

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2025

Bc. Tereza Trpálková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Genderová dysforie a podstupování female to male chirurgických zákroků

Diplomová práce

2025

Bc. Tereza Trpálková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Tereza Trpálková**
Osobní číslo: **Z23257**
Studijní program: **N0913P360005 Specializace v porodní asistenci – Perioperační péče**
Téma práce: **Genderová dysforie a podstupování female to male chirurgických zákroků**
Téma práce anglicky: **Gender dysphoria and undergoing female to male surgical procedures**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence, perioperační péče a zdravotně sociální péče**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

Literatura dle doporučení vedoucího závěrečné práce.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Magda Taliánová, Ph.D.**
Katedra porodní asistence, perioperační péče
a zdravotně sociální péče

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2023**
Termín odevzdání diplomové práce: **16. dubna 2025**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

LS.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. března 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Genderová dysforie a podstupování female to male chirurgických zákroků jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 11. 4. 2025

Bc. Tereza Trpáková v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala paní PhDr. Magdě Taliánové, Ph.D. za odborné vedení, cenné připomínky a rady při zpracování diplomové práce. Stejně tak děkuji konzultantovi práce panu MUDr. Peteru Kolibovi, MHA, který mi výrazně pomohl nahlédnout do problematiky tématu a poskytl hodnotná doporučení. Děkuji autorce české verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace PhDr. Evě Dragomirecké, Ph.D. za možnost využití dotazníku. Poděkování patří též všem respondentům, kteří se účastnili dotazníkového šetření. V neposlední řadě chci projevit vděčnost mé rodině a přátelům za podporu.

ANOTACE

Diplomová práce se věnuje problematice genderové dysforie a podstupování female to male chirurgických zákroků. Teoretická část zahrnuje informace týkající se terminologie, aspektů rodové neshody, procesu tranzice a také blíže popisuje možnosti chirurgických zákroků, perioperační péči a právní problematiku. Výzkumná část obsahuje data znázorňující poznatky z oblasti rodové neshody. Tato část se věnuje především vlivu operativní tranzice na kvalitu života u female-to-male osob.

KLÍČOVÁ SLOVA

FtM operace, genderová dysforie, perioperační péče, rodová neshoda, transgender

TITLE

Gender dysphoria and undergoing female to male surgical procedures

ANNOTATION

Thesis is devoted to the issue of gender dysphoria and undergoing female to male surgical procedures. The theoretical part includes information regarding terminology, aspects of gender nonconformity, the transition process and also describes the options for surgical procedures, perioperative care, and legal issues. The research part contains data illustrating findings from the field of gender discordance. This part is primarily devoted to the influence of operative transition on the quality of life of female-to-male people.

KEYWORDS

FtM operations, gender dysphoria, gender incongruence, perioperative care, transgender

OBSAH

ÚVOD.....	14
1 CÍLE A METODY PRÁCE.....	16
TEORETICKÁ ČÁST.....	17
2 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ.....	17
3 RODOVÁ NESHODA.....	19
3.1 Definice.....	19
3.2 Prevalence.....	19
3.3 Etiologie.....	20
3.4 Klinický obraz.....	21
3.5 Diagnostika a lékařská diagnóza.....	22
3.6 Psychoterapie.....	24
4 PROCES TRANZICE.....	25
4.1 Sociální tranzice.....	25
4.2 Fyzická tranzice.....	25
4.2.1 Hormonální terapie.....	25
4.2.2 Chirurgická terapie.....	28
4.3 Úřední tranzice.....	29
5 CHIRURGICKÉ FEMALE TO MALE ZÁKROKY.....	30
5.1 Horní operace.....	30
5.1.1 Mastektomie.....	30
5.2 Dolní operace.....	31
5.2.1 Hysterektomie.....	31
5.2.2 Vaginektomie (kolpektomie).....	32
5.2.3 Metoidioplastika.....	32
5.2.4 Phaloplastika.....	32
5.2.5 Scrotoplastika.....	33

6	PERIOPERAČNÍ PÉČE A JEJÍ SPECIFIKA	34
6.1	Předoperační péče	34
6.2	Intraoperační péče	34
6.3	Pooperační péče	35
7	PRÁVNÍ PROBLEMATIKA.....	36
7.1	Podmínky pro změnu pohlaví v České republice	36
7.2	Změna pohlaví u nezletilých v České republice	36
7.3	Aktualizace zákona o změně pohlaví.....	36
	VÝZKUMNÁ ČÁST	38
8	VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY	38
8.1	Výzkumné cíle	38
8.2	Výzkumné otázky	38
9	METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI	39
9.1	Kvantitativní výzkum.....	39
9.2	Dotazník	39
9.2.1	Dotazník týkající se rodové neshody	39
9.2.2	Dotazník kvality života WHOQOL-BREF.....	40
9.3	Sběr dat.....	42
9.4	Metodika sběru dat.....	43
9.4.1	Předoperační sběr dat	43
9.4.2	Pooperační sběr dat	44
9.5	Zpracování získaných dat.....	44
10	VÝSLEDKY	45
10.1	Charakteristika výzkumného souboru.....	45
10.2	Výsledky dotazníku rodové neshody před podstoupením operativní tranzice.....	47
10.3	Výsledky dotazníku rodové neshody po podstoupení operativní tranzice.....	56

10.4	Porovnání kvality života před a po podstoupení operativní tranzice v rámci jednotlivých chirurgických zákroků.....	63
10.4.1	Mastektomie.....	63
10.4.2	Hysterektomie s adnexektomií.....	64
10.4.3	Mastektomie a hysterektomie s adnexektomií.....	64
10.5	Výsledky vztahující se k výzkumnému cíli č. 1.....	65
10.5.1	Výsledky otázky q1 dotazníku WHOQOL-BREF.....	65
10.5.2	Výsledky otázky q2 dotazníku WHOQOL-BREF.....	69
10.6	Výsledky vztahující se k výzkumnému cíli č. 2.....	73
10.6.1	Výsledky domény 1 – fyzické zdraví.....	73
10.6.2	Výsledky domény 2 – prožívání.....	76
10.6.3	Výsledky domény 3 – sociální vztahy.....	78
10.6.4	Výsledky domény 4 – prostředí.....	80
10.7	Výsledky vztahující se k výzkumnému cíli č. 3.....	83
10.8	Výsledky vztahující se k výzkumnému cíli č. 4.....	84
11	DISKUZE.....	85
11.1	Diskuze teoretické části.....	85
11.2	Diskuze výzkumné části.....	85
11.2.1	Diskuze týkající se výzkumného cíle č. 1.....	87
11.2.2	Diskuze týkající se výzkumného cíle č. 2.....	88
11.2.3	Diskuze týkající se výzkumného cíle č. 3.....	89
11.2.4	Diskuze týkající se výzkumného cíle č. 4.....	89
12	ZÁVĚR.....	91
13	POUŽITÁ LITERATURA.....	93
14	PŘÍLOHY.....	98

SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

GRAFY

Graf 1 - Typ podstoupené operace	45
Graf 2 - Věk respondenta.....	45
Graf 3 - Zastoupení věkových kategorií.....	46
Graf 4 - Nejvyšší dosažené vzdělání	46
Graf 5 - Prvotní výskyt znaků genderové dysforie	47
Graf 6 - Započítí female to male tranzice	48
Graf 7 - Rozhodnutí o podstoupení operace	49
Graf 8 - Hlavní důvod pro podstoupení operace.....	49
Graf 9 - Reakce blízkého okolí	51
Graf 10 - Reakce širšího okolí	52
Graf 11 - Povědomí o možných rizicích.....	54
Graf 12 - Naplnění očekávání	58
Graf 13 - Výskyt pooperačních komplikací.....	58
Graf 14 - Reakce blízkého okolí	60
Graf 15 - Reakce širšího okolí	61
Graf 16 - Hodnocení sexuální touhy po zákroku	61
Graf 17 - Stupeň kvality života před a po zákroku	66
Graf 18 - Otázka q1 – krabicový graf.....	68
Graf 19 - Spokojenost se zdravím před a po zákroku	70
Graf 20 - Doména 1 - krabicový graf.....	74
Graf 21 - Doména 2 - krabicový graf.....	76
Graf 22 - Doména 3 - krabicový graf.....	78
Graf 23 - Doména 4 - krabicový graf.....	81
Graf 24 - Retrospektivní zhodnocení podstoupení operace.....	83
Graf 25 - Utvrzení genderové identity	84

TABULKY

Tabulka 1 – Domény a položky WHOQOL-BREF (Dragomirecká a Bartoňová, 2006)	41
Tabulka 2 - Bydliště	47
Tabulka 3 - Očekávání ohledně podstoupení operace.....	50
Tabulka 4 - Pomoc ohledně rozhodnutí podstoupit operaci	51
Tabulka 5 - Hodnocení sexuální touhy před zákrokem.....	53
Tabulka 6 - Životní krize	53
Tabulka 7 - Předsudky ohledně podstoupení zákroku.....	54
Tabulka 8 - Rizika	55
Tabulka 9 - Pozitiva po podstoupení chirurgického zákroku	56
Tabulka 10 - Negativa po podstoupení chirurgického zákroku	57
Tabulka 11 - Pooperační komplikace.....	59
Tabulka 12 - Průměrné hrubé skóry – mastektomie	63
Tabulka 13 - Průměrné hrubé skóry – hysterektomie s adnexektomií	64
Tabulka 14 - Průměrné hrubé skóry – mastektomie a hysterektomie s adnexektomií.....	64
Tabulka 15 - Otázka q1 – tabulka četností	65
Tabulka 16 - Otázka q1 – popisná charakteristika	67
Tabulka 17 - Otázka q1 – přehled změn v kvalitě života	67
Tabulka 18 - Otázka q1 – neparametrický párový Wilcoxonův test.....	68
Tabulka 19 - Otázka q2 – tabulka četností	69
Tabulka 20 - Otázka q2 – popisná charakteristika	71
Tabulka 21 - Otázka q2 – přehled změn v kvalitě životě	71
Tabulka 22 - Otázka q2 – neparametrický párový Wilcoxonův test.....	72
Tabulka 23 - Doména 1 - popisná charakteristika	74
Tabulka 24 - Doména 1 - p-hodnota	75
Tabulka 25 - Doména 1 - párový t-test.....	75
Tabulka 26 - Doména 2 - popisná charakteristika	76
Tabulka 27 - Doména 2 - p-hodnota	77
Tabulka 28 - Doména 2 - párový t-test.....	77
Tabulka 29 - Doména 3 - popisná charakteristika	78
Tabulka 30 - Doména 3 - p-hodnota	79
Tabulka 31 - Doména 3 - párový t-test.....	79
Tabulka 32 - Doména 4 - popisná charakteristika	80

Tabulka 33 - Doména 4 - p-hodnota	81
Tabulka 34 - Doména 4 - párový t-test.....	82

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ATB	antibiotika
EKG	elektrokardiogram/elektrokardiograf
FtM	female-to-male
FZS	Fakulta zdravotnických studií
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MtF	male-to-female
ROGD	rapid onset gender dysphoria
UPCE	Univerzita Pardubice
VO	výzkumná otázka
WHO	World Health Organization

ÚVOD

Lidé s rodovou neshodou, která se projevuje genderovou dysforií (neboli diskomfortem), trpí vnitřní rozepří mezi biologicky přiděleným pohlavím a tím, kým se skutečně cítí být. Jedná se o osoby s normální výbavou pohlavních chromozomů. Jsou tak uvězněni v těle, které jim nepřísluší, což může vést k sociální diskriminaci, přidruženým psychiatrickým obtížím, sebepoškozování, abusu návykových látek, až k sebevraždě. Genderová identita je velmi důležitou složkou lidské identity. Má dopad na od každodenních procesů až do nejintimnějších aspektů. V dnešní době stále převažuje předpoklad existence dvou pohlaví (muž nebo žena) a s nimi spojených stereotypů. To však neodpovídá realitě, jelikož gender nemusí vždy odpovídat pohlaví určenému při narození. S pomocí větší osvěty a modernizace postupů se tito jedinci mohou dostat do péče odborníků včas, a nežádoucím dopadům tak zamezit (Dušková a Matiaško, 2019; Vrzáčková, 2018).

Počet osob žádajících o tranzici (neboli změnu pohlaví) roste a je zcela kruciólní správně stanovit diagnózu především u dětí a mladistvých. Může se totiž jednat o příznaky jiných obtíží, které jsou mylně zaměňovány za pohlavní dysforii. V současné verzi *Mezinárodní klasifikace nemocí* (MKN-11) jsou *Poruchy pohlavní identity* definovány jako *Genderový nesoulad* (*Gender Incongruence*). Mnozí trans lidé absolvují proces tranzice, kdy přijímají sociální role, fyzické a úřední změny, které jsou v souladu s jimi prožívaným genderem (Doležalová et al., 2021; Máchová, 2022).

Diplomová práce na téma Genderová dysforie a podstupování female to male chirurgických zákroků je koncipována jako teoreticko-výzkumná. Teoretická i výzkumná část jsou zaměřeny převážně na trans muže neboli osoby, které se narodily jako biologické ženy, avšak jejich vnitřní pocit příslušnosti s tímto označením nekoreluje a podstupují tak tranzici na muže. Z důvodu přehlednosti textu je o těchto jedincích psáno v mužském rodě. Je však nutno upozornit, že toto nemusí být jimi preferovaný a prožívaný rod a brát tuto skutečnost při čtení diplomové práce v potaz.

Snahou teoretické části je na základě literární rešerše poskytnout informace týkající se různorodých aspektů rodové neshody. Umožňuje tak nahlédnout na dané téma z více perspektiv, čímž může přispět ke zvýšení povědomí a vzdělanosti širší veřejnosti o této problematice. Poukazuje také na oblasti, kde se nachází limity vyžadující pozornost a změny. Tato část provádí kapitolami obsahujícími informace o rodové neshodě, včetně její definice, prevalence, klinického obrazu, diagnostiky a psychoterapie. Popisuje proces sociální, fyzické

(hormonální i chirurgické) a úřední tranzice. Vzhledem k charakteru studijního oboru, který absolvuji, je kladen větší důraz na operativní tranzici. Detailněji jsou tedy uvedeny chirurgické female to male zákroky. V návaznosti na operativu je zmíněna perioperační péče a její specifika spojená s péčí o transgender klienty. Upozorňováno je i na právní problematiku, která v současné době stále podléhá zákonům, které trans osobám znemožňují žít důstojný život.

Výzkumná část realizovaná na základě dotazníkového šetření prezentuje data týkající se obecných otázek genderové dysforie, a především mapuje kvalitu života respondentů před a 3 měsíce po podstoupení operativní tranzice. Kvalita života a její jednotlivé oblasti jsou respondenty subjektivně hodnoceny. Výzkum přináší zajímavá zjištění z problematiky rodové neshody, která je do jisté míry stále tabuizována a nedisponuje dostatkem výzkumných šetření. Tato část prezentuje demografické charakteristiky výzkumného souboru a poskytuje tak přehled, jaké skupiny lidí operativní tranzici podstupují. Další získaná data popisují základní aspekty cesty ke změně pohlaví. Stručně řečeno znázorňují proces tranzice očima respondentů. Dotazníkové šetření poukazuje zejména na vliv a význam operativní tranzice v životě transgender osob a upozorňuje na oblasti, které vyžadují větší pozornost laické i odborné veřejnosti.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

Cílem teoretické části je na základě literární rešerše popsat téma rodové neshody z více oblastí i pohledů, a poskytnout tak širší náhled do problematiky. V této části jsou vymezeny základní pojmy rodové neshody a její jednotlivé aspekty. Dále je zde znázorněn proces tranzice. V neposlední řadě je zde probrána perioperační péče o trans osoby a legislativní tematika. Záměrem je toto téma normalizovat a detabuizovat, ale zároveň poukázat na jeho úskalí a oblasti, ve kterých se nachází nedostatky.

Cílem výzkumné části je pomocí dotazníkového šetření získat data týkající se obecných otázek genderové dysforie a kvality života respondentů před a 3 měsíce po podstoupení operativní tranzice. Pro získání základních informací týkajících se rodové neshody je využíván nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby, jehož znění bylo konzultováno s vedoucí práce a psychologkou účinkující na pracovišti, kde probíhal náběh respondentů. Pro sběr dat mapujících kvalitu života je používána standardizovaná česká verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF (Dragomirecká a Bartoňová, 2006).

Jsou stanoveny 4 výzkumné cíle. Prvním cílem je porovnat celkovou kvalitu života a spokojenost se zdravím respondentů před a 3 měsíce po podstoupení operativní tranzice. Druhým cílem je porovnat kvalitu života respondentů před a 3 měsíce po podstoupení operativní tranzice v rámci jednotlivých domén dotazníku WHOQOL-BREF (Dragomirecká a Bartoňová, 2006). Třetím cílem je zjistit, jaký je pohled respondentů na znovu podstoupení operativní tranzice. Posledním cílem je zjistit, jak nápomocné je podstoupení operativní tranzice v utvrzení genderové identity respondentů.

TEORETICKÁ ČÁST

2 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Tato kapitola slouží k lepšímu porozumění základních pojmů a označení v problematice rodové neshody. Jejím cílem je též zamezit zaměňování jednotlivých termínů, a zajistit tak lepší orientaci při čtení diplomové práce.

Pojem *pohlavní/rodová identita* označuje pocit ztotožnění či nesouladu se svým biologickým pohlavím (Procházka, 2019). Jinými slovy znamená identifikaci s mužským nebo ženským rodem. Setkat se můžeme i s anglicismem *gender*, označujícím více sfér – pohlaví, zevní tělesnou příslušnost k mužskému či ženskému tělu, rod a identitu dané osoby (Neumann et al., 2022). Termín *gender* tedy odkazuje na sociální aspekty role pohlaví, nikoliv pouze na biologické predispozice. *Transgender (trans)* je jedinec, jehož *gender* je v rozporu s jeho biologickou výbavou. Osoby, které byly na základě svých pohlavních orgánů prohlášeny za muže, avšak s tímto označením se neztotožňují, se definují jako *trans ženy (male-to-female/MtF jedinci)*. Za *trans muže (female-to-male/FtM jedince)* jsou pak označovány osoby, které byly dle pohlavních orgánů zařazeny mezi ženy a v průběhu života si uvědomily, že ženami skutečně nejsou. Znamé je též označení *transsexuál*. Tento termín se již často neuvádí z důvodu, že označuje jedince, který prochází operativní změnou pohlaví a též může mylně odkazovat na sexuální orientaci, na níž *genderová identita* není závislá. *Transgender* lidé totiž mohou disponovat jakoukoliv sexuální orientací (Trans*parent, 2020-2025).

Za *binárně kongruentního* je jedinec označován v případě, že rozlišuje výhradně mužský a ženský rod a žije v souladu s těmito zevními charakteristikami. Lidé s *binární inkongruencí* v tomto souladu nejsou. Malé procento osob se identifikuje též jako *non-binární* (Neumann et al., 2022). Toto jsou jedinci, kteří vůbec či z jisté části nezapadají do konkrétní skupiny muž nebo žena. Jedná se o osoby s *fluidním genderem* (s měnící se *genderovou identitou*), s více *gendery* najednou, s *genderem*, který není ani maskulinní ani femininní, a také sem spadají lidé, kteří *gender* vůbec nemají, jelikož necítí soulad s žádnou *genderovou identitou* (Trans*parent, 2020-2025).

Nebinární lidé bývají zaměňováni s *intersex* lidmi. Termín *intersex* však slouží jako souhrnné označení pro různé atypické pohlavní variace. Přítomny jsou různé chromozomální odchylky jako např. variace XXY, XXX, XYY, X0. Mohou mít také více podob pohlavních žláz, které

nemusí být jednoznačně mužské či ženské. *Cis(gender)* ženy se rodí s chromozomy XX a *cis(gender)* muži s chromozomy XY (Trans*parent, 2020-2025). *Cis(gender)* osoby žijí v souladu s tím, jaké pohlaví jim bylo po narození připsáno (Doležalová et al., 2021).

Mezi další důležité pojmy spadá *genderová nekonformita* a *genderová dysforie*. *Genderová nekonformita* označuje stav, kdy se jedinec vymyká svou genderovou identitou, rolí, zájmy či sebe prezentací od kulturních norem a stereotypů společnosti spojených s daným pohlavím. *Genderová nekonformita* nevyžaduje léčbu. *Genderová dysforie* označuje diskomfort způsobený rozporem mezi vlastní genderovou identitou a pohlavně určenou identitou přidělenou při narození (Procházka, 2019).

Internalizovaná transmorfofobie označuje situaci, když se osoba s rodovou neshodou snaží svou sebe prezentací vyhovět očekáváním společnosti pro dané pohlaví. To však může vést k diskomfortu až sebe poškození. *Coming out* je pojem pro situaci, kdy jedinec oznámí svému okolí informace spojené s rodovou neshodou. Dalším pojmem je *Real-Life Test*, který označuje období léčby, kdy jedinec dokazuje schopnost žít ve společnosti podle toho, jak sám vnímá svůj gender. V tomto období zatím nedochází k žádným lékařským zásahům. *Tranzice* je termín pro proměnu, jejíž cílem je změnit tělesné charakteristiky a sociální postavení tak, aby odpovídaly vnitřně prožívanému genderu. Opačným pojmem je *detranzice* – odmítnutí již absolvovaných zásahů a vůle vrátit původní biologické znaky (Neumann et al., 2022).

V medicínské praxi je žádoucí oslovovat daného transgendera dle jeho vlastních preferencí a v případě nejistoty z oslovení je na místě se dotyčného zeptat. Cílem péče o transgender klienty je respektovat fázi přeměny pohlaví, aby nedocházelo k poškození jedince (Procházka, 2019).

3 RODOVÁ NESHODA

Tato část diplomové práce zaštiťuje významná témata spojená s rodovou neshodou. Obsahuje informace týkající se definic, prevalence, etiologie, klinického obrazu, diagnostiky a psychoterapie.

3.1 Definice

Rodová neshoda neboli genderový nesoulad v adolescenci a dospělosti (*gender incongruence of adolescence and adulthood*) je Mezinárodní klasifikací nemocí (MKN-11) Světové zdravotnické organizace (World Health Organization – WHO) charakterizován „... výrazným a trvalým nesouladem mezi prožívaným genderem jednotlivce a přiřazeným pohlavím, což často vede k touze po „změně“, aby bylo možné žít a být přijímán jako osoba prožívaného genderu, a to prostřednictvím hormonální léčby, chirurgického zákroku nebo jiné zdravotnické intervence, aby své tělo přiblížili, do jaké míry chtějí a do jaké je to možné, prožívanému genderu.“ Diagnózu není možné určit před nástupem puberty. Samotné genderově variantní chování a preference nejsou indikací pro udělení diagnózy (World Health Organization, 2025).

Genderový nesoulad v dětství (*gender incongruence of childhood*) je charakterizován „... výrazným nesouladem mezi prožívaným/vyjádřeným genderem jednotlivce a přiřazeným pohlavím u dětí před pubertou. Zahrnuje to silnou touhu být jiným genderem, než je pohlaví přiřazené; silná nechuť k části těla nebo k vyjádřeným sekundárním pohlavním znakům dítěte a/nebo silná touha po primárních a/nebo sekundárních pohlavních znacích, které odpovídají prožívanému genderu; jedinec se upíná k víře, fantazii, hrám, nebo činnostem a přátelům, kteří jsou typičtější spíše pro prožívaný gender než pro přiřazené pohlaví.“ Tento pohlavní nesoulad však musí přetrvávat přibližně 2 roky. U dětí také platí, že samotné genderově variantní chování a preference nejsou indikací pro udělení diagnózy (World Health Organization, 2025).

3.2 Prevalence

Jednoznačná shoda týkající se prevalence trans osob v populaci neexistuje. Ovlivňujícím faktorem může být i skutečnost, že jistí trans jedinci svou pravou identitu zatajují a snaží se zapadnout do očekávaných stereotypů společnosti. Důvodem může být i společenský tlak vyvíjený na trans lidi, kteří se za takových okolností k tranzici nikdy neodhodlají. Data bývají sbírána od lékařů, kteří pečují o proces hormonální terapie či operativní tranzice. Další údaje o prevalenci jsou získávány na základě počtu úředních změn pohlaví. Jedná se tedy o odhady, jelikož ne každá trans osoba výše zmíněné kroky absolvuje. Obecně se však tvrdí, že se v populaci vyskytuje okolo 0,3 až 1-4 % trans osob (Doležalová et al., 2021).

Dle Šnajderové et al. (2022) v České republice počet osob s rodovou neshodou v posledních padesáti letech signifikantně stoupá. Většina z nich se nachází ve věku 15-17 let. Výrazně nyní převažují osoby narozené jako biologické ženy se standardním ženským pohlavním vývojem, ale mužskou genderovou identitou. Metaanalytická studie zmapovala výskyt trans osob a uvádí prevalenci 4,6 : 100 000 jedinců. Dramatický nárůst je pozorovatelný především v posledním desetiletí. V ČR se mezi lety 2011-2016 počet dětí a dospívajících s trans identitou skoro ztrojnásobil, a do roku 2020 dokonce téměř zdesetinásobil. Máchová (2022) uvádí, že ve Švédsku mezi lety 2008-2018 vzrostl počet mladistvých jedinců žádajících tranzici o 1500 %.

Objasnění příčin stoupajícího výskytu osob s rodovou neshodou je předmětem podrobného zkoumání. Téma rodové neshody začíná být destigmatizováno, a trans lidé začínají být více sociálně přijímáni. Diagnostika dosahuje mnoha pokroků, a umožňuje tak trans osobám dostat se do péče sexuologů a dalších odborníků. Zvyšuje se zájem o zkoumání rodového nesouladu i ze strany lékařské veřejnosti. Znalosti v oblasti příčin a dlouhodobých dopadů léčby na somatickou i psychickou oblast rostou, ale i přesto jsou stále nedostatečné, a vyžadují další zkoumání (Šnajderová et al., 2022). Upozorňuje se také na možnou spojitost mezi příspěvky na sociálních sítích o změně pohlaví a nárůstem počtu mladistvých, kteří po jejich zhlédnutí usilují o změnu identity (Máchová, 2022).

3.3 Etiologie

Etiologie rodové neshody stále není zcela jasná. Předpokládá se spojitost s biosociální vazbou. Spor mezi biologickým pohlavím a genderovou identitou může být zapříčiněn atypickou kombinací nebo poškozením jednotlivých chromozomů. Konkrétně se jedná o polymorfismus genů receptorů pro androgeny, estrogeny nebo pro různé enzymy (Máchová, 2022; Pastor, 2016).

Na proces maskulinizace a feminizace mají vliv procesy v mozku. K poruchám pohlavní identity může dojít v případě, že je v prenatálním vývoji mozek chybně ovlivněn působením pohlavních hormonů. Pohlavní orgány se diferencují v prvních dvou měsících prenatálního období, avšak sexuální diferenciaci mozku probíhá až v druhé polovině těhotenství. Mužskou organizaci mozku ovlivňuje hladina androgenů. U ženského plodu může nadprodukce androgenů nadledvinkami vést k tomu, že bude mozek organizován jako mužský. Nastává tedy diskrepance mezi vývojem genitálu a pohlavní diferenciací mozku. Vliv hormonů na fetální mozek můžeme pozorovat také u dívek s kongenitální adrenální hyperplazií, která zapříčiňuje

tvoření většího množství androgenů. Právě u těchto dívek je výskyt trans osob až 5 % enzymy (Máchová, 2022; Pastor, 2016).

Dále byla objevena souvislost s prenatální expozicí ftalátům a polychlorovaným bifenylym. Pohlavní identitu může též ovlivnit trauma či ztráta blízké osoby. Další příčinou může být vztah s rodičem, kdy se jedinec snaží realizovat přání a představy rodiče. Existují důkazy o vlivu sexuálního zneužívání či zanedbávání v dětství. Osoby s genderovou dysforií mají vyšší prevalenci psychiatrických onemocnění, schizofrenie či autismu (Máchová, 2022).

