREL, 2016), (JANOŠOVÁ, 2008).

1.1.3 POHLAVNÍ A GENDEROVÁ IDENTITA

Pohlavní identita je vrozená, to znamená, že je každému z nás dána anatomií, chromozomy, hladinou hormonů atd. V okamžiku oplození je každému jedinci určeno genetické pohlaví (sloučením pohlavních chromozomů XX – ženské pohlaví, XY – pohlaví mužské). Anatomické pohlaví je dáno intrauterinním vývojem vnitřních a vnějších pohlavních orgánů ženských a mužských. Kromě dědičného základu je vývoj pohlavních orgánů také ovlivňován pohlavně specifickými ženskými a mužskými hormony. Stav, kdy dojde k rozporu mezi biologickým pohlavím (sem patří genetické a anatomické pohlaví) a prožíváním vlastní identity jedince, nazýváme poruchou pohlavní identity (OREL a kol. 2012), (FAFEJTA 2016).

Zdravý jedinec tedy přirozeně prožívá buď mužství, nebo ženství a navenek svoji pohlavní identitu vyjadřuje pohlavní rolí. Při jejím utváření v době vývoje dítěte má značný význam i vliv rodičů. Naplnění či nenaplnění rodiči očekávané pohlavní role u dítěte se více odráží v jeho vztahu s otcem než s matkou. Tím lze vysvětlit některé potíže transsexuálů, kteří mají horší vztah s otcem, než jejich sourozenci. To, jakým způsobem se chová k dítěti jeho blízké okolí, ho buď v jeho pohlavní identitě utvrzuje, nebo mu naopak způsobuje do budoucna v této oblasti rozpory. Ve školním věku je vědomí k pohlavní příslušnosti utvrzováno homosociálním chováním, to znamená, že si dítě hledá kamarády stejného pohlaví a naopak je lhostejné k dětem opačného pohlaví. Součástí takového chování je i utváření zálib a vyhledávání her typických pro jeho pohlaví (FIFKOVÁ a kol., 2008), (OREL a kol. 2012), (FAFEJTA 2016), (WEISS a kol., 2010).

Genderová identita vystupuje z pohlavní identity jedince a na jejím základě člověk pojímá za své kulturní a sociální normy, které jsou vázané k jeho anatomickému pohlaví, a hraje tak svou genderovou roli. Každý není, nebo se necítí být zcela ženou nebo mužem a jeho pohlavní identita mu nemusí být jednoznačně jasná, stejně tak, jako každý neslučuje svoji pohlavní a genderovou identitu v jedno, tak jak to čeká společnost (OREL a kol. 2012), (FAFEJTA 2016).

1.1.4 SEXUÁLNÍ IDENTIFIKACE

Sexuální identifikací rozumíme proces, při kterém jedinec přijímá své pohlaví jako složku osobní identity. Dle dosud zjištěných poznatků se sexuální identifikace vytváří

ve 2. trimestru intrauterinního vývoje. Definitivní formování probíhá po porodu působením vnějšího prostředí. Rozhodující je patrně věk do 18 měsíců. Transsexualismus je tedy převrácení sexuální identifikace. Muž transsexuál se ztotožňuje s ženským pohlavím a transsexuální žena s pohlavím mužským (PASTOR, 2007), (WEISS, 2010).

1.1.5 SEXUÁLNÍ ORIENTACE

Sexuální orientace je celoživotní, člověkem nezvolený a neovlivnitelný status výhradní nebo dominantní erotické a emocionální výsady jedinců daného pohlaví. Převážná část jedinců je orientovaná heterosexuálně, tedy na osoby opačného pohlaví. Menší část má pak orientaci homosexuální a bisexuální, která je považována za vzácnou.

FtM jedinci zřídka kdy sexuálně žijí v původní roli, a v případě, že ano, neprožívají uspokojení, naopak se cítí být poníženi. Pro velkou většinu FtM jedinců je nepřijatelné, aby s heterosexuální mužskou identitou propůjčili své tělo heterosexuálně orientovaným biologickým mužům. MtF jedinci jsou v mnohem větší míře schopni sexuálně žít už před procesem proměny (PASTOR, 2007), (WEISS, 2010).

1.2 ETIOLOGIE TRANSSEXUALITY

V době, kdy Henry Benjamin zpopulárnil pojem transsexualita, současně vyjádřil své přesvědčení o tom, že se jedná o hluboce vžitě jednání, jehož předpokladem je nesoulad fyzického a psychického pohlaví. Upozornil také na to, že přesvědčení transsexuálních jedinců o tom, že jsou opravdu ženami a muži s nevyhovujícím pohlavím, není předstírané. Od té doby se lékaři, psychologové, sexuologové a další snaží nalézt a objasnit příčinu této závažné poruchy, jakou nepochybně transsexualita je (FIFKOVÁ a kol., 2008).

1.2.1 PSYCHOLOGICKÁ TEORIE

Z hlediska psychologického se nabízí myšlenka, že je lidská sexualita výsledkem učení. Podle této teorie je vývoj osobnosti naučený na základě toho, jak je jedinec vychováván. Rozhodující období pro utváření pohlavní identity je mezi prvním a pátým rokem a právě do pátého roku je pohlavní identita pevně stanovena a nedá se již změnit.

Známým případem, kdy se americký sexuolog Money rozhodl dokázat tento fakt, je operativní přeměna sedmnáctiměsíčního chlapce (který přišel při nehodě o penis) na dívku. Chlapeček dostával ženské hormony a zdánlivě bylo (dle záznamů) vše, jak má být. Nepravdivost tohoto pokusu potvrdil až americký profesor anatomie a reprodukční biologie Milton Diamond. Zjistil, že byla zatajována pravdivá fakta, aby původní teorie nebyla ohrožena. Důkazy potvrdily, že chlapec nesl dívčí roli velice špatně. Proto se odborníci přiklánějí raději k teorii biologické (FIFKOVÁ a kol, 2008), (WEIS a kol., 2010).

1.2.2 BIOLOGICKÁ TEORIE

Na základě této teorie se předpokládá, že pohlavní identita se utváří již během nitroděložního vývoje, nezávisle na dalším hormonálním a společenském působení. Stěžejní oblasti v mozku zodpovědné za procesy sexuální diferenciacce jsou amygdala a hypotalamus. Jedná se o tři nezávislá centra – centrum pro mužský nebo ženský typ sekrece gonadotropinů, centrum pro sexuální orientaci a centrum pro pohlavní roli. Organizace těchto center závisí na hladině pohlavních hormonů a chemických látek, které jsou uvolňovány z nervového zakončení na synapsi, takzvaných neurotransmiterů, v rozhodujících vývojových etapách během intrauterinního života. Při změně hladin specifických pohlavních hormonů dochází k neměnným strukturálním nebo biochemickým změnám v těch částech mozku, které jsou zodpovědné za chování v pohlavních rolích nebo za sexuální orientaci jedince.

Když u ženského plodu dojde ke zvýšené produkci androgenů nadledvinek, může být mozek organizován jako mužský a naopak, když varlata mužského plodu budou vytvářet méně androgenu, pak je možné, že mozek plodu bude organizovaný jako ženský. Důvodem vyšší nebo nižší produkce může být nedostatek enzymů, způsobený mateřským stresem, v důležitých obdobích vývoje dítěte před narozením. Lze říci, že biologické teorie mají rozhodující roli v etiologii transsexuality, a to hlavně kvůli působení určitých pohlavních hormonů na centra v mezimozku v kritických etapách nitroděložního vývoje (FIFKOVÁ a kol., 2008).

2 ZÁKLADNÍ ETAPY PROCESU PŘEMĚNY POHLAVÍ

Proces změny pohlaví je dlouhodobý a složitý postup, který probíhá podle jistých pravidel v několika fázích. Nejdůležitější je první krok – sebrat dostatek sil a odvahy a navštívit psychologa nebo sexuologa, poté jedinec podstoupí diagnostická vyšetření a učí se žít novým životem, vystupuje tak i na veřejnosti, nechá si změnit jméno na neutrální tvar (Pavlů, Janů atd.). Po stanovení diagnózy F64.0 se přejde k hormonální léčbě, při které dochází jak k psychickým, tak fyzickým změnám. Celá přeměna je završená chirurgickým zákrokem.

2.1 DIAGNOSTIKA

Doba trvání diagnostické fáze je u každého jedince individuální, proto se nedá přesně určit ani naplánovat. Jsou typy jedinců, u kterých už po prvním sezení nebude nikdo pochybovat, že je transsexuálem, který si je přesně vědom své příslušnosti k určitému pohlaví. Jiným jedincům nemusí být jejich pohlavní identita doposud jasná a jsou ve fázi, kdy hledají sami sebe. Tento proces může trvat i několik let, proto diagnostiku nelze uspíšit (FIFKOVÁ a kol., 2008).

Diagnostika transsexuality je stanovena na základě řady ukazatelů. Transsexuální jedinec musí věřit, že je příslušníkem opačného pohlaví, měl by se tak oblékat i chovat. U těchto jedinců je typické, že mají odpor ke svým genitáliím a touží po jejich změně pomocí chirurgického výkonu. Prvotním určujícím podnětem je rozhovor s klientem a jeho výpověď. Velice podstatou částí diagnostiky je RLT (Real Life Test). V tomto čase si klient vyzkouší skutečný život v roli opačného pohlaví, tedy pohlaví, které přísluší jeho psychickému vnímání a to ve všech oblastech. Real Life Test také poskytuje informace terapeutovi a je nedílnou součástí pro potvrzení diagnózy transsexualismu. Někteří autoři uvádějí, že v diagnostické fázi lze uplatnit psychofyziologické diagnostické metody PPG a VPG. Principem těchto metod je sledování změn prokrvení genitálu pomocí přístroje v závislosti na vizuálních či poslechových stimulech, které jsou jedinci předkládány. Nejvíce spolehlivým postupem pro zjištění transsexuality je pro psychology i pro lékaře anamnestický rozhovor. Na základě záznamů o odchylkách psychosexuálního vývoje transsexuálů může diagnostik specifikovat

poruchu identity. Za zásadní určující prvky v této oblasti při zjišťování informací diagnostikové považují následující charakteristiky:

Upřednostňování hraček a her v předškolním věku. Děti, které trpí poruchou pohlavní identity, upřednostňují hračky a hry typické pro opačné pohlaví. Chlapce nezajímají soutěživé hry a autička, ale radši si hrají s panenkami a je pro ně typická hra na rodinu, ve které zaujímají ženskou roli, často matku. Děvčata naopak odmítají panenky a hrají si s autičky, a může pro ně být typické i hrubší chování (FIFKOVÁ a kol., 2008), (JANOŠOVÁ, 2008), (ŠULOVÁ a kol., 2011), (PASTOR, 2007).

Preference oblečení. Transsexuálové již od dětství dávají přednost oděvu, který náleží opačnému pohlaví. Tento fakt bývá častější u FtM, kteří i po hádkách s rodiči nechtějí nosit sukýnky a šatičky (FIFKOVÁ a kol., 2008), (ŠULOVÁ a kol., 2011). Krásným příkladem je výpověď Alex (FtM): „*Co se týče holčičího oblečení, nikdy jsem ho nenosil, jen jednou, v první třídě při focení mne maminka přinutila vzít si šaty, ale cítil jsem se v nich tak trapně, že už mne k tomu nikdy víc nepřiměla. Říkal jsem jí, že budu-li mít sukni, budou se mi děti smát. Nechápala to. Já ano – proč by měl kluk chodit v sukni jako nějaká holka*“ (FIFKOVÁ a kol., 2008, s. 33).

Averze k primárním a sekundárním pohlavním znakům a fyziologickým projevům, které jsou spojeny s dospíváním. Puberta je pro transsexuální jedince velice psychicky náročné období. MtF se těžce vyrovnávají s růstem vousů, ochlupení, topořením penisu a ejakulací, FtM zase s růstem ňader (která si často bandážují, aby nebyla vidět) a s nástupem menstruace. Odpor k těmto somatickým a fyziologickým ukazatelům je trvalý (FIFKOVÁ a kol., 2008), (ŠULOVÁ a kol., 2011).

Sny bez erotického podtextu a každodenní představy. Transsexuálové sní o tom, že jsou v těle, které jim psychicky náleží, že se ráno probudí a budou tím, kým chtějí být. Často tak hledají únik v knihách, počítačových hrách, kde si kompenzují svůj vnitřní přetlak (FIFKOVÁ a kol., 2008), (ŠULOVÁ a kol., 2011). Výpověď Petry (MtF): „*Mé představy nikam nezapadaly. Připadala jsem si tím největším úchylem na světě, když se mojí mysli honily představy mne jako ženy*“ (FIFKOVÁ a kol., 2008, s. 192).

Sebeuspokojování a erotické sny. Při posuzování transsexuality jsou tyto dva aspekty zásadní. FtM sní o tom, že mají mužské pohlavní orgány a mají sex s ženou a MtF se vidí v ženském těle s ňadry a vagínou, jak se milují s partnerem (FIFKOVÁ a kol., 2008), (ŠULOVÁ a kol., 2011).

Láska a vztahy. Tato oblast může být pro transsexuální jedince velice obtížná, neboť se v období puberty většinou potýkají s odporem ke svým genitáliím, následnými depresi

atd. I přesto většinou prožijí svoje první milování. Transsexuálové jsou z velké části orientováni heterosexuálně, to znamená, že si najdou partnera stejného biologického pohlaví (FIFKOVÁ a kol., 2008), (ŠULOVÁ a kol., 2011). Výpověď Kristiny (MtF): „*V sedmnácti letech jsem navázala první skutečný vztah s dívkou. Byla jsem do ní zamilovaná, ale moje touha po ní se mísila s touhou být jako ona. Vlastní tělo mi v těch chvílích vadilo víc, než kdy jindy, erekce mi přišla naprosto odporná a styděla jsem se za ní. Když jsme se poprvé pomilovaly, bylo to velice nešikovné a já z toho byla v šoku*“ (FIFKOVÁ a kol., 2008, s. 194).

Sex. Při masturbaci hledají transsexuálové takový způsob uspokojování, aby se vyhnuli přímému kontaktu s genitáliemi. Jedinci FtM se však nevyhýbají kontaktu s klitorisem, často chtějí i potvrdit, že jim po přeměně zůstane funkční, jako zdroj sexuálního vzrušení. Zahájení sexuálního života ještě před přeměnou bývá pro transsexuály náročné (FIFKOVÁ a kol., 2008), (ŠULOVÁ a kol., 2011).

Pohlavní role. Pojem transsexuál je sice zavádějící, ale sexuální stránka není rozhodujícím aspektem. Je to charakteristika pohlavní role. Pro transsexuály je mnohem důležitější plnění sociální role, oproti té sexuální. Volí si proto profese, které jsou typické pro jeho psychické pohlaví (FIFKOVÁ a kol., 2008), (ŠULOVÁ a kol., 2011).

2.2 FÁZE ROZHODOVACÍ

Fáze rozhodovací nastává ve chvíli, kdy je nenávratně potvrzena diagnóza F.64. Podobně jako u fáze diagnostiky je i tato fáze různě časově náročná. Někteří jedinci mají utvořenou konkrétní představu o tom, jak bude vypadat další postup a mají jasně daný cíl léčby ještě před návštěvou sexuologa a snaží se tuto fázi co nejvíce zkrátit. I u takových jedinců je ale potřeba, aby jim terapeut podal všechny dostupné informace o veškerých postupech léčby a popsal jim výhody i nevýhody jednotlivých metod. Pokud jedinec nemá jasné představy a potřebuje více času, terapeut by mu měl nabídnout potřebnou spolupráci, kterou ho podpoří. Do rozhodnutí jedince by terapeut měl zasahovat co nejméně (FIFKOVÁ a kol., 2008).

2.3 REAL LIFE TEST, REAL LIFE EXPERIENCE

V této fázi prochází jedinec zcela novou zkušeností (RLE) a ověřuje si, zda je jeho rozhodnutí správné (RLT). Jedná se o náročné období, ve kterém jedinec zkouší žít v roli, která je totožná s jeho psychickým pohlavím, tzn., že FtM žijí jako muži a MtF jako ženy. Pro usnadnění této fáze si jedinec úředně změní jméno a příjmení na neutrální tvar. Nové příjmení se tvoří přidáním koncovky -ů (Nováků, Durkalců) nebo -ých (Novotných, Pokorných). Je ale možné si zvolit i úplně nové příjmení. Křestní jméno už není tak snadné přetvořit na jiný tvar, proto jsou povoleny i domácké podoby jmen jako je Míša či Peťa. Nejvíce oblíbenými jmény mezi transsexuálními jedinci jsou jména obourodá – Saša a Nikola (FIFKOVÁ a kol., 2008), (KOLEKTIV AUTORŮ, 2014).

2.4 HORMONÁLNÍ TERAPIE

Ideální doba pro zahájení hormonální terapie je po uplynutí několika měsíců testování jedince v nové roli. Praxe je ale poněkud odlišná. Reálné je to pouze v případě FtM, kteří často žijí jako muži už dávno před tím, než poprvé navštíví odborníka. U MtF je situace náročnější. Jejich biologické tělo jim celou situaci komplikuje, proto se u nich začíná s hormonální léčbou ještě před zahájením RLT a RLE. Pro jedince je důležitá podpora terapeuta, který ho informuje o dostupných lékařských a kosmetických službách, které jsou potřebné pro úpravu zevnějšku. Z kosmetických služeb jsou to nejčastěji epilace a depilace. Mezi lékařské služby spadá práce estetických chirurgů. Nejčastějšími operacemi jsou rhinoplastika, augmentace či liposukce. Tyto výkony si pacienti hradí sami. Vhodná je také návštěva foniatra, především u MtF. K zahájení hormonální léčby dochází po dohodě s pacientem a řádném lékařském vyšetření, které by odhalilo možné kontraindikace. Cílem hormonální léčby je potlačit původní pohlaví a dosáhnout co nejvíce podobné charakteristiky požadovaného pohlaví. Platí, že čím dříve se u jedince zahájí hormonální léčba, tím je dosaženo lepších výsledků. U transsexuálů MtF se podávají estrogény a antiandrogeny a u FtM androgeny. Užíváním androgenů, dojde k zhrubnutí hlasu, začne narůstat svalová hmota, vymizí nebo se zmenší menstruační krvácení a dochází k růstu mužského ochlupení a vousů. Před zahájením chirurgické léčby musí pacient hormony užívat minimálně rok (FIFKOVÁ a kol., 2008).

2.5 OPERAČNÍ VÝKONY

V případě, že pacient splňuje daná kritéria (minimálně rok užívání hormonů a déle než rok probíhající RLT a RLE), může poslat žádost o chirurgickou změnu pohlaví příslušné komisi. Po písemném vyrozumění o schválení operačního zákroku se pacient objedná na kliniku plastické chirurgie nebo do specializovaného centra, kde se tyto výkony provádí. Chirurgické operační výkony mají za cíl změnit tělesné pohlaví. U mužů se provádí kastrace, u žen odstranění prsou a dělohy. Plastické operace prováděné u transsexuálů MtF jsou augmentace prsou, odstranění penisu a vytvoření nové vagíny a u FtM se prsa naopak odoperují a vytvoří se jim penis, včetně močové trubice (BAŘINKA, 2016), (FIFKOVÁ a kol., 2008).

2.5.1 CHIRURGICKÁ ZMĚNA POHLAVÍ U FTM

Mezi prováděné chirurgické zákroky patří běžně v tomto pořadí: redukce prsou, odstranění dělohy s vaječníky, rekonstrukce penisu, uretry a šourku. V dnešní době, díky vstřícnému přístupu některých klinik, je možné provádět první dva zákroky v rámci jedné anestezie, tzn. současně.

REDUKCE PRSOU

Transsexuální jedinec jako první vyžaduje změnu nejvíce viditelných tělesných partií, tedy redukci prsou. Chce tak maximálně zmírnit riziko, že by okolí mohlo pochybovat o jeho opravdovém pohlaví (FIFKOVÁ a kol., 2008).

ODSTRANĚNÍ DĚLOHY A VAJEČNÍKŮ

Všem transsexuálním jedincům FtM se z gynekologického hlediska provádí odstranění celé dělohy, která je většinou doplněná o oboustranné odstranění vaječnicků. Transsexuální pacienti většinou trvají na co nejčasnějším odstranění dělohy, protože pociťují nepohodlí ve spojení s menstruací, která může přetrvávat i přes hormonální léčbu. Předpokladem provedené operace je zachování důležitých struktur k následné rekonstrukci zevního genitálu. Do budoucna se pro faloplastiku rozhodnou přibližně dvě třetiny jedinců, kteří mění své pohlaví chirurgickou cestou (WEISS a kol., 2011).

REKONSTRUKCE PENISU, NEBOLI FALOPLASTIKA

Existuje několik způsobů provedení a pacienti si mohou zvolit, který způsob na ně bude aplikován. Nejvíce používané jsou však dva způsoby. Buď se odebere lalok pro nový penis z předloktí, nebo ze zad. Kontraindikací pro odběr laloku ze zad je obezita pacienta. Nový penis je nazývaný lékaři jako neopenis (FIFKOVÁ a kol., 2008), (WEISS a kol., 2011).

Rekonstrukce penisu z předloketního laloku

Fasciokutánní senzitivní lalok se mikrochirurgicky přenáší do oblasti genitálií. Močová trubice musí být tvořena na vnitřní části předloktí, kde není ochlupení. U praváků se odebírá lalok obvykle z levého předloktí a u leváků z pravého. K sešívání močové trubice se používá katétr číslo 18. Části laloku na stranách budoucí močové trubice slouží k utvoření těla penisu a nad zápěstím je část laloku, ze kterého chirurg vytvoří žalud. Nově vytvořený penis a uretra jsou přesunuty do pubické oblasti za použití operačního mikroskopu. Na této operaci se podílí dva týmy. Druhý tým mezitím připravuje příjmové místo, a to tak, že připraví příjmové cévy a vypreparuje senzitivní nerv n. ilioinguinalis. Nově vytvořená močová roura se protahuje většinou vpravo velkým stydkým pyskem a obě močová ústí se sešijí. Na uzavření rány na zápěstí se používá kožní štěp, který se odebírá na vnější straně stehna. Odběrové místo na stehně se zhojí nepatrnou jizvou a rána na předloktí vypadá jako zhojená popálenina (FIFKOVÁ a kol., 2008).

Rekonstrukce penisu pomocí laloku latissimus dorsi

Další metoda rekonstrukce penisu je vytvoření penisu z velkého zádového svalu (m. latissimus dorsi). K přenosu je použit mohutný lalok, v tomto případě bez močové trubice. Výhodou je, že po dobrém obnovení nervové inervace ve svalu laloku, je možný pohyb penisem nahoru a dolů a pacient je po operaci schopen pohlavního styku. Lalok ze zad se odebírá tak, aby nervově-cévní stopka měla délku 12 až 15 cm. Lalok pak chirurg sešije do tvaru válce a přenesení ho do pubické oblasti. Mezitím druhý tým vypreparuje příjmové cévy a motorický nerv na vnitřní straně stehna, stopka je totiž protažena na stehno, kde se za použití operačního mikroskopu šijí cévy a nerv. Rána po odběru laloku na zádech je velká, proto se zmenšuje místním posunem laloků z okolní plochy a kožním štěpem odebraným nejčastěji ze stehna. Po zahojení penisu a vytažení stehů je pacientům doporučena elektrostimulace. Močovou trubici lze dodatečně, přibližně půl roku po operaci, vytvořit

z laloku na vnitřní straně předloktí. Rekonstrukce skrota je možné až po uzavření poševního vchodu (FIFKOVÁ a kol., 2008).

Rekonstrukce penisu pomocí paraskapulárního laloku

Používá se v případě, že si pacient nepřeje mít jizvu na zápěstí nebo je natolik obézní, že není reálné využít svalověkožní lalok ze zad. Princip operace je obdobný jako při odběru laloku na zádech. Rozdíl je v tom, že se lalok odebírá bez svalu a používají se jiné cévy (FIFKOVÁ a kol., 2008).

KOMPLIKACE U REKONSTRUKCE PENISU ZE ZÁDOVÉHO SVALU

Jako každý operační výkon je i tento spojený s rizikem pooperačních komplikací. Výsledek operace závisí i na individuálním hojení pacienta. Mezi nejčastější komplikace se řadí porucha prokrvení laloku, který je nejvíce ohrožený 72 hodin po operaci. V případě, že se lalok nedokrvuje, je důležité, co nejdříve prokrvení obnovit, proto se provádí reoperace. Porucha prokrvení může být zapříčiněna uzávěrem cévy trombem, vazokonstrikcí cévy či útlakem cévy otokem nebo nevhodnou polohou pacienta. Mezi další komplikace patří krvácení z operační rány, hematomy, otok, infekce, rozestup rány, případně i nekróza části či celého laloku. I při těchto komplikacích se provádí reoperace a tím se prodlužuje celkové hojení rány. V rámci pooperačních komplikací může také dojít k vyklenutí, zarudnutí, změnám pigmentace nebo vzniku zvýšeného bujení vaziva v jizvě, a to zejména pokud dojde k infekci rány nebo v případě, že se rána vyskytuje v místě zvýšeného tahu kůže. V místě operační rány dochází často k poruše citlivosti z důvodů přerušení drobných nervů. Obnova citlivosti může trvat i jeden rok a nemusí být stoprocentní. Mezi vzácná rizika spojená s tímto operačním zákrokem patří vznik žilní trombózy na dolních končetinách a plicní embolie. Další komplikací může být i neobnovení svalové funkce nově vytvořeného penisu (BOJKOVÁ, POSPÍŠILOVÁ, 2009).

2.5.2 CHIRURGICKÁ ZMĚNA POHLAVÍ U MTF

Stěžejním bodem operační techniky u transsexuálů MtF je demaskulinizace. To znamená, že se musí odstranit varlata a penis. Odstranění varlat je nezbytné pro změnu pohlaví na matrice. Dalším krokem je tvarování vaginy a zevních pohlavních orgánů.

Součástí chirurgické změny pohlaví u MtF může být i zvětšení prsou pomocí implantátů, která zvýrazní efekt hormonálně vyvolané gynekomastie. Augmentace prsů pomocí implantátu se provádí pouze, pokud to vyžaduje pacient. Nejlépe osvědčeným materiálem pro výrobu implantátů je silikon. Silikonový implantát se pak vloží buď pod mléčnou žlázu, nebo pod sval. Při výběru implantátu by měl operátor přihlížet nejen na přání pacientky, ale především na její celkovou postavu, výšku, šířku hrudníku atd. (BERGEROVÁ, BRYCHTA, STANEK, 2014), (MĚŠŤÁK a kol, 2015).

Kromě výše zmíněné augmentace prsou je vhodné, aby pacienti MtF podstoupili i jiné estetické operace, které zvýrazní feminizaci. Hormonální terapií nelze změnit mužské rysy ve tváři. Proto byly vynalezeny různé techniky, které mají za cíl dát obličej více ženský vzhled. Patří sem redukce úhlu dolní čelisti, úprava brady, rhinoplastika a broušení nadočnicových oblouků. Dalším chirurgickým způsobem, jak dopomoci k feminizaci je fonochirurgie. Jejím cílem je dát hlasu ženské zabarvení (FIFKOVÁ a kol., 2008).

2.6 POOPERAČNÍ OBDOBÍ

Završením procesu přeměny pohlaví je definitivní změna totožnosti úřední cestou. Jméno a příjmení si jedinec změní z neutrálního tvaru na výhradně mužské či ženské, vyřídí si nový rodný list, rodné číslo a vymění si všechny důležité doklady a dokumenty, a to i zpětně. V novém životě má veškerá práva a povinnosti, které připadají danému pohlaví (viz Příloha D).

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA PŘI ZMĚNĚ POHLAVÍ

Ošetřovatelská péče o pacienta při změně pohlaví má svá specifika. Vzhledem k tomu, že chirurgická konverze pohlaví výrazně zasahuje do původního stavu orgánů a jejich funkcí, je důležité, aby byl pacient dostatečně informovaný. Podstatné je, aby pacient znal zásady předoperační přípravy, pooperační péče, rozpoznal možné komplikace, uměl správně pečovat o operační rány a dbal na režimová opatření (BRYCHTA, STANEK a kol., 2014).

3.1 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE

Cílem předoperační péče je vytvoření co nejlepších podmínek pro zvládnutí operace a eliminace vzniku pooperačních komplikací. Chirurgická změna pohlaví je vždy výkonem plánovaným, proto je veškeré předoperační interní vyšetření samozřejmostí. Interní vyšetření provádí v rámci dlouhodobé předoperační přípravy praktický lékař nebo internista. Vzhledem k tomu, že jde o delší a poměrně složitý operační výkon, je v rámci předoperační přípravy pacientům doporučován odběr krve na autotransfuzi. Interní vyšetření se skládá z podrobné anamnézy, fyzikálního vyšetření a dalších pomocných vyšetření, kterými jsou rentgen srdce a plic u pacientů starších 40 let nebo mladších, je-li k tomu důvod, EKG, laboratorní vyšetření krve a moči a gynekologické vyšetření. Internista případně upraví medikaci pro perioperační období (vysazení perorálních léků na ředění krve s převedením na nízkomolekulární hepariny, převedení perorálních antidiabetik na terapii inzulínem a podobně). Platnost vyšetření je závislá na celkovém stavu pacienta a jeho zařazení do kategorie dle ASA. Při bezvýznamné anamnéze a normálních hodnotách výsledků fyzikálního vyšetření jsou vyšetření platná až jeden měsíc, v případě, že nedojde ke změnám ve zdravotním stavu (ASA I). U pacientů s větším rizikem se doba platnosti zkracuje. U ASA II a III je to přibližně 14 dnů a u ASA IV a V by měly být výsledky staré maximálně 1 týden. Pro zkrácení doby rekonvalescence se v rámci předoperační přípravy doporučuje pacientům zvýšit tělesnou kondici, nejlépe pod dohledem odborníka (BRYCHTA, STANEK a kol., 2014), (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013), (SCHNEIDEROVÁ, 2014), (SKALICKÁ, 2007).