3.4 Klinický obraz

Klinický obraz je ovlivněn intenzitou tělesné dysforie, věkem vzniku prvních příznaků, věkem při coming outu, sebepoškozováním, rozdílnou mírou narušení sociálních interakcí a přítomností sekundárních problémů, jako jsou šikana, deprese a další. První projevy pohlavní identity se mohou začít objevovat již ve velmi brzkém věku, a zásadními jsou období od 2. do 4. roku života a následně puberta. Coming out probíhá nejčastěji až v období dospívání. Je možné vymezit následující čtyři klinické skupiny (Neumann et al., 2022; Sejblová, 2020).

První skupinou jsou děti s rodovou neshodou, která se projevuje od batolecího až předškolního věku. Mezi tyto projevy patří: odmítání užívat jméno určené pro biologické pohlaví, volba her a aktivit typických pro opačné pohlaví, preference trávit čas s osobami opačného biologického pohlaví, biologické dívky močí ve stoje apod. Projevy rodového nesouladu jsou pozorovatelné i pro okolí jedince. Jedná se tedy o osoby s pozitivní subjektivní i objektivní anamnézou. Okolí by mělo chování pozorovat, tolerovat a v případě coming outu dítě podpořit. Děti v této skupině neprojevují známky sebepoškozování ani jiných sekundárních patologií. Je však důležité tyto projevy nezaměnit za obyčejné zkoumání své identity. Zhruba 60–80 % předškoláků, kteří v různé míře disponují těmito příznaky, ve skutečnosti nemají rodovou neshodu. Použití *afirmativní terapie* (kdy se aktivně potvrzují a podporují jisté změny) namísto přístupu *wait and watch* (neutrální a respektující pozorování), představuje pro určité zranitelné skupiny riziko narušení jejich sebepojetí (Neumann et al., 2022).

Druhou skupinou jsou dospívající, kteří rodovou neshodu oznámí svému okolí v době časného dospívání. Tyto jedinci mohou prožívat období transmorfofobie, kdy se snaží vyhovět předpokladům a stereotypům společnosti. To v nich může vyvolat silný vnitřní rozpor, který vede až k sebepoškozování, depresím, sociální izolaci apod. Mají pozitivní subjektivní anamnézu již od dětství a objektivní anamnéza buďto zcela chybí nebo si okolí uvědomuje jisté náznaky z časného věku až zpětně. Mnohdy si jedinci této skupiny uvědomují, že mají

non-heterosexuální orientaci a v průběhu zkoumání své identity si diagnózu rodové dysforie stanoví sami (Neumann et al., 2022).

Třetí skupinou jsou dospívající, kterým je bez jakýchkoliv předchozích příznaků zjištěna rodová neshoda – *rapid onset gender dysphoria* (ROGD). Jedná se o skupinu, která razantně zvyšuje počty nahlášených dětí s rodovým nesouladem. Spadají sem téměř výhradně biologické dívky. U těchto jedinců může docházet k disruptivní zkušenosti či ovlivnění sociálními sítěmi s neověřeným obsahem. Tito dospívající neprožívají období snahy o přizpůsobení se okolní společnosti. Mají výrazné nutkání na sebepoškození. Mnohdy trpí jinými psychopatologiemi. Tato skupina je etiologicky nejnovější a jedinci do ní zahrnutí jsou ohroženi rizikem žádosti o zastavení tranzice, započetí detranzice i iatrogenním poškozením (Neumann et al., 2022).

Čtvrtou skupinou jsou dospívající či dospělí (i lidé v pozdním věku) s nezpochybnitelnou rodovou neshodou, kteří na coming out potřebují delší dobu. Více sem spadají biologičtí chlapci/muži (Neumann et al., 2022).

3.5 Diagnostika a lékařská diagnóza

Světová zdravotnická organizace rozhodla o odstranění diagnózy *Porucha pohlavní identity* ze svého mezinárodního seznamu, což podle instituce Human Rights Watch přinese transgender lidem celosvětovou podporu. V současné verzi MKN-11 jsou *Poruchy pohlavní identity* definovány jako *Genderový nesoulad* (Doležalová et al., 2021). Česká republika však zatím tuto novou verzi platnou od roku 2019 do zákona o specifických službách nezačlenila, a při péči o trans lidi se tak používají již neaktuální diagnózy. Toto jistě zpomaluje proces destigmatizace (Chvílová-Weberová, 2023).

Genderový nesoulad spadá do kapitoly týkající se sexuálního zdraví a je zde popisován jako výrazný a dlouhodobý nesoulad mezi autenticky prožívaným genderem a biologicky přiřazeným pohlavím. Transgender identita tím pádem nespadá do sekce duševních poruch. U trans lidí však mohou být duševní obtíže rozvinuty právě na základě diskriminace, šikany či stresu spojeného s genderovým nesouladem (Doležalová et al., 2021).

V první řadě je nutné, aby trans jedinec navštívil sexuologa, v jehož kompetenci je udělení případné diagnózy. Sexuologové se významně věnují péči o nezletilé a jejich rodiče. Nejlepší variantou je, když se zákonní zástupci do tohoto procesu zapojují a nezletilý dochází na terapii s informovaným souhlasem podepsaným od rodičů. Pokud nezletilý tento souhlas nemá, je nutné následovat úpravu informovaného souhlasu v poskytování péče nezletilým na základě Práva nezletilých pacientů (Chvílová-Weberová, 2023). Tato práva jsou zahrnuta v zákoně

č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. Veškerá práva a povinnosti vztahující se k nezletilým osobám zahrnuje § 28, § 29, § 31, § 32, § 35, § 36, § 38, § 47, § 67 a § 71 (Česko, 2011). Pokud lékař vyhodnotí dostatečnou rozumovou a volní vyspělost jedince, může péči poskytnout i s informovaným souhlasem podepsaným pouze nezletilým. I přesto by měla být péče ideálně realizovaná za přítomnosti zákonných zástupců. Trans jedinec se totiž může nacházet ve zranitelné pozici, a zákonní zástupci mohou být pozitivním aspektem v ochraně jeho práv (Chvílová-Weberová, 2023).

Výzkum od organizace Transparent totiž uvádí data, která pojednávají o způsobech diagnostiky genderového nesouladu. V tomto výzkumu 9,5 % respondentů uvedlo, že jim bylo sexuologem prováděno vyšetření obnaženého těla pohledem a 11,5 % respondentů zažilo měření vzrušivosti. Tato vyšetření rozhodně nejsou lege artis postupem. V České republice není zakázána ani tzv. *konverzní terapie*, jejímž cílem je změnit sexuální orientaci či genderovou identitu člověka (Pavlica, 2019).

Diagnostika je ztížena faktem, že genderovou identitu nelze nijak měřit a objektivně stanovit. Vždy záleží na vnitřních pocitech a popisu situace daného jedince (Doležalová et al., 2021). Specialisté musí vyloučit jiné možné příčiny genderové dysforie, jako jsou psychopatologie, sociopatie z hlediska rodinné situace a blízkého okolí, poruchy intelektu, hyperandrogenní stavy a poruchy pohlavní diferenciacce (intersex). Je nutná multioborová spolupráce dětského psychologa, sexuologa, vývojového psychologa, pediatra, dětského endokrinologa a eventuelně dětského psychiatra. V jistých fázích se spíše volí strategie wait and watch, jelikož např. dítě v předškolním věku, které podniká sociální tranzici ještě nemusí splňovat diagnózu (Neumann et al., 2022).

V průběhu diagnostiky je potřeba přihlížet k faktu, že dospívající mohou mít potřebu se jednoznačně vymezit. Puberta je mnohdy obdobím častých krizí a může tak dojít k tomu, že jedinec hledá ve změně pohlaví řešení zcela mylně. Negativní vliv mohou mít i internetové trendy vykreslující proces tranzice příliš jednoduše a ne zcela reálným způsobem. Z toho důvodu by se mělo primárně věnovat původu psychického diskomfortu u dětí a mladistvých, a předcházet tak unáhleným závěrům týkajícím se genderu (Máchová, 2022). V případě, že u jedinců přetrvává sebepoškozování a psychopatologie se dále prohlubuje i v průběhu tranzice, je na místě zvážit, zdali byla diagnóza správně stanovena a jestli dále pokračovat v procesu (Neumann et al., 2022).

Obecně je vhodné odhadovat míru psychické stability. V rámci diagnostiky probíhá psychoterapie, která je přizpůsobená stupni sebepoznání jedince. Standardně musí jedinec odevzdat životopis, ve kterém popisuje prožívání své pohlavní identity. Na místě je sepsat úvahy o přeměně pohlaví včetně rizik a možných komplikací s ní spojených (Procházka, 2019). V diagnostice se též užívá Real-Life Test. Na druhou stranu může být tento test pro trans osoby dalším stresorem. Po stanovení diagnózy a Real-Life Testu je možné podstoupit hormonální a následně případnou operativní tranzici (Doležalová et al., 2021). Pokud diagnóza není pro daný moment jistá či je adaptační proces pomalý, je adekvátní zvolit individuální psychoterapii u zkušeného terapeuta. V případě, že stav jedince žádá péči psychiatra, je doporučováno tuto péči oddělit od sexuologické, aby právě psychiatrická péče neovlivnila rozhodovací proces při tranzici pohlaví (Procházka, 2019).

3.6 Psychoterapie

Cílem terapie je zajistit správný vývoj v prožívaném rodu, zamezit sebepoškození, sekundárnímu psychickému i sociálnímu poškození a iatrogení újmě. V rámci psychoterapeutických intervencí, především v případě dítěte, je možno zvolit zmiňovanou strategii wait and watch nebo Real-Life Test, a v neposlední řadě poskytnout dítěti či dospívajícímu adekvátní podporu jak od odborníků, tak jeho nejbližšího okolí (Neuman et al., 2022).

Terapie bez užití hormonů se volí též u zranitelnější skupiny jedinců s ROGD. Snaha o potlačení pocitů týkající se prožívaného genderu, neboli tzv. *redirekce*, není doporučována. Stejně by se již v dnešní době neměla užívat *reparativní terapie*, jejímž cílem je údajně vyléčit transgender osoby. Naopak je doporučováno, aby jedinec vyhledal psychoterapeutickou péči a absolvoval ji v podobě dlouhodobého setkávání minimálně 1x týdně. V jistých případech může psychoterapie vést ke smíření s transsexualitou i bez podstoupení operativní tranzice (Doležalová, 2019; Šnajderová et al, 2022).

Bylo prokázáno, že podpora nejbližšího okolí, především od matky, významně snižuje riziko sebevražděného chování u transgender a nebinárních osob. Přijetí a citová vazba podporuje důvěru v sama sebe a upevňuje vzorce chování vůči blízkému okolí. Odmítnutí ze strany rodičů může být výrazným spouštěčem sebevražděného chování (Pavlica et al., 2022).

Podrobněji popsany proces tranzice, který zahrnuje více terapeutických sfér (sociální, fyzickou a úřední tranzici), bude zmíněn v nadcházející kapitole 4 Proces tranzice.

4 PROCES TRANZICE

Tranzice zahrnuje proces, během kterého transgender či nebinární lidé přijímají sociální roli a prochází fyzickými změnami, které jsou v symbióze s jimi prožívaným rodem. Může se jednat o změny sociální, kdy dochází ke změně genderové role ve společnosti, změny fyzické, kdy jedinec podstupuje hormonální změny a chirurgické zákroky, a v neposlední řadě sem spadají změny úřední, kdy dochází ke změně jména, rodného čísla a úředního pohlaví (Doležalová et al., 2021).

4.1 Sociální tranzice

Sociální tranzicí se rozumí reverzibilní změny, kdy se jedinec začíná prezentovat svému okolí v jím prožívané genderové roli. Mění styl oblečení, účesu, své jméno, FtM osoby používají bandáže neboli bindery ke stahování poprsí, dále také mohou nosit epitézy k simulaci částí těla či používat pomůcky umožňující močení ve stoje. Toto období je považováno za již zmíněný Real-life Test. Tento test umožňuje trans lidem orientaci ve vlastních potřebách a pocitech, což dále umožňuje např. psychoterapeutům, rodině apod. hodnotit reakce jedince na dané změny (Šnajderová et al., 2022).

Jelikož sociální tranzice obnáší především veřejnou změnu genderové role, může dojít ke změně postavení ve společnosti. Očekávání a reakce ze strany okolí mohou být také různorodé. Čím starší trans osoba je, tím horší může být průběh sociální tranzice. V nejhroších případech se může trans jedinec dostat do úplné sociální izolace. Proto je nutno znovu upozornit na důležitost péče psychologů již v období sociální tranzice (Doležalová et al., 2021). Tito odborní pracovníci radí jedinci, jak předávat informace o tranzici rodině, přátelům, jak reagovat na případnou šikanu, sociální diskriminaci apod. (Šnajderová et al., 2022).

4.2 Fyzická tranzice

Pro mnoho lidí může být fyzická tranzice ekvivalentem pro tranzici jako takovou, což by pak samotný proces redukovalo na pouhé hormonální a operativní změny, a mohl by být opomíjen psychický komfort. Není podmínkou, že každý trans jedinec vyžaduje hormonální či operativní tranzici, avšak čím intenzivnější pocit genderové dysforie je, tím vyšší je touha po chirurgických zákrocích (Doležalová et al., 2021).

4.2.1 Hormonální terapie

Hormonální terapie spočívá v blokování puberty a následném přidávání hormonů opačného pohlaví. Efekt terapie se odráží na oblasti jak fyzické, tak psychické. Jelikož potlačuje vývoj

gamet, působí negativně na fertilitu a reprodukční orgány celkově. Fyzická tranzice vyžaduje úzkou spolupráci sexuologa, který má hlavní zodpovědnost, endokrinologa (včetně dětského), psychologa a případně psychiatra (Fifková et al., 2020; Šnajderová et al., 2022).

Blokátory puberty spadají mezi tzv. plně reverzibilní zásahy. I přesto je diskutováno, zdali nedochází ke vzniku dlouhodobých zdravotních následků. Pokud je genderový nesoulad nezletilému diagnostikován, je možné blokátory aplikovat. Slouží k oddálení vývoje pohlavních znaků, což dává trans osobě více časového prostoru pro objevování své identity. Před nasazením blokační terapie je potřeba souhlas zákonných zástupců nezletilého. Je to z důvodu, že se stále jedná o zásah do fyziologických funkcí (Chvílová-Weberová, 2023). Pokud nezletilý nedisponuje souhlasem od svých zákonných zástupců, je nutno se řídit § 100 občanského zákoníku, který umožňuje nezletilým starších 14 let a vyžadujícím lékařský zákrok žádost o přivolání soudu (Česko, 2012). Konkrétně jde tedy o potlačení produkce estrogenů (či v případě MtF tranzice – potlačení testosteronu). Samotný proces pak spočívá v aplikaci analoga gonadoliberinu. Začátek léčby má být zahájen po 14. roce. Věková hranice však není absolutní a musí být především prokázána probíhající izosexuální puberta ve stádiu 2 dle Tannerovy stupnice (Fifková et al., 2020; Šnajderová et al., 2022).

Pokud je proces blokace puberty z jakéhokoliv důvodu ukončen, mělo by potlačení pohlavního vývoje odeznít. Zhruba dvě třetiny dospívajících prožívá v průběhu blokády příznaky nedostatku pohlavních hormonů – trans muži prožívají symptomy podobné menopauze a jejich projevy ustupují až po aplikaci testosteronu. Celkově je však možno říct, že blokace puberty vede u většiny osob ke zlepšení psychiky (Šnajderová et al., 2022).

Hormonální terapie spadá pod částečně reverzibilní zásahy (Fifková et al., 2020). Tento proces vede k maskulinizaci či feminizaci. Je stavěna na obdobném právním principu jako blokátory puberty. Její dostupnost v ČR není omezené věkem, ani přes fakt, že důvodová zpráva k zákonu o specifických a zdravotních službách původně obsahovala požadavek na dovršení 18 let věku. Započetí hormonální terapie tedy opět závisí na průběhu terapie trans neplnoletého a stupni jeho vospělosti. Z důvodu závažnějšího zásahu do těla mladistvého musí být informovaný souhlas podepsán trans jedincem i jeho zákonným zástupcem. V případě neshody mezi nezletilým a jeho zákonnými zástupci je uplatňován již zmíněný § 100 občanského zákoníku (Chvílová-Weberová, 2023).

Hormonální terapie navazuje na blokádu puberty zhruba v 16 letech a spočívá v aplikaci hormonů pro daný prožívaný rod (u MtF estrogeny, u FtM tranzice androgeny). Délka blokády

puberty bez aplikace hormonů by neměla probíhat déle než 2,5 roku. Hormony se navyšují postupně na základě anamnézy jedince a průběhu terapie. V případě, kdy blokáda puberty nastala v časných fázích, nastolují se hormony pomaleji. Pokud však k blokaci došlo až v pozdní fázi puberty nebo dokonce po pubertě, je na místě hormony podávat za 3-6 měsíců po započetí blokace puberty (Šnajderová et al, 2022).

Před aplikací samotných hormonů je potřeba zhodnotit, zdali blokáda přinesla psychickou úlevu nebo zdali přinesla nějaké komplikace (Šnajderová et al, 2022). Dále je před aplikací hormonů důležité provést klinické a laboratorní vyšetření (včetně vyšetření hormonů). U trans mužů je vhodné učinit gynekologické vyšetření pro vyloučení gynekologických onemocnění. Je nutno brát v potaz, že tato vyšetření nejsou pro trans muže příjemná. U mladých trans mužů je před započtetím aplikace androgenů žádoucí ověřit, zdali již došlo k zástavě růstu nebo je-li růst v daný moment dostatečný, jelikož hormonální terapie růst zcela ukončuje (Procházka, 2019).

Výrazné změny probíhají v prvních 2 letech hormonální léčby a konečného výsledku dosahují po 5 letech. Po této době jsou hormony aplikovány pouze substitučně. U FtM jedinců dochází k aplikaci androgenů injekční formou v hodnotách úměrných jako u biologických mužů. To následně vede k amenoree, prohloubení hlasu, růstu ochlupení, růstu virilního typu svaloviny, klitoromegalii a rozvoji akné. Dále dochází ke zvýšení libida. Vyskytnout se však může i zvýšená agresivita a výbušnost (Procházka, 2019; Šnajderová et al, 2022). Postupem věku může pod hormonální léčbou docházet k řídnutí vlasů až plešatění. Během hormonální léčby se hlas trans muže sníží zhruba o 6 tónů, což odpovídá stádiu mutace hlasu u chlapců. Edukace ohledně utváření mužského hlasu probíhá v rámci foniatrické péče (Rauchfleisch, 2022; Vydrová, 2017).

U FtM osob je v průběhu terapie vhodné podstupovat periodické laboratorní kontroly (včetně hormonálních hladin), kontroly krevního tlaku a kostní denzity (Procházka, 2019). Užívání testosteronu nadále zapřičiňuje zvyšování cholesterolu, zhoršuje jaterní testy a klienti mohou nabrat na váze. I přesto většina FtM jedinců nepopisuje negativní prožívání, a naopak oceňují zvýšení fyzické výkonnosti, jelikož dochází k růstu počtu erytrocytů a hemoglobinu. V porovnání se zbytkem populace mortalita u FtM osob nijak nenarůstá. To bohužel nelze prohlásit u MtF klientů, kdy estrogen může vést ke kardiovaskulárním obtížím, a mortalita je tedy v této skupině vyšší. Jisté riziko kardiálních dysfunkcí je popsáno i u FtM klientů (Drábková, 2023; Nevrlá, 2022).

Medikamentózní léčba je v České republice v rámci této indikace stále off-label. Prostředky na blokádu puberty zdravotní pojišťovny akceptují a finančně je hradí, zatímco náklady za hormony pro opačné pohlaví si musí jedinec hradit sám (Šnajderová, 2022).

4.2.2 Chirurgická terapie

Chirurgická terapie spadá pod kategorii ireverzibilních neboli nevrtaných zásahů. Jedná se o zákroky, které lze absolvovat po dovršení plnoletosti. Mastektomie, neboli odstranění prsní žlázy, lze v individuálních případech provést i u FtM osob mladších 18 let po dostatečně dlouhém Real-Life Testu a užívání hormonální léčby (Fifková et al., 2020; Šnajderová et al., 2022).

Žádosti transgender osob týkající se podstoupení chirurgického zákroku projednává odborná komise. K tomuto jednání musí sexuolog doložit dokument obsahující informace o délce léčby klienta, plnoletosti, opakovaně stanovené diagnóze (jak vlastním diagnostickým procesem, tak minimálně 1 rok trvajícím Real-Life Testem), délce hormonální léčby (minimum je 1 rok), potvrzení diagnózy od klinického psychologa a jeho stanovisko o operaci, dále zdali je jedinec svobodný, vdovec, rozvedený nebo jestli ukončil registrované partnerství. Sexuolog ve svém doporučení pro odbornou komisi také potvrzuje, že svého klienta dostatečně poučil o charakteru chirurgických zákroků (Fifková et al., 2020).

V případě, že žadatel v minulosti uzavřel manželství nebo registrované partnerství, musí komisi předložit kopii o rozvodu či ukončení registrovaného partnerství. Pokud je žadatel rodičem dítěte mladšího 15 let, předkládá ještě vyjádření rodinného terapeuta nebo dětského psychologa, případně vyjádření sexuologa, proč ke kontaktu s těmito odborníky nedošlo. Všechny tyto dokumenty, včetně žádosti klienta nesmí být starší než 3 měsíce, a musí být na ministerstvo zaslány sexuologem nejpozději 30 dní před sezením odborné komise (Fifková et al., 2020). Primární znění těchto podmínek a kritérií znázorňuje Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR v části *Doporučený postup při provádění chirurgických zákroků směřujících ke změně pohlaví u transsexuálních pacientů* (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2012).

V roce 2019 odborná komise České republiky projednala celkem 137 žádostí o chirurgickou tranzici, z toho dvojnásobně převažovaly žádosti o maskulinizační zákroky. Odborná komise se skládá z lékařů, právníků a úředníků Ministerstva zdravotnictví. Podle mnohých představuje pro trans osoby další a zbytečnou psychickou zátěž (Doležalová et al., 2021; Nevrlá, 2022).

Shrnutí legislativních kritérií nutných pro podstoupení operativní tranzice zahrnuje kapitola 7 Právní problematika. Blíže popsání chirurgické zákroky zahrnuje kapitola 5 Chirurgické female to male zákroky.

4.3 Úřední tranzice

Lékařská dokumentace je významným materiálem pro úřední změnu pohlaví (Šnajderová et al., 2022). V České republice je dle § 29 zákona 89/2012 Sb. občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů podmínkou pro úřední změnu pohlaví podstoupení operace genitálií zahrnující sterilizaci a rozvod či zrušení existujícího registrovaného partnerství (Česko, 2012).

Výše uvedené podmínky jsou dle mezinárodního práva pro transgender komunitu diskriminační. Trans lidé pak disponují osobními doklady, které neodpovídají jimi prožívanému rodu, a dostávají se tak v mnoha oblastech do nepříjemných situací. Jsou tak více vystavováni šikaně a násilí, a to nejen v rámci společenských aktivit, ale také v oblasti zaměstnání, úřadů apod. Nutnost podstoupení sterilizace je velmi invazivní a nehumánní přístup, který zasahuje do mnoha oblastí trans člověka. Požadavek na rozvod (i přes fakt, že partner trans osoby s tranzicí souhlasí) může vést jak k rozpadu rodinných vztahů, tak i narušení základní podpůrné sítě trans osob. Dopad může být i na zaměstnání z důvodu omezené pracovní schopnosti po zákroku. Úřední změna pohlaví není pouhou formalitou pro trans komunitu, ale především možností žít důstojný život (Doležalová et al. 2021).

Spolkový ústavní soud v Německu označil výše zmíněné podmínky úřední změny pohlaví za protiústavní. V Německu, Rakousku, Nizozemí a Švýcarsku může k úřední změně pohlaví dojít, když trans jedinec pociťuje dlouhodobý genderový nesoulad. Např. Malta, Norsko a Dánsko umožňuje úřední změnu pohlaví na základě sebeurčení (Chvílová-Weberová, 2023).

Ve výsledné zprávě z výzkumu realizovaného spolkem Transparent z.s. v roce 2018 byl zveřejněn závěr týkající se názoru trans osob na úřední změnu tranzice: „Respondentky/respondenti nejvíce souhlasili s tím, aby k úřední změně nebyl nutný rozvod nebo zrušení registrovaného partnerství, a aby rodné číslo neodráželo pohlaví. Více než polovina osob rovněž souhlasila s tím, aby k úřední změně pohlaví nebyla nutná sterilizace a aby se pohlaví nemuselo uvádět v dokladech.“ (Pavlica, 2019).

5 CHIRURGICKÉ FEMALE TO MALE ZÁKROKY

Dle výzkumu realizovaného v letech 1973-2007 bylo v České republice zjištěno, že je většina transgender osob se změnou pohlaví spokojená (Žourková a Sejblová, 2014). V procesu tranzice je totiž pro FtM jedince velmi důležité fyzické přizpůsobení k mužské identitě. Z tohoto důvodu je již ve více zemích běžné absolvovat operativní tranzici. Do operativní změny pohlaví spadají následující zákroky: *mastektomie*, *hysterektomie* s případnou *adnexektomií*, *vaginektomie (kolpektomie)*, *phaloplastika*, *metoidioplastika* a *scrotoplastika*. Tyto zákroky se dají dělit na tzv. *horní operace* a *dolní operace*. Nejčastěji žádaným zákrokem je pro svou viditelnost mastektomie (Irwig, 2017).

5.1 Horní operace

Horní maskulinizační zákroky označují operace prsou. Hormonální terapie zahrnující testosteron sice podporuje atrofii prsní žlázy, avšak výsledky nejsou dostatečné, a proto klienti volí možnost odstranění prsní tkáně. Transgender osoby, které zatím nemají možnost operaci podstoupit užívají pomůcky a speciální oděvy ke zploštění hrudníku. Ty sice mohou snížit dysforii, avšak vedou k fyzickému diskomfortu, modřinám, změnám elasticity kůže, vyrážkám, dýchacím obtížím apod. (Irwig, 2017).

Postup operace závisí na objemu prsu, přebytku kůže a její elasticitě a na velikosti prsního dvorce i bradavky. K možným komplikacím operace patří např. hematomy, nekróza bradavky a tvorba abscesů. Po absolvování mastektomie může být někdy nutné podstoupit další operaci pro zlepšení estetiky (Irwig, 2017). Trans muži, kteří absolvují pouze *redukční mammaplastiku* (kdy je jistá část prsní tkáně ponechána), by měli stále myslet na prevenci rakoviny prsu, provádět samovyšetření a případně dle věku podstupovat mammografii. Každopádně i po podstoupení klasické mastektomie může být přítomna residuální prsní tkáň a je také nutné na to brát ohled (Turčan, 2023).

5.1.1 Mastektomie

Maskulinizační operací hrudníku se rozumí *subkutánní mastektomie* (odstranění prsní tkáně). Chirurgické techniky jsou modifikovány z postupů při operacích gynekomastie. Cílem je maskulinní hrudník bez výrazných komplikací a jizev. Mimo již zmíněné anatomické dispozice klienta je nutno nakládat i s klientovou preferencí a chirurgickými dovednostmi operátéra (van de Grift, 2023).

Prvním technickým přístupem při subkutánní mastektomii je *semicirkulární infra-areolární přístup*, který je vhodný pro klienty s menšími prsy a dobrou elasticitou kůže. Prsní tkáň je

vyňata infra-areolárním řezem a tuková tkáň je odstraněna liposukcí. Druhým přístupem je *cirkumareolární* přístup, který je doporučován v případě menších či středně velkých prsů se špatnou kvalitou kůže. Odstraňuje se nadbytečná kůže a prsní dvorec, cirkulární přístup umožňuje lepší kontrolu. Komplikací může být pooperační napětí jizvy, které ji může rozšířit a narušit tak tvar prsního dvorce. Třetím způsobem je *inframammární resekce kůže s volným štěpem bradavky*. Tato technika je ideální pro klienty s větším objemem prsu nebo s povolenou kůží. Bradavka se zde transplantuje jako kožní štěp. Jizvy jsou sice větší, ale mnohdy dobře maskované linií prsního svalu nebo hrudním ochlupením (van de Grift, 2023).