Den před operačním výkonem se pacient se všemi výsledky předoperačního vyšetření dostaví na příslušnou kliniku k přijetí, kde je opět vyšetřen a dotázán, zda nemá akutní onemocnění, které by komplikovalo operační výkon. Ze strany ošetřujícího lékaře je nutná důsledná anamnéza, a to zejména u pacientů s alergiemi, u kuřáků a u pacientů, kteří užívají trvalou medikaci. Pacientovi je změřen krevní tlak, pulz, tělesná teplota, zapisuje se váha, výška a BMI. Lékař znovu poučí pacienta o operačním výkonu a následné terapii. Poté je pacient poslán na lůžkové oddělení, kde sestra pacienta seznámí s oddělením, nemocničním řádem, právy pacientů a poučí ho o předoperační přípravě. Následně je zahájena krátkodobá předoperační příprava, která je omezená na 24 hodin před operačním výkonem. Tato příprava zahrnuje:

Fotodokumentaci. Fotodokumentace před operací patří v plastické chirurgii k běžným úkonům (viz příloha A). Je důležitá pro srovnání operačního pole před výkonem a po výkonu a také ke srovnání s jinými klinickými případy. Pořizování obrazové dokumentace je nezbytné i pro případný spor mezi lékařem a pacientem či spor soudní. Při fotodokumentaci je důležité, aby

se fotograf řídil určitými standardy. Fotografie by měly být pořizovány za shodných podmínek, to znamená při stejném osvětlení, ve stejných pozicích, ze stejné vzdálenosti, v totožném formátu, se stejným pozadím a ideálně i stejným fotoaparátem. Při nedodržení těchto zásad nelze objektivně porovnat fotografie před a po zákroku. Souhlas pacienta s fotodokumentací by měl být zahrnutý v informovaném souhlasu (BRYCHTA, STANĚK a kol., 2014).

Stravu a pitný režim. Pacient den před operací dostane naposled v poledne polévku a následně dodržuje lačnění. Je důležité, aby pacient do půlnoci dodržoval pitný režim, do zákazu přijímání tekutin by měl vypít až 3 litry tekutin, z toho důvodu, že pacienti, kteří užívají hormonální léčbu, mohou být zahuštěni a to může působit následné komplikace ucpáním výživných cév. Od půlnoci už pacient nepřijímá ani žádné tekutiny.

Vylučování. Způsob vyprázdnění střeva záleží na zvyklostech kliniky. Na některých klinikách se používá k vyprázdnění střeva přípravek Fortrans, jinde se aplikuje večer a ráno před výkonem perrektálně vyprazdňovací roztok Yal.

Hygienickou péči a přípravu operačního pole. Pacient provede důkladně celkovou hygienu. Odlakuje si nehty a v den operace se nelíčí, ani nepoužívá žádné krémy. Operační pole si pacient důkladně oholí, v případě, že to sám nezvládne, provádí holení sestra. Holení by mělo být provedeno šetrně, aby nedošlo k poranění, i malé ranky jsou vstupem pro infekci.

Dále je nutné odstranit veškeré nečistoty. U MtF pacientů se připravuje oblast genitálu až po konečník a v opačném případě, u FtM pacientů jsou to záda, stehna a genitál.

Premedikaci a tromboembolickou prevenci. Ničím nerušený spánek a odpočinek je důležitý pro lepší zvládnání předoperačního stresu. Den před operací anesteziolog naordinuje pacientovi sedativa a hypnotika. Ty se podávají perorálně. Ve výjimečných případech, v rámci premedikace, naordinuje anesteziolog léky, které snižují objem žaludečních šťáv a jejich kyselost. Prevence tromboembolie se provádí pomocí injekčně aplikovaného nízkomolekulárního heparinu (Clexane, Fraxiparine).

Uložení cenností do trezoru a uschování protetických pomůcek (zubní náhrady, brýle, kontaktní čočky, naslouchadlo, šperky včetně peercingu a podobně).

Psychickou přípravu. Na psychické přípravě se podílí jak lékaři, tak sestry. Cílem je, co nejvíce redukovat stres a strach z operačního výkonu. Je vhodné, poučit pacienta o pooperační péči a trpělivě zodpovědět všechny jeho dotazy.

Anesteziologickou přípravu. Provádí se formou anesteziologické vizity u lůžka pacienta. Součástí přípravy je vyplnění informací v anesteziologickém dotazníku, který je součástí dokumentace pacienta. Anesteziolog seznámí pacienta s typem a průběhem anestezie a naordinuje premedikaci. Pacient svým podpisem potvrzuje seznámení s možnými riziky a typem anestezie.

Bezprostřední předoperační příprava se vztahuje na dobu těsně před operačním zákrokem. Zahrnuje kontrolu dokumentace pacienta, kontrolu operačního místa, lačnění, nasazení kompresních punčoch či bandáží na dolní končetiny, kontrolu chrupu, podání premedikace a kontrolu fyziologických funkcí. V případě, že je pacient diabetik, změří mu sestra glykemický profil, zajistí žilní vstup a dle ordinace lékaře aplikuje infuzní roztok glukózy s inzulinem. Pacient je převezen na operační sál na lůžku společně s dokumentací (BRYCHTA, STANEK a kol., 2014), (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013), (JEDLIČKOVÁ a kol., 2012), (SLEZÁKOVÁ, 2010).

3.2 POOPERAČNÍ PÉČE

Ukončením operačního výkonu a anestézie začíná pooperační období. Pooperační péče se dělí na bezprostřední a následnou. Bezprostřední pooperační péče se zaměřuje hlavně na prevenci pooperačních komplikací, následná péče pomáhá pacientovi navrátit se k předchozímu životu. Po skončení operace zůstává pacient pod intenzivním dozorem,

dokud nemá stabilizovaný oběh, dostatečné spontánní dýchání a viditelné obranné reflexy. Při přebírání FtM pacienta ze sálu sestra kontroluje neopenis, aby bylo možné hodnotit případné změny barvy a teploty. Poté předává anesteziolog pacienta sestře na jednotku intenzivní péče, kde zpravidla zůstává dva až tři dny (HOCH, LEFFLER, 2013).

Monitorování pacienta po operaci

Pacient je napojen na monitor a jsou sledovány vitální funkce (krevní tlak, pulz, tělesná teplota a dýchání), stav vědomí. Saturace hemoglobinu kyslíkem je monitorována pomocí pulzního oxymetru a pomocí přístrojové techniky EKG křivka. Vzhledem k náročnosti a délce operačního výkonu je důležitá neustálá monitorace celkového stavu pacienta.

Péče o operační rány

Pacient je uložený do polohy na zádech s elevací horní části těla. V případě pacienta FtM, je pod peřinou vložený oblouk, který brání tlaku příkrývky na neopenis. Neopenis sestra kontroluje v časovém intervalu po jedné hodině. Hodnotí pohledem barvu, dotekem teplotu, stlačením a následným uvolněním kapilární návrat, hodnocení následně zaznamenává do dokumentace. U FtM pacientů se také sleduje operační rána na zádech a na stehně. Sestra opět kontroluje prosakování a okolí rány. V případě změn neprodleně kontaktuje lékaře. Pokud nejsou přítomny žádné komplikace, provádí se převaz druhý pooperační den. Převaz provádí operatér za asistence sestry. Odběrová plocha na stehně je kryta mastným tylem a vrstvou sterilního mulu. Ponechává se 7 až 10 dní bez převazu, poté je vhodné ránu přes vrstvu mulu promašťovat.

V případě operace pacientů MtF je operační rána (neovagína) zakryta sterilním krytím, které je fixováno elastickými kalhotkami. V den operace péče o ránu spočívá pouze v kontrole krytí – jeho prosakování. V případě, že krytí prosakuje, přiloží se další vrstva, pokud je to nedostačující, sestra informuje lékaře. V neovagině je zavedený tzv. dilatační fantom, který se ponechává několik dní. Poté co se vytáhne, může se pacientka osprchovat a několikrát denně provádí dilataci neovagíny, aby nedošlo k jejímu stažení. Na neovagínu je vhodné přikládat chladivé obklady s fyziologickým roztokem.

Večer v den operace lékař naordinuje kontrolu krevního obrazu z důvodů velkých krevních ztrát při výkonu. Na základě výsledků je pacientovi podána krevní transfuze nebo v případě, že si pacient daroval krev do krevní banky, je mu aplikována autotransfuze.

Kontrola bolesti, aplikace analgetik a jiných léků

Sestra sleduje celkový stav pacienta, včetně bolesti, kterou posuzuje podle dostupných škál, nejčastěji dle VAS (vizuální analogová škála) a zjištěné hodnoty zaznamenává do dokumentace. Bolest je zprvu tlumena působením anestetik, s postupným odezníváním jejich účinku je sledována intenzita bolesti, charakter, lokalizace a jsou aplikována analgetika dle ordinace lékaře. K tlumení bolesti se často používá Dipidolor, protože má dlouhodobý účinek, tlumí kašel a má méně nežádoucích účinků oproti morfinu. Kombinuje se s metamizolem (Novalginem) a Paracetamolem. U Paracetamolu je nutné dodržet správné dávkování (tj. minimálně 650 mg), aby byl účinný, neboť dochází často k poddávkování a účinek se tak nedostaví. Paracetamol je k dispozici v infuzní formě jako přípravek s názvem Perfalgan (obsahuje 1000 miligramů paracetamolu ve 100 mililitrech). Kromě analgetik je pacientovi aplikována infuzní terapie, kterou jsou hrazeny ztráty tekutin, antibiotika jako prevence infekce, antikoagulancia a chronická medikace. Při podávání léků sestra sleduje i možné nežádoucí účinky.

Péče o invazivní vstupy

Invazivní vstupy jsou nezbytnou součástí operačního výkonu. V tomto případě je pacientovi zavedena periferní žilní kanyla, permanentní močový katétr a Redonovy drény. Hlavním úkolem drénů je odvádění tekutiny z rány. Pacienti mají zpravidla čtyři Redonovy drény, které jsou zavedeny v průběhu operačního výkonu a v pooperační době se sleduje množství a vzhled odváděného sekretu. Povinností sestry je také kontrolovat podtlak a v případě, že je láhev plná, vymění ji a vše zaznamená do dokumentace. Drény jsou fixovány stehem ke kůži a pravidelně se převazují za dodržení aseptických podmínek. Drény jsou ponechány v závislosti na množství sekretu.

Žilní vstupy bývají zpravidla zavedeny dva, vzhledem k množství podávaných infuzí a léků intravenózní cestou. Kontroluje se průchodnost a okolí místa vpichu, zda nedochází k infekci. U zavedeného permanentního močového katétru sleduje sestra průchodnost, vzhled a množství odvedené moče.

Péče o výživu a vyprazdňování

Každá větší operace vede ke ztrátě tělesných tekutin. Sestra sleduje příjem a výdej tekutin. Zhruba 2 až 3 hodiny po operaci může pacient začít po lžičkách přijímat tekutiny perorálně. Postupná realimentace začíná většinou první pooperační den, záleží na stavu pacienta. Dieta zůstává stejná jako před operací.

Vyprazdňování moči je zajištěno pomocí zavedeného permanentního močového katétru. Močení sestra sleduje až poté, co je močový katétr odstraněn. Peristaltika trávicího traktu by se měla obnovit za 2 až 3 dny po operaci. Je vhodné provádět dostupná opatření k prevenci zácpy (dostatečné množství tekutin, zajistit soukromí při defekaci).

Péče o hygienu a spánek

První pooperační dny je hygienická péče u pacientů omezena klidovým režimem, a proto je nutná dopomoc sestry. Součástí hygieny je i péče o dutinu ústní a kontrola predilekčních míst, které jsou z důvodu imobility ohroženy vznikem proleženin. Spánek bývá rušený častými kontrolami sester, ostatními pacienty na pokoji, nucenou polohou a současně žilní vstupy, drény a močový katétr mohou být pro spánek rušivými elementy. Sestra by měla zajistit vhodné podmínky pro spánek.

Péče o aktivitu pacienta

U pacientů je naordinovaný přísný klid na lůžku. Sestra edukuje pacienta o vhodných cvicích, které provádí v průběhu celého dne. Rehabilitace má vliv na celý organismus a především na psychiku pacienta. Cvičení dolních končetin je důležité jako prevence tromboembolické nemoci. Zároveň je vhodné provádět dechovou rehabilitaci. Následná vertikalizace začíná postupným posazováním se na lůžku se spuštěnými dolními končetinami a zpravidla po týdnu je dovolená chůze. V této době odstraňuje sestra pacientovi močový katétr (SCHNEIDEROVÁ, 2014), (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

3.3 DOMÁCÍ PÉČE

Při nekomplikovaném průběhu je pacient propuštěn 8. až 10. den po operaci. S pacientem je doba propuštění domluvena zavčas a zavčas by měla být informována i rodina pacienta. Důležitá je edukace. Lékař i sestra musí pacient poučit o následném léčebném režimu a opatřeních. Pacienta je třeba edukovat o správné péči o operační rány, jizvy a poučit ho o možných komplikacích. Musí být informován také o tom, že se má do tří dnů od propuštění dostavit ke svému obvodnímu lékaři, kterému předá lékařskou zprávu z nemocnice. Pacient ještě přibližně sedm dní užívá kyselinu acetylsalicylovou na ředění krve. Stehy lékař odstraňuje při ambulantní kontrole za 12 až 14 dní. Pracovní neschopnost

se doporučuje po dobu osmi týdnů, ale záleží na pracovním zařazení a dohodě s obvodním lékařem (VYTEJČKOVÁ a kol., 2011).

Péče o jizvy v domácím prostředí

Péče o ně by měla být zahrnuta v edukaci pacienta, protože estetický efekt je podstatný pro další život. V prvních dnech až týdnech po operaci má jizva červenou barvu, postupem času jizva bledne. Vyžívání jizev je z časového hlediska různé, může trvat měsíce, ale i roky. Pacient by tedy měl v péči o jizvy dodržovat určité zásady. Čerstvou jizvu by měl udržovat v čistotě, ránu nijak neškrábat a nestrhávat strup. První tři měsíce by jizva měla být chráněna před slunečním zářením, nedoporučuje se návštěva solária a sauny. Jizva by neměla být vystavována ani přílišnému chladu. Pacient by měl nosit volné, bavlněné oblečení. Syntetické materiály způsobují zarudnutí a zatvrdnutí jizvy. V prvních dvou až čtyřech týdnech není vhodné koupání. Dovolena je krátká sprcha, ideálně vlažnou vodou. Výborný efekt mají tlakové masáže. Ty se provádějí přibližně jeden až dva týdny po vytažení stehů nebo až je rána zahojená. Jizva by se po jejím zhojení měla pravidelně promašťovat, aby nedocházelo k jejímu přesychání (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

Režimová opatření

Pacienti po chirurgické změně pohlaví musí dodržovat určitá opatření. Kromě správné péče o jizvy, je důležitý i klidovější režim. Dva až tři měsíce po operaci není vhodné zvedat břemena těžší pěti kilogramů a provozovat fyzicky náročné aktivity. Vhodné je dbát na vyváženou stravu s dostatkem bílkovin, neboť dostatek bílkovin urychluje proces hojení rány. Důležité je vyvarovat se kouření. Kouření zhoršuje prokrvení tkání a komplikuje tak celý proces hojení.

4 EDUKACE

Za posledních 40 - 50 let prošla v České republice edukace všeobecnou sestrou velkými změnami. Dříve měly sestry omezené kompetence, a proto podávaly pouze jednoduché a základní informace. Koncem 80. let docházelo k většímu rozmachu edukace v ošetrovatelství na základě změn politického systému. Začal se klást větší důraz na potřeby pacienta. A v 90. letech se již začalo dbát na aktivní postoj pacienta k jeho zdraví (MANDYSOVÁ, 2016).