5.2 Dolní operace

Dolní maskulinizační operace zahrnují zákroky na vnitřních a vnějších pohlavních orgánech (van de Grift, 2023). Spadají sem následující zákroky: hysterektomie s případnou adnexektomií, vaginektomie (kolpektomie), phaloplastika, metoidioplastika a scrotoplastika. Důvod pro podstoupení dolní operace může být mimo genderovou dysforii a jiné i menstruační krvácení. Menstruace většinou bývá ukončena po 6-12 měsících užívání testosteronu, ale nemusí tomu tak být vždy, a proto je třeba klienta poučit, že testosteron není spolehlivou antikoncepční metodou (Irwig, 2017).

Většina trans mužů v České republice podstupuje hysterektomii s případnou adnexektomií, ale nepodstupují phaloplastiku. Zůstává jim tedy slepě zakončená pochva, která je za vlivu hormonů atrofovaná. I přesto je nutné docházet na gynekologické kontroly onkologické cytologie z poševní sliznice. Gynekologická vyšetření mohou být pro trans osobu až traumatizující, a proto by se měla dodržovat o to přísnější intimita. Je nutné trans muži vysvětlit důležitost těchto vyšetření, aby nedocházelo k jejich absenci (Irwig, 2017). Trans muži zvažují dolní operace i s ohledem na svou budoucí reprodukci. Proto si někteří nechávají před započítím hormonální léčby kryokonzervovat své gamety, i přesto že jejich použití v naší republice doposud není oficiálně možné (Rauchfeisch, 2022; Turčan, 2023).

5.2.1 Hysterektomie

Hysterektomie neboli odstranění dělohy je v kompetenci gynekologů a lze ji provádět laparoskopickým i vaginálním přístupem. V rámci tohoto zákroku bývá u trans klientů provedena adnexektomie. Jedná se o zákrok, kdy jsou po ošetření cév a vazů snesena adnexa – neboli ovaria (vaječníky) a tuby (vejcovody). Dle současných studií je doporučeno provádět kombinaci dolní a horní operace v rámci jednoho operačního zákroku (Schneiderová, 2014; van de Grift, 2023). Při srovnání jednotlivých operačních technik

hysterektomie u FtM jedinců byla za nejvhodnější označena *totální laparoskopická hysterektomie*. Za použití kolpotomizéru je operace bezpečná a zachovává integritu břišního svalstva i epigastrických cév. Dalšími výhodami je nižší krevní ztráta, kratší rekonvalescence a menší pooperační morbidita. Nevýhodou je delší operační trvání (Filová et al., 2014).

5.2.2 Vaginektomie (kolpektomie)

Vaginektomii, neboli odstranění vaginy, je možné provést samostatně nebo v kombinaci s hysterektomií a adnexektomií. Je vhodná v případě, kdy hormonální léčba způsobuje vaginální diskomfort. Kolpektomie snižuje riziko komplikací po absolvování metoidioplastiky či phaloplastiky, kdy je prodlužována močová trubice (van de Grift, 2023).

5.2.3 Metoidioplastika

Jedná se o operační zákrok, při kterém je hormonem hypertrofovaný klitoris uvolněn od svých vazů za účelem vytvoření senzitivního penisu. Provádí se též kolpektomie a scrotoplastika. Dle přání klienta je možné prodloužit močovou trubici za pomoci laloků labia minora (malých stydkých pysků). V případě nekrózy musí být vytvořena sekundární phaloplastika (van de Grift, 2023). Výhodou je kratší doba rekonvalescence než u phaloplastiky. Jisté nedostatky může mít při penetračním pohlavním styku i snaze o močení ve stoje. Rizikem je vznik píštělí uretry (močové trubice), striktur apod. (Irwig, 2017).

5.2.4 Phaloplastika

Phaloplastika je vytvoření neopenisu. Neopenis je nejčastěji vytvořen z laloku na radiální straně předloktí nedominantní horní končetiny. Arteria radialis se našije na arterii femoralis, mezi vena cephalica a vena saphena magna se vytvoří anastomóza a antebrachiální kožní nerv se připojí k ilioinguinálnímu nervu a dorzálnímu nervu klitorisu. Při podstoupení phaloplastiky je prováděna i kolpektomie, plastika skrota a prodloužení uretry. Klitoris je ponechán pod neopenisem. Glans penis neboli žalud penisu je tetován až několik měsíců po zákroku, stejně tak implantace penilního implantátu a testikulární protézy (Irwig, 2017).

Je nutno upozornit, že metoidioplastika i phaloplastika jsou metody, které velice dobře modelují pohlavní orgány, avšak nezajišťují jejich reprodukční ani sexuální funkčnost (Doležalová, 2019). Klient by měl být předem informován o rizicích vzniku uretrokutánní píštěle, stenózy, zarostlé uretry až nekrózy neopenisu. Doba rekonvalescence bývá dlouhá včetně pooperačního pobytu v nemocnici. Místo odebrání laloku může být také postiženo zjizvením i komplikacemi při hojení a omezením rozsahu pohybu (Irwig, 2017).

5.2.5 Scrotoplastika

Jedná se o vytvoření šourku z místních laloků labia majora (velkých stydkých pysků). Do šourku je možné umístit implantáty a erekční protézy. V některých případech jen samotný neopenis umožňuje penetrační styk. Implantace testikulárních implantátů vyžaduje značné zkušenosti operátora. Infekce jsou časté a dochází tak mnohdy k vynětí implantátů. Klient musí být o všech aspektech dopředu informován, aby se předešlo zklamání. Vhodná je edukace od rehabilitačních specialistů týkající se cviků na pánevní dno (van de Grift, 2023). Zákroky totiž zvyšují i riziko inkontinence moči a stolice (Marianová a Šafářová, 2014).

6 PERIOPERAČNÍ PÉČE A JEJÍ SPECIFIKA

Perioperační péčí se rozumí péče o klienta před, v průběhu a krátce po operačním výkonu. Péče je poskytována převážně na operačním oddělení a poskytují ji perioperační a anesteziologické sestry. V gynekologii je tato péče poskytována perioperačními porodními asistentkami. Lze ji členit do tří skupin na předoperační, intraoperační a pooperační péči (Wichsová, 2013; Wolfová, 2014). U transgender klientů je nutno myslet na jistá specifika perioperační péče. V rámci komunikace je vhodné volit správnou terminologii. Péče o transgender klienty vyžaduje individuální navázání kontaktu, důvěry, respektu a podpory (Drábková, 2023).

6.1 Předoperační péče

Bezprostřední předoperační péče začíná při příchodu jedince na operační oddělení. V některých zařízeních provádí perioperační sestry edukaci klienta den před zákrokem již na lůžkovém oddělení. Dále sem spadá přijetí klienta na operační sál, kontrola identity i identifikačního náramku, polohování klienta, kontrola šperků, zubních protéz apod., sepnutí vlasů čepičkou, kontrola bandáží dolních končetin, kontrola čistoty pupeční jizvy, kontrola čistoty a oholení operačního pole a přítomnost dokumentace. Provádí se 1. krok perioperační bezpečnostní procedury, kdy je ověřováno klientovo jméno, operační výkon, případně strana výkonu i její označení na těle jedince a zjišťují se případné alergie. Příkladá se neutrální elektroda. Klient se polohuje tak, aby bylo předcházeno vzniku dekubitů. Dále je dle ordinace lékaře zaváděn permanentní močový katetr. Vždy se zajišťuje antiseptika operačního pole a dodržují se zásady pro sterilní krytí operačního pole (Wichsová, 2013).

U transgender klienta je při tomto procesu nutno myslet na správný způsob oslovení. Transgender osoby mohou být o to náchylnější na odhalování intimních částí těla, a proto je vhodné o této skutečnosti informovat a snažit se ji oddálit na dobu nezbytně nutnou pro aplikaci EKG elektrod. Zajišťujeme klientovi co nejvíce komfortní prostředí bez transfobního chování a poznámek (Drábková, 2023).

6.2 Intraoperační péče

Tato fáze začíná po zarouškování operačního pole v přítomnosti kompletního operačního týmu. Provádí se 2. krok perioperační bezpečnostní procedury, během které se všichni členové operační skupiny představí, sdělí svou úlohu, opět se ověří identita klienta, typ a místo zákroku a nakonec se potvrdí, zdali byla v poslední hodině podána profylaktická dávka ATB. Operatér a anesteziolog posuzují možná rizika. Perioperační sestra či perioperační porodní asistentka

potvrzuje připravenost, sterilitu a početní kontrolu nástrojů i veškerých pomůcek. Instrumentující sestra sleduje průběh operačního zákroku, podává nástroje náležitým způsobem, předvídá některé kroky, kontroluje počty a sterilitu nástrojů, kontroluje počty roušek a dalších materiálů, kontroluje sterilitu operačního pole apod. Obíhající sestra či porodní asistentka obsluhuje operační tým, případně dodává materiál, zřizuje konzilia, označuje a odesílá odebraný biologický materiál k histologii, kontroluje sterilitu, obsluhuje přístroje, kontroluje sanitáře, zaznamenává do dokumentace apod. (Wichsová, 2013).

6.3 Pooperační péče

Je započata po ukončení operace. Probíhá 3. rok perioperační bezpečnostní procedury, kdy perioperační sestry potvrzují provedený výkon, početní kontrolu nástrojů a materiálu, odebrané biologické vzorky a případné problémy s vybavením sálů. Chirurg s anesteziologem ordinují pooperační medikaci. Klient je převážen na dospávací pokoj či na pooperační lůžkové oddělení (Wichsová, 2013).

Lůžkové oddělení by mělo odpovídat prožívanému genderu jedince. Je vhodné ordinovat analgetika a fyzioterapii. U transgender jedinců jsou častější návyky na nevhodné látky, proto by ordinace měly být psány s obezřetností. Významná je monitorace duševního zdraví, jelikož externí stresory jsou transgender osobami mnohem intenzivněji vnímány (Drábková, 2023).

7 PRÁVNÍ PROBLEMATIKA

Mnoho aspektů spojených s právní problematikou bylo již zmíněno v kapitole 4 Proces tranzice. Kapitola 7 Právní problematika však pojednává o současné legislativě spojené s transgender komunitou a blížících se změnách v této oblasti.

7.1 Podmínky pro změnu pohlaví v České republice

Podle české legislativy je možné proces změny pohlaví rozdělit na fáze chirurgické změny pohlaví podle zákona o specifických zdravotních službách a úřední změny pohlaví podle občanského zákoníku (Chvílová-Weberová, 2023). Úřední změna je možná až poté, co trans osoba podstoupí operativní zákroky za podmínek stanovených v § 21 zákona o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů. Operativní tranzici může podstoupit pouze osoba, která dovršila věk 18 let a získala kladné vyjádření od odborné komise (Česko, 2011, § 21). Podmínka chirurgického zákroku stále přetrvává ve 13 evropských zemích a je založena na mylném předpokladu, že je gender člověka podmíněn pohlavními orgány (Dušková a Matiaško, 2019).

Úředním dnem změny pohlaví se rozumí den, kdy bylo poskytovatelem zdravotní péče potvrzeno, že byl chirurgický zákrok podstoupen. Jakmile je toto potvrzení vydáno, matriční úřad do tří dnů zapíše změnu pohlaví do knihy narození. Po tomto zápisu má již trans jedinec možnost vybrat si nové jméno v příslušném rodě. Pokud se trans osoba nachází na začátku procesu tranzice, matriční úřad umožňuje změnit si jméno a příjmení na neutrální tvar. Tvar jména pak může znít např. jako René Petřů (Chvílová-Weberová, 2023; Nevrlá, 2022).

7.2 Změna pohlaví u nezletilých v České republice

Trans nezletilí v současné době nemohou podstoupit chirurgické zákroky, a proto ani nemohou dokončit úřední změnu pohlaví. Podmínky pro stanovení diagnózy nebo rozhodnutí o zahájení blokační či hormonální terapie neupravují žádné právní předpisy, a ponechávají tak široký prostor pro poznatky lékařské vědy. Legislativní nedostatky jsou přítomny též v úpravě způsobilosti trans nezletilých samostatně rozhodovat o své tranzici, a je nutno následovat obecné úpravy poskytování zdravotních služeb nezletilým podle již zmíněného zákona o zdravotních službách a občanského zákoníku (Chvílová-Weberová, 2023).

7.3 Aktualizace zákona o změně pohlaví

Jak již bylo lehce zmíněno, tak je v současné době stále ještě platný zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, který

specifikuje podmínky týkající se změny pohlaví. Na základě tohoto zákona se změnou pohlaví rozumí chirurgický zákrok spojený se znemožněním reprodukční funkce. Transsexuální pacient je osoba s trvalým nesouladem mezi psychickým a tělesným pohlavím, neboli poruchou sexuální identifikace (Česko, 2011, § 21 odst. 1). Chirurgické zákroky umožňující změnu pohlaví mohou být provedeny jedinci, u něhož byla jednoznačně stanovena porucha sexuální identifikace, byla prokázána schopnost trvale žít v autenticky prožívaném rodě, a který nevstoupil do registrovaného partnerství či do obdobného svazku osob stejného pohlaví v cizině, případně jehož manželství či registrované partnerství anebo obdobný svazek zaniklo (Česko, 2011, § 21 odst. 2). Jedinci, který dovršil věk 18 let je možné provést chirurgický zákrok směřující ke změně pohlaví na základě jeho písemné žádosti a kladného stanoviska odborné komise (Česko, 2011, § 21 odst. 3). V případě, že má jedinec omezenou svéprávnost, je možné provést chirurgický výkon směřující ke změně pohlaví po předložení písemné žádosti opatrovníka pacienta, kladného stanoviska odborné komise a souhlasu soudu (Česko, 2011, § 21 odst. 4).

Dne 7. května 2024 však Ústavní soud vydal vyjádření týkající úřední změny pohlaví. Zákonná úprava obsažená v § 29 odst. 1 občanského zákoníku a § 21 odst. 1 zákona o specifických zdravotních službách, jejíž podmínkou je právě chirurgický zákrok zahrnující sterilizaci a přeměnu pohlavních orgánů, byla Ústavním soudem zrušena (Ústavní soud, 2024). Bylo uznáno, že je požadavek chirurgického zákroku protiústavní, nerespektuje lidskou důstojnost a je v rozporu se základním právem na ochranu tělesné integrity a osobní autonomie. Ústavní soud tedy upozornil na rozpor této podmínky s evropskou judikaturou a vyzval Parlament k přijetí nové úpravy do 30. 6. 2025. Do této doby platí dosavadní zákony. Celý text nálezu Ústavního soudu je dostupný v odkazu zmíněném v kapitole 13 Použitá literatura (Ústavní soud, 2024).

VÝZKUMNÁ ČÁST

8 VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY

8.1 Výzkumné cíle

Cíl č. 1: Porovnat celkovou kvalitu života a spokojenost se zdravím respondentů **před a 3 měsíce po** podstoupení operativní tranzice.

Cíl č. 2: Porovnat kvalitu života respondentů **před a 3 měsíce po** podstoupení operativní tranzice v rámci jednotlivých domén dotazníku WHOQOL-BREF.

Cíl č. 3: Zjistit, jaký je pohled respondentů na znovu podstoupení operativní tranzice.

Cíl č. 4: Zjistit, jak nápomocné je podstoupení operativní tranzice v utvrzení genderové identity respondentů.

8.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka vztahující se k cíli č. 1:

VO 1: Jaká je celková kvalita života a spokojenost se zdravím respondentů **před a 3 měsíce po** podstoupení operativní tranzice?

Výzkumné otázky vztahující se k cíli č. 2:

VO 2: Jaká je kvalita života respondentů **před a 3 měsíce po** podstoupení operativní tranzice v rámci domény „fyzické zdraví“?

VO 3: Jaká je kvalita života respondentů **před a 3 měsíce po** podstoupení operativní tranzice v rámci domény „prožívání“?

VO 4: Jaká je kvalita života respondentů **před a 3 měsíce po** podstoupení operativní tranzice v rámci domény „sociální vztahy“?

VO 5: Jaká je kvalita života respondentů **před a 3 měsíce po** podstoupení operativní tranzice v rámci domény „prostředí“?

Výzkumná otázka vztahující se k cíli č. 3:

VO 6: Jaký je pohled respondentů na znovu podstoupení operativní tranzice?

Výzkumná otázka vztahující se k cíli č. 4:

VO 7: Jak nápomocné je podstoupení operativní tranzice v utvrzení genderové identity respondentů?

9 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI

Na základě stanovení průzkumných cílů a otázek byl zvolen kvantitativní výzkum. Data byla sbírána pomocí dotazníků, které budou blíže popsány v nadcházejících kapitolách.

9.1 Kvantitativní výzkum

Principem kvantitativního výzkumu je na základě teoretického zkoumání stanovit, jaké vztahy jsou předpokládány (hypotézy), poté jsou sbírána příslušná data a prováděna měření, testování a statistická analýza. Získané skutečnosti je po verifikaci možné generalizovat na konkrétní populaci a souvislost. Proměnnou je kvantita (číslo), která je přesně operacionalizovaná (Gurková, 2024).

9.2 Dotazník

V kvantitativním výzkumu je dotazník nejpoužívanější formou sběru dat (Gurková, 2024). Ve své diplomové práci jsem využila dva typy dotazníků. Jeden dotazník byl vlastní tvorby a druhý standardizovaný.

9.2.1 Dotazník týkající se rodové neshody

Dotazník obsahující otázky vztahující se k rodové neshodě byl vytvořen na základě teoretické rešerše. Jedná se o nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby. Obsah dotazníku byl konzultován s vedoucí práce a psychologkou účinkující na pracovišti, kde byl proveden sběr dat. Cílem této konzultace bylo zajistit jeho odbornou správnost a relevantnost. I přesto se však jedná o dotazník spíše neformálního charakteru, který umožňuje obecný náhled do problematiky. Dotazník týkající se rodové neshody měl dvě verze – předoperační a pooperační.

Předoperační verze dotazníku (viz Přílohy A, B, C) je složena ze 4 otázek, které sbírají základní informace o výzkumném souboru, a dále z 15 otázek zaměřujících se na rodovou neshodu. Otázky zkoumající charakter souboru mířily na typ operace, věk respondenta, nejvyšší dosažené vzdělání a bydliště (město/vesnice). Další část předoperačního dotazníku je fokusována především na získání informací týkajících se prvních příznaků genderové dysforie, započítání tranzice, rozhodnutí ohledně podstoupení operativního zákroku, hlavních důvodů a pomocných aspektů pro podstoupení operace, reakcí širšího okolí a blízkých osob, prožívaných emocí, sexuální touhy, případných krizí a vnímaných rizik. Tato část obsahuje 7 otevřených otázek a 8 uzavřených otázek založených na výběrovém principu s volbou jedné možné varianty.

Pooperační verze dotazníku (viz Příloha D, E, F) odesílaná respondentům 3 měsíce po zákroku je složena z celkem 11 otázek, které se soustředí na informace popisující pozitiva i negativa podstoupení operativní tranzice, naplnění případných očekávání, možné pooperační komplikace, utvrzení v genderové identitě, prožívající emoce, reakce širšího i blízkého okolí a sexuální touhu. Zajímavou může být též poslední otázka, která zjišťuje, zdali by respondent podstoupil operativní zákrok znovu v případě, kdyby bylo možné vrátit čas – jinými slovy, zdali tohoto rozhodnutí nelituje. Pooperační verze je složena z 10 uzavřených otázek výběrového typu a 1 otevřených. U 7 uzavřených otázek je možnost pouze jedné varianty a u 3 je možno volit více odpovědí.

9.2.2 Dotazník kvality života WHOQOL-BREF

Druhou část předoperačního i pooperačního dotazování tvoří dotazník kvality života od Světové zdravotnické organizace – World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF) (Dragomirecká a Bartoňová, 2006).

Tento dotazník představuje zkrácenou verzi WHOQOL-100, která je složena ze 100 otázek. Do dotazníku WHOQOL-BREF bylo vybráno 26 položek s nejlepšími psychometrickými vlastnostmi. Tento dotazník se člení na 2 otázky celkového hodnocení kvality života a zdravotního stavu a 4 domény, které cílí na fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. V rámci opakovaného testování u stejných respondentů prokazuje WHOQOL-BREF dobrou retestovou reliabilitu. Dotazník byl testován ve 23 zemích (Dragomirecká a Bartoňová, 2006).

Otázka q1 zní následovně: „*Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?*“ a otázka q2: „*Jak jste spokojen/a se svým zdravím?*“. První doména (dom1) se zaměřuje na fyzické zdraví a tvoří jí 7 otázek (q3, q4, q10, q15, q16, q17 a q18.) Druhá doména (dom2) se soustředí na prožívání a tvoří jí 6 otázek (q5, q6, q7, q11, q19 a q26). Třetí doména (dom3) mapuje sociální vztahy a tvoří jí 3 otázky (q20, q21 a q22). Čtvrtá doména (dom4) získává data ohledně prostředí respondentů a tvoří jí 8 otázek (q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24 a q25) (Dragomirecká a Bartoňová, 2006). Zaměření jednotlivých otázek znázorňuje Tabulka 1 a znění celého dotazníku ukazuje Příloha G, H a I.

Tabulka 1 – Domény a položky WHOQOL-BREF (Dragomirecká a Bartoňová, 2006)

domény		položky	
dom1	fyzické zdraví	q3	bolest a nepříjemné pocity
		q4	závislost na lékařské péči
		q10	energie a únava
		q15	pohyblivost
		q16	spánek
		q17	každodenní činnosti
		q18	pracovní výkonnost
		q5	potěšení ze života
dom2	prožívání	q6	smysl života
		q7	soustředění
		q11	přijetí tělesného vzhledu
		q19	spokojenost se sebou
		q26	negativní pocity

Domény		Položky	
dom3	sociální vztahy	q20	osobní vztahy
		q21	sexuální život
		q22	podpora přátel
dom4	prostředí	q8	osobní bezpečí
		q9	životní prostředí
		q12	finanční situace
		q13	přístup k informacím
		q14	záliby
		q23	prostředí v okolí bydliště
		q24	dostupnost zdravotní péče
2 samostatné položky		Q1	kvalita života
		Q2	spokojenost se zdravím

Výsledky dotazníku jsou zaznamenávány jako hodnoty odpovědí prvních výše uvedených 2 otázek celkové kvality života a zdravotního stavu (q1 a q2) a průměrné hrubé skóry výše zmíněných domén. Stručně řečeno se jedná o standardizované průměrné hodnoty jednotlivých domén. Tvorba průměrných hrubých skórů je koncipován tak, aby bylo možné srovnání s doménami WHOQOL-100, což vede k tomu, že se rozsah hodnot pohybuje od minima 4 do maxima 20. Čím vyšší hodnota, tím vyšší kvalita života. Přesné vzorce pro výpočet průměrných hrubých skór je pro jednotlivé domény popsán v online dostupné příručce s názvem *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Při zadávání vzorců pro výpočet hrubých skór je nutné dodržovat pravidla, která zajistí, aby škály v jednotlivých otázkách fungovaly na principu „čím vyšší hodnota, tím lepší kvalita života“. Od jistých otázek je z tohoto důvodu nutné odečítat číslo 6. Aby bylo možné srovnání dotazníku WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF, je potřeba výsledky jednotlivých otázek násobit číslem 4 (Dragomirecká a Bartoňová, 2006).

9.2.2.1 Kvalita života

Současným trendem je prodlužování délky života populace, a tím i vyšší prevalence chronických nemocí. Hlavním cílem medicíny však není samotné prodloužení života, ale především udržení či zlepšení jeho kvality. V dnešní době je kvalita života v oblasti zdravotnictví popisována jako vícerozměrný, subjektivní a měřitelný konstrukt. Je adekvátním ukazatelem zdraví, které je dle WHO definováno jako „stav celkové fyzické, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci“ (Dragomirecká a Bartoňová, 2006).

9.3 Sběr dat

Před započítím sběru dat bylo získáno schválení *Žádosti o provedení výzkumu v rámci závěrečné práce*. Vzhledem k charakteru tématu bylo doporučeno zajistit posouzení etických komisí. Začátkem května 2024 proběhlo schválení etické komise od pracoviště, kde byl realizován sběr dat. Název tohoto zařízení není v diplomové práci uváděn z důvodu ochrany anonymity respondentů. Následně byl v průběhu května 2024 výzkumný projekt projednán a schválen jako eticky přípustný též Etickou komisí FZS UPCE.

Aby byla zajištěna dostatečná ochrana údajů respondentů, konzultovala jsem způsob sběru dat, údajů a jejich následné uchovávání s pověřenkyní pro ochranu osobních údajů UPCE. Bylo potvrzeno, že *Souhlas se zpracováním osobních údajů* není pro tento výzkumný projekt aplikovatelný, a stačilo tak od respondentů zajistit *Souhlas se zařazením do vědecko-výzkumného projektu* (viz Příloha J). Ze strany pracoviště, kde dotazníkové šetření probíhalo, bylo také potřeba zajistit informované souhlasy s účastí respondentů v projektu. Tento informovaný souhlas mimo jiné obsahoval detailní popis praktického průběhu sběru dat. Z důvodu zachování anonymity pracoviště, a tím i respondentů, tento souhlas není součástí příloh. Na základě doporučení pana proděkana UPCE jsou a budou *Souhlasy se zařazením do vědecko-výzkumného projektu* uchovávány v bezpečných šanonech bez přístupu jiných osob po dobu alespoň 2 let od obhajoby diplomové práce. Informované souhlasy od zdravotnického zařízení budou po obhajobě diplomové práce k ochraně odevzdány náležitěmu oddělení nejmenovaného pracoviště.

V neposlední řadě bylo před samotným sběrem dat nutné zajistit souhlas s použitím standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF (Dragomirecká a Bartoňová, 2006). Po telefonické domluvě s PhDr. Evou Dragomireckou, Ph.D. a vyplnění *Objednávkového formuláře české verze dotazníku WHOQOL*, jehož přesné znění je obsaženo v příručce pro uživatele dotazníku, mi byl udělen souhlas s užitím dotazníku ve výzkumném projektu a zaslána jeho elektronická verze (viz Přílohy G, H a I) (Dragomirecká a Bartoňová, 2006).

Od června 2024 do prosince 2024 bylo ohledně účasti na výzkumu osloveno celkem 61 respondentů. Pouze 1 osoba návrh na účast ve výzkumu ústně odmítla. Výzkumný soubor tedy zpočátku tvořilo celkem 60 osob. Z tohoto souboru bylo následně odstraněno 7 jedinců, kteří nezodpověděli pooperační dotazníky, a celkový výzkumný soubor nakonec tvořilo 53 respondentů. Nábor respondentů do výzkumného šetření probíhal v rámci jejich předoperační hospitalizace na lůžkovém oddělení nejmenované gynekologicko-porodnické

kliniky fakultní nemocnice. Kritéria pro výběr osob byla následující: biologická žena podstupující operativní tranzici z indikace transsexualismu (rodové neshody). Jedinci byli před vstupem do výzkumu vždy náležitě edukováni o diplomové práci, celém průběhu sběru dat, uchování informací a byla jim sdělena možnost v průběhu výzkumného šetření kdykoliv odstoupit ideálně na základě e-mailové korespondence. Osobám bylo umožněno klást doplňující otázky. Pro zajištění návaznosti dotazníkového šetření po operaci bylo třeba udělení e-mailové adresy respondenta. Tyto údaje byly vždy vloženy do heslem zabezpečené databáze v Excelu (Microsoft 365) bez přístupu jiných osob. S tímto aspektem byli jedinci obeznámeni a souhlasili s ním. E-mailové adresy byly po ukončení sběru dat náležitě odstraněny. Celkový sběr dat probíhal od června 2024 do března 2025. Veškerá data byla anonymizována a uchována v zašifrovaných databázích v Excelu (Microsoft 365).

9.4 Metodika sběru dat

Vzhledem k charakteru výzkumných cílů a otázek bylo nutné zajistit sběr dat před a 3 měsíce po chirurgickém zákroku. To zahrnovalo jisté náležitosti zmíněné v nadcházejících kapitolách.