Termín edukace pochází z latinského výrazu *educare*, což v překladu do češtiny znamená vychovávat nebo také vést vpřed. Edukací rozumíme proces, při kterém neustále ovlivňujeme chování a jednání pacienta. Edukace je velice důležitou složkou v rozvoji osobnosti jedince. Do edukace se řadí všechny lidské činnosti, při kterých se pacient (subjekt) učí buď přímo, nebo prostřednictvím různých pomůcek a sestra či jiný subjekt mu předává své znalosti a vědomosti. Účelem edukace je naučit pacienty dbát o své zdraví. U správně informovaných a edukovaných pacientů je možné předpokládat lepší spolupráci a větší zájem o jejich zdravotní stav. Poučováním sestra pacienta současně uklidní a zamezí tak případným obavám. Ideálně by se na edukaci pacienta měl podílet každý, kdo je s ním v kontaktu. Prvotně by to měli být lékaři, dále pak zdravotní sestry, které s pacientem tráví nejvíce času. Velký vliv na pacienta má nepochybně jeho rodina, která ho může motivovat ke spolupráci s vidinou brzkého propuštění z nemocnice domů (MASTILIAKOVÁ, 2015), (JUŘENÍKOVÁ, 2010), (JALOVIČOROVÁ, KOŽÍŠKOVÁ, 2009).

Funkce sestry v roli edukátora

Stále více se zvyšují nároky na odborné znalosti sester ve sféře péče, na kterou je edukace cílena. Úkolem sestry je poskytovat komplexní péči, spolupracovat při vykonávání zdravotní péče v multidisciplinárním týmu, provádět výzkumy a používat dokumentace péče. Úkolem sestry jako edukátora není pouze samotné poskytování informací. Sestra by měla aktivně napomáhat pacientovi v učení a neočekávat, že se tak stane samo. Proto je důležité, aby sestra uměla vyhodnotit edukační potřeby pacienta, následně edukaci naplánovat a uskutečnit ji za pomoci vhodně vybraných metod, edukačních pomůcek a materiálů a na závěr za přítomnosti pacienta celý proces zhodnotit.

Komunikace v edukaci

Během komunikace člověk získává a předává poznatky, a to jak verbální, tak i neverbální formou. Základem pro komunikaci s pacientem je schopnost vcítit se do jeho pocitů a respektovat ho. V rámci verbální komunikace by měla sestra pečlivě zvážit, jaká slova použije a jakou formou bude s pacientem komunikovat. Nejlepší je mluvit v jednoduchých větách. Co se týká neverbální komunikace, měla by sestra dbát na řeč těla. To znamená, že by se měla při edukaci postavit tak, aby na ni pacient viděl a mohla s ním udržovat oční kontakt. Při komunikaci je také důležité dát prostor pacientovi a aktivně naslouchat (MASTILIAKOVÁ, 2015).

Teorie učení používané ve zdravotnictví

Jednou z používaných teorií je behaviorismus. Tato teorie se soustředí na chování člověka, které je viditelné a měřitelné, na tělesné a fyziologické odezvy. Na vědomí a psychický stav není brán zřetel. Behaviorismus tvrdí, že chování lidí je možné změnit na bázi podnětu a odpovědi. Někteří autoři se shodují v tom, že aplikace behaviorismu do zdravotnictví je nevhodná, protože nedává sestřám možnost přistupovat k pacientovi holisticky. Protipólem behaviorismu je kognitivní teorie, která se zaměřuje na to, co se odehrává v nitru edukanta. Kognitivní teorie je do určité míry ovlivňovaná edukantem. Edukátor vnímá informace a předává je na základě toho, co už edukant ví, pouze je přetvoří do nového úhlu pohledu. Další teorií užívanou ve zdravotnictví je teorie sociálního učení, která je do značné míry ovlivněna teorií kognitivní i behaviorismem. Ta se orientuje jak na edukanta, tak i na jevy v jeho okolí. Okolními jevy jsou myšleny vnější faktory (prostředí, imitace chování jiných). Sestra jako edukátor je v této teorii chápána jako vzor, v péči o pacienty, pro jinou méně zkušenou sestru. Pokud dochází ke změnám chování, uplatňují se v edukaci psychodynamické teorie. Sestra často pomáhá pacientovi, vypořádat se s novou, neznámou životní situací (změněný fyzický obraz těla). V případě, že je ego pacienta v ohrožení, uplatňují tzv. ego-obranné mechanismy, což jsou bezděčné mentální procesy, které mu pomáhají zachovat si vnitřní rovnováhu a harmonii, neboli jeho ego (MANDYSOVÁ, 2016).

4.1 EDUKAČNÍ PROCES

Edukační proces je celoživotní aktivita, při které se lidé učí buď záměrně, nebo nezáměrně. Edukační proces je důležitou součástí při poskytování odborných informací týkajících se zdraví člověka v rámci primární, sekundární a terciální prevence. V edukačním procesu jsou důležité tyto determinanty: edukant, edukátor, edukační prostředí a edukační konstrukty (edukační materiály, standardy, plány). Edukantem ve zdravotnickém prostředí je nejčastěji zdravý nebo nemocný pacient, ale samozřejmě i zdravotník, který si v rámci celoživotního vzdělávání prohlubuje své znalosti. Edukátor realizuje edukační aktivity. Edukátorem ve zdravotnickém zařízení je nejčastěji právě sestra a proto, aby mohla tyto aktivity vykonávat, musí k tomu mít potřebné znalosti a vědomosti. Měla by mít také dobré komunikační schopnosti, být empatická, umět pacienta motivovat správným směrem, pochválit ho, povzbudit. Je důležité zajistit vhodné edukační prostředí bez rušivých vlivů, s vhodným osvětlením, teplotou a další (JUŘENÍKOVÁ, 2010), (MASTILIAKOVÁ, 2015).

Edukační proces ve zdravotnickém zařízení je specifický tím, že je prováděn v různých etapách jejich zdraví nebo nemoci. Edukační proces se skládá z pěti fází:

1. Posuzování

Edukátor posuzuje úroveň znalostí a návyků edukanta a zjišťuje, jaké má edukační potřeby. Posuzování znalostí lze provádět různými metodami, např. formou konverzace, testy, dotazníky aj. Zjištěné informace se dělí na objektivní a subjektivní. Subjektivní informace nám může sdělit pouze sám pacient a není možné si je nijak ověřit. Naopak objektivní informace jsou ověřitelné. Zdrojem informací nemusí být pouze sám pacient, ale i členové rodiny pacienta, jiný zdravotnický pracovník nebo záznamy v ošetrovatelské dokumentaci. U těchto informací takzvaně z druhé ruky je ale nutné otestovat jejich pravdivost.

2. Stanovení edukační diagnózy

Jde o určení edukační diagnózy/diagnóz na základě prvního kroku edukačního procesu. Veškeré diagnózy, které sestra určí ve spojitosti k potřebám pacienta něco naučit, spadají do kategorie nedostatek informací. Je důležité, aby sestra specifikovala, které informace pacientovi chybí (NEMCOVÁ, HLINKOVÁ, 2010).

3. Fáze plánování edukačního procesu

V této části edukačního procesu edukátor plánuje, stanový čas edukace a volí vhodné formy a metody pro edukaci a závěrem sestaví kompletní edukační plán, který by měl být vytvořen v písemné podobě a měl by být zařazený do dokumentace pacienta (edukanta).

Ve fázi projektování sestra za účasti pacienta stanoví cíle na základě toho, co chce vědět pacient a co chce ona sama, aby pacient znal. Cíle se dělí na dlouhodobé (obecné), krátkodobé (specifické), s vyšší a nižší prioritou. Cíl musí být jednoznačně formulovaný, měřitelný a především realistický. Pro to, aby mohl být cíl úspěšně splněn, nehraje roli pouze samotné určení a formulování cílů, ale také motivace a schopnosti pacienta. Následně sestra zvolí vhodnou formu (uspořádání) edukace a vhodnou edukační metodu, kterou bude na pacienta aplikovat. Při výběru metody přihlížíme na charakterové vlastnosti edukanta, na jeho aktuální znalosti a vědomosti a především na jeho zdravotní a duševní stav. Mezi nejčastější metody patří přednáška, vysvětlování, praktické cvičení, rozhovor, konzultace a další. Pro vyšší efektivnost edukace si sestra může zajistit i učební pomůcky, které zvyšují účinnost edukace. Učební pomůckou je například film nebo fotografie. Vhodné je i použití didaktických pomůcek (JUŘENÍKOVÁ, 2010), (MANDYSOVÁ, 2016).

4. Vlastní realizace

Na realizaci by se měl podílet celý zdravotnický tým. Edukátor (sestra) připraví vhodné prostředí a samotného edukanta. Edukant (pacient) by měl vědět, proč sestra edukaci provádí a jaký má cíl. V této fázi edukačního procesu je vhodné pacienta motivovat. Samotnou realizaci edukace sestra (edukátor) provádí na základě předem zjištěných edukačních potřeb, které si určila na základě zjištěných poznatků o pacientovi (edukantovi). Při realizaci by se měla sestra držet stanoveného plánu edukace a směřovat k jeho naplnění. Úkolem edukátora je připravit vhodné prostředí a samotného edukanta. Vhodné prostředí je nezbytnou částí edukace. Vhodné prostředí je takové prostředí, kde nebude edukant ani edukátor ničím a nikým rušen. Příprava edukanta spočívá v podání informací o tom, proč se u něj bude edukace vykonávat a jaké má edukátor cíle. V případě, že bude edukant používat učební pomůcky, je nutné, aby si je připravil před zahájením edukace a zkontroloval jejich funkčnost. Průběh edukace by měl být zaznamenán do edukačního záznamu, který by měl být součástí dokumentace pacienta (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

5. Hodnocení

V poslední fázi hodnotí sestra výsledky edukačního procesu. Sestra vyhodnocuje dosažené pokroky u pacienta a to buď průběhu edukace, nebo až po jejím skončení. Hodnocení lze rozdělit na verbální a neverbální, při čemž neverbální hodnocení se používá spíše u dětí (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

5 EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA PŘI ZMĚNĚ POHLAVÍ

Kazuistika pacienta

Pacient I. K., 40 let, byl přijat 7. 4. 2017 na Kliniku plastické a estetické chirurgie pro plánovanou rekonstrukci penisu ze zádového svalu. Operaci podstupuje na základě svého vlastního rozhodnutí. Pacient je orientovaný, spolupracující a komunikuje bez potíží.

1. FÁZE – POSUZOVÁNÍ

Jméno a příjmení: I. K.

Pohlaví: muž

Věk: 40 let

Bydliště: Kladno

Rasa: europoidní (bílá)

Etnikum: slovanské (české)

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Zaměstnání: ošetřovatel

Anamnéza

Nynější onemocnění: esenciální trombocytémie, transsexualismus FtM

Osobní anamnéza: běžná dětská onemocnění, úrazy: 0, stav po mastektomii a panhysterektomii

Alergická anamnéza: alergie neudává

Rodinná anamnéza: bezvýznamná

Abúzus: nekuřák, alkohol – příležitostně, černá káva – 1/denně

Farmakologická anamnéza: Anopyrin 100 mg 1/2 - 0 – 0 tbl. – nyní vysazený, Nebido 1 amp jednou za 3 měsíce i.m.

Medicínský management

Název léku	Dávkování	Způsob aplikace
Zinnat 500 mg	06:00 - 0 – 18:00	per os
Stacyl 100 mg	0 – 2 – 0	per os
Acidum folicum 10 mg	1 – 1 – 1	per os
Pyridoxin 20 mg	1 – 1 – 1	per os
Sorbifer Durules	1 – 0 – 1	per os
Fraxiparine 0,3 ml	1 – 0 – 1	s. c.
Frontin 0,5 mg	0 - 0 – 1	per os
Paralen 500 mg	2 - 0 – 0	per os
Zinacef 750 mg + 100 ml FR	06:00 – 14:00 – 22:00	i. v.
Heparin 10 000 j + 46 ml FR	2 ml/hod	i. v.
Paracetamol 1000 mg	Dle potřeby	i. v.
Novalgín 1000 mg + 100 ml FR	Dle potřeby	i. v.
Dipidolor 15 mg	Při VAS více než 5	s. c.
Ranital 50 mg	6:00 - 14:00 – 22:00	i. v.
Degan 10 mg	6:00 - 14:00 – 22:00	i. v.

(Vytvořeno autorem dle NĚMCOVÁ a kol., 2016)

Základní údaje

Tělesný stav	Dobrý.
Mentální úroveň	Pacient je orientovaný místem, časem, osobou.
Komunikace	Bez omezení.
Zrak, sluch	Bez potíží.
Řečový projev	Srozumitelný.
Paměť	Nenarušená.
Motivace	Vysoká.
Pozornost	Je schopen udržet pozornost delší dobu.
Typové vlastnosti	Pacient se vnímá jako flegmatik, objektivně působí jako sangvinik.

Vnímavost	Výborná.
Pohotovost	Pacient reaguje rychle.
Nálada	Pozitivní.
Sebevědomí	Přiměřené.
Charakter	Vstříčný, upřímný, veselý.
Poruchy myšlení	Ne.
Chování	Komunikativní, spolupracuje.
Učení	Typ – racionální. Styl – logické, vizuální. Postoj – kladný, projevuje zájem o nové informace. Bariéry – žádné.

(Vytvořeno autorem dle NĚMCOVÁ a kol., 2016)

Posouzení fyzického stavu, zdravotních problémů a edukačních potřeb podle modelu fungujícího zdraví Marjory Gordon

1. Podpora zdraví

Pacient se snaží o svůj zdravotní stav dbát co nejlépe. Dodržuje zásady zdravé životosprávy. Je v péči hematologa, z důvodu esenciální trombocytémie, užívá Anopyrin, který má nyní z důvodu operace vysazený a je nahrazený aplikováním nízkomolekulárního heparinu. Dále dochází jednou za měsíc na aplikaci hormonálního léku Nebido. Pravidelně navštěvuje obvodního lékaře, stomatologa a sexuologa. Na gynekologické prohlídce byl pouze jednou a to před odstraněním dělohy. Návštěvu gynekologa hodnotí jako nepříjemný zážitek. Hospitalizaci snáší bez větších potíží.

2. Výživa

Pacient je hubené postavy, váží 65 kg a měří 168 cm, BMI = 23 (v normě). Stravuje se pravidelně, dietní omezení v běžném životě nemá žádné. Snaží se jíst hodně ovoce a zeleniny. Denně vypije přibližně 2 litry tekutin. Před operací zvýšil příjem tekutin na 3 litry. Nejradši pije ovocné šťávy nebo vodu. Jednou denně si dává kávu. Alkohol pije příležitostně, většinou při společenských událostech.

3. Vylučování

Potíže s močením ani se stolicí pacient neudává. Při operaci mu byl zavedený permanentní močový katétr. Vylučování stolice je pravidelné, normální konzistence, zácpou netrpí.

4. Aktivita, odpočinek

Pacient je sportovně založený typ. Rád jezdí na kole, na kolečkových bruslích a také chodí pravidelně plavat. Denně spí v průměru 8 hodin, potíže se spánkem neudává. Po operaci musí pacient po dobu sedmi dní dodržovat klidový režim a nesmí chodit. V rámci lůžka je zcela soběstačný, ale skrz omezení potřebuje dopomoc. Během hospitalizace se zabavuje čtením, sledováním televize nebo rozhovorem s ostatními pacienty.

5. Vnímání, poznávání

Pacient je při vědomí, orientovaný místem, časem i osobou. Na dotazy odpovídá srozumitelně. Potíže se zrakem a sluchem nemá. Paměť má dlouhodobou a pozornost udrží delší dobu.

6. Sebepojetí

Pacient se hodnotí jako flegmatik. Pohled na život má pozitivní. Do ošetrovatelské péče se úspěšně zapojuje.