9.4.1 Předoperační sběr dat

Předoperační sběr dat probíhal den před operačním zákrokem na lůžkovém oddělení gynekologicko-porodnické kliniky. Po edukaci respondentů a jejich souhlasu s účastí na výzkumném šetření bylo možné provést předoperační dotazníkové šetření. Nejprve mi po souhlasu respondent sdělil svou e-mailovou adresu sloužící pro zaslání elektronických verzí dotazníků 3 měsíce po zákroku. S e-mailovou adresou byl zaznamenán i den výkonu, aby bylo předem určeno, jaký bude termín pro odeslání pooperačních dotazníků. Aby bylo možné detekovat, zdali respondent skutečně vyplnil navazující dotazníky, mu bylo v rámci předoperačního sběru dat uděleno identifikační číslo, které posléze zadal do pooperačního dotazování. Na základě tohoto identifikačního čísla bylo také možné rozlišit, jaký chirurgický zákrok byl klientem podstoupen, aby nedošlo ke zkreslení výsledků v případě porovnávání mezi jednotlivými skupinami zákroků. Data byla anonymizována a odpovědi nebyly nijak spojovány se jménem respondenta.

Den před výkonem respondenti vyplňovali tištěné verze předoperačního dotazníku týkajícího se rodové neshody a českou verzi WHOQOL-BREF dotazníku (Dragomirecká a Bartoňová, 2006). Data byla z tištěné formy přepisována do již zmíněných excelových databází.

9.4.2 Pooperační sběr dat

Za 3 měsíce po podstoupeném zákroku byla respondentům na e-mailovou adresu zasílána pooperační verze dotazníkového šetření. Pooperační dotazník týkající se rodové dysforie vložený na platformu Survio měl z velké části odlišné otázky od předoperační verze, a poskytuje tak opět doplňující informace. Elektronická verze dotazníku WHOQOL-BREF (Dragomirecká a Bartoňová, 2006) byla vzhledem ke standardizovanému charakteru dotazníku odesílána s identickými otázkami, a sloužila tak k přesnějšímu porovnání období před a 3 měsíce po operativním zákroku. Veškerá data byla opět přepisována do již uvedených excelových databází pro snazší orientaci při analýze získaných dat.

9.5 Zpracování získaných dat

Zaznamenávání, zpracování a vyhodnocení získaných dat probíhalo v programu Excel (Microsoft 365), ve statistickém programu Statistica a programu Real Statistics.

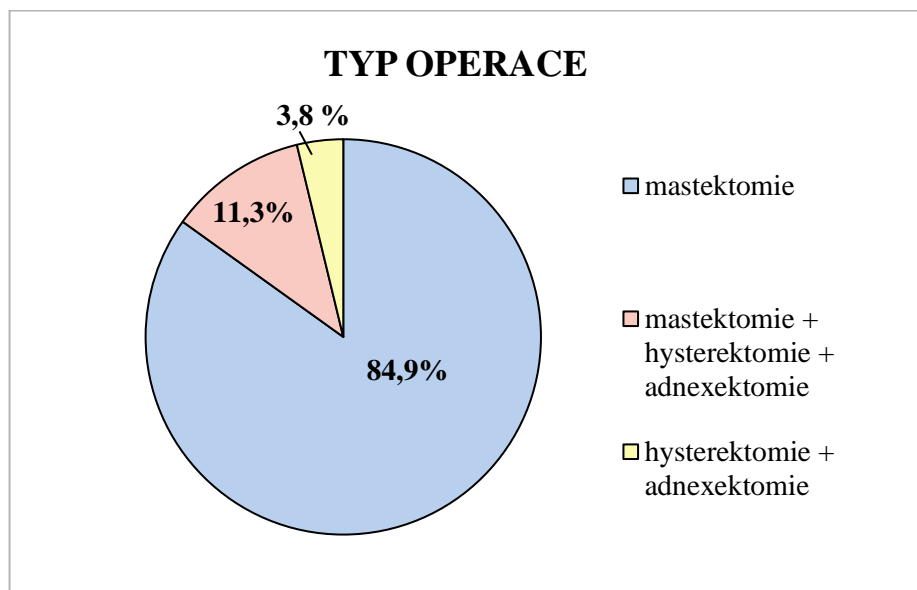
Data byla vždy primárně zpracována pomocí popisné statistiky, která poskytla základní přehled. V popisné statistice byl většinou zjišťován průměr, medián, modus, minimum, maximum, horní kvartil, dolní kvartil, směrodatná odchylka a relativní četnost v procentech.

K výzkumným otázkám, které bylo možné hodnotit pomocí statistických testů významnosti, byly stanovené hypotézy. Dle obecných doporučení musí mít hypotézy jasné a jednoduché znění. Komplexnější hypotézy je vhodné rozdělit na několik snazších. Stanovuje se nulová a alternativní hypotéza. Nulová hypotéza (H_0) předpokládá nulový vztah mezi sledovanými proměnnými, jinými slovy nepředpokládá rozdíly mezi zkoumanými populacemi. Alternativní hypotéza (H_A) popírá nulovou hypotézu, čili tvrdí, že mezi sledovanými proměnnými vztah je. Na základě výsledků statistického testování může být vyvozen závěr, že nulová hypotéza pro hladinu významnosti neplatí, a přijímá se tak její alternativa – H_0 se zamítá a H_A se přijímá (Gurková, 2024).

Pro testování normality dat byl využíván Shapiro-Wilkův test, který testuje normalitu na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. K samotnému testování významnosti stanovených hypotéz byl využíván parametrický párový t-test či neparametrický párový Wilcoxonův test. Při realizaci statistického testování byla stanovena hladina významnosti 5 %, $\alpha = 0,05$. Konkrétní užití statistické testy významnosti jsou vždy popsány při prezentaci jednotlivých výsledků.

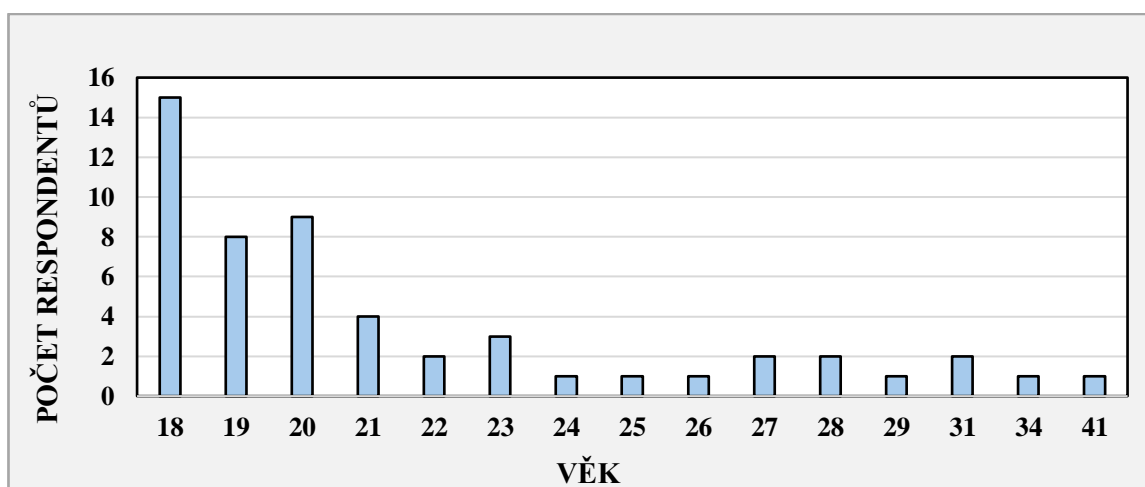
10 VÝSLEDKY

10.1 Charakteristika výzkumného souboru



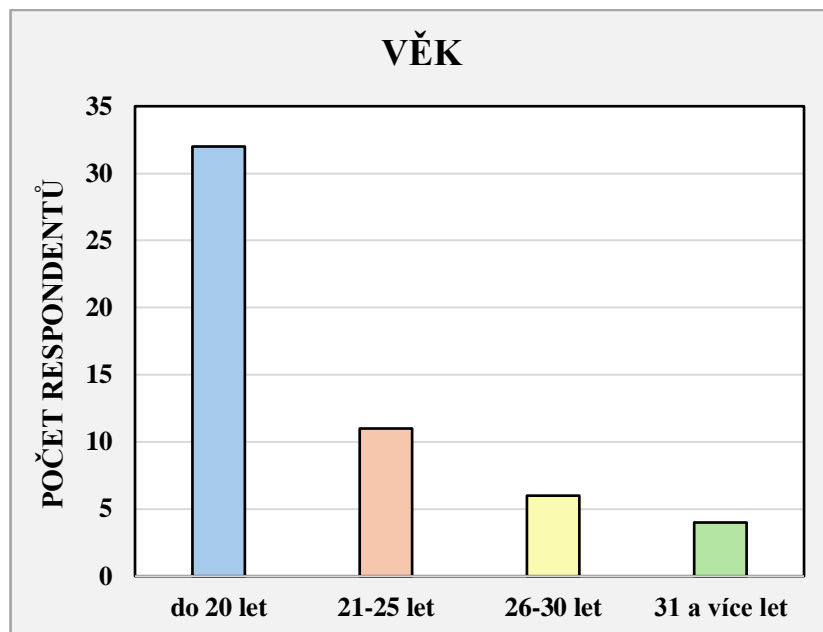
Graf 1 - Typ podstoupené operace

Výzkumného šetření se před zákrokem účastnilo dohromady 60 respondentů podstupujících operativní tranzici. Na navazující dotazník po zákroku však 7 respondentů neodpovědělo, a byli tak z výzkumného šetření odstraněni. Finální soubor respondentů činí **53 FtM osob (n = 53)**. Z tohoto souboru bylo celkem 45 (84,9 %) respondentů podstupujících mastektomii, 6 (11,3 %) respondentů absolvujících mastektomii i hysterektomii s adnexektomií a 2 respondenti (3,8 %) podrobující se hysterektomii s adnexektomií. Rozložení jednotlivých chirurgických zákroků znázorňuje Graf 1. Mastektomie a adnexektomie byly vždy provedeny biletarálně.



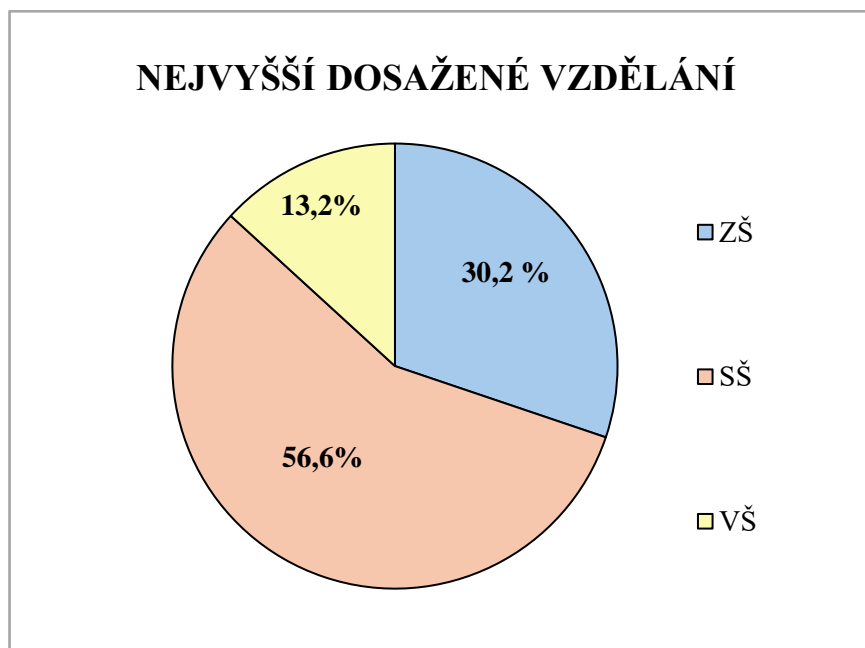
Graf 2 - Věk respondenta

Na Grafu 2 lze pozorovat, že nejmladším respondentům bylo 18 a nejstaršímu 41. Medián činil 25 a průměrný věk byl 25,87.



Graf 3 - Zastoupení věkových kategorií

Graf 3 ukazuje zastoupení věkových kategorií. Ve věkové škále do 20 let bylo 32 (60,4 %) respondentů, od 21-25 let 11 (20,8 %) respondentů, od 26-30 let 6 (11,3 %) respondentů a od 31 a více let 4 (7,5 %) respondenti.



Graf 4 - Nejvyšší dosažené vzdělání

Graf 4 poskytuje přehled o vzdělání respondentů. Nejvyšším dosaženým vzděláním byla u 16 (30,2 %) respondentů základní škola, u 30 (56,6 %) respondentů střední škola a u 7 (13,2 %) respondentů vysoká škola. Nejvíce zastoupenou skupinou jsou tedy respondenti se středoškolským vzděláním.

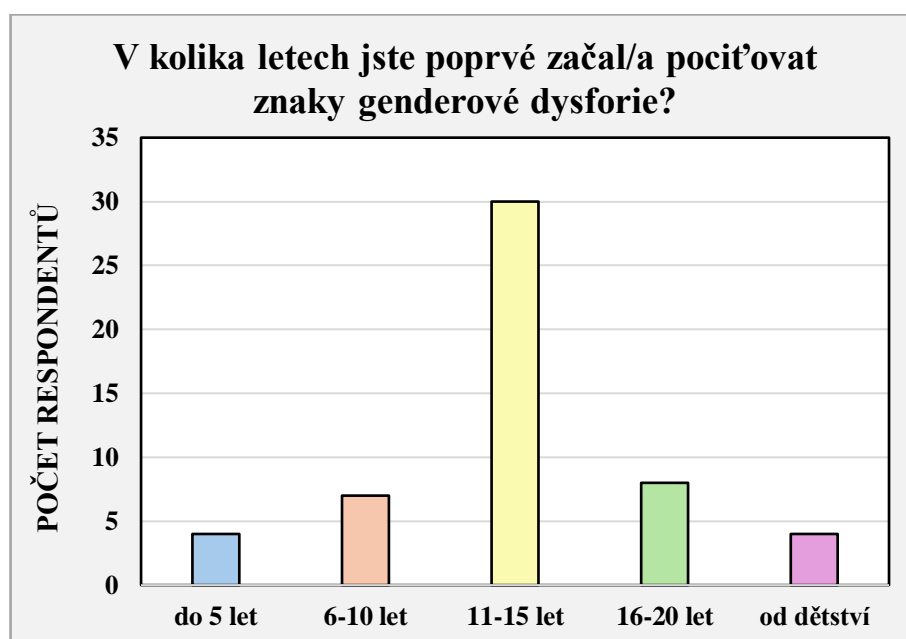
Tabulka 2 - Bydliště

BYDLIŠTĚ	POČET RESPONDENTŮ	RELATIVNÍ ČETNOST RESPONDENTŮ
vesnice	19	35,8 %
město	34	64,2 %
celkem	53	100,0 %

Dále byli respondenti dotazováni na bydliště. Tabulka 2 znázorňuje, že z celkových 53 respondentů žije 19 (35,8 %) na vesnici a 34 (64,2 %) respondentů ve městě.

10.2 Výsledky dotazníku rodové neshody před podstoupením operativní tranzice

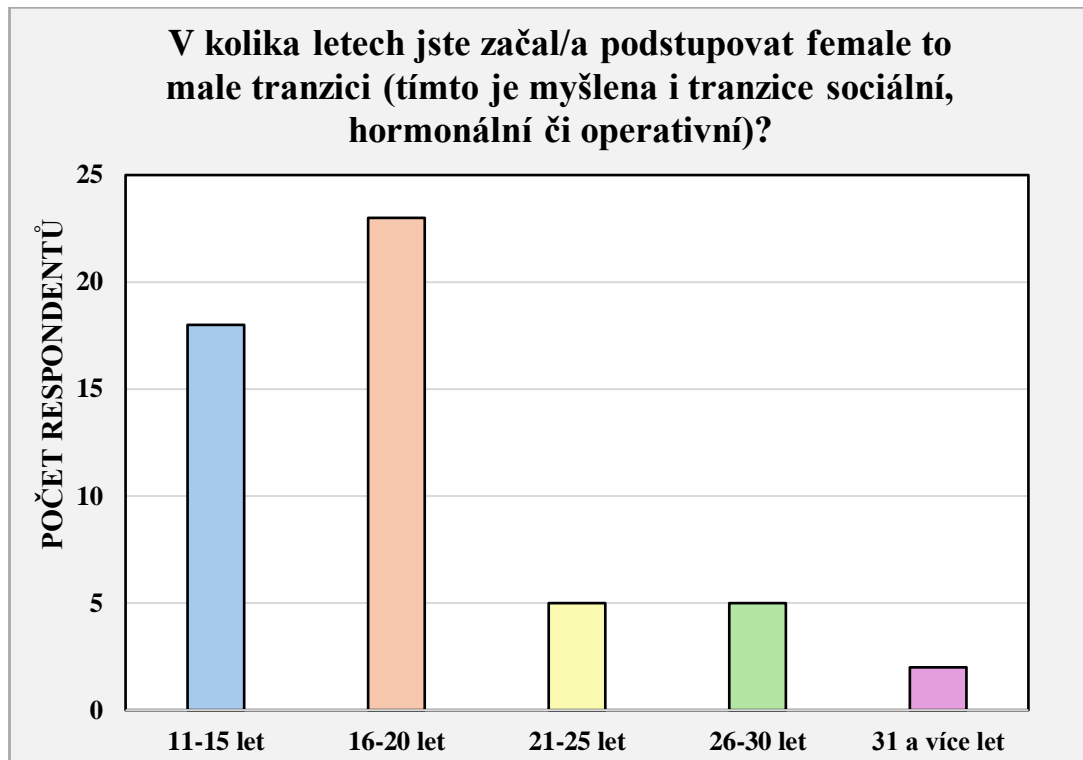
Jak již bylo zmíněno, výzkumný soubor před zákrokem tvoří celkem **53 respondentů (n = 53)**.



Graf 5 - Prvotní výskyt znaků genderové dysforie

V první otázce předoperačního dotazníku byli respondenti dotazováni, v kolika letech začali poprvé pociťovat znaky genderové dysforie. Jednalo se o otevřenou otázku. Výsledky jsou znázorněny v Grafu 5. Odpovědi byly kategorizovány do uvedených věkových intervalů. První

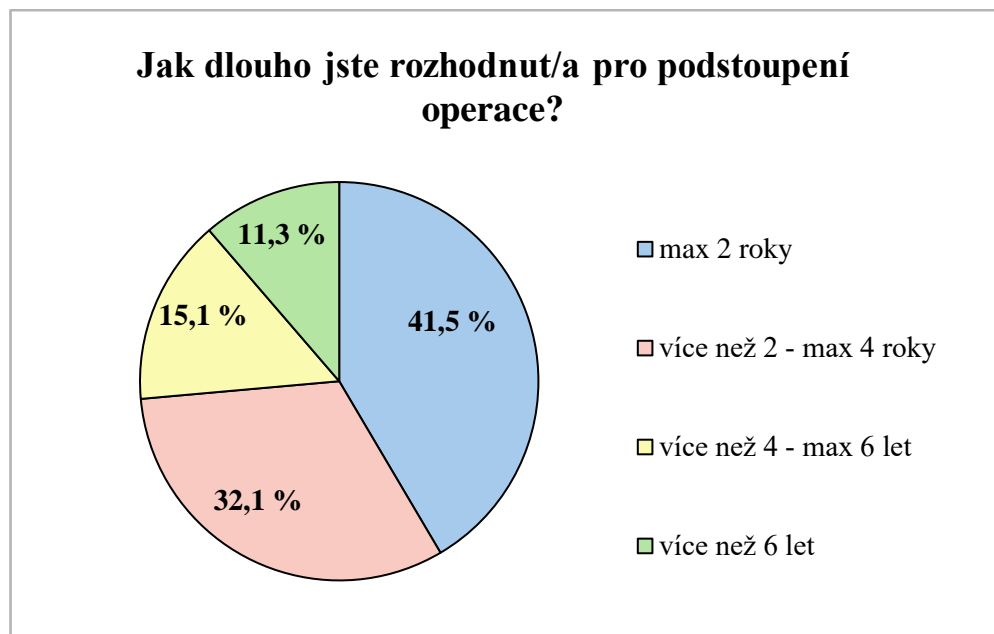
příznaky pociťované do věku 5 let uvedli 4 (7,5 %) respondenti, od 6-10 let 7 (13,2 %) respondentů, od 11-15 let 30 (56,6 %) respondentů, od 16-20 let 8 (15,1 %) respondentů a 4 (7,5 %) respondenti uvedli odpověď „od dětství“ bez přesné specifikace věku.



Graf 6 - Započetí female to male tranzice

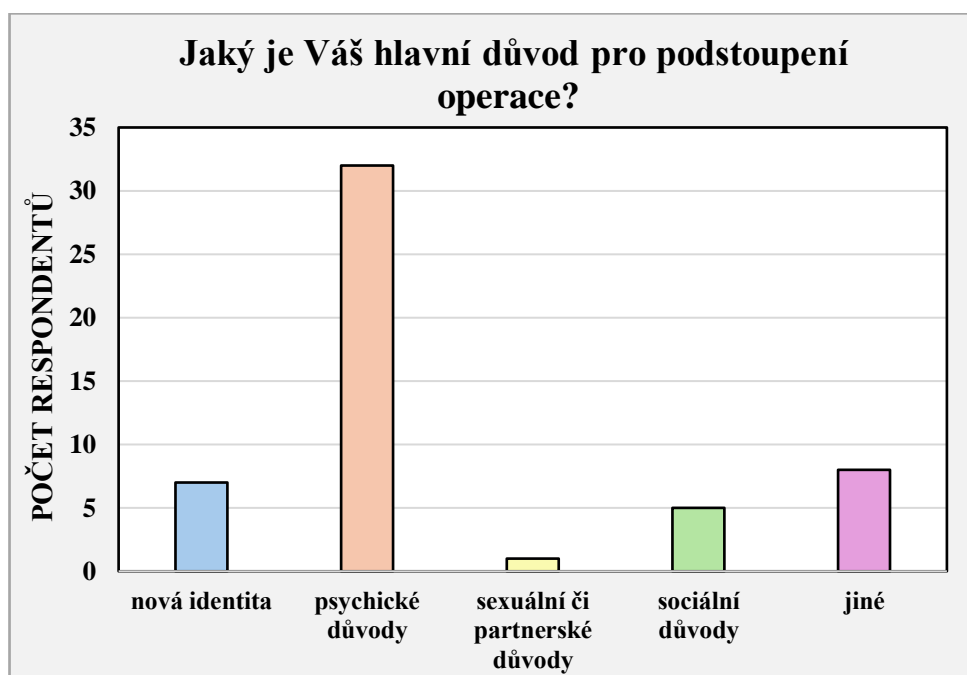
Druhá otázka zkoumala věkovou kategorii, ve které začali respondenti podstupovat female to male tranzici (tímto byly míněny úplně první kroky tranzice – ať se jednalo nejdříve o sociální přeměnu či rovnou fyzickou tranzici). Zastoupení jednotlivých věkových škál popisuje Graf 6.

Do věkové kategorie od 11-15 let spadalo 18 (34,0 %) respondentů, od 16-20 let 23 (43,4 %) respondentů, od 21-25 let 5 (9,4 %) respondentů, od 26-30 let také 5 (9,4 %) respondentů, a do kategorie od 31 let a více spadali 2 (3,8 %) respondenti.



Graf 7 - Rozhodnutí o podstoupení operace

Ve **třetí otázce** byli respondenti dotazováni na to, jak dlouho jsou rozhodnuti pro podstoupení operativní tranzice. Tato data shrnuje Graf 7. Max 2 roky je pro operaci rozhodnuto 22 (41,5 %) respondentů – z toho 1 respondent je pro operaci rozhodnut 0,5 roku–1 rok, 5 respondentů 1 rok, 2 respondenti 1,5 roku a 14 respondentů 2 roky. Více než 2 roky-max 4 roky je pro operaci rozhodnuto 17 (32,1 %) respondentů. Více než 4 roky – max 6 let je pro operaci rozhodnuto 8 (15,1 %) respondentů. Více než 6 let je pro operaci rozhodnuto 6 (11,3 %) respondentů.



Graf 8 - Hlavní důvod pro podstoupení operace

Čtvrtá otázka zjišťovala hlavní důvody pro podstoupení operace. Zde měla být vybírána pouze 1 odpověď. Přehled těchto odpovědí prezentuje Graf 8. Z celkového počtu (n = 53) uvedlo 7 (13,2 %) respondentů možnost „nová identita“, 32 (60,4 %) respondentů uvedlo možnost „psychické důvody“, 1 (1,9 %) respondent uvedl možnost „sexuální či partnerské důvody“, 5 (9,4 %) respondentů uvedlo možnost „sociální důvody“ a 8 (15,1 %) respondentů zvolilo možnost „jiné“. V kategorii „jiné“ byly uvedeny odpovědi, které zahrnovaly kombinace jednotlivých možností. Znění dalších uvedených důvodů je následující: „genderová dysforie“, „přeji si být viděn a vnímán tím, kým jsem (mužem), ale moje identita je pro mě hodně osobní a nechci být vnímán jen jako transsexuál“, „ženské tělo mi nevyhovuje a nepatří“.

Tabulka 3 - Očekávání ohledně podstoupení operace

JAKÁ JSOU VAŠE OČEKÁVÁNÍ OHLEDNĚ PODSTOUPENÍ OPERACE?	ČETNOST VOLBY KATEGORIE	RELATIVNÍ ČETNOST Z ODPOVĚDÍ (93)
zlepšení tělesného a pohybového komfortu	20	21,5 %
zlepšení psychického komfortu	15	16,1 %
zlepšení ve společenském a sociálním životě	13	14,0 %
zlepšení v partnerském životě	1	1,1 %
snazší a spokojenější život	10	10,8 %
lepší identifikace s vlastním tělem a snížení genderové dysforie	26	28,0 %
možnost úřední změny pohlaví	2	2,2 %
pooperační bolest a přechodná omezení	3	3,2 %
bez očekávání	3	3,2 %
celkem	93	100,0 %

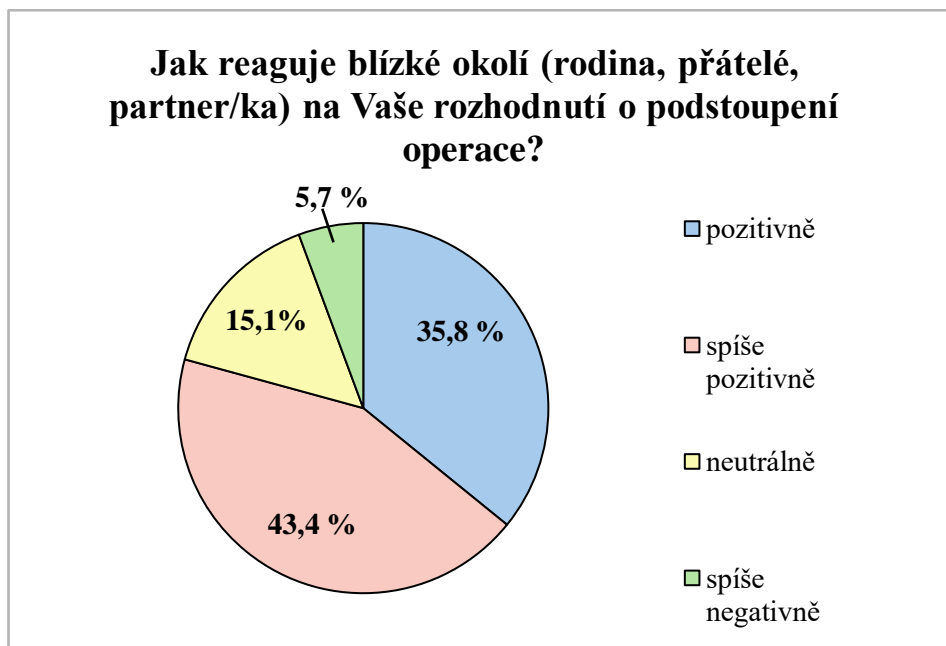
Pátá otázka mapovala očekávání respondentů týkající se podstoupení zákroku. Jednalo se o otázku otevřenou, a respondenti tak mohli svá očekávání sdělit svými slovy. Vzhledem k širšímu rozsahu slov jiného tvaru, avšak stejného významu, byly pro lepší přehlednost odpovědi rozděleny do uvedených kategorií. Jelikož se jedná o otázku, kde mohli respondenti zmínit očekávání spadajících do více kategorií, tak zde součet 93 není roven počtu respondentů, ale počtu volených odpovědí. Jinými slovy, když respondent udal např. 3 kategorie, je započítán do každé z nich. Pro přehlednost jsou hodnoty relativní četnosti zaokrouhlovány na

jedno desetinné místo. Nejvíce byla volená kategorie „lepší identifikace s vlastním tělem a snížení genderové dysforie“ - zvolilo ji 26 (28,0 %) respondentů. Po této kategorii následovala oblast „zlepšení tělesného a pohybového komfortu“, kterou zvolilo 20 (21,5 %) respondentů. Další zastoupení kategorií viz Tabulka 3.