7. Role, vztahy

Pacient žije sám v bytě, který se nachází v Kladně. Se svojí rodinou vztahy neudrží. Rodiče neměli pochopení pro jeho diagnózu, proto se s ním nechtějí stýkat. Přítelkyni momentálně nemá. V nemocnici pacienta nikdo nenavštívuje, protože je z daleka. Mezi kolegy v zaměstnání o jeho diagnóze nikdo neví. Vztahy na pracovišti hodnotí jako dobré. V místě svého bydliště se schází s přáteli, ale hodnotí se spíše jako samotář.

8. Sexualita

Menstruace byla pravidelná od 13 let, nyní po hormonální a chirurgické léčbě menstruace není, což pacient pociťuje jako velkou úlevu. Porody žádné. Z gynekologických operací podstoupil již zmíněnou hysterektomii.

9. Zvládání zátěže

Stresové situace se snaží řešit co nejrychleji a v klidu. K relaxaci mu pomáhá hudba nebo četba. Pomoc v těžších situacích hledá u blízkých přátel. Se svojí diagnózou se vypořádal velice dobře, i přesto, že ho rodina nepodpořila.

10. Životní hodnoty

Za nejdůležitější v životě pacient považuje zdraví. Důležití jsou pro něj také jeho přátelé, práce a záliby. Vyznáním je ateista.

11. Bezpečnost, ochrana

Nemocniční prostředí pacienta nijak negativně neovlivňuje, ale nejbezpečněji se cítí doma, se svými blízkými. Vzhledem k kooperativnímu klidu na lůžku jsou zajištěna bezpečnostní opatření.

12. Komfort

Pacient udává jistý nekomfort v souvislosti s bolestí a částečnou nesoběstačností z důvodu nutnosti dodržovat klidový režim.

13. Růst a vývoj

Růst i vývoj je u pacienta fyziologický.

Profil rodiny

Pacient je svobodný. Děti nemá, ani je zatím neplánuje. S přítelkyní se rozešel. Rodiče nemají o komunikaci zájem. Má staršího bratra, se kterým také není v kontaktu. Rodiče i bratr jsou zdraví. Pacient vystudoval střední odbornou školu, obor veřejně správní činnost a nyní pracuje jako ošetřovatel na chirurgickém oddělení.

Zdroje pomoci a podpory rodiny, sociálně – ekonomický stav

Rodiče a bratr s pacientem nekomunikují, ani mu neposkytují žádnou finanční pomoc. Pomáhají mu blízcí přátelé. Sociální zázemí má dobré a ekonomická situace je přiměřená, pacient má pravidelný měsíční příjem.

Životní styl, kultura, náboženství, hodnoty, postoje

Pacient se snaží žít zdravým životním stylem. Pravidelně sportuje a dostatečně odpočívá. Jí pravidelně a zdravě, občas si ale dopřeje i něco méně zdravého. Denní příjem tekutin 2 litry je dostačující. Potíže se spánkem nemá, během pracovního týdne chodí spát kolem desáté hodiny večerní a ráno vstává v půl šesté, o víkendu chodí spávat později a spí déle. Mezi jeho záliby patří cyklistika a jízda na kolečkových bruslích.

Kultura: divadlo, koncerty, četba.

Náboženství: ateista.

Hodnoty: zdraví je na prvním místě.

Postoj k nemoci: pacient se se svojí diagnózou vypořádal velice dobře, aktivně projevuje zájem o nové informace, spolupracuje.

Adekvátnost a neadekvátnost rodinných funkcí

Vztahy v rodině nejsou na dobré úrovni ze strany rodičů pacienta. Oporou jsou pacientovi blízcí přátelé.

Porozumění současné situace rodinou

Rodina o hospitalizaci pacienta nemá žádné informace.

Ke zjištění znalostí a vědomostí pacient byl použit vstupní vědomostní test, který obsahoval následující otázky:

Vstupní test

Otázky:	ANO/NE
Víte, jak operační výkon probíhá?	ANO
Víte, jaké jsou zásady předoperační přípravy?	NE
Znáte zásady pooperační péče?	NE
Víte, jak správně provádět pooperační rehabilitaci?	NE
Znáte možné komplikace, které mohou po operaci nastat?	NE
Víte, jaká režimová opatření máte po operaci dodržovat?	NE
Víte, jak máte pečovat o ránu v domácím prostředí?	NE

(Vytvořeno autorem dle NĚMCOVÁ a kol., 2016)

Na základě vstupního testu bylo zjištěno, že pacient má nedostatečné znalosti o předoperační přípravě, pooperační péči, o možných komplikacích, o provádění pooperační rehabilitace, o režimových opatřeních a v péči o rány. Vzhledem k nedostatku informací je potřebné pacienta edukovat.

Motivace pacienta: Motivace pacienta je vysoká, i z toho důvodu, že zákrok podstupuje ze svého vlastního přesvědčení. Aktivně projevuje zájem o nové znalosti a vědomosti. Chce

provádět všechny opatření a zásady správně, aby předešel možným komplikacím a zkrátil tak svůj pobyt v nemocnici na minimum.

2. FÁZE – DIAGNOSTIKA

Deficit vědomostí:

- o předoperační přípravě,
- o pooperační péči,
- o pooperační rehabilitaci,
- o případných komplikacích,
- o dočasné imobilizaci,
- o klidovém režimu,
- o péči o operační ránu,
- o péči o jizvy,
- o režimových opatřeních.

Deficit v postojích:

- strach z komplikací,
- strach z nejistoty při dodržování léčebného režimu,
- obavy o svůj vzhled.

Deficit zručnosti:

- v provádění rehabilitace,
- v péči o operační rány,
- v péči o jizvy.

3. FÁZE – PLÁNOVÁNÍ

Podle priorit: Na základě posouzení vstupního vědomostního testu byly stanoveny priority v edukačním procesu:

- o předoperační přípravě,
- o pooperační péči,

- o případných komplikacích,
- o dodržování léčebného režimu,
- o pooperační rehabilitaci,
- o péči o operační rány,
- o péči o jizvy,
- o režimových opatřeních.

Podle struktury: 5 edukačních jednotek

Záměr edukace:

- předat co nejvíce vědomostí a poznatků,
- získat zručnost v péči o operační rány a jizvy,
- osvojit si zásady správné rehabilitace,
- dodržovat léčebný režim,
- dodržovat režimová opatření.

Podle cílů:

- **Kognitivní:** pacient má dostatečné množství vědomostí o svém onemocnění, o předoperační přípravě, pooperační péči, umí rozeznat možné komplikace, zná zásady pooperační rehabilitace, ví jak pečovat o operační ránu a jizvy, chápe důležitost dodržování režimových opatření.
- **Afektivní:** pacient má zájem o nové vědomosti, do edukace se aktivně zapojuje, spolupracuje.
- **Behaviorální:** pacient dodržuje léčebný režim a režimová opatření, pečuje správně o operační rány a samostatně provádí cviky v rámci pooperační rehabilitace.

Podle místa realizace: v nemocničním prostředí během hospitalizace, u lůžka pacienta.

Podle času: edukační proces probíhal po dobu čtyř dnů v odpoledních hodinách.

Podle výběru: vysvětlování, rozhovor, názorná ukázka, písemné pomůcky, vstupní a výstupní test, diskuze.

Edukační pomůcky: písemné pomůcky, papír, odborná literatura.

Podle formy: individuální.

Typ edukace: úvodní.

Struktura edukace:

- 1. edukační jednotka:** Předoperační příprava
- 2. edukační jednotka:** Nácvik pooperační rehabilitace a rekonvalescence
- 3. edukační jednotka:** Pooperační péče
- 4. edukační jednotka:** Péče o operační rány
- 5. edukační jednotka:** Péče o jizvy

Časový harmonogram edukace:

- 1. edukační jednotka:** 7. 4. 2017 od 15:00 do 15:40
- 2. edukační jednotka:** 7. 4. 2017 od 16:00 do 16:50
- 3. edukační jednotka:** 8. 4. 2017 od 16:00 do 16:50
- 4. edukační jednotka:** 9. 4. 2017 od 16:00 do 16:45
- 5. edukační jednotka:** 10. 4. 2017 od 16:00 do 16:40

4. FÁZE – REALIZACE

1. edukační jednotka

Téma edukace: Předoperační příprava.

Místo edukace: klinika plastické a estetické chirurgie, u lůžka pacienta.

Časový harmonogram: 7. 4. 2017 od 15:00 do 15:40 (40 minut).

Cíl:

- **Kognitivní:** pacient dosáhl potřebných znalostí a vědomostí o předoperační přípravě.
- **Afektivní:** pacient se aktivně zajímá o nové informace, klade otázky, spolupracuje.

Forma: individuální.

Prostředí: nemocniční prostředí, na pokoji pacienta.

Edukační metody: vysvětlování, rozhovor, zodpovězení otázek pacienta, diskuze.

Edukační pomůcky: písemné pomůcky, papír, edukační karta.

Realizace 1. edukační jednotky

- **Motivační fáze:** (5 minut) pozdravit pacienta, představit se, zajistit vhodné prostředí, soukromí, příjemnou atmosféru, povzbudit pacienta ke spolupráci, sdělit téma a cíl edukace.
- **Expoziční fáze:** (20 minut)

Předoperační doba

Předoperační období začíná od rozhodnutí se pacienta pro operační výkon a trvá do předání pacienta na operační sál. Předoperační příprava má za cíl zajistit, co nejlepší podmínky pro zvládnutí operace a předejít tak komplikacím při pooperačním zotavování.

Předoperační příprava před rekonstrukcí penisu

Den před operačním výkonem sestra připraví operační pole, tak, že Vám oholí oblast od břicha až po kolena a odběrové místo pod lopatkou. Po přípravě Vás sestra pošle k fotografovi, který zdokumentuje operační pole před operací. Na oběd dostanete pouze polévku, poté už nesmíte nic jíst. Budete dodržovat pitný režim, do zákazu byste měl vypít až tři litry tekutin. Od půlnoci už nesmíte pít, ani žvýkat žvýkačky a kouřit. Večer i ráno před operací dostanete k vyprázdnění roztok Yal, který se aplikuje do konečníku. Po aplikaci je nutné v sobě tento roztok udržet alespoň 20 minut. Co se týká hygieny, ráno před operací se důkladně vysprchujete. Pro zmírnění předoperačního stresu a strachu dostanete večer a ráno premedikaci – léky na zklidnění. Je důležité, abyste po podání těchto léků nevstával z lůžka. Ráno si premedikaci můžete zapít malým douškem vody. Jako prevenci trombembolické nemoci Vám sestra ráno injekční formou aplikuje nízkomolekulární heparin a po sprše si natáhnete kompresní punčochy. V den operace buďte nachystaný před osmou hodinou. Na operačním sále na sobě nesmíte mít žádné šperky a kovy, pokud máte zubní protézu, musíte ji před odjezdem na sál vyndat. Sundat musíte i brýle, případně vyjmout kontaktní čočky. Pokud chcete, můžete si cennosti uložit do trezoru. Sestra Vám změní fyziologické funkce, podá již zmíněnou premedikaci, znovu zkontroluje operační pole a těsně před výkonem Vás pošle vymočit. Dále připraví potřebnou dokumentaci a sanitář Vás odveze na operační sál, kde si Vás převezme anesteziologická sestra a lékař. Den před operací Vás navštíví

anesteziolog, který Vám vysvětlí průběh anestezie. V případě dalších otázek je možné obrátit se na Vašeho operujícího lékaře, který Vám je rád zodpoví.

- **Fixační fáze:** (10 minut) zopakování všech důležitých bodů, zdůraznění nutnosti dodržovat pitný režim.
- **Hodnotící fáze:** (5 minut) pokládání kontrolních otázek pacientovi a zhodnocení jejich správnosti.

Kontrolní otázky pro pacienta:

Jaké množství tekutin byste měl do půlnoci vypít?

Od kdy nesmíte jíst a kouřit?

Na co musíte myslet po podání premedikace?

Jak dlouho v sobě musíte udržet vyprazdňovací roztok?

Co vše si musíte sundat před odjezdem na sál?

Zhodnocení edukační jednotky

Určené cíle byly splněny. Pacientovi bylo položeno několik kontrolních otázek, na které zodpověděl správně. Získal tedy potřebné informace o předoperační přípravě. Po celou dobu edukace se pacient aktivně zapojoval, spolupracoval a kladl otázky. V rámci diskuze jsme se ujistili v tom, že téma i obsah první edukační jednotky byly zvoleny správně. Edukační jednotka probíhala 40 minut.

2. edukační jednotka

Téma edukace: Nácvik pooperační rehabilitace a rekonvalescence.

Místo edukace: u lůžka pacienta, klinika plastické a estetické chirurgie.

Časový harmonogram: 7. 4. 2017 od 16:00 do 16:50.

Cíl:

- **Kognitivní:** pacient získal dostatek vědomostí, zná význam pooperační rehabilitace.
- **Afektivní:** pacient jeví zájem o podané informace, projevuje spokojenost s nově získanými dovednostmi, uvědomuje si nutnost pooperační rehabilitace a postupné rekonvalescence.
- **Behaviorální:** pacient umí správně provádět aktivní i dechové cvičení.

Forma: individuální.

Prostředí: nemocniční.

Edukační metody: vysvětlování, rozhovor, názorná ukázka cviků, zodpovězení otázek, diskuze.

Edukační pomůcky: písemné pomůcky, papír, brožury, molitanový míček, gumová rukavice.

Realizace 2. edukační jednotky

- **Motivační fáze:** (5 minut) pozdravit pacienta, vysvětlit téma a význam edukace, vytvořit příjemné prostředí.
- **Expoziční fáze:** (30 minut)

Pooperační rehabilitace

Cílem pooperační rehabilitace je zařazení pacienta zpět do plnohodnotného života. S rehabilitací je vhodné začít co nejdříve po operačním výkonu a cviky opakovat několikrát v průběhu dne. Rehabilitace slouží jako prevence pooperačních komplikací, především jako prevence tromboembolické nemoci a prospěje Vašemu psychickému stavu. Nyní vám vysvětlím, jak se správně po operaci polohovat a ukážu Vám, jaké cviky budete provádět.

Polohování

Vzhledem k tomu, že budete několik dní upoutaný na lůžku, je důležité dbát na prevenci proleženin. Proleženiny jsou rány způsobené tlakem, které vznikají v místech, kde je malá vrstva tukové tkáně. První dny po operaci bude prevence proleženin zajištěna sestrou pomocí antidekubitních pomůcek. Sestra Vám bude také pravidelně kontrolovat riziková místa, která bude zároveň promazávat a masírovat. Nejlepší prevencí proleženin je pravidelné polohování, se kterým začnete po dohodě s lékařem. Při polohování Vám bude sestra nejdříve dopomáhat, případně polohu zajistí pomocí polštáře, molitanových pomůcek nebo jiných speciálních hmot. Polohování se provádí každé dvě hodiny přes den a každé tři hodiny v noci. Ve Vašem případě můžete střídat pouze polohu na zádech a mírně na boku s polštářem vloženým mezi kolena.