Tabulka 4 - Pomoc ohledně rozhodnutí podstoupit operaci

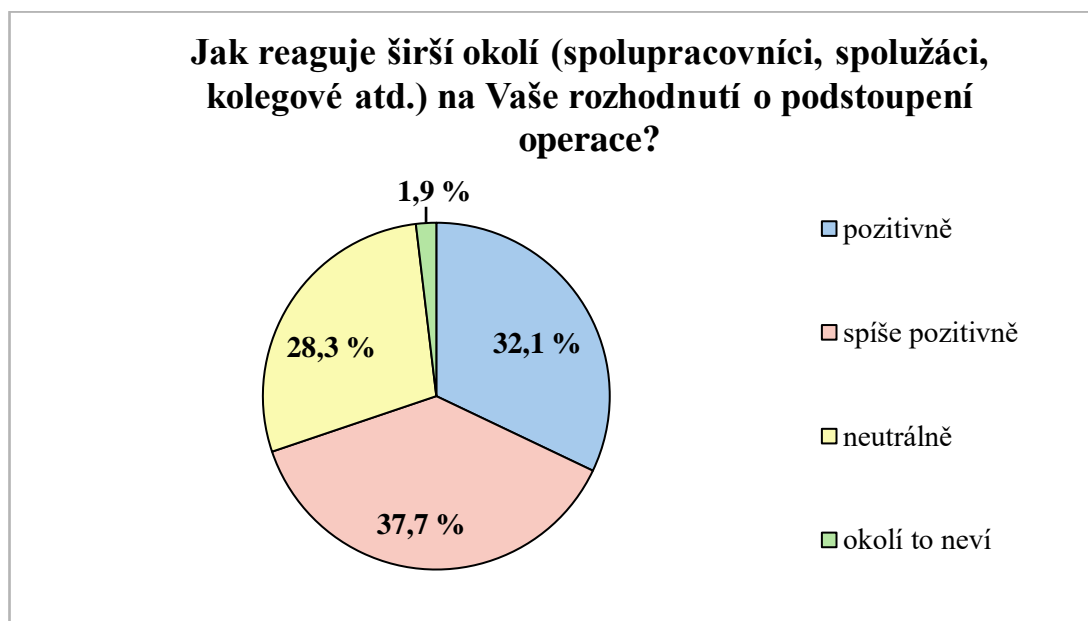
CO/KDO VÁM NEJVÍCE POMOHL/O V ROZHODNUTÍ PODSTOUPIT OPERACI?	POČET RESPONDENTŮ	RELATIVNÍ ČETNOST RESPONDENTŮ
Vaše vnitřní rozhodnutí	49	92,5 %
blízké okolí	3	5,7 %
jiné: přítelkyně	1	1,9 %
celkem	53	100,0 %

V **šesté otázce** dotazníku byli respondenti dotazováni na to, kdo nebo co jim nejvíce pomohl/o v rozhodnutí podstoupit operaci. Bylo možné volit pouze jednu variantu. Pro přehlednost jsou hodnoty relativní četnosti zaokrouhlovány na jedno desetinné místo. Jak je možné vidět v Tabulce 4, celkem 49 (92,5 %) respondentů zvolilo variantu „Vaše vnitřní rozhodnutí“, 3 (5,7 %) respondenti zvolili variantu „blízké okolí“ a 1 (1,9 %) respondent zvolil možnost „jiné“ (konkrétně zde byla uvedena přítelkyně daného jedince) – to by se však dalo počítat do varianty „blízké okolí“.



Graf 9 - Reakce blízkého okolí

Sedmá otázka se respondentů dotazuje, jak reaguje blízké okolí (rodina, přátelé, partner/ka) na rozhodnutí o podstoupení operace. Opět bylo možné volit pouze jednu variantu. Celkem 19 (35,8 %) respondentů zvolilo možnost „pozitivně“, dále 23 (43,4 %) respondentů „spíše pozitivně“, 8 (15,1 %) respondentů „neutrálně“ a 3 (5,7 %) respondenti „spíše negativně“. Tyto výsledky uvádí Graf 9.



Graf 10 - Reakce širšího okolí

Osmá otázka zkoumala reakce širšího okolí (spolupracovníků, spolužáků, kolegů atd.) na rozhodnutí o podstoupení operace. Bylo možné zvolit pouze jednu odpověď. Z Grafu 10 je patrné, že možnost „pozitivně“ uvedlo 17 (32,1 %) respondentů, „spíše pozitivně“ 20 (37,7 %) respondentů, „neutrálně“ 15 (28,3 %) respondentů a 1 (1,9 %) respondent uvedl, že o této skutečnosti jeho okolí neví. Možnosti „negativně“ a „spíše negativně“ nikdo nezvolil.

V **deváté otázce** měli respondenti charakterizovat 3 převládající emoce, které ve vztahu s podstoupením operace prožívali. Tato otázka byla otevřená. Relativní četnost byla počítána ze 158 odpovědí. Nejvíce zastoupenou emoci byla „nervozita“ (zaznamenalo ji 25 respondentů: 15,8 %), druhou nejčastější emoci byla „radost“ (24 respondentů: 15,2 %), dále „úleva“ (18 respondentů: 11,4 %), „strach“ (15 respondentů: 9,5 %), „nadšení“ (11 respondentů: 7,0 %), „natěšení“ (7 respondentů: 4,4 %), „očekávání“ (7 respondentů: 4,4 %), „stres“ (6 respondentů: 3,8 %), „štěstí“ (5 respondentů: 3,2 %), „klid“ (5 respondentů: 3,2 %), „nedočkavost“ (4 respondenti: 2,5 %), „jistota“ (4 respondenti: 2,5 %), „naděje“ (4 respondenti: 2,5 %) atd. Ostatní emoce byly zmiňovány v nízkém zastoupení, a proto jsou zde uvedeny pouze ty nejčetnější.

Tabulka 5 - Hodnocení sexuální touhy před zákrokem

JAK HODNOTÍTE SVOU SEXUÁLNÍ TOUHU?	POČET RESPONDENTŮ	RELATIVNÍ ČETNOST RESPONDENTŮ
pozitivně	23	43,4 %
spíše pozitivně	19	35,8 %
neutrálně	10	18,9 %
negativně	1	1,9 %
celkem	53	100,0 %

Desátá otázka byla soustředěna na hodnocení sexuální touhy respondentů. Byla možná volba jedné odpovědi. Pro přehlednost jsou hodnoty relativní četnosti zaokrouhlovány na jedno desetinné místo. Tabulka 5 ukazuje, že „pozitivně“ byla sexuální touha hodnocena u 23 (43,4 %) respondentů, „spíše pozitivně“ u 19 (35,8 %) respondentů, „neutrálně“ u 10 (18,9 %) respondentů a „negativně“ u 1 (1,9 %) respondenta. Možnost „spíše negativně“ nikdo nevedl.

Tabulka 6 - Životní krize

DOVEDLA VÁS SOUČASNÁ SITUACE DO ŽIVOTNÍ KRIZE?	POČET RESPONDENTŮ	RELATIVNÍ ČETNOST RESPONDENTŮ
ano	10	18,9 %
spíše ano	10	18,9 %
spíše ne	11	20,8 %
ne	11	20,8 %
nejsem si jistý/á	11	20,8 %
celkový počet	53	100,0 %

Jedenáctá otázka zjišťovala, zdali současná situace respondenty dovedla do životní krize. Zvolit mohli pouze jednu odpověď. Pro přehlednost jsou hodnoty relativní četnosti zaokrouhlovány na jedno desetinné místo. Z Tabulky 6 je patrné, že celkem 10 (18,9 %) respondentů zvolilo možnost „ano“, 10 (18,9 %) respondentů „spíše ano“, 11 (20,8 %) respondentů „spíše ne“, 11 (20,8 %) respondentů „ne“ a 11 (20,8 %) respondentů „nejsem si jistý/á“.

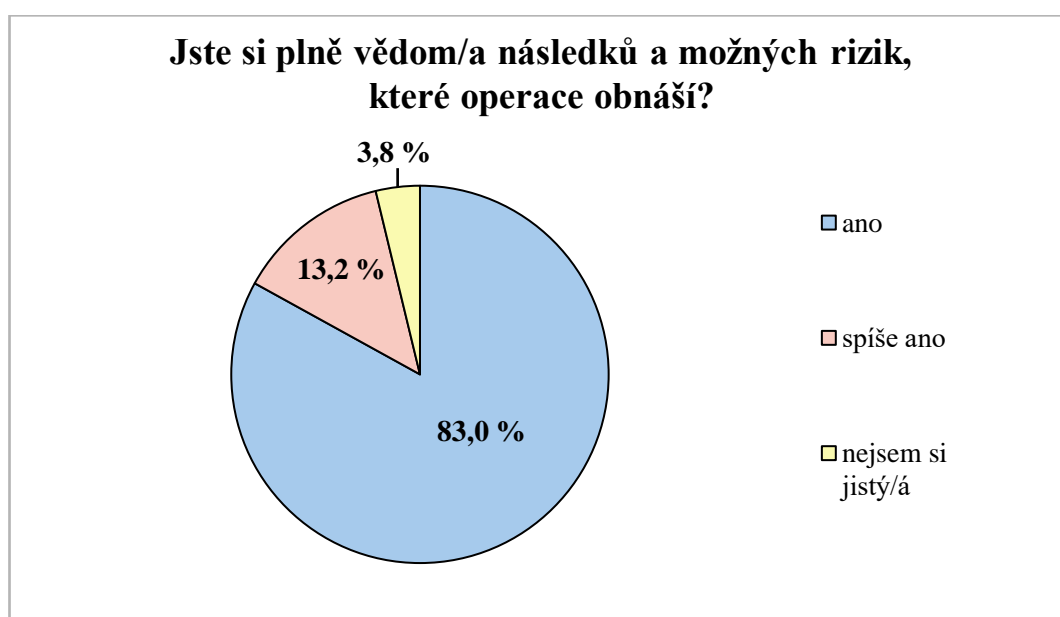
Dvanáctá otázka na předchozí navazovala a zjišťovala, co/kdo respondentům v případně životní krize pomohl/o se z ní dostat. Jednalo se o otevřenou otázku, na kterou odpovědělo

28 respondentů. Odpovědi byli dosti obdobné. Nejčastěji bylo uváděno blízké okolí (rodina, přátelé, trans komunita, partneři/partnerky), dalšími nejčastěji uváděnými byli odborníci (sexuologové, spolky pro podporu duševního zdraví, psychologové, psychiatři) a instituce pomáhající trans komunitě. Některým pomohla samotná možnost sociální a fyzické tranzice. Dále bylo zmíněno jako nápomocné pojmenování problému, nastavení životních cílů, náboženství a někteří respondenti si v krizi pomohli nejvíce sami.

Tabulka 7 - Předsudky ohledně podstoupení zákroku

SETKAL/A JSTE SE S PŘEDSUDKY OHLEDNĚ PODSTOUPENÍ TOHOTO ZÁKROKU?	POČET RESPONDENTŮ	RELATIVNÍ ČETNOST RESPONDENTŮ
ano	17	32,1 %
spíše ano	9	17,0 %
spíše ne	18	34,0 %
ne	7	13,2 %
nejsem si jistý/á	2	3,8 %
celkový počet	53	100,0 %

Třináctá otázka získává informace, zdali se respondenti setkali s předsudky ohledně podstoupení operace. Volena byla jedna varianta. Pro přehlednost jsou hodnoty relativní četnosti zaokrouhlovány na jedno desetinné místo. Výsledky prezentuje Tabulka 7. Celkem 17 (32,1 %) respondentů uvedlo „ano“, 9 (17,0 %) respondentů „spíše ano“, 18 (34,0 %) respondentů „spíše ne“, 7 (13,2 %) respondentů „ne“ a 2 (3,8 %) respondentů „nejsem si jistý/á“.



Graf 11 - Povědomí o možných rizicích

Ve čtrnácté otázce je sledováno, zdali jsou si respondenti vědomi možných následků, které operace obnáší. Zvolit bylo možné pouze jednu odpověď. Graf 11 ukazuje, že celkem 44 (83,0 %) respondentů uvedlo „ano“, 7 (13,2 %) respondentů „spíše ano“ a 2 (3,8 %) respondenti zvolili „nejsem si jistý/á“. Možnosti „spíše ne“ a „ne“ nikdo nezvolil.

Tabulka 8 - Rizika

CO PRO VÁS PŘEDSTAVUJE RIZIKO OPERACE?	ČETNOST VOLBY KATEGORIE	RELATIVNÍ ČETNOST ODPOVĚDÍ (Z 86)
komplikace v průběhu operace	2	7,0 %
komplikace spojené s anestezií	6	7,0 %
krvácení / hematom	3	3,5 %
komplikace při hojení	13	15,1 %
pooperační bolest	3	3,5 %
nevyhovující estetika	22	25,6 %
pracovní neschopnost	1	1,2 %
pohybová omezení	1	1,2 %
nevratnost výkonu	4	4,7 %
úmrť	2	2,3 %
rizika nejsou vnímána jako významná / zisk je vyšší nežli risk	15	17,4 %
blíže neurčené komplikace	10	11,6 %
celkem	86	100,0 %

V poslední patnácté otázce předoperačního dotazníku bylo zkoumáno, co pro respondenty představuje riziko operace. Jednalo se o otevřenou otázku, a vzhledem k opakování jistých odpovědí, které byly psané jinými slovy, ale význam měly totožný, byly opět vytvořeny kategorie shrnující tyto odpovědi do konkrétních oblastí. Jelikož se tedy jedná o otázku, ve které mohlo být zaznamenáno více kategorií v rámci jednoho respondenta, tak zde součet 86 není roven počtu respondentů, ale počtu odpovědí. Tedy když respondent zmínil ve své odpovědi např. 3 možnosti, je započítán do každé kategorie. Pro přehlednost jsou hodnoty relativní četnosti zaokrouhlovány na jedno desetinné místo.

Nejčastěji popsanou kategorií byla „nevyhovující estetika“ – zvolilo ji 22 (25,6 %) respondentů. Dále zmínilo 15 (17,4 %) respondentů oblast „rizika nejsou vnímána jako významná / zisk je vyšší nežli risk“. A 13 (15,1 %) respondentů považuje za riziko kategorii „komplikace při hojení“. Zastoupení jednotlivých kategorií popisuje Tabulka 8.

10.3 Výsledky dotazníku rodové neshody po podstoupení operativní tranzice

Jak již bylo zmíněno – výzkumný soubor tvoří celkem 53 respondentů (n = 53).

Tabulka 9 - Pozitiva po podstoupení chirurgického zákroku

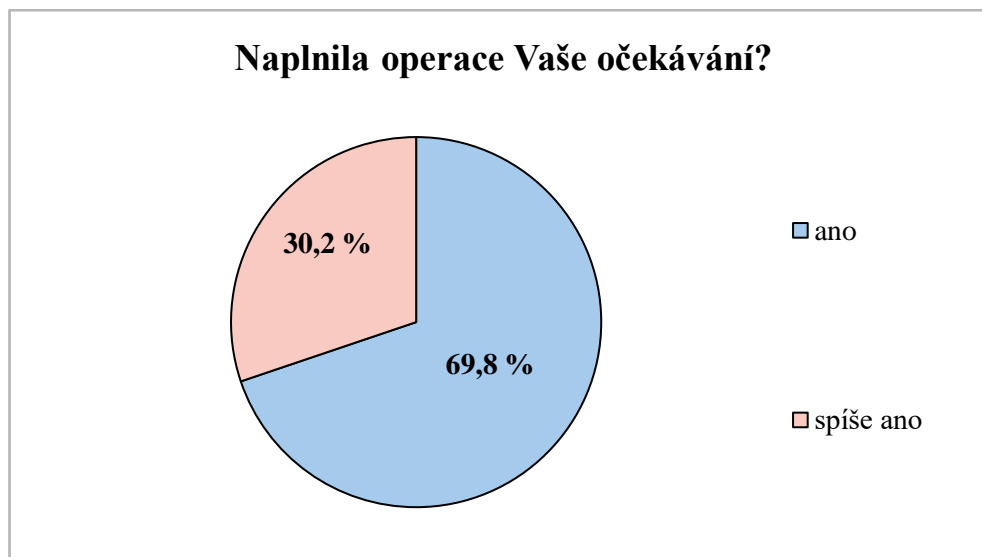
JAKÁ SHLEDÁVÁTE POZITIVA PO PODSTOUPENÍ CHIRURGICKÉHO FEMALE TO MALE ZÁKROKU?	ČETNOST VOLBY VARIANTY	RELATIVNÍ ČETNOST ODPOVĚDÍ (ZE 182)
fyzické změny	48	26,4 %
psychický stav	49	26,9 %
nová identita	11	6,0 %
sociální interakce	37	20,3 %
zlepšení v partnerském životě	13	7,1 %
zlepšení v sexuálním prožívání	20	11,0 %
jiné	4	2,2 %
celkem	182	100,0 %

První otázka pooperačního dotazníku mapovala, jaká pozitiva respondenti shledávají po podstoupení operativní tranzice. U této otázky bylo možné zvolit více variant. Z tohoto důvodu zde součet 182 není roven počtu respondentů, ale počtu odpovědí. Jinými slovy, když respondent zvolil např. 3 možnosti, je započítán do všech. Pro přehlednost jsou hodnoty relativní četnosti zaokrouhlovány na jedno desetinné místo. Nejvíce zastoupenou odpovědí je „psychický stav“ – zvolilo ji 49 (26,9 %) respondentů, dále „fyzické změny“ – 48 (26,4 %) respondentů a „sociální interakce“ – 37 (20,3 %) respondentů. Detailní zastoupení jednotlivých odpovědí viz Tabulka 9. Mezi „jiné“ spadaly následující odpovědi: „*Lepší se neprozrazovat*“, „*Již mi tolik nevadí moje nadváha, zlepšily se mi psychické problémy spojené s vnímáním mé váhy.*“, „*Snížení předchozí bolesti zad.*“ a „*Zvýšení sebevědomí.*“.

Tabulka 10 - Negativa po podstoupení chirurgického zákroku

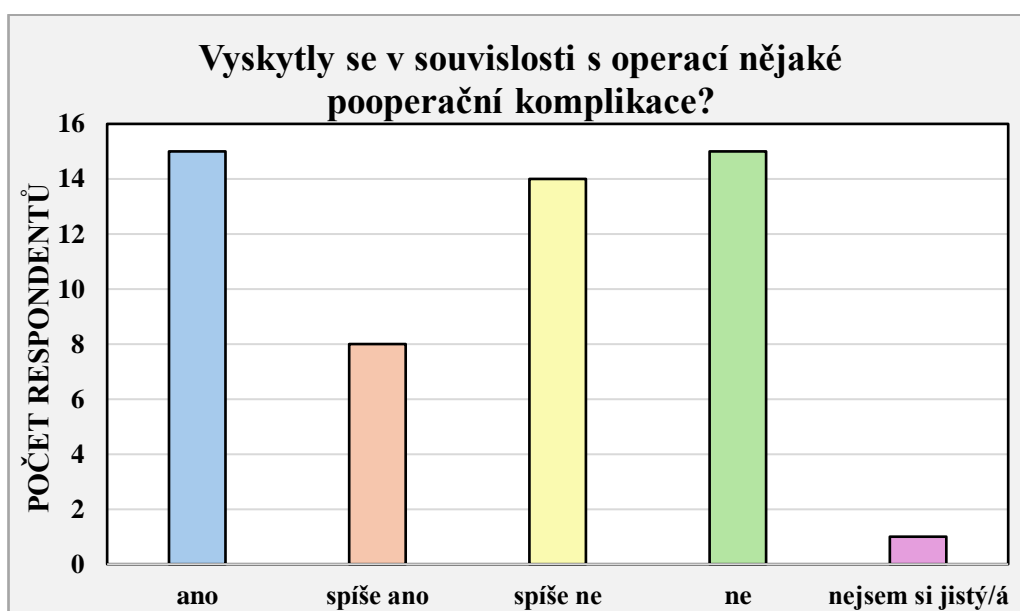
JAKÁ SHLEDÁVÁTE NEGATIVA PO PODSTOUPENÍ CHIRURGICKÉHO FEMALE TO MALE ZÁKROKU?	ČETNOST VOLBY VARIANTY	RELATIVNÍ ČETNOST ODPOVĚDÍ (Z 63)
fyzická bolest	17	27,0 %
operační komplikace	19	30,2 %
psychické obtíže	1	1,6 %
reakce okolí	1	1,6 %
finance	4	6,3 %
jiné	6	9,5 %
žádná negativa	15	23,8 %
celkem	63	100,0 %

Druhá otázka zjišťovala, jaká negativa respondenti shledávají po podstoupení operativní tranzice. Zde bylo také možné zvolit více variant. Z tohoto důvodu zde součet 63 není roven počtu respondentů, ale počtu odpovědí. Když respondent zvolil např. 3 možnosti, je započítán do všech. Pro přehlednost jsou hodnoty relativní četnosti zaokrouhlovány na jedno desetinné místo. Nejvíce zastoupenou odpovědí jsou „operační komplikace“ – 19 (30,2 %) respondentů, dále „fyzická bolest“ – 17 (27,0 %) respondentů a následně „žádná negativa“ – 15 (23,8 %) respondentů. Detailní zobrazení jednotlivých odpovědí viz Tabulka 10. Mezi „jiné“ spadaly následující odpovědi: „*Nic. Vše se zlepšilo. Jediné, co mě trochu trápí jsou viditelné jizvy z boku tlka, ale pořád 100krát lepší než mít viditelná prsa.*“, „*Velký fyzický diskomfort při dotyku nové hrudi kvůli znecitlivění, velké úzkosti z toho, jestli se to dobře zahojí.*“, „*Ten proces se k tomu dostat, já jsem měl privilegium to mít poměrně jednoduché, ale vím, že ostatní ubíjí ten systém (čekání na komisi, operaci, etc.)*“, „*Omezení aktivit.*“, „*Nejistota v tom, jak se o rány starat, byl problém najít dostatečné informace, protože informace z nemocnice mi nepřišly dostatečné.*“ a „*Částečná pooperační nesamostatnost.*“



Graf 12 - Naplnění očekávání

Ve **třetí otázce** byli respondenti dotazováni, zdali operace naplnila jejich očekávání. Možná byla volba pouze jedné varianty. Z Grafu 12 je patrné, že možnost „spíše ano“ označilo 16 (30,2 %) respondentů a „ano“ 37 (69,8 %) respondentů. Možnosti „spíše ne“, „ne“ a „nejsem si jistý/á“ žádný respondent ne zvolil.



Graf 13 - Výskyt pooperačních komplikací

Čtvrtá otázka zjišťovala, zdali se vyskytly pooperační komplikace. Bylo možné zvolit jednu odpověď. Možnost „ano“ označilo 15 (28,3 %) respondentů, „spíše ano“ 8 (15,1 %) respondentů, „spíše ne“ 14 (26,4 %) respondentů, „ne“ 15 (28,3 %) respondentů a variantu „nejsem si jistý/á“ označil 1 (1,9 %) respondent. Výsledky je možné pozorovat na Grafu 13.

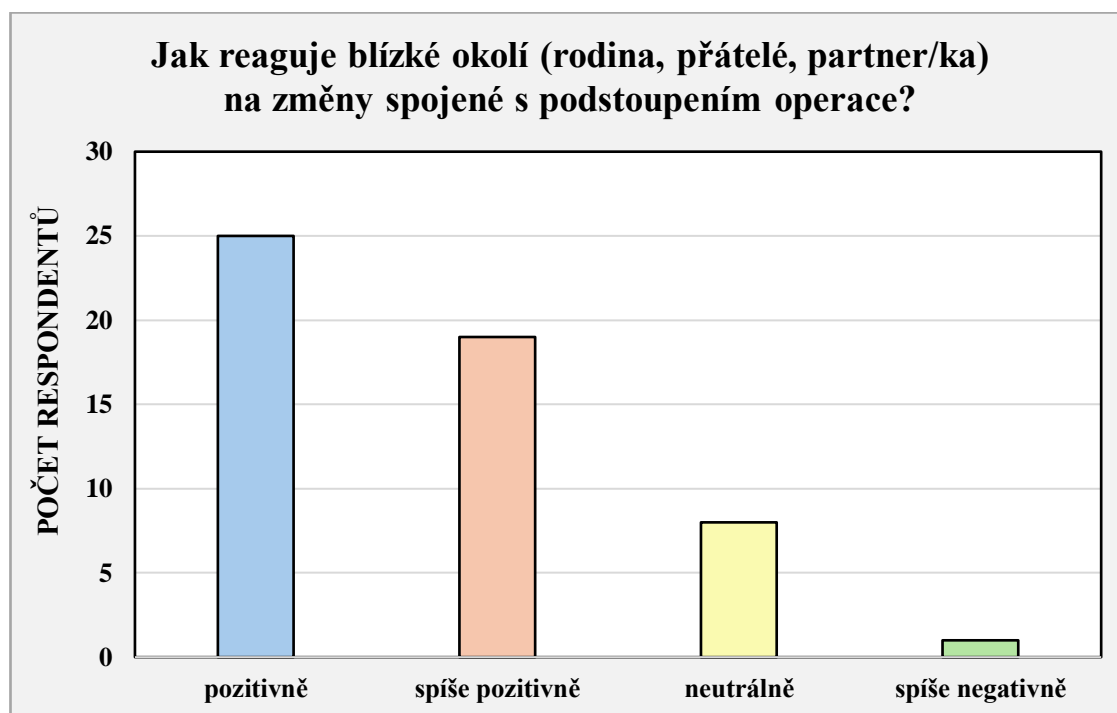
Tabulka 11 - Pooperační komplikace

POKUD SE V SOUVISLOSTI S OPERACÍ VYSKYTLY NĚJAKÉ POOPERAČNÍ KOMPLIKACE, UVEĎTE PROSÍM JAKÉ.	ČETNOST VOLBY VARIANTY	RELATIVNÍ ČETNOST ODPOVĚDÍ (Z 69)
silná bolest	4	5,8 %
komplikované hojení rány	16	23,2 %
infekce (zánět)	7	10,1 %
nevyhovující estetika	10	14,5 %
jiné	18	26,1 %
žádné	14	20,3 %
celkem	69	100,0 %

Pátá otázka byla navazující a upřesňovala, jaké se vyskytly případné pooperační komplikace. Zde bylo možné zvolit více variant. Z tohoto důvodu zde součet 69 není roven počtu respondentů, ale počtu odpovědí. Tedy když respondent zvolil např. 3 možnosti, je započítán do všech. Pro přehlednost jsou hodnoty relativní četnosti zaokrouhlovány na jedno desetinné místo. Výsledky prezentuje Tabulka 11. Nejvíce zastoupenou variantou je „jiné“ – zvolilo ji 18 (26,1 %) respondentů, dále „komplikované hojení rány“ – 16 (23,2 %) respondentů, „žádné“ – 14 (20,3 %) respondentů, „nevyhovující estetika“ – 10 (14,5 %) respondentů, „infekce (zánět)“ – 7 (10,1 %) respondentů a „silná bolest“ – 4 (5,8 %) respondenti. Mezi „jiné“ spadaly odpovědi, které blíže popisovaly dané komplikace: „*Lokace řezů se mi příliš nelíbí, moc vysoko, bradavky měli potíže s hojením a aspoň měsíc ještě krvácely, také mám malý důlek na levé straně.*“, „*Drobné věci, jako zanícený jeden malý steh.*“, „*Vstřebatelné stehy, které mi byly dány, se nerozpouštěly a musely se manuálně vytáhnout.*“, „*Hematom na jedné straně.*“, „*Slepená močová trubice, protrhnutý steh v oblasti pahýlu, otok na levém prsu.*“, „*Šel jsem do toho s tím, že to nebude vypadat úplně nejlépe, v tomto směru mě to spíše příjemně překvapilo.*“, „*Nateklá ruka, ale po pár dnech to bylo v pořádku.*“, „*Hematom a následné přeoperování několik hodin po první operaci.*“, „*Povrchová nekróza mamilly, infekce v ráně, tři dny po prvním propuštění druhá hospitalizace (infekce močových cest a hematom nad poševním pahýlem).*“, „*Hematom a následné punkce a převazy.*“, „*Hematom a revize den poté, otoky.*“, „*Zvýšená citlivost a boláčky.*“, „*Hematom.*“, „*Hematom několik hodin po operaci, kvůli kterému bylo nutné operovat znovu.*“, „*Serom.*“, „*Úzkost, zda se všechno hojí, tak jak má.*“ A „*Mírný otok podpažní uzliny.*“

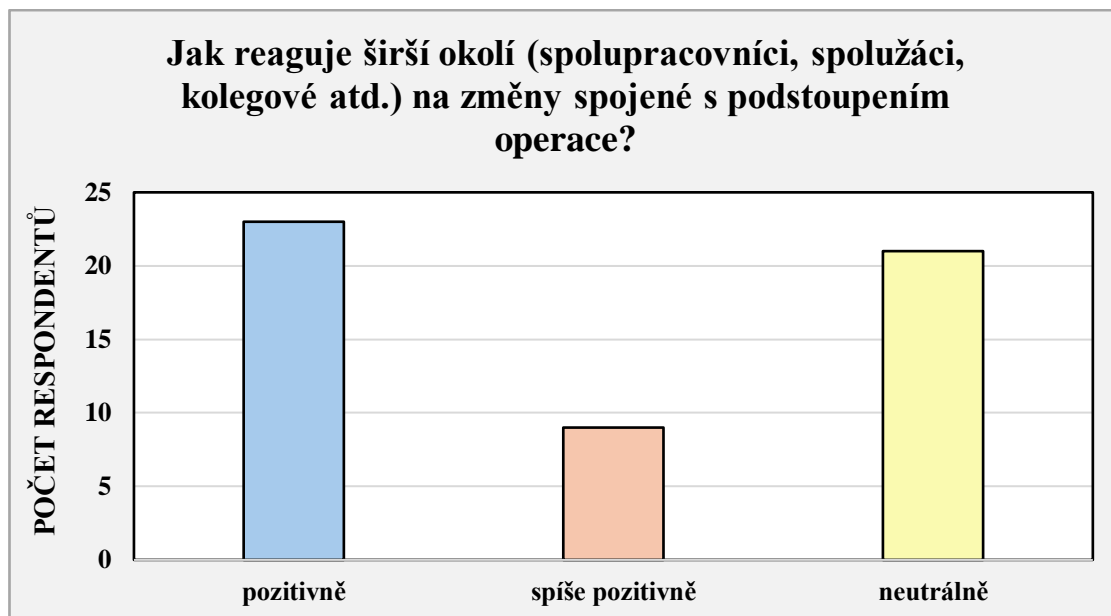
V **šesté otázce** byli respondenti dotazováni, zdali jim podstoupení operativní tranzice pomohlo utvrdit se v genderové identitě. Zde bylo možné volit pouze jednu variantu. Nejvíce zastoupenou variantou je „ano“ – zvolilo ji 43 (81,1 %) respondentů. Detailní výsledky této otázky jsou znázorněny v kapitole 10.8 Výsledky vztahující se k výzkumnému cíli č. 4.