Aktivní cvičení

Aktivní cvičení znamená, že pohyby budete vykonávat Vy sám. Aktivní cvičení je prevencí tromboembolické nemoci a ochabnutí svalstva. Nyní si prakticky vyzkoušíme některé cviky. Pokud byste po operaci při některém z cviků cítil bolest nebo pnutí operační rány, cvičení přerušete. Nejdříve se zaměříme na dolní končetiny. Lehnete si na záda, ruce si dejte podél těla a střídavě propínejte a přitahujte špičky. Proved'te tento cvik desetkrát

s pravou nohou a desetkrát s levou. Nyní dělejte nohama kroužky v kotníku, nejdříve po směru hodinových ručiček a následně na opačnou stranu. Další cvik bude sloužit k protahování. Patu Vám podepřu polštářem, noha musí být volně prověšena. V této pozici setrvejte jednu minutu, poté nohu vyměňte. Další cviky budou zaměřeny na horní končetiny a krční páteř. Nyní budeme procvičovat stisk prstů. Zde máte molitanový míček, uchopte ho do ruky a stiskněte ho na deset sekund, poté povolte. Opakujte cvičení třikrát, pak si míček vezměte do druhé ruky, opět míček stlačte po dobu deseti sekund a uvolněte. Znovu cvik třikrát zopakujte. Nyní si ukážeme cvik na protažení krční páteře. Lehněte si na záda do vodorovné polohy, ukloňte hlavu na jednu a pak na druhou stranu. Pohyb provádějte pomalu. Po operaci provádějte tyto cviky několikrát v průběhu dne.

Dechové cvičení

Dechovým cvičením se zlepšuje kapacita plic, prokrvení, pomáhá uvolňovat sekret z dýchacích cest a působí na střevní peristaltiku. Opět si prakticky vyzkoušíte několik cviků. Lehněte si na záda a položte si ruce na břicho. Nádech nosem směřuje do břicha, měl byste cítit, jak se Vám zvedají ruce a následuje pozvolný, prodloužený výdech pusou. Nádech do břicha proved'te ještě dvakrát. Nyní si položte ruce na hrudník, prsty na rukou nechte u sebe a směřujte nádech do hrudníku. Měl byste cítit, jak se vám prsty roztahují. Vydechujte dlouho a pozvolna. Opakujte dvakrát. Nyní Vám dám gumovou rukavici, kterou se budete snažit nafukovat. Pokuste se ji nafouknout alespoň pětkrát po sobě. Mezi nafukováním si dávejte malé přestávky. Dechové cvičení provádějte po operaci alespoň dvakrát denně.

Nacvičování soběstačnosti

Při jídle, hygieně a oblékání se pokoušejte, co nejvíce zapojovat do činnosti. Začít byste měl hned od prvního pooperačního dne. Postupem času by se Vaše nezávislost měla zvýšit až do úplné soběstačnosti. Samozřejmě bude záležet na Vašem aktuálním stavu.

Postupná vertikalizace

Vertikalizace znamená nácvik sedu, stoje a následně chůze. S nácvikem sedu začnete po dohodě s operujícím lékařem. Nyní si nácvik opět prakticky vyzkoušíme. Pomocí ovladače si co nejvíce zvedněte horní část lůžka. Mírně se přetočte na bok. Postupně posunujte nohy přes okraj lůžka, pomáhejte si rukama. Po operaci dávejte pozor, abyste při posazování neutlačoval neopenis a nenapínal jizvu na zádech. Zvýšenou pozornost věnujte i invazivním vstupům, které budete mít zavedené, aby nedošlo k jejich vytržení. Dalším krokem je přesun

z lůžka na židli nebo vozík. Pomocí vozíku Vás bude sestra přepravovat na toaletu. Zpět do lůžka se položíte tak, že se opřete bokem těla o horní část lůžka, budete se přidržovat rukama a zároveň zvedat postupně jednu nohu a pak druhou zpět na lůžko. Nyní si vyzkoušíte nácvik stoje u lůžka, se kterým začnete opět po dohodě s lékařem. Posadíte se tak, jak jsme si před chvílí předvedli. Chvilí zůstanete sedět, protože je možné, že se Vám bude po delším ležení motat hlava. Při postavování se budete přidržovat sestry. Chůzi budete moci provádět sedmý den po operaci nebo později, určí-li lékař. Začnete malou procházkou po pokoji. Vzdálenosti pak budete postupně prodlužovat.

- **Fixační fáze:** (10 minut) zopakování důležitých informací.
- **Hodnotící fáze:** (5 minut) zhodnocení zájmu a aktivita pacienta, položení kontrolních otázek a jejich hodnocení, diskuze.

Kontrolní otázky pro pacienta:

Dokážete popsat, jaké cviky budete provádět s dolními končetinami?

K čemu je vhodná dechová rehabilitace?

Jak se správně posadíte?

Na co je nutné při posazování dbát?

Zhodnocení edukační jednotky

Určené cíle byly splněny. Hodnocení proběhlo na základě položení kontrolních otázek, na které pacient odpověděl správně. Pacient měl po celou dobu edukace aktivní přístup. Při diskuzi jsme se utvrdili v tom, že obsah edukační jednotky byl zvolen správně. Edukační jednotka probíhala 50 minut.

3. edukační jednotka

Téma edukace: Pooperační péče.

Místo edukace: u lůžka pacienta, klinika plastické a estetické chirurgie.

Časový harmonogram: 8. 4. 2017 od 16:00 do 16:50.

Cíl:

- **Kognitivní:** pacient zná zásady pooperační péče, je si vědom důležitosti jejich dodržování.

- **Afektivní:** pacient aktivně spolupracuje, klade otázky, dává najevo spokojenost s novými vědomostmi.

Forma: individuální.

Prostředí: nemocniční.

Edukační metody: vysvětlování, rozhovor, diskuze, zodpovězení pacientových dotazů.

Edukační pomůcky: písemné pomůcky, papír, edukační karta.

Realizace 3. edukační jednotky

- **Motivační fáze:** (5 minut) pozdravit pacienta, zajistit vhodné prostředí pro edukaci, příjemnou atmosféru, vysvětlit důležitost edukace o pooperační péči.
- **Expoziční fáze:** (30 minut)

Pooperační péče

Po ukončení operace nastává pooperační období, v rámci kterého je poskytována pooperační péče. Pooperační péče se dělí na bezprostřední a následnou. Bezprostřední péče se zaměřuje na prevenci pooperačních komplikací a následná na navrácení pacienta zpět do běžného života.

Pooperační péče po rekonstrukci penisu

Poté, co se proberete z narkózy, budete převezen na jednotku intenzivní péče, kde zůstanete přibližně dva až tři dny. Po přesunu na lůžko Vás sestra napojí na monitor, namotá Vám na paži manžetu k měření tlaku a bude kontrolovat Vaše vitální funkce - krevní tlak, pulz, dýchání, tělesnou teplotu, nasycení krve kyslíkem, stav vědomí a celkový stav.

Uložený budete v poloze na zádech s mírně zvednutou hlavou a pod peřinou budete mít vložený oblouk, který má za úkol zabraňovat tlaku příkrývky na neopenis. Ten bude sestra pravidelně kontrolovat pohledem a pohmatem. Sledovat se také bude prosakování operační rány na zádech a na stehně. Při mírném prosakování sestra krytí nadváže, pokud by krytí prosakovalo ve větší míře, bude přivolán lékař, který ránu zhodnotí a rozhodne o dalším postupu. Večer Vám sestra odebere krev a v závislosti na výsledcích vám bude podána autotransfúze.

Sestra se vás bude pravidelně dotazovat na intenzitu bolesti a tlumit ji analgetiky. Bolest budete hodnotit číslem od nuly do desíti. Nula znamená, že nemáte žádnou bolest a číslo deset znamená, že je bolest nesnesitelná. Po příjezdu ze sálu budete mít zavedených hned několik invazivních vstupů, a to dvě žilní kanyly, permanentní močový katétr a Redonovy drény. Žilní kanyly budete mít ponechané pro aplikaci infuzní terapie, Heparinu, případných

transfuzí, léků proti bolesti a léků proti pooperační nevolnosti. Dbejte prosím na to, abyste si kanylu nešetrným zacházením nepoškodil. V případě bolesti nebo zarudnutí v okolí kanyly ihned informujte sestru. Permanentní močový katétr slouží k odvádění moči, ponechává se zpravidla týden, tedy do doby, než Vám lékař dovolí chůzi. Sestra bude sledovat průchodnost katétru a zároveň vzhled a množství odváděné moče. V případě, že by vás katétr tlačil nebo byste pocíval pálení v oblasti katétru, opět informujte sestru. Redonovy drény odvádí pomocí podtlaku sekret z rány. Fixovány jsou stehem ke kůži, ale i přesto dbejte na opatrné zacházení. Vytažení drénů se odvíjí od množství a vzhledu přibývajících sekretu, který sestra sleduje a započítává.

Za dvě až tři hodiny po operaci můžete přijímat první tekutiny, nejprve budete dostávat čaj po lžičkách, pak můžete popíjet po malých doušcích. Pevnou stravu dostanete až následující den ráno. Dietu budete mít racionální, která je označena číslem 3. To znamená, že po operaci nebudete mít žádné dietní opatření. K vyprázdnění tlustého střeva by mělo dojít do tří dnů po operaci. V případě problémů s vyprázdněním informujte sestru, která Vám dle ordinace lékaře podá léky usnadňující vyprázdnění.

První pooperační den Vám sestry pomůžou s hygienou na lůžku a vymění Vám lůžkoviny. Na úpravu lůžka budou sestry dbát po celou dobu, aby nedocházelo k otlakům kůže. Zároveň Vám budou podkládat, promazávat a masírovat místa, která jsou náchylná k proleženinám. Po dobu sedmi dnů (neurčí-li lékař jinak) budete dodržovat klidový režim na lůžku. V lůžku provádějte pravidelné cviky s dolními i horními končetinami a provádějte dechová cvičení, která jsme si již názorně ukázali.

Druhý nebo třetí den budete přeložený zpět na standardní oddělení, kde budete mít stále klidový režim na lůžku. Prokrvení neopenisu budou sestry na standardním oddělení kontrolovat po třech hodinách. Je důležité, abyste kontrolu prováděl i vy sám a při změnách ihned informoval sestru. Penis tedy nesmí být bledý či našedlý a studený. Sestru přivoláte pomocí signalizace, kterou budete mít neustále v dosahu. Převaz operační rány se provádí obvykle každý druhý den nebo dle aktuálního stavu. Zpravidla po týdnu se odstraňuje permanentní močový katétr, lékař Vám povolí chůzi a můžete se vysprchovat. První močení po vytažení močového katétru nahlaste prosím sestře.

- **Fixační fáze:** (10 minut) zopakování důležitých informací o dodržování klidového režimu a nutnosti lehkého cvičení na lůžku, vysvětlení případných nejasností.
- **Hodnotící fáze:** (5 minut) zhodnocení zpětné vazby, položení kontrolních otázek a zhodnocení odpovědí, diskuze.

Kontrolní otázky pro pacienta:

Za jak dlouho po operaci můžete přijímat tekutiny?

V jaké poloze budete po operaci ležet?

Dokáže vyjmenovat, jaké invazivní vstupy budete mít po operaci zavedené?

Při jakých změnách na neopenisu máte upozornit sestru?

O čem máte informovat sestru po vytažení močového katétru?

Zhodnocení edukační jednotky

Určené cíle byly splněny. Pacient odpověděl správně na všechny položené otázky. Při edukaci aktivně projevoval zájem o nové vědomosti. Během diskuze jsme si potvrdili, že téma třetí edukační jednotky bylo zvoleno vhodně a správně. Tato edukační jednotka trvala 50 minut.

4. edukační jednotka

Téma edukace: Péče o operační rány.

Místo edukace: klinika plastické a estetické chirurgie, u lůžka pacienta.

Časový harmonogram: 9. 4. 2017 od 16:00 do 16:45.

Cíl:

- **Kognitivní:** pacient má všechny důležité znalosti v péči o rány.
- **Afektivní:** pacient se aktivně zajímá o nové vědomosti, chápe jejich důležitost, dotazuje se na otázky, projevuje spokojenost s podanými informacemi.
- **Behaviorální:** pacient je schopný o rány správně pečovat.

Forma: individuální.

Prostředí: nemocniční, zajistit klid a soukromí.

Edukační metody: vysvětlování, rozhovor, názorná ukázka, zodpovězení otázek, diskuze.

Edukační pomůcky: písemné pomůcky, papír, edukační karta.

Realizace 4. edukační jednotky

- **Motivační fáze:** (5 minut) pozdravit pacienta, vytvořit příjemnou atmosféru, vysvětlit důležitost edukace.
- **Expoziční fáze:** (25 minut)

Péče o operační rány probíhá hned po operaci. Sestra sleduje funkčnost obvazu, prosakování krví či sekretem a kontroluje okolí rány. Nyní si vysvětlíme péči o jednotlivé operační rány.

Péče o neopenis

Sestra kontroluje pohledem barvu, dotykem teplotu a stlačením kapilární návrat. Lékař pro kontrolu prokrvení používá Dopplerův ultrazvuk. Jak už bylo zmíněno, je vhodné, abyste neopenis kontroloval i vy sám a v případě změn přivolal sestru. Barva by měla být růžová a teplota fyziologická. V případě, že je lalok bledý nebo chladný ohlaste to sestře, kterou přivoláte stisknutím signalizace. Přebaz se provádí většinou první pooperační den, v případě potřeby, například při velkém prosakování, se přebaz provádí dříve. Přebaz provádí lékař za asistence sestry za přísně sterilních podmínek. První sprchování je možné po dohodě s lékařem, zpravidla to bývá sedmý pooperační den. V domácím prostředí je nutné dbát na hygienu, povolené je krátké sprchování bez použití dráždivých či parfemovaných mýdel.

Péče o ránu na zádech

Rána na zádech je kryta sterilním krytím, aby nedošlo ke vstupu infekce. Jsou z ní vyvedeny Redonovy drény, které se taktéž pravidelně převazují. Přebaz se provádí za přísně sterilních podmínek. Při převazu se provede v případě potřeby výměna mastného tylu a opět se sterilně kryje. Stehy či svorky se odstraňují zpravidla za 12 až 14 dní, kdy už bývá kůže přihojená. Ránu je vhodné pravidelně promazávat, používá se například Synderman. Vzhledem k nemožnosti samostatného ošetření v domácím prostředí, poproste někoho o pomoc. Na ukázkou jsem Vám donesla pomůcky, které budete k ošetřování potřebovat. Před ošetřováním si připravte dezinfekci, sterilní tampony, mast, špachtli, sterilní krytí a náplast. Nejdříve se rána a její okolí očistí pomocí dezinfekce a sterilních tamponů. Mast se nanese ve větší vrstvě za pomoci špachtle na očištěnou kůži. Následně se rána překryje sterilním krytím. Krytí se zafixuje nejlépe pomocí hypoalergenní náplasti. Při převazování dbejte na hygienu a ránu udržujte neustále v čistotě.

Péče o ránu na stehně

Odběrová plocha na stehně je kryta mastným tylem a sterilním krytím, které se ponechává 7 až 10 dní bez převazu. Po této době je možné začít přes vrstvu krytí ránu promašřovat, například vazelínou. Krytí se pak buď samovolně odloučí, nebo ho odmočíte ve sprše a necháte již ránu volně bez obvazu. Vyvarujte se násilného odlučování krytí, došlo

by ke krvácení a tím k prodloužené době hojení. Odběrové místo se zhojí spontánně za dva až tři týdny.

Pro to, aby se rány hojily bez komplikací, je potřebné dodržovat určitá opatření. Dodržujte klidový režim na lůžku, ležte ve správné poloze na zádech s mírně odtaženými dolními končetinami, aby nedocházelo k utlačování neopenisu. Při fyzické zátěži nebo i při samotné chůzi by mohlo dojít k porušení celistvosti nebo rozestupu operačních ran. Pravidelným převazováním za sterilních podmínek a správnou hygienou se předchází vzniku infekce.