V **sedmé otázce** měli respondenti charakterizovat 3 převládající emoce, které za poslední 3 měsíce po operativní tranzici prožívali. Jednalo se o otevřenou otázku. Relativní četnost byla počítána ze 155 odpovědí. Nejčastěji zmíněnými emocemi byly: radost (26 respondentů: 16,8 %), úleva (16 respondentů: 10,3 %), štěstí (13 respondentů: 8,4 %), spokojenost (také 13 respondentů: 8,4 %), klid (8 respondentů: 5,2 %), euforie (5 respondentů: 3,2 %) a svoboda (4 respondenti: 2,6 %). Vzhledem k velké variabilitě odpovědí zde jsou uvedeny pouze ty nejčastěji uvedené. Celkově však převládaly emoce pozitivního charakteru.



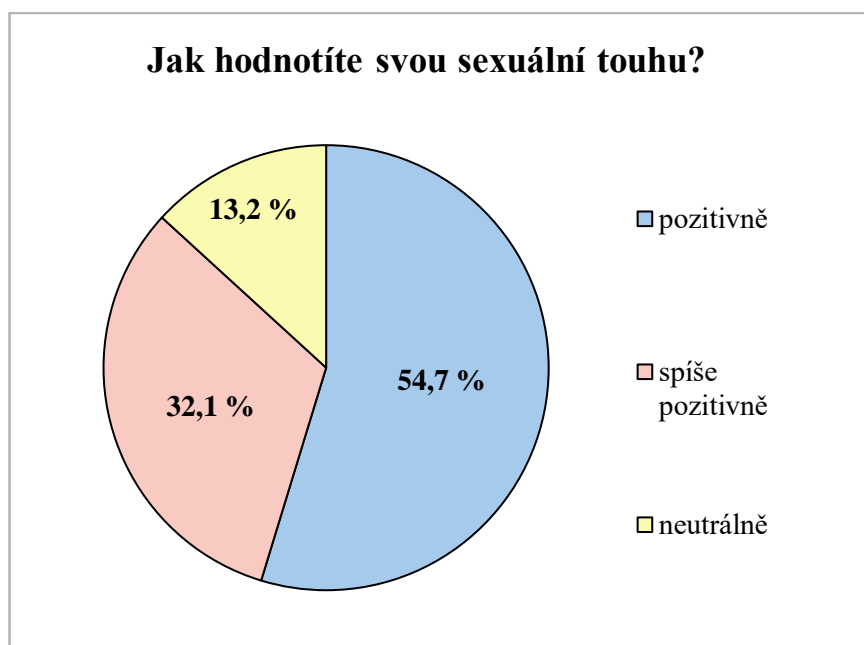
Graf 14 - Reakce blízkého okolí

Osmá otázka monitorovala, jak reagovalo blízké okolí respondenta (rodina, přátelé, partner/ka) na změny spojené s podstoupením operace. Zde respondenti volili jednu možnost. Možnost „pozitivně“ zvolilo 25 (47,2 %) respondentů, „spíše pozitivně“ 19 (35,8 %) respondentů, „neutrálně“ 8 (15,1 %) respondentů, „spíše negativně“ 1 (1,9 %) respondent a možnost „negativně“ nevolil žádný respondent. Výsledky viz Graf 14.



Graf 15 - Reakce širšího okolí

Devátá otázka monitorovala, jak reagovalo širší okolí respondenta (spolupracovníci, spolužáci, kolegové atd.) na změny spojené s podstoupením operace. Zde respondenti volili jednu možnost. Možnost „pozitivně“ zvolilo 23 (43,4 %) respondentů, „spíše pozitivně“ 9 (17,0 %) respondentů a „neutrálně“ 21 (39,6 %) respondentů. Varianty „spíše negativně“ a „negativně“ nikdo nezvolil. Výsledky ukazuje Graf 15.



Graf 16 - Hodnocení sexuální touhy po zákroku

Desátá otázka byla soustředěna na hodnocení sexuální touhy respondentů. Zde byla jedna možná odpověď. „Pozitivně“ byla hodnocena u 29 (54,7 %) respondentů, „spíše pozitivně“

u 17 (32,1 %) respondentů a „neutrálně“ u 7 (13,2 %) respondentů. Varianty „spíše negativně“ a „negativně“ nikdo nezvolil. Grafické znázornění poskytuje Graf 16.

Poslední jedenáctá otázka pooperačního dotazníku zjišťovala, zdali by respondenti operaci podstoupili znovu, kdyby bylo možné vrátit čas. Nejvíce zastoupenou variantou je „ano“ – zvolilo ji 49 (92,5 %) respondentů. Detailní výsledky této otázky jsou prezentovány v kapitole 10.7 Výsledky vztahující se k výzkumnému cíli č. 3.

10.4 Porovnání kvality života před a po podstoupení operativní tranzice v rámci jednotlivých chirurgických zákroků

Jak již bylo zmíněno – výzkumný soubor tvoří **53 respondentů (n = 53)**. Je nutné podotknout, že hodnocení otázek dotazníku WHOQOL-BREF vyplývá ze zcela subjektivního hodnocení respondentů.

Z důvodu zachování přehlednosti diplomové práce jsou u jednotlivých skupin chirurgických zákroků srovnávány pouze hrubé skóry odpovědí získané z otázek q1 („*Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?*“), q2 („*Jak jste spokojen/a se svým zdravím?*“) a domén 1 („*fyzické zdraví*“), 2 („*prožívání*“), 3 („*sociální vztahy*“), a 4 („*prostředí*“) dotazníku WHOQOL-BREF (Dragomirecká a Bartoňová, 2006). Vzhledem k výzkumným cílům této práce je statistické testování hypotéz prováděno pouze u celkového souboru respondentů, jelikož primárním záměrem je zjistit vliv operativní tranzice na kvalitu života respondentů z obecného hlediska. Tato kapitola tedy poskytne základní data zohledňující typ podstoupené operace a ukazuje vliv těchto zákroků na jednotlivé sféry kvality života. Teoretický popis otázek q1, q2 a jednotlivých domén zahrnuje kapitola 9.2.2 Dotazník kvality života WHOQOL-BREF. Obecně platí, že čím vyšší hodnota hrubého skóru, tím vyšší kvalita života respondentů.

10.4.1 Mastektomie

Tabulka 12 - Průměrné hrubé skóry – mastektomie

PRŮMĚRNÝ HRUBÝ SKÓR	MASTEKTOMIE (n = 45)	
	PŘED ZÁKROKEM	PO ZÁKROKU
q1 („hodnocení kvality života“)	3,533	3,822
q2 („spokojenost se zdravím“)	3,600	3,844
doména 1 („fyzické zdraví“)	13,156	15,314
doména 2 („prožívání“)	11,333	14,133
doména 3 („sociální vztahy“)	14,281	15,111
doména 4 („prostředí“)	14,400	14,844

Tabulka 12 obsahuje průměrné hrubé skóry jednotlivých oblastí u skupiny respondentů, kteří podstoupili mastektomii. Z tohoto shrnutí vyplývá, že se hodnoty průměrných hrubých skór v rámci otázek q1 „*hodnocení kvality života*“, q2 „*spokojenost se zdravím*“ i všech jednotlivých domén „*fyzické zdraví*, *prožívání*, *sociální vztahy* a *prostředí*“ zvýšily. Obecně lze tedy interpretovat, že subjektivní hodnocení kvality života, spokojenosti se zdravím a kvality života v rámci jednotlivých domén, má po zákroku zlepšující se charakter.

10.4.2 Hysterektomie s adnexektomií

Tabulka 13 - Průměrné hrubé skóry – hysterektomie s adnexektomií

PRŮMĚRNÝ HRUBÝ SKÓR	HYSTEREKTOMIE S ADNEXEKTOMIÍ (n = 2)	
	PŘED ZÁKROKEM	PO ZÁKROKU
q1 („hodnocení kvality života“)	4	3,5
q2 („spokojenost se zdravím“)	4	4
doména 1 („fyzické zdraví“)	16	16,571
doména 2 („prožívání“)	15	12,667
doména 3 („sociální vztahy“)	15,333	10,667
doména 4 („prostředí“)	15,75	16,25

Tabulka 13 zahrnuje průměrné hrubé skóry jednotlivých oblastí u skupiny respondentů, kteří podstoupili hysterektomii s adnexektomií. Zde je patrné, že u hodnocení otázky q1 „hodnocení kvality života“, domény 2 „prožívání“ a 3 „sociální vztahy“ došlo ke zhoršení subjektivního hodnocení po podstoupeném zákroku, takže jinými slovy i ke snížení kvality života v těchto oblastech. Otázka q2 „spokojenost se zdravím“ je před i po zákroku hodnocena identicky. Ke zlepšení subjektivního hodnocení došlo u domény 1 „fyzické zdraví“ a domény 4 „prostředí“.

10.4.3 Mastektomie a hysterektomie s adnexektomií

Tabulka 14 - Průměrné hrubé skóry – mastektomie a hysterektomie s adnexektomií

PRŮMĚRNÝ HRUBÝ SKÓR	MASTEKTOMIE A HYSTEREKTOMIE S ADNEXEKTOMIÍ (n = 6)	
	PŘED ZÁKROKEM	PO ZÁKROKU
q1 („hodnocení kvality života“)	3,833	4,167
q2 („spokojenost se zdravím“)	3,667	3,667
doména 1 („fyzické zdraví“)	14,762	14,571
doména 2 („prožívání“)	12,556	14,556
doména 3 („sociální vztahy“)	13,111	14
doména 4 („prostředí“)	15,000	15,333

Tabulka 14 znázorňuje průměrné hrubé skóry jednotlivých oblastí u skupiny respondentů, kteří podstoupili mastektomii a hysterektomii s adnexektomií. K mírnému zhoršení subjektivního hodnocení po podstoupení zákroku došlo u domény 1 „fyzické zdraví“. Beze změny v hodnocení je otázka q2 „spokojenost se zdravím“. Lépe hodnocena je po podstoupené operaci otázka q1 „hodnocení kvality života“, doména 2 „prožívání“, doména 3 „sociální vztahy“ a doména 4 „prostředí“.

10.5 Výsledky vztahující se k výzkumnému cíli č. 1

Cíl č. 1: Porovnat celkovou kvalitu života a spokojenost se zdravím respondentů **před a 3 měsíce po** podstoupení operativní tranzice.

Výzkumná otázka vztahující se k cíli č. 1:

VO 1: Jaká je celková kvalita života a spokojenost se zdravím respondentů **před a 3 měsíce po** podstoupení operativní tranzice?

K získání dat umožňujících dosažení cíle č. 1 byly využity první dvě samostatné otázky dotazníku WHOQOL-BREF. Pokládána byla otázka q1: „*Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?*“ a otázka q2: „*Jak jste spokojen/a se svým zdravím?*“ (Dragomirecká a Bartoňová, 2006).

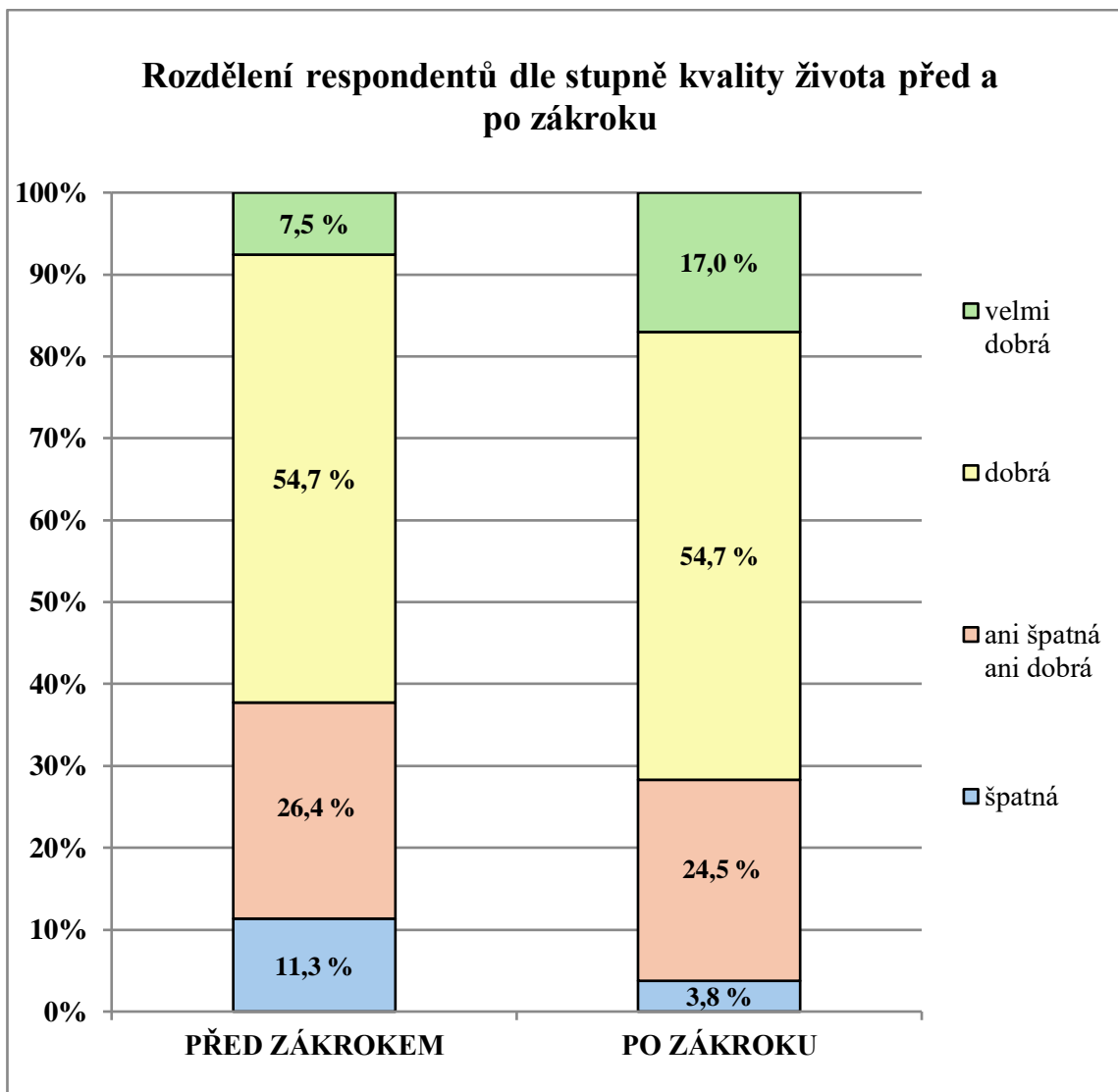
Opět je nutné podotknout, že hodnocení otázek dotazníku WHOQOL BREF vyplývá ze zcela subjektivního hodnocení respondentů. Při prezentaci výsledků platí, že čím vyšší hodnota hrubých skóreů je, tím vyšší je kvalita života.

10.5.1 Výsledky otázky q1 dotazníku WHOQOL-BREF

Otázka q1 umožňovala subjektivní hodnocení kvality života pomocí následující škály: 1 (velmi špatná), 2 (špatná), 3 (ani špatná ani dobrá), 4 (dobrá), 5 (velmi dobrá) (Dragomirecká a Bartoňová, 2006).

Tabulka 15 - Otázka q1 – tabulka četností

KVALITA ŽIVOTA	PŘED ZÁKROKEM (n = 53)		PO ZÁKROKU (n = 53)	
	POČET	RELATIVNÍ ČETNOST	POČET	RELATIVNÍ ČETNOST
1 (velmi špatná)	0	0,0 %	0	0,0 %
2 (špatná)	6	11,3 %	2	3,8 %
3 (ani špatná ani dobrá)	14	26,4 %	13	24,5 %
4 (dobrá)	29	54,7 %	29	54,7 %
5 (velmi dobrá)	4	7,5 %	9	17,0 %
celkem	53	100,0 %	53	100,0 %



Graf 17 - Stupeň kvality života před a po zákroku

Z Tabulky 15 i Grafu 17 je patrné, že po zákroku se počet lidí se „špatnou“ kvalitou života snížil na třetinu, dále zůstal velmi podobný podíl těch, kteří uvedli kvalitu života „ani špatná ani dobrá“, množství osob s „dobrou“ kvalitou života zůstal stejný, a více než dvojnásobně se zvýšil podíl respondentů s „velmi dobrou“ kvalitou života.

Tabulka 16 - Otázka q1 – popisná charakteristika

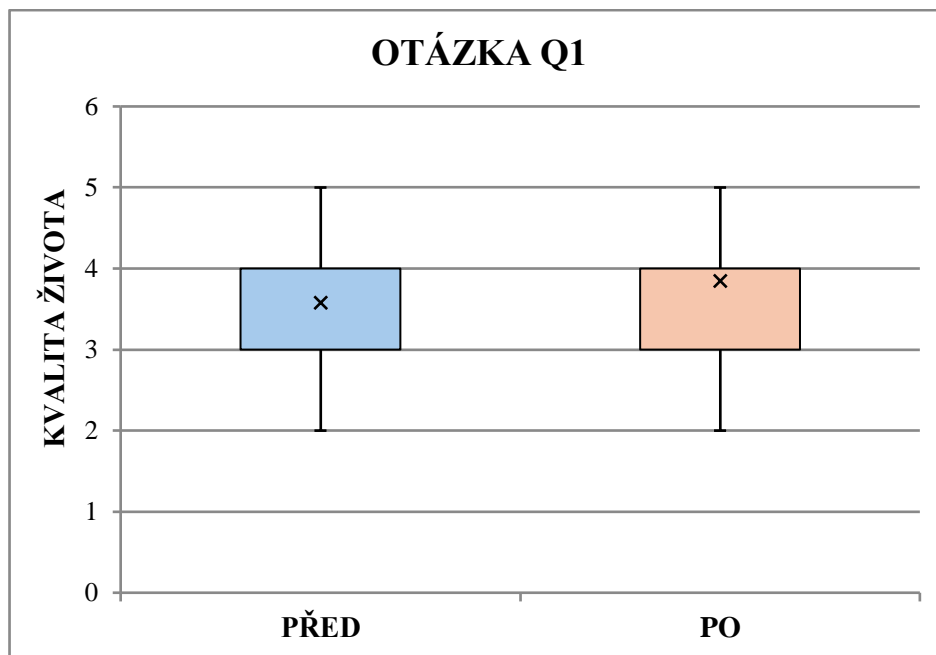
JAK BYSTE HODNOTIL/A KVALITU SVÉHO ŽIVOTA?		
	PŘED ZÁKROKEM	PO ZÁKROKU
POČET POZOROVÁNÍ	53	53
PRŮMĚRNÝ HRUBÝ SKÓR (STŘEDNÍ HODNOTA)	3,585	3,849
MEDIÁN	4	4
MODUS	4	4
MINIMUM	2	2
MAXIMUM	5	5
DOLNÍ KVARTIL	3	3
HORNÍ KVARTIL	4	4
SMĚRODATNÁ ODCHYLKA	0,795	0,744

Z Tabulky 16 je patrné, že se o něco zvýšila průměrná kvalita života po zákroku oproti situaci před zákrokem. V obou souborech se průměrná kvalita života pohybuje mezi 3. a 4. stupněm zvolené škály, tj. „ani špatná ani dobrá“ až „dobrá“. Nejčastější odpověď v obou souborech je kvalita života 4. stupně, tj. „dobrá“. Polovina respondentů v každém souboru zvolila kvalitu života maximálně 4 „dobrá“. Nikdo nezvolil, že by měl „velmi špatnou“ kvalitu života.

Tabulka 17 - Otázka q1 – přehled změn v kvalitě života

	POČET RESPONDENTŮ	RELATIVNÍ ČETNOST
zhoršení	9	17,0 %
beze změny	23	43,4 %
zlepšení	21	39,6 %
celkem	53	100,0 %

Tabulka 17 znázorňuje, u kolika respondentů došlo ke zlepšení či zhoršení kvality života, a u koho nedošlo k žádným změnám.



Graf 18 - Otázka q1 – krabicový graf

Graf 18 nenaznačuje významné rozdíly v kvalitě života před a po zákroku. Kvartily, medián i minimum a maximum mají v obou souborech stejnou hodnotu. Testování normality rozložení dat nebylo vzhledem ke škálovému typu veličiny provedeno, jelikož se předpokládá, že data z tohoto důvodu nebudou mít normální rozdělení. Z čehož vyplývá, že data nepochází z normálního rozložení a k následnému testování hypotéz je tak vhodné použít neparametrický test.

Pro otestování změny v kvalitě života po operaci oproti situaci před operací, je použit **neparametrický párový Wilcoxonův test**. Vzhledem k tomu, že se jedná o škálovou ordinální veličinu, je tento test vhodnější než parametrický. Stanoveny byly následující hypotézy.

H_0 Mezi celkovou kvalitou života **před a 3 měsíce po** podstoupení operativní tranzice **není** statisticky významný rozdíl.

H_A Mezi celkovou kvalitou života **před a 3 měsíce po** podstoupení operativní tranzice **je** statisticky významný rozdíl.

Tabulka 18 - Otázka q1 – neparametrický párový Wilcoxonův test

Počet	Medián PŘED	Medián PO	T+	T-	Průměr	Směrodatná odchylka	Z-hodnota	p-hodnota
53	4	4	136,5	328,5	232,5	48,618	-1,97456	0,04832

Protože se jedná o soubor s počtem pozorování větší než 30, byla využita standardizace testového kritéria (tj. převod na veličinu s normálním normovaným rozdělením). Díky tomuto postupu byla zjištěna hodnota **testového kritéria -1,97456**. Stěžejní hodnoty párového Wilcoxonova testu znázorňuje Tabulka 18.

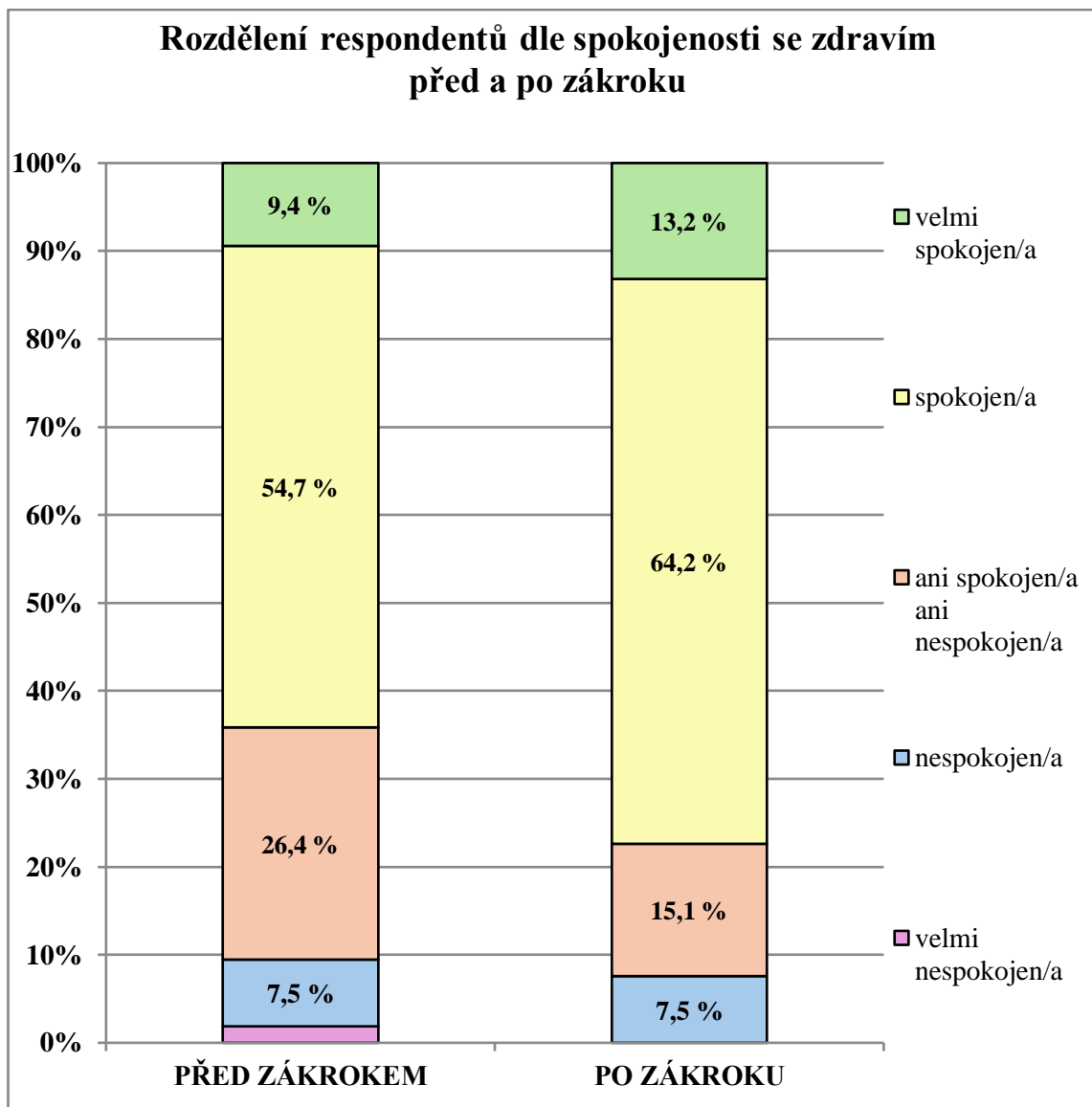
Z toho vypočtená **p-hodnota činí 0,04832**, a tím pádem je menší než hladina významnosti $\alpha = 0,05$. **Z tohoto důvodu se H_0 zamítá a H_A přijímá. Prokázalo se, že se kvalita života respondentů před a 3 měsíce po podstoupení operativní tranzice významně liší.** Ve výpočtu hraje roli četnost jednotlivých stupňů kvality života, a zřejmě právě pokles počtu respondentů u nízké kvality života a nárůst u nejvyšší kvality způsobil již významný rozdíl v obou souborech. **Obecně lze tedy tvrdit, že je kvalita života respondentů 3 měsíce po podstoupení operativní tranzice vyšší.**

10.5.2 Výsledky otázky q2 dotazníku WHOQOL-BREF

Otázka q2 umožňovala subjektivní hodnocení spokojenosti se zdravím pomocí následující škály: 1 (velmi nespokojen/a), 2 (nespokojen/a), 3 (ani spokojen/a ani nespokojen/a), 4 (spokojen/a), 5 (velmi spokojen/a) (Dragomirecká a Bartoňová, 2006).

Tabulka 19 - Otázka q2 – tabulka četností

SPOKOJENOST SE ZDRAVÍM	PŘED ZÁKROKEM (n = 53)		PO ZÁKROKU (n = 53)	
	POČET	RELATIVNÍ ČETNOST	POČET	RELATIVNÍ ČETNOST
1 (velmi nespokojen/a)	1	1,9 %	0	0,0 %
2 (nespokojen/a)	4	7,5 %	4	7,5 %
3 (ani spokojen/a ani nespokojen/a)	14	26,4 %	8	15,1 %
4 (spokojen/a)	29	54,7 %	34	64,2 %
5 (velmi spokojen/a)	5	9,4 %	7	13,2 %
celkem	53	100,0 %	53	100,0 %



Graf 19 - Spokojenost se zdravím před a po zákroku

Z Tabulky 19 i Grafu 19 je patrné, že se po zákroku snížil počet respondentů, kteří nejsou „ani spokojeni ani nespokojeni“ se svým zdravím, a zvýšil se počet těch, kteří jsou „spokojeni“ či „velmi spokojeni“ se svým zdravím.

Tabulka 20 - Otázka q2 – popisná charakteristika

JAK JSTE SPOKOJEN/A SE SVÝM ZDRAVÍM?		
	PŘED ZÁKROKEM	PO ZÁKROKU
POČET POZOROVÁNÍ	53	53
PRŮMĚRNÝ HRUBÝ SKÓR (STŘEDNÍ HODNOTA)	3,623	3,830
MEDIÁN	4	4
MODUS	4	4
MINIMUM	1	2
MAXIMUM	5	5
DOLNÍ KVARTIL	3	4
HORNÍ KVARTIL	4	4
SMĚRODATNÁ ODCHYLKA	0,837	0,753

Z popisné charakteristiky popsané v Tabulce 20 lze pozorovat, že došlo ke zvýšení průměrné spokojenosti se zdravím po zákroku oproti situaci před zákrokem. V obou souborech se průměrná spokojenost se zdravím pohybuje mezi 3. a 4. stupněm zvolené škály - tj. „ani nespokojen ani spokojen“ až „spokojen“. Nejčastější odpovědí je v obou souborech 4 „spokojen“. Jen 1 respondent před zákrokem zvolil odpověď 1 „velmi nespokojen“.

Tabulka 21 - Otázka q2 – přehled změn v kvalitě života

	POČET RESPONDENTŮ	RELATIVNÍ ČETNOST
zhoršení	8	15,1 %
beze změny	26	49,1 %
zlepšení	19	35,8 %
celkem	53	100,0 %

Tabulka 21 znázorňuje, u kolika respondentů došlo ke zlepšení či zhoršení kvality života a u koho nedošlo k žádným změnám.

V tomto případě není krabicový graf aplikovatelný, jelikož kvartily i medián mají hodnotu 4 a graf tak nevytváří tzv. krabičku. Testování normality rozložení dat nebylo vzhledem ke škálovému typu veličiny provedeno, jelikož se předpokládá, že data z tohoto důvodu nebudou mít normální rozdělení. Z čehož vyplývá, že data nepochází z normálního rozložení a k následnému testování hypotéz je tak nutné použít neparametrický test.

Pro otestování změny v kvalitě života po operaci oproti situaci před operací je použit **neparametrický párový Wilcoxonův test**. Pracováno je se škálovou ordinální veličinou, proto se tento test hodí více než parametrický. Stanoveny byly následující hypotézy.

H_0 Mezi spokojeností se zdravím **před a 3 měsíce po** podstoupení operativní tranzice **není** statisticky významný rozdíl.

H_A Mezi spokojeností se zdravím **před a 3 měsíce po** podstoupení operativní tranzice **je** statisticky významný rozdíl.

Tabulka 22 - Otázka q2 – neparametrický párový Wilcoxonův test

Počet	Medián PŘED	Medián PO	T+	T-	Průměr	Směrodatná odchylka	Z-hodnota	p-hodnota
53	4	4	120,5	257,5	189	41,623	-1,64571	0,09982

Protože se jedná o soubor s počtem pozorování větší než 30, byla využita standardizace testového kritéria (tj. převod na veličinu s normálním normovaným rozdělením). Díky tomuto postupu byla zjištěna hodnota **testového kritéria -1,64571**. Stěžejní hodnoty párového Wilcoxonova testu znázorňuje Tabulka 22.

Z toho vypočtená **p-hodnota** činí **0,09982** a tím pádem je vyšší než hladina významnosti $\alpha = 0,05$ **Z tohoto důvodu se H_0 přijímá a H_A zamítá. Lze tedy tvrdit, že spokojenost respondentů s jejich zdravím se před a 3 měsíce po podstoupení operativní tranzice významně neliší, a je tedy bez výrazné změny.**

10.6 Výsledky vztahující se k výzkumnému cíli č. 2

Cíl č. 2: Porovnat kvalitu života respondentů **před a 3 měsíce po** podstoupení operativní tranzice v rámci jednotlivých domén dotazníku WHOQOL-BREF.

Výzkumné otázky vztahující se k cíli č. 2:

VO 2: Jaká je kvalita života respondentů **před a 3 měsíce po** podstoupení operativní tranzice v rámci domény „fyzické zdraví“?

VO 3: Jaká je kvalita života respondentů **před a 3 měsíce po** podstoupení operativní tranzice v rámci domény „prožívání“?

VO 4: Jaká je kvalita života respondentů **před a 3 měsíce po** podstoupení operativní tranzice v rámci domény „sociální vztahy“?

VO 5: Jaká je kvalita života respondentů **před a 3 měsíce po** podstoupení operativní tranzice v rámci domény „prostředí“?

Teoretický popis jednotlivých domén a jejich otázek byl uveden v kapitole 9.2.2. Dotazník kvality života WHOQOL-BREF a detailnější verze původního znění je dostupná v příručce pro uživatele dotazníku (Dragomirecká a Bartoňová, 2006).

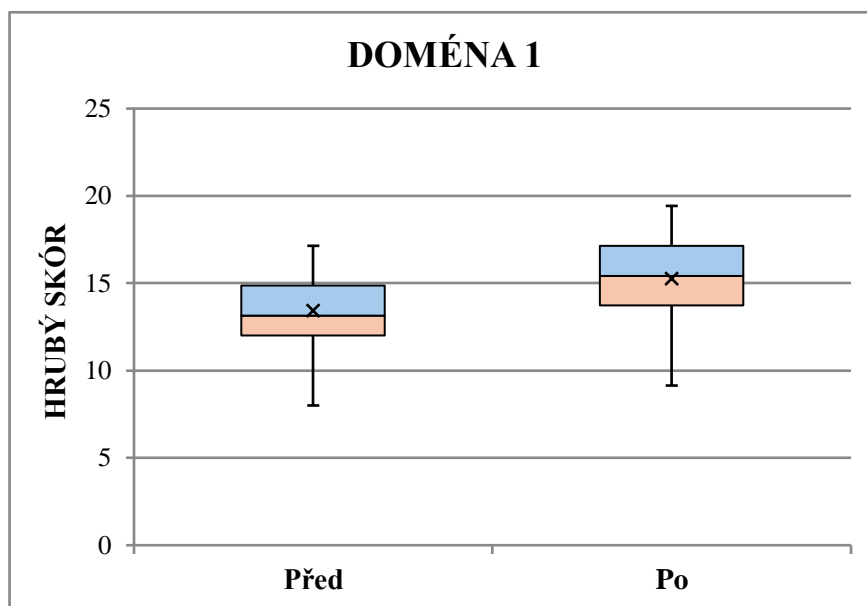
Je nutné znovu upozornit, že hodnocení otázek dotazníku WHOQOL BREF vyplývá ze zcela subjektivního hodnocení respondentů. Při prezentaci výsledků platí, že čím vyšší hodnota hrubých skóreů je, tím vyšší je kvalita života.

10.6.1 Výsledky domény 1 – fyzické zdraví

V rámci domény „fyzické zdraví“ byli respondenti dotazováni na oblasti týkající se bolesti a nepříjemných pocitů, závislosti na lékařské péči, energii a únavu, pohyblivost, spánek, každodenní činnosti a pracovní výkonnost. Viz Tabulka 1 (Dragomirecká a Bartoňová, 2006).

Tabulka 23 - Doména 1 - popisná charakteristika

DOMÉNA 1 „FYZICKÉ ZDRAVÍ“		
	PŘED ZÁKROKEM	PO ZÁKROKU
POČET POZOROVÁNÍ	53	53
PRŮMĚRNÝ HRUBÝ SKÓR (STŘEDNÍ HODNOTA)	13,445	15,278
MEDIÁN	13,143	15,429
MODUS	13,143	15,429
MINIMUM	8	9,143
MAXIMUM	17,143	19,429
DOLNÍ KVARTIL	12	13,714
HORNÍ KVARTIL	14,143	17,143
SMĚRODATNÁ ODCHYLKA	2,307	2,214



Graf 20 - Doména 1 - krabicový graf

Tabulka 23 obsahuje popisnou charakteristiku vztahující se k výsledkům odpovědí v doméně 1 „fyzické prožívání“. Z této tabulky a Grafu 20 je patrné, že průměrný hrubý skóre mají respondenti po zákroku o něco vyšší (před: 13,445 a po: 15,278). Medián a hodnoty horního i dolní kvartilu jsou po zákroku také vyšší než před zákrokem.

Tabulka 24 - Doména 1 - p-hodnota

	PŘED ZÁKROKEM	PO ZÁKROKU
p-hodnota	0,2074	0,0148

Pro testování normality rozložení dat byl využit **Shapiro-Wilkův test**, který testuje normalitu na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Byly stanoveny následující hypotézy. H_0 : Data patří do normálního rozložení. H_A : Data nepatří do normálního rozložení. Výsledky p-hodnoty znázorňuje Tabulka 24. Před zákrokem vychází p-hodnota vyšší než 0,05, tím pádem se potvrzuje H_0 a data tedy patří do normálního rozložení. Po zákroku je však p-hodnota nižší, a proto se H_0 zamítá, jelikož data do normálního rozložení nepatří. Vzhledem k těmto zjištěním by k samotnému testování významnosti měl být použit neparametrický test, ale jelikož v souboru máme 53 hodnot (více než 30), dá se použít i parametrický test, konkrétně **párový t-test**. Ke statistickému testování významnosti byly stanoveny následující hypotézy.

H_0 Mezi kvalitou života **před a 3 měsíce po** podstoupení operativní tranzice v rámci domény „fyzické zdraví“ **není** statisticky významný rozdíl.

H_A Mezi kvalitou života **před a 3 měsíce po** podstoupení operativní tranzice v rámci domény „fyzické zdraví“ **je** statisticky významný rozdíl.

Tabulka 25 - Doména 1 - párový t-test

	Počet platných	Průměr	Směrodatná odchylka	Hodnota t	p-hodnota
PŘED ZÁKROKEM	53	13,445	2,307	-5,814	$3,775 \times 10^{-7}$
PO ZÁKROKU	53	15,278	2,214		

Tabulka 25 znázorňuje stěžejní výsledky použitého párového t-testu. Díky tomuto testu byla zjištěna hodnota **testového kritéria -5,8144**. Z toho vypočtená **p-hodnota činí 0,0000003775** a je tedy nižší než hladina významnosti $\alpha = 0,05$. **Z tohoto důvodu se H_0 zamítá a H_A přijímá. Dle výsledku testu lze tedy tvrdit, že v kvalitě života respondentů v rámci domény „fyzické zdraví“ existuje statisticky významný rozdíl. Kvalita života respondentů je v rámci domény „fyzické zdraví“ 3 měsíce po podstoupení operativní tranzice vyšší.**

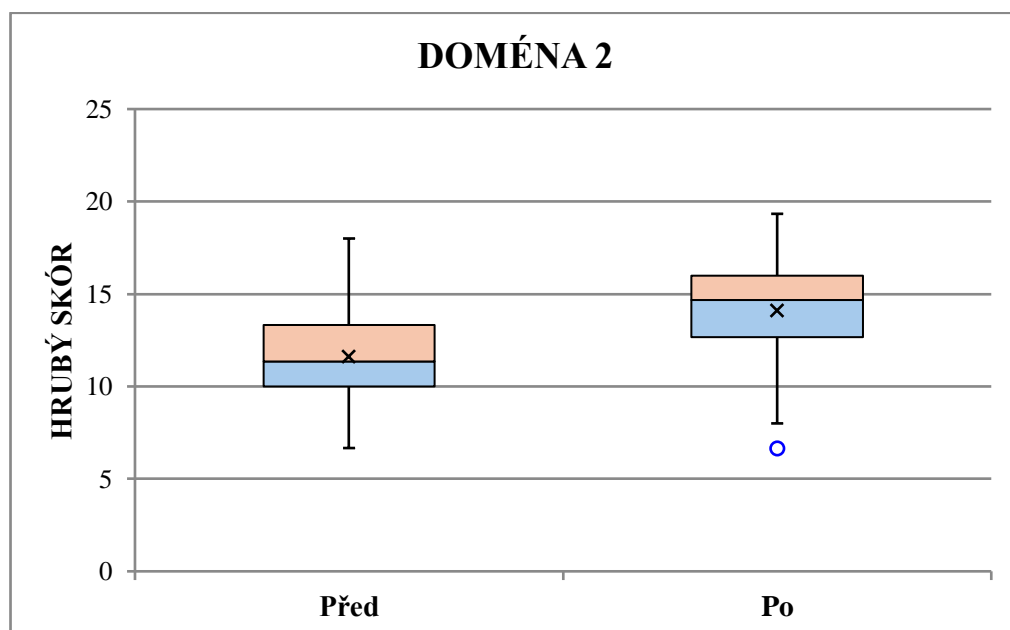
Pro kontrolu byl proveden i neparametrický Wilcoxonův párový test, z něhož vypočtená p-hodnota (0,000003198) vede ke stejnému závěru jako výsledky párového t-testu.

10.6.2 Výsledky domény 2 – prožívání

Doména „prožívání“ byla tvořena otázkami zaměřujícími se na potěšení ze života, smysl života, soustředění, přijetí tělesného vzhledu, spokojenost se sebou a na negativní pocity. Viz Tabulka 1 (Dragomirecká a Bartoňová, 2006).

Tabulka 26 - Doména 2 - popisná charakteristika

DOMÉNA 2 „PROŽÍVÁNÍ“		
	PŘED ZÁKROKEM	PO ZÁKROKU
POČET POZOROVÁNÍ	53	53
PRŮMĚRNÝ HRUBÝ SKÓR (STŘEDNÍ HODNOTA)	11,610	14,126
MEDIÁN	11,333	14,667
MODUS	11,333	13,333
MINIMUM	6,667	6,667
MAXIMUM	18	19,333
DOLNÍ KVARTIL	10	12,666
HORNÍ KVARTIL	13,333	16
SMĚRODATNÁ ODCHYLKA	2,451	2,525



Graf 21 - Doména 2 - krabicový graf

Z Tabulky 26, která prezentuje popisnou charakteristiku a z Grafu 21 je viditelné, že průměrný hrubý skóre mají po zákroku klienti o něco vyšší (před: 11,610 a po: 14,126). Medián a hodnoty horního a dolní kvartilu jsou po zákroku také vyšší než před zákrokem. Na krabicovém grafu je viditelný jeden nízký odlehlý bod v rámci souboru po zákroku. Tento bod je podmíněn kvalitou života jednoho z respondentů, která oproti ostatním vykazovala velmi nízkou hodnotu.

Tabulka 27 - Doména 2 - p-hodnota

	PŘED ZÁKROKEM	PO ZÁKROKU
p-hodnota	0,7543	0,0942

Pro testování normality rozložení dat byl využit **Shapiro-Wilkův Test**, který testuje normalitu na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Byly stanoveny následující hypotézy. H_0 : Data patří do normálního rozložení. H_A : Data nepatří do normálního rozložení. Výsledky p-hodnoty znázorňuje Tabulka 27. Před zákrokem i po zákroku vychází p-hodnota vyšší než 0,05, tím pádem se potvrzuje H_0 a data tedy patří do normálního rozložení. K dalšímu testování byl zvolen parametrický test, konkrétně **párový t-test**. Ke statistickému testování významnosti byly stanoveny následující hypotézy.

H_0 Mezi kvalitou života **před a 3 měsíce po** podstoupení operativní tranzice v rámci domény „prožívání“ **není** statisticky významný rozdíl.

H_A Mezi kvalitou života **před a 3 měsíce po** podstoupení operativní tranzice v rámci domény „prožívání“ **je** statisticky významný rozdíl.

Tabulka 28 - Doména 2 - párový t-test

	Počet platných	Průměr	Směrodatná odchylka	Hodnota t	p-hodnota
PŘED ZÁKROKEM	53	11,610	2,451	-7,546	6,687×10⁻¹⁰
PO ZÁKROKU	53	14,126	2,525		

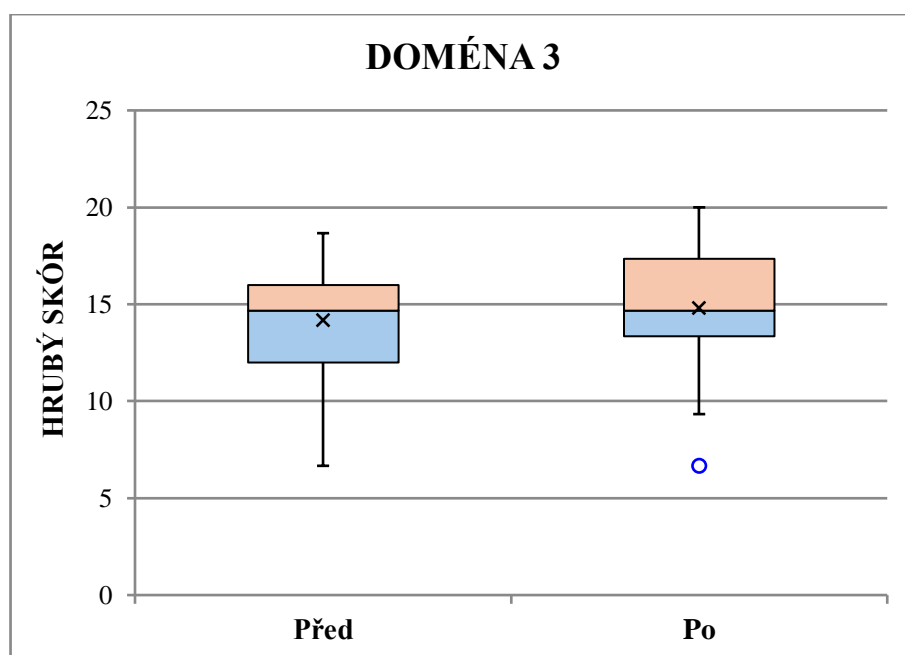
Tabulka 28 znázorňuje stěžejní výsledky použitého párového t-testu. Díky tomuto testu byla zjištěna hodnota **testového kritéria -7,5456**. Z toho vypočtená **p-hodnota činí 0,0000000006687**, a je tedy je nižší než hladina významnosti $\alpha = 0,05$. **Z tohoto důvodu se H_0 zamítá a H_A přijímá.** Dle výsledku testu lze tedy tvrdit, že v kvalitě života respondentů v rámci domény „prožívání“ existuje statisticky významný rozdíl. Kvalita života respondentů je v rámci domény „prožívání“ 3 měsíce po podstoupení operativní tranzice vyšší.

10.6.3 Výsledky domény 3 – sociální vztahy

Doména „sociální vztahy“ mapovala aspekty jako osobní vztahy, sexuální život a podporu přátel. Viz Tabulka 1 (Dragomirecká a Bartoňová, 2006).

Tabulka 29 - Doména 3 - popisná charakteristika

DOMÉNA 3 „SOCIÁLNÍ VZTAHY“		
	PŘED ZÁKROKEM	PO ZÁKROKU
POČET POZOROVÁNÍ	53	53
PRŮMĚRNÝ HRUBÝ SKÓR (STŘEDNÍ HODNOTA)	14,189	14,818
MEDIÁN	14,667	14,667
MODUS	14,667	17,333
MINIMUM	6,667	6,667
MAXIMUM	18,667	20
DOLNÍ KVARTIL	12	13,333
HORNÍ KVARTIL	16	17,333
SMĚRODATNÁ ODCHYLKA	2,866	3,079



Graf 22 - Doména 3 - krabicový graf

Z Tabulky 29 obsahující popisnou charakteristiku a Grafu 22 lze sledovat, že průměrný hrubý skór mají po zákroku klienti o něco vyšší (před: 14,189 a po: 14,818). Hodnota mediánu se nezměnila. Hodnoty horního a dolní kvartilu jsou po zákroku o něco vyšší než před zákrokem. Na krabicovém grafu se v rámci souboru po zákroku vyskytuje jeden nízký odlehlý bod. Tento bod je podmíněn kvalitou života jednoho z respondentů, která oproti ostatním vykazovala velmi nízkou hodnotu.

Tabulka 30 - Doména 3 - p-hodnota

	PŘED ZÁKROKEM	PO ZÁKROKU
p-hodnota	0,0256	0,1499

Pro testování normality rozložení dat byl využit **Shapiro-Wilkův Test**, který testuje normalitu na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Byly stanoveny následující hypotézy. H_0 : Data patří do normálního rozložení. H_A : Data nepatří do normálního rozložení. Výsledky p-hodnoty znázorňuje Tabulka 30. Před zákrokem je p-hodnota nižší než 0,05, tím pádem se H_0 zamítá a H_A , která tvrdí, že data nepatří do normálního rozložení, se přijímá. Po zákroku vychází p-hodnota vyšší než 0,05, tím pádem se H_0 přijímá a data tedy patří do normálního rozložení. Vzhledem k těmto zjištěním by k samotnému testování významnosti měl být použit neparametrický test, ale jelikož v souboru máme 53 hodnot (více než 30), lze použít i parametrický test, konkrétně **párový t-test**. Ke statistickému testování významnosti byly stanoveny následující hypotézy:

H_0 Mezi kvalitou života před a 3 měsíce po podstoupení operativní tranzice v rámci domény „sociální vztahy“ není statisticky významný rozdíl.
H_A Mezi kvalitou života před a 3 měsíce po podstoupení operativní tranzice v rámci domény „sociální vztahy“ je statisticky významný rozdíl.

Tabulka 31 - Doména 3 - párový t-test

	Počet platných	Průměr	Směrodatná odchylka	Hodnota t	p-hodnota
PŘED ZÁKROKEM	53	14,189	2,866	-1,658	0,10344
PO ZÁKROKU	53	14,818	3,079		

Tabulka 31 znázorňuje stěžejní výsledky použitého párového t-testu. Použitím tohoto testu byla zjištěna hodnota **testového kritéria -1,6575**. Z toho vypočtená **p-hodnota činí 0,10344**, a je tedy vyšší než hladina významnosti $\alpha = 0,05$. **Z tohoto důvodu se H_0 přijímá a H_A zamítá.** Dle výsledku testu lze tedy tvrdit, že v kvalitě života respondentů v rámci domény „sociální vztahy“ **neexistuje statisticky významný rozdíl. Kvalita života respondentů se v rámci domény „sociální vztahy“ 3 měsíce po podstoupení operativní tranzice významně neliší a je tedy bez výrazné změny.**

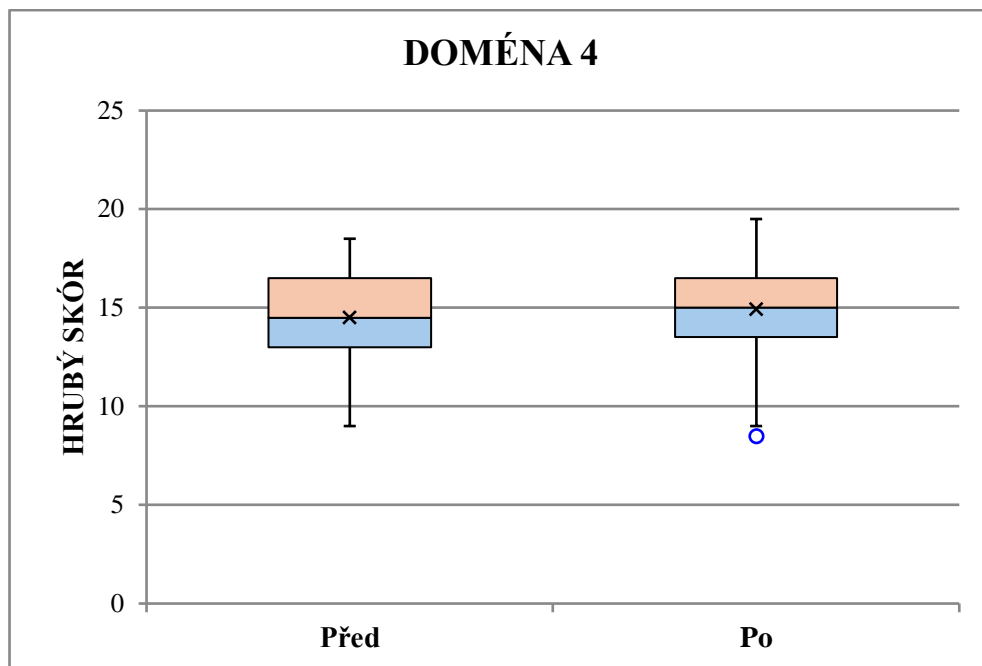
Pro kontrolu byl proveden i neparametrický Wilcoxonův párový test, z něhož vypočtená p-hodnota (0,0842) vede ke stejnému závěru jako výsledky párového t-testu.

10.6.4 Výsledky domény 4 – prostředí

Doména „prostředí“ zkoumala osobní bezpečí, životní prostředí, finanční situaci, přístup k informacím, záliby, prostředí v okolí bydliště, dostupnost zdravotní péče a dopravu. Viz Tabulka 1 (Dragomirecká a Bartoňová, 2006).

Tabulka 32 - Doména 4 - popisná charakteristika

DOMÉNA 4 „PROSTŘEDÍ“		
	PŘED ZÁKROKEM	PO ZÁKROKU
POČET POZOROVÁNÍ	53	53
PRŮMĚRNÝ HRUBÝ SKÓR (STŘEDNÍ HODNOTA)	14,519	14,953
MEDIÁN	14,500	15
MODUS	17,000	16,5
MINIMUM	9	8,5
MAXIMUM	18,5	19,5
DOLNÍ KVARTIL	13	13,5
HORNÍ KVARTIL	16,5	16,5
SMĚRODATNÁ ODCHYLKA	2,432	2,428



Graf 23 - Doména 4 - krabicový graf

Z Tabulky 32 prezentující popisnou charakteristiku a Grafu 23 lze pozorovat, že průměrný hrubý skóre mají po zákroku klienti o něco vyšší (před: 14,519 a po: 14,953). Hodnoty mediánu a dolní kvartilu jsou po zákroku o něco vyšší než před zákrokem. Hodnota horního kvartilu se nezměnila. Na krabicovém grafu se v rámci souboru po zákroku vyskytuje jeden nižší odlehlý bod. Tento bod je podmíněn kvalitou života jednoho z respondentů, která oproti ostatním vykazovala nižší hodnotu.