V průběhu hojení se mohou vyskytnout i případné komplikace. K nejčastějším komplikacím patří porucha prokrvení neopenisu, krvácení, vytvoření hematomu, infekce, otok, rozestup rány a nekróza. Komplikace se mohou projevit změnou barvy a teploty neopenisu, prosakováním krve do krytí, hnisavou sekrecí z rány, zvýšenou tělesnou teplotou, pocitem pnutí v ráně nebo bolestí. Pokud by se u Vás některý z příznaků vyskytoval, ihned informujte sestru. V případě, že by tyto komplikace nastaly v domácím prostředí, okamžitě navštivte lékaře.

- **Fixační fáze:** (10 minut) zdůraznění důležitých informací.
- **Hodnotící fáze:** (5 minut) zhodnocení aktivního přístupu pacienta, položení kontrolních otázek, jejich hodnocení, diskuze.

Kontrolní otázky pro pacienta:

Na co je důležité dbát při ošetřování operačních ran?

Dokážete vyjmenovat pomůcky, které jsou potřebné pro ošetření rány na zádech?

Jak odstraníte krytí z rány na stehně?

Dokážete vyjmenovat možné komplikace?

Zhodnocení edukační jednotky

Určené cíle ve čtvrté edukační jednotce byly splněny. Pacientovi byly položeny kontrolní otázky, na které odpověděl správně. Pacient ví, jak správně pečovat o operační rány a dokáže popsat možné komplikace. Během diskuze jsme se utvrdili v tom, že téma i obsah čtvrté edukační jednotky byly zvoleny vhodně. Edukační jednotka probíhala 45 minut.

5. edukační jednotka

Téma edukace: Péče o operační jizvy, režimová opatření.

Místo edukace: u lůžka pacienta, klinika plastické a estetické chirurgie.

Časový harmonogram: 10. 4. 2017 od 16:00 do 16:40.

Cíl:

- **Kognitivní:** pacient nabyt vědomosti v péči o operační jizvy, ví, jaký je správný postup při jejich ošetřování, zná režimová opatření.
- **Afektivní:** pacient spolupracuje, projevuje zájem o poskytované informace, klade otázky.

Forma: individuální.

Prostředí: nemocniční, vytvořit vhodné podmínky, zajistit soukromí.

Edukační metody: vysvětlování, rozhovor, zodpovězení pacientových otázek, diskuze.

Edukační pomůcky: písemné pomůcky, papír, brožura, edukační karta č. 1 (viz Příloha E).

Realizace 5. edukační jednotky

- **Motivační fáze:** (5 minut) pozdravit pacienta, vytvořit příjemnou atmosféru, vysvětlit důležitost edukační jednotky.
- **Expoziční fáze:** (20 minut)

Operační jizvy

Jizvy vznikají v důsledku každé operace. Jsou výsledkem procesu hojení operační rány. Péče o ně je důležitá, protože kosmetický efekt je podstatný pro další život. Nejdříve bude jizva červená. Je to způsobeno přítomností kapilár, které se časem ztrácejí, a jizva bledne. Vyhrávání jizev je u každého jedince individuální, může trvat měsíce až roky. Aby se snížilo riziko nežádoucího hojení je potřeba dodržovat určitá opatření.

Doporučená péče o operační jizvy

- Čerstvou jizvu udržujte v čistotě.
- Nestrhávejte strupy, počkejte, než se strup sám odloučí. Strupy ani neškrábejte.
- Chraňte jizvy před sluncem nejméně po dobu prvních dvou měsíců. Poté používejte krémy na opalování s vysokým ochranným faktorem.
- Nenavštěvujte solária, sauny a vyhýbejte se i velkému působení chladu.
- Neprovádějte sportovní a jiné aktivity, při kterých by docházelo k natahování kůže.

- Noste volné, prodyšné oblečení z vhodného materiálu. Nevhodné je těsné oblečení ze syntetických materiálů, jizva by mohla zarudnout a zatvrdnout.
- První tři až čtyři týdny vynechejte koupání ve vaně. Místo toho se sprchujte vlažnou vodou. Používejte jemné mýdlo bez dráždivých složek, jako je mentol, kafr, eukalyptus, alkohol nebo citrusové výtažky. Po sprše jizvu jemně osušte ručníkem z měkkého materiálu.
- Po zahojení rány provádějte tlakové masáže. U jizvy na zádech někoho poproste o pomoc. Talková masáž se provádí tak, že jizvu opakovaně stlačíte prstem proti podkladu, počkáte, až vybledne a poté povolíte. Pokračujte tak po celé délce jizvy. Masáž se provádí třikrát denně po deseti minutách. V případě správného provádění se účinek dostaví za dva až tři měsíce. Pokud budete masáže provádět správně, bude mít výsledek výborný efekt.
- Jizvu pravidelně promašťujte, aby nedošlo k jejímu vysychání. Je možné používat jakýkoliv mastný krém. Vhodná je vazelína, kalciová mast nebo vepřové sádlo. V lékárně si můžete zakoupit speciální přípravky, které zvyšují elasticitu kůže.

Režimová opatření

- Dva až tři měsíce po operaci nezvedejte břemena těžší pěti kilogramů a neprovozujte náročné fyzické aktivity.
- Noste volné oblečení z kvalitního materiálu, které nebude dráždit operační rány.
- Jezte stravu bohatou na bílkoviny, vitamíny a minerály. Dostatek bílkovin urychluje proces hojení a jsou důležité pro imunitu. Hlavním zdrojem bílkovin je maso, mléčné výrobky, vejce a luštěniny. Z vitamínů je důležitý především vitamín C, který rovněž pomáhá při hojení ran. Z minerálů je to pak zinek, který podporuje tvorbu kolagenu.
- Nekuřte. Kouření zhoršuje prokrvení tkání a tím komplikuje hojení rány. Zvláště v tomto případě, kdy je neopenis napojen na cévy, které potřebují být dostatečně vyživovány. V důsledku kouření může dojít až k ischemii našitého neopenisu.
- Po propuštění pravidelně docházejte na ambulantní kontroly ke svému operujícímu lékaři.
- Pravidelně absolvujte preventivní prohlídky, protože dlouhodobé užívání hormonů může způsobovat zdravotní potíže.
- **Fixační fáze:** (10minut) zopakování podstatných bodů v péči o jizvy, zdůraznění důležitosti dodržovat režimová opatření, zodpovězení otázek pacienta.

- **Hodnotící fáze:** (5minut) hodnocení zpětné vazby, kladení kontrolních otázek a vyhodnocení jejich správnosti.

Kontrolní otázky:

Dokážete popsat, jak se správně provádí tlaková masáž jizvy?

Jaké přípravky jsou vhodné k promazávání jizev?

Myslíte, že je po operaci vhodné kouřit?

Jaké prvky by měla obsahovat strava pro podporu hojení ran?

Zhodnocení edukační jednotky:

Stanovené cíle páté edukační jednotky byly splněny. Pacientovi byly položeny čtyři kontrolní otázky, na které odpověděl správně. Pacient tak prokázal své znalosti v oblasti péči o jizvy a v dodržování režimových opatření po operaci. Po celou dobu se aktivně zapojoval a dobře spolupracoval. Během diskuze jsme se shodli v tom, že náplň páté edukační jednotky, která trvala 40 minut, byla zvolená vhodně.

5. FÁZE – VYHODNOCENÍ

V rámci vyhodnocení úspěšnosti edukačního procesu, vyplnil pacient test, který byl shodný s testem vstupním.

Otázky:	Vstupní test:	Výstupní test:
Víte, jak operační výkon probíhá?	ANO	ANO
Víte, jaké jsou zásady předoperační přípravy?	NE	ANO
Znáte zásady pooperační péče?	NE	ANO
Víte, jak správně provádět pooperační rehabilitaci?	NE	ANO
Znáte možné komplikace, které mohou po operaci nastat?	NE	ANO
Víte, jaká režimová opatření máte po operaci dodržovat?	NE	ANO
Víte, jak máte pečovat o ránu v domácím prostředí?	NE	ANO

(Vytvořeno autorem dle NĚMCOVÁ a kol., 2016)

- Pacient nabyl dostačující vědomosti o předoperační přípravě, pooperační péči.
- Pacient si uvědomuje význam a důležitost pooperační rehabilitace.
- Pacient správně provádí cviky v rámci pooperační rehabilitace.
- Pacient získal vědomosti o správné péči o operační rány a zná možné komplikace.
- Pacient ví, jak správně pečovat o operační rány.
- Pacient prokazuje znalosti v péči o pooperační jizvy a o nutnosti dodržování režimových opatření.
- Pacient vyjadřuje spokojenost se získanými vědomostmi.
- Edukace proběhla v pěti edukačních jednotkách, které pacient hodnotil jako srozumitelné, při edukaci aktivně spolupracoval a zajímal se o nové vědomosti, které pro něj byly velice přínosné. V případě, že něčemu nerozuměl, kladl aktivně dotazy.
- Edukační cíle kognitivní, afektivní a behaviorální se podařilo splnit. Na základě splněných cílů je edukace ukončena.
- Na základě odpovědí pacienta ve výstupním testu, lze říci, že realizace edukačního procesu proběhla úspěšně.
- Edukace byla účinná. Pacient získal nové znalosti a dovednosti.

5.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Chirurgická konverze pohlaví významně zasahuje do původního tělesného stavu pacienta, proto je po operaci důležité dodržovat určitá opatření. Po rekonstrukci penisu ze zádového svalu má pacient hned několik operačních ran, o které je důležité správně pečovat, aby se předcházelo komplikacím a aby byl výsledek, co nejvíce přijatelný i z estetického hlediska. Změna pohlaví je pro pacienty náročná nejen z fyzického, ale i psychického hlediska, proto by sestry měly k pacientovi přistupovat co nejvíce empaticky a být mu společně s rodinnými příslušníky co nejvíce oporou.

Doporučení pro pacienty podstupující změnu pohlaví

- Pravidelně docházejte na ambulantní kontroly a dbejte na pokyny lékaře.
- Docházejte ke svému praktickému lékaři na pravidelné prohlídky.
- Pravidelně užívejte předepsané léky.
- Dodržujte správné zásady v péči o operační rány.

- Udržujte operační rány v čistotě.
- Ránu na zádech pravidelně ošetřujte a promazávejte.
- Vhodně pečujte o vzniklé jizvy, případně požádejte o pomoc rodinné příslušníky.
- Provádějte po zhojení rány tlakové masáže.
- Chraňte jizvy před sluncem po dobu alespoň dvou měsíců po operaci.
- Neprovádějte žádné fyzicky náročné aktivity alespoň dva až tři měsíce po operaci.
- Noste prodyšné, bavlněné oblečení.
- Vyvarujte se nošení těsných oděvů ze syntetických materiálů.
- Jezte potraviny s obsahem bílkovin, vitamínů a minerálů.
- Nekuřte.
- Vyvarujte se stresu.
- Udržujte se v psychické pohodě.
- Nenoste břemena těžší než pět kilo.
- V případě potíží ihned navštivte lékaře.

Doporučení pro rodinu pacienta

- Pacienta psychicky podporujte a buďte mu oporou, změna pohlaví je náročným obdobím v jeho životě.
- Komunikujte s pacientem, zajímejte se o to, jak se cítí a co právě prožívá.
- Berte ho takového jaký je, vyvarujte se jakýkoliv výčitek.
- Pomáhejte pacientovi s péčí o rány a jizvy.
- Podporujte ho v dodržování režimových opatření.
- Kupujte vhodné potraviny s vysokým obsahem bílkovin a vitamínů.

Doporučení pro všeobecné sestry

- Edukaci sestavujte podle individuálních potřeb pacienta, které je potřeba respektovat.
- Na začátku edukace pacienta seznámte s jejím obsahem.
- Připravte si předem všechny pomůcky.
- Při komunikaci přistupujte ke každému pacientovi individuálně.
- Komunikujte srozumitelně a komunikaci přizpůsobte vzdělání a intelektu pacienta.
- Předajte pacientovi co nejvíce možných informací a dovedností, ved'te ho k dodržování léčebného režimu.

- Vždy si ověřte, že Vám pacient rozuměl. V případě, že Vám pacient nerozuměl, znovu mu vše vysvětlíte.
- Pacienta vhodně motivujte.
- Dejte pacientovi prostor pro kladení otázek.
- Zajistěte vhodné, ničím nerušené prostředí a dostatek soukromí. Pokud je to možné, vymezte pacientovi samostatný pokoj, ne všichni transsexuální jedinci chtějí ostatním pacientům sdělovat, proč jsou hospitalizováni.
- Oslovujte pacienta podle jeho psychického pohlaví, i v případě, že má jeho jméno stále neutrální tvar.
- Pacienta dostatečně chvalte a povzbuzujte.
- Buďte empatičtí a psychicky pacienta podporujte, získejte si jeho důvěru. Pacienti často potřebují utvrdit v tom, že udělali správné rozhodnutí.
- Komunikujte s pacientem o jeho pocitech, pokud Vás o to požádá.
- Pokud je to možné, zapojte do edukace i členy pacientovi rodiny.
- Pokud je rodina do edukace zapojena, poučte je o správné péči o operační rány.

ZÁVĚR

Edukace je důležitou součástí v rozvoji osobnosti každého člověka a nezbytnou složkou ošetrovatelství. U správně edukovaných jedinců je lepší předpoklad pro spolupráci a zájem o jejich zdravotní stav. Edukací sestra pacienta uklidní a eliminuje tak případné obavy. Předpokladem pro efektivní edukaci je spolupráce pacienta, popřípadě rodinných příslušníků.

Cílem bakalářské práce bylo poskytnout základní informace o transsexualismu, objasnit etiologii a diagnostiku transsexualismu, popsat jednotlivé fáze procesu změny pohlaví které zahrnují i chirurgickou léčbu a popsat ošetrovatelskou péči u těchto pacientů. Hlavním cílem byla tvorba a realizace edukačního procesu u konkrétního pacienta, který podstupuje změnu pohlaví. V první fázi edukačního procesu, tedy ve fázi diagnostiky byl pacientovi předložen vstupní test. Po jeho vyplnění bylo zřejmé, že pacient nemá dostačující znalosti a vědomosti. Edukační proces byl na základě odpovědí vstupního testu cíleně sestaven z pěti edukačních jednotek, které měly za úkol doplnit pacientovi chybějící znalosti. První edukační jednotka zahrnovala informace o předoperační přípravě, druhá byla zaměřena na nácvik pooperační rehabilitace, třetí edukační jednotka se týkala pooperační péče, čtvrtá edukační jednotka pojednávala o péči o operační rány a pátá o péči o vzniklé jizvy a o režimových opatřeních. Pacient po celou dobu edukace aktivně spolupracoval, kladl otázky a projevoval zájem o nové informace. V rámci edukace nabyt vědomosti o předoperační přípravě a pooperační péči, prokázal znalosti v péči o operační rány a vzniklé jizvy. Pacient si uvědomil důležitost dodržování režimových opatření. Zdárně také zvládl cviky prováděné při nácviku pooperační rehabilitace. Při edukaci měl pacient k dispozici edukační materiály, které mu měly pomoci k lepší orientaci v daném tématu. Po ukončení edukace dal pacient najevo spokojenost s nově získanými znalostmi a dovednostmi. Na základě porovnání vstupního a výstupního testu lze konstatovat, že edukace proběhla úspěšně. Určené cíle bakalářské práce byly uskutečněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANON, 2017. *Slovníček*. [online]. [cit. 2017-01-05].

Dostupné z: http://www.transsexualita.cz/?page_id=651

BAŘINKA, Ladislav, 2016. *Plastická a rekonstrukční chirurgie*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-7338-8.

BOJKOVÁ, Tereza a Lenka POSPÍŠILOVÁ, 2009. *Péče o pacienta po plastice defektu volným lalokem*. [online]. [cit. 2017-01-05].

Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/pece-o-pacienta-po-plastice-defektu-volnym-lalokem-448188>

BRYCHTA, Pavel a Jan J. STANEK a kol., 2014. *Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-0795-2.

FAFEJTA, Martin, 2016. *Sexualita a sexuální identita: sociální povaha přirozenosti*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1030-6.

FIFKOVÁ, Hana a kol., 2008. *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Vyd. 2. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1696-1.

HOCH, Jiří a Jan LEFFLER, 2013. *Textbook of surgery: current surgical diagnosis and treatment*. Prague: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-375-6.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4412-4.

JANOŠOVÁ, Pavlína, 2008. *Dívčí a chlapecká identita: vývoj a úskalí*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2284-9.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava, 2012. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-543-3.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2171-2.

KOLEKTIV AUTORŮ, 2014. *Děti a jejich sexualita: rádce pro rodiče a pedagogy*. Brno: CPress. ISBN 978-80-264-0290-9.

MANDYSOVÁ, Petra, 2016. *Příprava na edukaci v ošetrovatelství*. Vydání: I. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7395-971-5.

MARIANOVÁ, Sandra a Eva ŠÁFÁŘOVÁ, 2014. *Chirurgická konverze pohlaví u pacientů s transsexualismem*. [online]. [cit.2017-01-05].

Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/chirurgicka-konverze-pohlavi-u-pacientu-s-transsexualismem-474628>

MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2015. *Edukace v ošetrovatelství: respekt a úcta k lidské důstojnosti*. Trenčín: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, Fakulta zdravotníctva. ISBN 978-80-7454-513-9.

MENTEL, Andrej, Radko OBEREIGNERŮ, Miroslav OREL, 2016. *Vybrané aspekty sebepojetí dětí a adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4991-3.

MĚŠŤÁK, Jan, Martin MOLITOR, Ondřej MĚŠŤÁK a Lucie KALINOVÁ, 2015. *Základy plastické chirurgie*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2839-4.

NEMCOVÁ J., Edita HLINKOVÁ, 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-321-9

NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2016. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci. Text pro posluchače zdravotnických oborů*. [online]. ISBN 978-80-902876-9-3. Dostupné z: <https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/Studijn%C3%AD%20materi%C3%A1ly%20pro%20zdravotnick%C3%A9%20obory.aspx>.

OREL, Miroslav, 2012. *Psychopatologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3737-9.

PASTOR, Zlatko, 2007. *Sexualita ženy*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1989-4.

ROSEMARY, Pudner, 2010. *Nursing the surgical patient. 3rd ed.* New York: Baillière Tindall. ISBN 978-0-7020-3062-8.

JALOVIČOROVÁ, Eva, Martina KOŽÍŠKOVÁ. *Proč je nutná edukace pacientů*. Konference pro sestry In: *Komfort v péči o pacienta/klienta v 21. Století*. Ostrava: DTO CZ, 2009. s. 1-4. ISBN 978-80-02-02115-5.

SKALICKÁ, Hana, 2007. *Předoperační vyšetření: návody pro praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1079-2.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela, 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4414-8.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2010. *Ošetřovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3129-2.

ŠULOVÁ, Lenka, Tomáš FAIT a Petr WEISS, 2011. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-238-4.

THOMPSON, Lana, 2012. *Plastic surgery*. England: Oxford. ISBN 978-0-313-37568-2.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2013. *Kapesní slovník medicíny: výkladový slovník lékařských termínů pro širokou veřejnost : [3500 nejdůležitějších hesel]*. 3. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-369-5.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2009. *Velký lékařský slovník: Martin Vokurka, Jan Hugo a kolektiv*. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-202-5.

VYTEJČKOVÁ, Renata a kol., 2011. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3419-4.

WEISS, Petr, 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2492-8.

PŘÍLOHY

- Příloha A** Fotodokumentace pacienta před a po operaci
- Příloha B** Odběrové místo z velkého zádového svalu před a po operaci
- Příloha C** Nově vytvořený penis za použití laloku latissimus dorsi
- Příloha D** Právní aspekty u transsexuálních jedinců
- Příloha E** Edukační karta č. 1 – Jak správně pečovat o vzniklé jizvy
- Příloha F** Důležité kontakty
- Příloha G** Protokol k provádění sběru dat pro bakalářskou práci
- Příloha H** Souhlas s poskytnutím fotodokumentace pacienta
- Příloha CH** Literární rešerše
- Příloha I** Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

PŘÍLOHA A Fotodokumentace pacienta před a po operaci rekonstrukce penisu za použití kožněsvalového laloku latissimus dorsi

Před operací

Po operaci



Zdroj: archiv Kliniky plastické a estetické chirurgie Brno, Berkova 34

PŘÍLOHA B Odběrové místo z velkého zádového svalu před a po operaci

Odběrové místo z velkého zádového svalu před operací



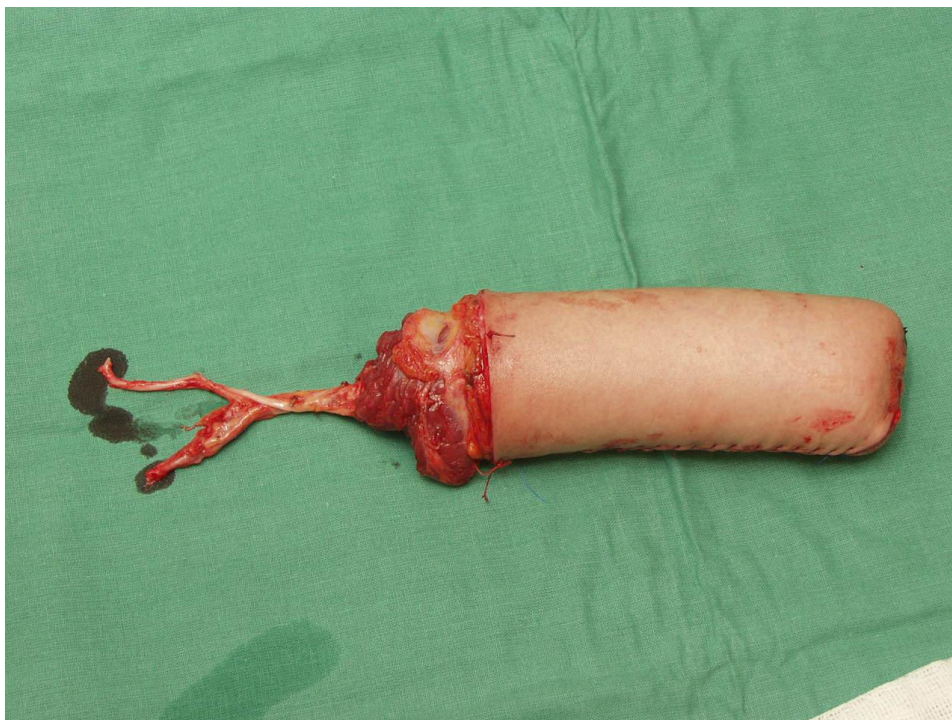
Plošná jizva po odběru zádového svalu po operaci



Zdroj: archiv Kliniky plastické a estetické chirurgie Brno, Berkova 34

PŘÍLOHA C

Nově vytvořený penis za použití laloku latissimus dorsi



Zdroj: archiv Kliniky plastické a estetické chirurgie Brno, Berkova 34

Právní aspekty u transsexuálních jedinců

V současné době společnost a právo odlišuje pouze dvě pohlaví, která nejsou právně vymezena. Pohlaví lze rozdělit na biologické a psychologické, které bývá nazýváno také jako gender. Mezi nimi jsou však poněkud složité vztahy, které právo bere na zřetel pouze omezeně. To, že právo počítá s existencí dvou jednoznačně vymezených pohlaví a nebere v úvahu různé formy genderové odchylky, může být důsledkem řady společenských problémů a právních sporů.

O pohlaví dítěte se rozhoduje po jeho narození podle fyzického zjevu, na základě toho se provádí zápis do matriky a následně se vystaví rodný list a rodné číslo. Z právního hlediska je cílem změny pohlaví dosadit takový právní stav, se kterým se jedinec identifikuje. Pro možnost právní přeměny je rozhodující absence schopnosti reprodukce, i přesto, že tento právní názor není českou legislativou jasně daný. Podle práva jedince na soukromý život se musí s transsexuálními jedinci jednat ve shodě s pohlavím, se kterým se oni sami ztotožňují.

Dle zákona č. 301/ 2000 Sb. si jedinci po operativní změně pohlaví mohou zažádat o změnu jména, příjmení a pohlaví v matrice. Žádost musí být podložena lékařským potvrzením o tom, že byla provedena změna pohlaví. Jestliže by takovou změnu požadoval ženatý muž či vdaná žena, je nezbytné, aby před schválením chirurgického zákroku bylo takové manželství ukončeno. V případě, že by se tak neučinilo, mohlo by dojít k paradoxní situaci, kdy by byli v manželství dvě osoby stejného pohlaví. V našem právním řádu totiž není žádné nařízení či předpis, který by mohl platnost takového manželství zrušit.

Transsexuálové mají právo na vystavení nových dokladů (občanský průkaz, pas atd.) a na přidělení nového rodného čísla, které je příslušné pro jejich nové pohlaví. Vyhláška Ministerstva školství a mládeže České republiky umožňuje vydání dokladu o vzdělání s novým jménem, příjmením a rodným číslem, a to se zpětnou platností. Pro výpočet odchodu do důchodu je rozhodující nové pohlaví.

Pokud měl transsexuální jedinec před změnou pohlaví potomka, zůstává i tak rodičem se všemi právy a povinnostmi. Žena vždy zůstává matkou a to i přesto, že je v novém životě mužem. Někteří terapeuti vyžadují, aby se transsexuál jako rodič vzdal svých rodičovských práv. Transsexuální jedinec by měl vyřešit tuto situaci tak, aby jeho přeměna pohlaví měla na dítě co nejmenší nepříznivý dopad. Nemělo by docházet ani k situacím, kdy by byl

transsexuální rodič od svého potomka separovaný, což je někdy požadováno ze strany sociálních pracovníků.

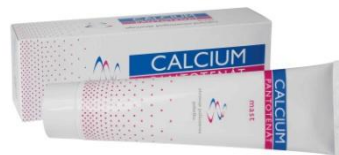
Chirurgické zákroky u transsexuálů se provádějí pouze na jejich vlastní žádost a musí být schváleny odbornou komisí, která se skládá z právníka, nejméně dvou specializovaných lékařů v oboru a dalších dvou lékařů, kteří se lékařského zákroku neúčastní. Před tím, než jedinec žádost o změnu pohlaví podá, musí být informován lékařem a upozorněn na veškerá možná rizika a důsledky s tím spojené.

Zdravotní péči poskytovanou transsexuálům hradí zdravotní pojišťovna. Dopláci se pouze na určitá hormonální léčiva. Veškeré kosmetické výkony si transsexuál hradí sám. Právní systém v České republice je pro transsexuály relativně příznivý, zůstává zde však několik právních nepřesností. Tyto nedostatky by do budoucna mohly odstranit plánované právní úpravy.

Zdroj: FIFKOVÁ, Hana a kol., 2008. *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Vyd. 2. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1696-1.

JAK SPRÁVNĚ PEČOVAT O VZNIKLÉ JIZVY?

- Jizvy udržujte v čistotě.
- Vzniklé strupy neškrábejte ani nestrhávejte!
- První dva až tři měsíce nevystavujte jizvy slunci, následně používejte krémy na opalování s vysokým ochranným faktorem.
- Neprovádějte fyzickou zátěž, při které by docházelo k natahování jizvy.
- Noste volné a prodyšné oblečení z vhodného materiálu.
- První tři až čtyři týdny místo koupele zvolte vlažnou sprchu.
- Používejte mýdla bez dráždivých složek.
- Jizvu pravidelně promažte, například vazelínou, kalciovou masťou nebo obyčejným vepřovým sádlem.



- Po zahojení rány provádějte **tlakové masáže**, které pomáhají měknutí jizev a následnému sjednocení s okolím.

Jak mám tlakovou masáž provádět?

- Alespoň 30 sekund tlačte na jizvu proti spodině, až vybledne, poté na 10 až 15 sekund povolte, ať se místo opět prokrví. Provádějte po celé délce jizvy.

Jak často?

- Tříkrát denně po dobu deseti minut.



Zdroj: vytvořeno autorem

Tento materiál je výstupem bakalářské práce s názvem Edukace pacienta při změně pohlaví, která vznikla v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha.

PŘÍLOHA F Důležité kontakty

Důležité kontakty:

- MUDr. Hana Fífková – sexuoložka a psychoterapeutka (Praha)
- MUDr. Ivo Procházka – sexuolog (Praha)
- prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D. – psycholog a psychoterapeut (Praha)
- MUDr. Vladimír Weiss – endokrinolog (Praha)
- Prof. MUDr. Jiří Veselý, CSc. – plastický chirurg (Brno)
- doc. MUDr. Ladislav Jarolím, PhD. – plastický chirurg (Praha)
- doc. ThDr. Jiří Skoblík – katolický kněz (Praha)

Krizová centra:

- CKI Bohnice, Ústavní 91, Praha 8
- RIAPS, Chelčického 39, Praha 3

Webové stránky:

- www.transgender.cz
- www.transforum.cz

Zdroj: FIFKOVÁ, Hana a kol., 2008. *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Vyd. 2. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1696-1.



Moravskoslezská vědecká knihovna v Ostravě, příspěvková organizace

Ostrava 1, Prokešovo nám. 9, poštovní schránka 100, PSČ 702 00

Vážená paní
Michaela Kosmáková
Meziříčko 78
679 61 Letovice

VÁŠ DOPIS ZNAČKY / ZE DNE

NAŠE ZNAČKA

VYŘIZUJE / LINKA

OSTRAVA

MSVK/02012/2016/1/CD

Sisková

1. 12. 2016

Rešerše

Vážená paní, slečno,
na základě Vaší objednávky Vám zasílám vypracovanou rešerši č. 8123 na téma „Edukace pacienta při změně pohlaví“.

Bylo vyhledáno 51 záznamů.

Cena za rešerši je **259,- Kč** včetně poštovného:

51 záznam -- 102,- Kč

1 CD -- 10,- Kč

zadání rešerše -- 100,- Kč

poštovné -- 47,- Kč

Zaplaťte prosím složenkou nebo převodem na účet knihovny. Do zprávy pro příjemce uveďte „Rešerše 8123“.

S pozdravem

Mgr. Kateřina Sisková
odd. bibliografie

Příspěvková organizace
Moravskoslezského kraje



TELEFON
596 118 881
596 138 240

BANKOVNÍ SPOJENÍ
Raiffeisenbank a. s.
č. ú. 8322788001/5500

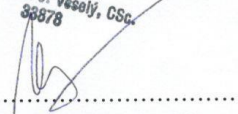
IČ
00100579

DIČ
CZ00100579

**Souhlas se zveřejněním fotografií z archivu Kliniky plastické a estetické chirurgie Brno,
Berkova 34**

Souhlasím se zveřejněním údajů z interních zdrojů Kliniky plastické a estetické chirurgie Brno, pro potřeby bakalářské práce Michaely Kosmákové s názvem Edukace pacienta při změně pohlaví.

V Brně dne 6. 4. 2017

Prof. MUDr. J. Veselý, CSc.
33678

.....
prof. MUDr. Jiří Veselý, CSc.
přednosta kliniky

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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

V Praze 31. 5. 2017

.....
Jméno a příjmení studenta