Tabulka 33 - Doména 4 - p-hodnota

	PŘED ZÁKROKEM	PO ZÁKROKU
p-hodnota	0,0867	0,0419

Pro testování normality rozložení dat byl využit **Shapiro-Wilkův Test**, který testuje normalitu na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Byly stanoveny následující hypotézy. H_0 : Data patří do normálního rozložení. H_A : Data nepatří do normálního rozložení. Výsledky p-hodnoty znázorňuje Tabulka 33. Před zákrokem vychází p-hodnota vyšší než 0,05, tím pádem se H_0 potvrzuje a data tedy patří do normálního rozložení. Po zákroku je však p-hodnota nižší a proto se H_0 zamítá, jelikož data do normálního rozložení nepatří. Vzhledem k těmto zjištěním by k samotnému testování významnosti měl být použit neparametrický test, ale jelikož v souboru máme 53 hodnot (více než 30), dá se použít i parametrický test, konkrétně **párový t-test**. Ke statistickému testování významnosti byly stanoveny následující hypotézy.

H_0 Mezi kvalitou života **před a 3 měsíce po** podstoupení operativní tranzice v rámci domény „prostředí“ **není** statisticky významný rozdíl.

H_A Mezi kvalitou života **před a 3 měsíce po** podstoupení operativní tranzice v rámci domény „prostředí“ **je** statisticky významný rozdíl.

Tabulka 34 - Doména 4 - párový t-test

	Počet platných	Průměr	Směrodatná odchylka	Hodnota t	p-hodnota
PŘED ZÁKROKEM	53	14,519	2,432	-1,593	0,11721
PO ZÁKROKU	53	14,953	2,428		

Tabulka 34 znázorňuje stěžejní výsledky použitého párového t-testu. Použitím tohoto testu byla zjištěna hodnota **testového kritéria -1,5930**. Z toho vypočtená **p-hodnota činí 0,11721**, a je tedy vyšší než hladina významnosti $\alpha = 0,05$. **Z tohoto důvodu se H_0 přijímá a H_A zamítá. Dle výsledku testu lze tedy tvrdit, že v kvalitě života respondentů v rámci domény „prostředí“ neexistuje statisticky významný rozdíl. Kvalita života respondentů se v rámci domény „prostředí“ 3 měsíce po podstoupení operativní tranzice významně neliší a je tedy bez výrazné změny.**

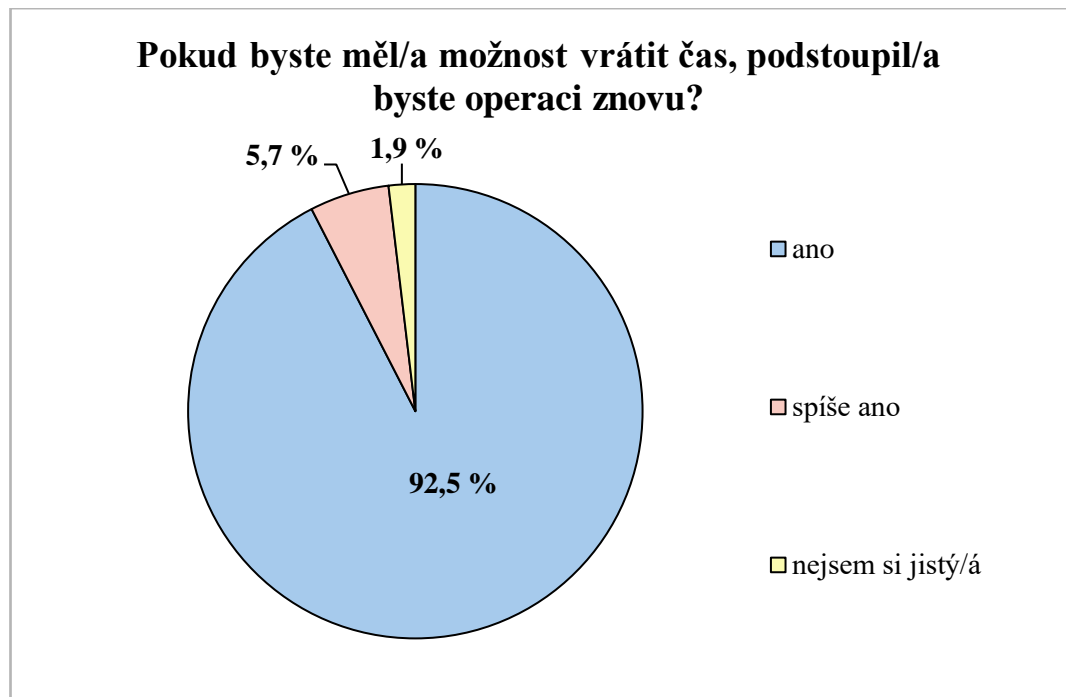
Pro kontrolu byl proveden i neparametrický Wilcoxonův párový test, z něhož vypočtená p-hodnota (0,0997) vede ke stejnému závěru jako výsledky párového t-testu.

10.7 Výsledky vztahující se k výzkumnému cíli č. 3

Cíl č. 3: Zjistit, jaký je pohled respondentů na znovu podstoupení operativní tranzice.

Výzkumná otázka vztahující se k cíli č. 3:

VO 6: Jaký je pohled respondentů na znovu podstoupení operativní tranzice?



Graf 24 - Retrospektivní zhodnocení podstoupení operace

Data pro výzkumný cíl č. 3 jsou získána z poslední jedenácté otázky pooperačního dotazníku. Její přesné znění je následující: „Pokud byste měl/a možnost vrátit čas, podstoupil/a byste operaci znovu?“. Na Grafu 24 lze pozorovat výsledky této otázky. Možnost „ano“ zvolilo 49 (92,5 %) respondentů, „spíše ano“ zvolili 3 (5,7 %) respondenti a variantu „nejsem si jistý/á“ zvolil 1 (1,9 %) respondent. Možnosti „spíše ne“ a „ne“ nezvolil žádný z respondentů.

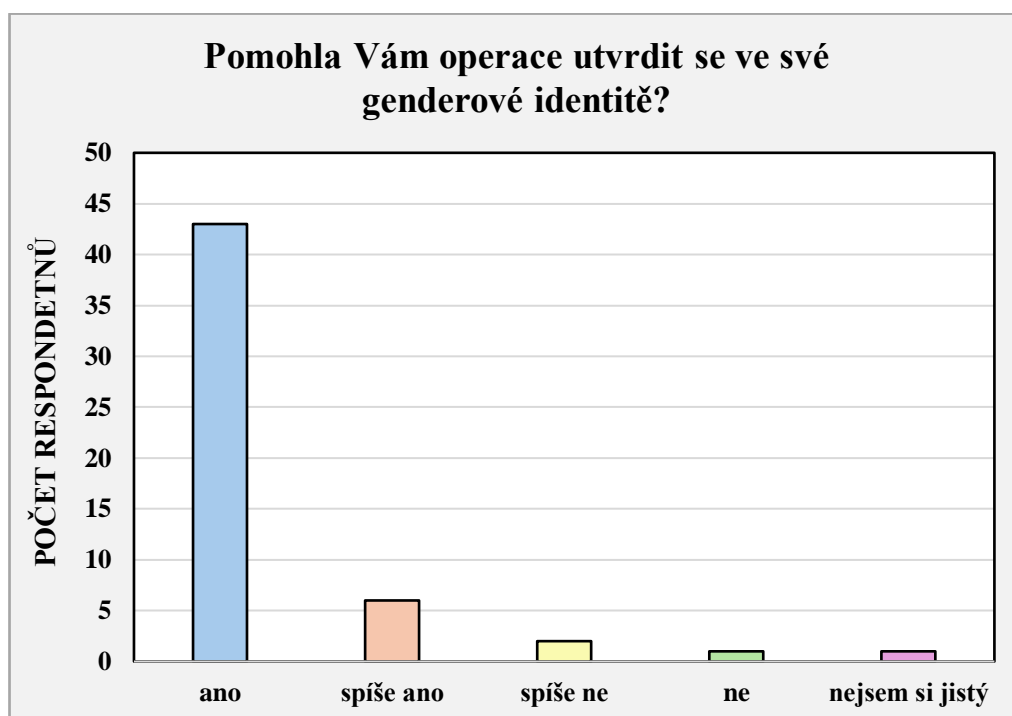
Z výsledků celkově vyplývá, že 98,2 % respondentů by operaci podstoupilo znovu a 1,9 % neboli 1 respondent si není jistý. Lze tedy tvrdit, že pohled respondentů na znovu podstoupení operativní tranzice je kladného charakteru.

10.8 Výsledky vztahující se k výzkumnému cíli č. 4

Cíl č. 4: Zjistit, jak nápomocné je podstoupení operativní tranzice v utvrzení genderové identity respondentů.

Výzkumná otázka vztahující se k cíli č. 4:

VO 7: Jak nápomocné je podstoupení operativní tranzice v utvrzení genderové identity respondentů?



Graf 25 - Utvrzení genderové identity

Data pro výzkumný cíl č. 4 jsou získána z šesté otázky pooperačního dotazníku. Její přesné znění je následující: „Pomohla Vám operace utvrdit se ve své genderové identitě?“. Zastoupení jednotlivých variant znázorňuje Graf 25. Variantu „ano“ zvolilo 43 (81,1 %) respondentů, „spíše ano“ zvolilo 6 (11,3 %) respondentů, „spíše ne“ zvolili 2 (3,8 %) respondenti, „ne“ zvolil 1 (1,9 %) respondent a možnost „nejsem si jistý/á“ zvolil též 1 (1,9 %) respondent.

Je patrné, že celkem 92,4 % respondentů pomohla operace utvrdit se v jejich genderové identitě. Podstoupení operativní tranzice naopak 5,7 % respondentům nepomohlo v utvrzení genderové identity. Zbýlý 1 respondent (1,9 %) si není jistý, zdali měla operativní tranzice vliv na utvrzení v jeho genderové identitě. Lze tím pádem tvrdit, že podstoupení operativní tranzice je v utvrzení genderové identity respondentů výrazně nápomocné.

11 DISKUZE

11.1 Diskuze teoretické části

Teoretická část obsahuje mnoho témat, která jsou diskutabilní. Primárně by se dalo začít u tématu diagnostiky, která je zatížená faktem, že genderovou identitu není možné nijak objektivně měřit a stanovit. Z tohoto důvodu mohou být pak v riziku jedinci spadající do skupiny ROGD, jelikož jim může být diagnóza stanovena překotně až mylně, a jsou poté ohroženi iatrogenním poškozením, které následně vyžaduje detranzici (Doležalová et al., 2021; Neuman et al., 2022). Nabízí se tedy otázka, zdali jsou diagnostické etapy správně nastaveny. Výzkum realizovaný v roce 2018 organizací Transparent získal od respondentů hodnocení délky jednotlivých diagnostických etap. Z šetření bylo zjištěno, že respondentkám/respondentům se jeví jako nejpříjemnější doba potřebná k Real Life Testu a vcelku přijatelná délka diagnostické fáze před hormonální terapií. Naopak dobu, než se jedinec dostane před komisi, označila nadpoloviční většina respondentů za příliš dlouhou (Pavlica, 2019).

Dále lze navázat na otázku týkající se úřední změny pohlaví v ČR, která bude v dohledné době procházet změnami na úrovni legislativy. Na základě současných zákonů je mimo jiné k umožnění úřední změny pohlaví stále nutné podstoupit chirurgický zákrok spojený se znemožněním reprodukční funkce (Česko, 2011, § 21 odst. 1). V současné době bylo Ústavním soudem České republiky uznáno, že je tento požadavek protiústavní a v rozporu se základním právem na ochranu tělesné integrity a osobní autonomie. Ústavní soud tedy upozornil na rozpor této podmínky s evropskou judikaturou, a vyzval Parlament k přijetí nové úpravy do 30. 6. 2025, ve které požaduje zrušení podmínky chirurgického zákroku pro umožnění úřední změny pohlaví (Ústavní soud, 2024). Toto rozhodnutí vede v současné době k diskuzím týkajícím se nastolení pravidel spojených s touto problematikou. Pravidla by měla být v ideálním případě nastavena tak, aby chránila před unáhleným rozhodnutím a také aby zbytečně nezatížila trans osoby i zdravotní systém při procesu změny pohlaví.

Východiskem pro praxi a nejlepší možnou variantou by tedy bylo zajistit trans osobám respektující prostředí, které umožňuje přesnou diagnostiku a zároveň ne příliš komplikovaný proces pro tranzici jak sociální, tak i fyzickou a úřední.

11.2 Diskuze výzkumné části

S ohledem na poměrný nedostatek průzkumů věnujících se české transgender komunitě bylo v rámci výzkumné části této diplomové práce realizováno dotazníkové šetření týkající se otázek

genderové dysforie a aspektů kvality života respondentů před a 3 měsíce po operativní tranzici. Výsledky tedy prezentují spíše časné hodnocení dotazovaných aspektů. Za určitý limit práce lze tím pádem označit relativně krátký časový úsek na porovnání kvality života před a po zákroku. Jistě by bylo velice přínosné na tento průzkum navázat jinými šetřeními, která by mapovala kvalitu života transgender osob z dlouhodobějšího hlediska. Dalším limitem výzkumné části je množství respondentů účastnících se dotazníkového šetření. Celkový počet 53 respondentů není vzhledem ke zkoumanému tématu nedostatečný, avšak vyšší počet by v rámci kvantitativního výzkumu bezpochyby zvýšil jeho validitu. Tento počet je podmíněn časovým úsekem dostupným pro sběr dat a tím, že operací z indikace rodové neshody není mnoho.

Dotazníky týkající se otázek genderové dysforie vznikly na základě vlastní tvorby. I přesto, že byly konzultovány s psychologkou, nevykazují zcela odborný charakter, jelikož se nejedná o standardizované dotazníky. I tento fakt je možné považovat za limitující při sběru dat. Naopak dotazník WHOQOL-BREF (Dragomirecká a Bartoňová, 2006) lze považovat za relevantní zdroj informací, jelikož v tomto případě se jedná o standardizovaný dotazník.

Důležité je nezapomínat na komplexnost problematiky rodové neshody. Na zkoumané oblasti nemusí mít vliv pouze podstoupení operativní tranzice. Ovlivňující faktory mohou být mimo jiné i socioekonomický status, rodinné zázemí apod. Ty však nebyly v rámci dotazníkového šetření zohledňovány. V životě respondentů se tak může vyskytovat mnoho faktorů ovlivňujících dotazované oblasti, jelikož z širší perspektivy je genderová identita a genderová dysforie problematika sahající do hlubší psychologické úrovně. Doporučením pro praxi je z tohoto důvodu dlouhodobější a detailnější monitorace kvality života trans osob ideálně ve spolupráci se sexuologem a psychologem.

Za kvality diplomové práce lze naopak považovat široký rozptyl otázek, které zkoumají více oblastí ze života trans osob před a po podstoupení operativní tranzice. Zvyšuje se tím šance, že získaná data naleznou uplatnění v praxi, a poskytnou laické i odborné veřejnosti cenná zjištění v relativním nedostatku výzkumů v České republice na toto téma. V ideálním případě se na základě této diplomové práce dostane trans komunitě většího pochopení. Dalším pozitivním faktem je, že byly naplněny všechny stanovené cíle diplomové práce a zároveň některé z nich přinesly statisticky významná zjištění.

11.2.1 Diskuze týkající se výzkumného cíle č. 1

Po realizaci výzkumného cíle č. 1 z dotazníkového šetření plyne, že dle subjektivního hodnocení respondentů je jejich kvalita života 3 měsíce po podstoupení operativní tranzice vyšší než před jejím podstoupením. Toto východisko vyšlo jako statisticky významné, a lze tedy v rámci této diplomové práce tvrdit, že podstoupení operativní tranzice má pozitivní vliv na kvalitu života FtM osob. Dále se ukázalo, že došlo ke zvýšení průměrné spokojenosti se zdravím po zákroku oproti situaci před zákrokem, tyto změny se však neprokázaly jako statisticky významné, z čehož vyplývá, že operativní tranzice nemá významný vliv na subjektivní hodnocení spokojenosti se zdravím respondentů.

Pro komparaci získaných dat lze využít výsledky bakalářské práce s názvem „Kvalita života transgender jedinců v České republice“, která pomocí kvalitativního šetření získala rozhovor od 4 trans osob (2 FtM a 2 MtF). Jedná se sice o malý vzorek, avšak přináší i tak přínosné dialogy. První výzkumnou otázkou této bakalářské práce bylo zjištěno, že se respondenti/ky před začátkem tranzice necítili/y, tak dobře jako po jejím absolvování. Nejčastěji popisovali/y pocit uvěznění ve špatném těle a postrádali/y pocit svobody. Druhou výzkumnou otázkou bylo zjištěno, že po podstoupení tranzice se kvalita respondentů/respondentek změnila k lepšímu. I přes dlouhé pooperační rekonvalescence byli/y všichni participanti vděční/é za možnost podstoupit změnu pohlaví. Nejvýraznější zlepšení popisují v oblasti psychického zdraví. Participanti/ky průzkumu této bakalářské práce popisují, že se cítí zdravější. Díky ústupu psychických obtíží došlo totiž ke zlepšení i fyzického zdraví (Smejkalová, 2023).

Data zmíněné bakalářské práce se shodují s výsledky mé diplomové práce v tom, že hodnocení kvality života je po podstoupení tranzice vyšší než před ní. Jak již bylo zmíněno, tak v této diplomové práci však nebyl statisticky prokázán vliv operativní tranzice na spokojenost se zdravím respondentů.

Pro srovnání s kvantitativním šetřením lze uvést zahraniční zdroj, jehož název v překladu zní: „Kvalita života u lidí s transsexualitou po operaci: systematický přehled a metaanalýza“. Při výběru studií bylo do metaanalýzy možno zařadit pouze ty výzkumy, které k hodnocení kvality života jedinců po operativní tranzici použily dotazníky SF36 a WHOQOL-BREF. Nakonec bylo pro metaanalýzu vybráno 8 článků s 1099 respondenty. Závěr tohoto výzkumu uvádí, že průměr kvality života byl lepší u transsexuálních jedinců po absolvované operaci. I přesto tato data vyžadují další studie pro srovnání s průměry kvality života před operací a po operaci. Transgender osoby stále zůstávají populací ohroženou nízkou kvalitou života

a duševním zdravím. Proto se doporučuje věnovat více pozornosti různým aspektům jejich léčby, včetně psychologické a fyzické stránky (Eftekhar Ardebili et al., 2020). Tyto závěry se shodují s tvrzením u výzkumného cíle č. 1 této diplomové práce.

11.2.2 Diskuze týkající se výzkumného cíle č. 2

Výzkumný cíl č. 2 přinesl výsledky týkající se kvality života respondentů v rámci jednotlivých domén dotazníku WHOQOL-BREF. Bylo zjištěno, že je kvalita života respondentů v rámci domény „fyzické zdraví“ a „prožívání“ 3 měsíce po podstoupení operace vyšší než před jejím podstoupením. Jednotlivé otázky domén lze pozorovat v Tabulce 1. V rámci domény „fyzické zdraví“ byli respondenti dotazováni na oblasti týkající se bolesti a nepříjemných pocitů, závislosti na lékařské péči, energii a únavu, pohyblivost, spánek, každodenní činnosti a pracovní výkonnost. Statisticky potvrzeno tedy bylo, že na tyto aspekty fyzického zdraví má podstoupení operativní tranzice pozitivní vliv. To samé platí pro doménu „prožívání“, která obsahuje otázky zaměřující se na potěšení ze života, smysl života, soustředění, přijetí tělesného vzhledu, spokojenost se sebou a na negativní pocity. Toto se dá považovat za velice pozitivní zjištění diplomové práce.

V již zmíněné zahraniční metaanalýze však jedna ze zahrnutých studií ukázala, že kvalita života v oblastech jako je veřejné zdraví, omezení rolí a fyzická a osobní omezení, byla nižší 15 let po operativní tranzici (Eftekhar Ardebili et al., 2020). Na základě tohoto zjištění je opět nutné uvést jako doporučení pro praxi realizaci dlouhodobého sledování kvality života transgender osob po operativní tranzici.

Naopak u domén „sociální vztahy“ a „prostředí“ nebyly v této diplomové práci prokázány statisticky významné rozdíly před podstoupením operativní tranzice a 3 měsíce po ní. Otázky z domény „sociální vztahy“ sbíraly informace týkající se osobních vztahů, sexuálního života a podpory přátel. Doména „prostředí“ pak mapovala osobní bezpečí, životní prostředí, finanční situaci, přístup k informacím, záliby, prostředí v okolí bydliště, dostupnost zdravotní péče a dopravu. V rámci těchto domén sice došlo k mírnému zvýšení hrubých skór, nicméně nejednalo se o statisticky významný dopad, proto by bylo vhodné se na tyto aspekty více soustředit, aby v rámci možností docházelo k jejich zlepšování u trans komunity. Navazujícím doporučením pro praxi může být zařazení tematiky rodové neshody do výuky v českém školství. Větší důraz na edukaci týkající se genderového nesouladu může vést ke zlepšení v oblastech sociálních vztahů i prostředí.

Pro komparaci je opět možné využít výše zmíněnou zahraniční metaanalýzu. Výsledky jedné ze studií této metaanalýzy prezentují, že kvalita společenského života i kvalita sexuálního života se po operativní tranzici zlepšila. Obecně řečeno došlo k celkovému zlepšení sociálních vztahů. V další ze studií této metaanalýzy výsledky ukázaly, že funkce rodiny a emoční podpora mohou významně pomáhat trans jedincům přijmout svou novou roli (Eftekhar Ardebili et al., 2020). Jak již bylo uvedeno – v rámci této diplomové práce nedošlo ke statisticky významnému zlepšení v doméně „sociální vztahy“.

11.2.3 Diskuze týkající se výzkumného cíle č. 3

Třetím cílem výzkumné části diplomové práce bylo zjistit, jaký je pohled respondentů na znovu podstoupení operativní tranzice. Výzkumné šetření ukazuje, že odpověď „spíše ano“ zvolili 3 (5,7 %) respondenti, „ano“ zvolilo 49 (92,5 %) respondentů a „nejsem si jistý/á“ zvolil 1 (1,9 %) respondent. Možnosti „spíše ne“ a „ne“ nezvolil žádný z respondentů. Tím pádem je patrné, že podstoupení operativní tranzice má 3 měsíce po jejím podstoupení pozitivní význam v životě trans osob. Po tomto časovém úseku respondenti svého rozhodnutí ohledně podstoupení operativní tranzice nelitují.

Již zmíněný výzkum, realizovaný v letech 1973-2007 v České republice přinesl data potvrzující, že je většina transgender osob se změnou pohlaví spokojená (Žourková a Sejblová, 2014). Další výzkumné šetření realizované v roce 2018 spolkem Transparent zjistilo, že s výrokem „*Kdybych se mohl/a vrátit zpátky, jednu nebo více operací v souvislosti s tranzicí bych nepodstupoval/a*“ souhlasilo 20 % respondentů a zbylých 80 % nesouhlasilo, z čehož vyplývá, že většina respondentů stojí za svým předchozím rozhodnutím o podstoupení operativní tranzice (Pavlica, 2019). Data vyplývající z výzkumné části této diplomové práce se zjištěními spolku Transparent korelují.

11.2.4 Diskuze týkající se výzkumného cíle č. 4

Čtvrtým cílem bylo zjistit, jak nápomocné je podstoupení operativní tranzice v utvrzení genderové identity respondentů. Získaná data ukazují, že variantu „spíše ano“ zvolilo 6 (11,3 %) respondentů, „ano“ zvolilo 43 (81,1 %) respondentů, „spíše ne“ zvolili 2 (3,8 %) respondenti, „ne“ zvolil 1 (1,9 %) respondent a možnost „nejsem si jistý/á“ zvolil též 1 (1,9 %) respondent. Z šetření vyplývá, že operativní tranzice výrazně pomáhá trans osoby utvrdit v jejich genderové identitě a napomáhá tak lepšímu prožívání v jejich autentickém rodě.

Pro porovnání je zde možno opět uvést výše zmíněnou metaanalýzu zabývající se kvalitou života trans jedinců po podstoupení operativní tranzice. V jedné ze studií zahrnuté v této

metaanalýze bylo zjištěno, že porucha genderové identity byla mnohem nižší u transgender jedinců, kteří podstoupili operaci než u těch, kteří ji nepodstoupili (Eftekhar Ardebili et al., 2020). Zjištění výzkumného cíle č. 4 a uvedené metaanalýzy mají obdobný charakter, jelikož ukazují na vliv operativní tranzice na genderovou identitu jedinců.

12 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala genderovou dysforií a podstupováním chirurgických female to male zákroků. V teoretické části byly vymezeny základní pojmy týkající se rodové neshody, její definice, prevalence, etiologie, klinický obraz, diagnostika a psychoterapie. Dále zde byl rozebrán proces tranzice včetně proměny sociální, fyzické i úřední. Větší pozornost byla věnována fyzické tranzici, konkrétně chirurgickým zákrokům. Péče o transgender klienty byla znázorněna i z hlediska perioperační péče. Uvedeny byly také současně platné zákony týkající se úřední tranzice a celkové problematiky a jejich budoucí aktualizace.

Výzkumná část poskytla pomocí dotazníků vlastní tvorby data týkající se obecných otázek genderové dysforie. Cennými jsou především zjištění mapující jednotlivé aspekty kvality života před a po podstoupení operativní tranzice. Tyto výsledky byly získány pomocí dotazníku WHOQOL-BREF (Dragomirecká a Bartoňová, 2006). Celkový soubor respondentů tvořilo 53 FtM osob. Nejčteněji podstoupeným zákrokem byla mastektomie. Nejvíce zastoupená věková kategorie byla do 20 let a průměrný věk činil 25,87. Nejčastější dosažené vzdělání byla střední škola a většina respondentů pocházela z města.

Předoperační dotazník mapující otázky genderové dysforie poskytl různorodá zjištění. První příznaky genderové dysforie uvedlo největší procento respondentů v rámci věkové kategorie 11-15 let. Podstupovat female to male tranzici začali respondenti nejčastěji ve věku od 16-20 let. Majoritně zastoupenou variantou v otázce, jak dlouho jsou respondenti rozhodnutí pro podstoupení operace je „max 2 roky“. Převažujícím důvodem pro podstoupení operativní tranzice byly uvedeny „psychické důvody“. Nejfrekventovaněji volenou variantou týkající se očekávání respondentů ohledně podstoupení operace byla kategorie „lepší identifikace s vlastním tělem a snížení genderové dysforie“. V rozhodnutí ohledně podstoupení operace pomohlo respondentům nejvíce jejich „vnitřní rozhodnutí“. Reakce blízkého okolí i širšího okolí na podstoupení operativní tranzice jsou převážně pozitivního charakteru. Nejvíce převládajícími emocemi respondentů byly před zákrokem „radost“, „úleva“, „strach“, „nadšení“, „natěšení“, „očekávání“, „stres“ atd. Sexuální touha respondentů byla hodnocena převážně pozitivně. Současná situace dovedla některé respondenty do životní krize, ze které jim nejvíce pomohlo blízké okolí (rodina, přátelé, trans komunita, partneři/partnerky). Přibližně polovina respondentů se s předsudky ohledně operace setkala, zatímco druhá polovina nikoliv. Převládající většina respondentů uvedla, že si je vědoma rizik, která operace obnáší. Jako nejčastěji voleným rizikem byla popsána „nevyhovující estetika“ a druhou nejčastější kategorií byla „rizika nejsou vnímána jako významná / zisk je vyšší nežli risk“.

Pooperační dotazník týkající se otázek genderové dysforie přinesl další data. Nejčastěji shledávaná pozitiva po podstoupení operace byly možnosti „psychický stav“ a „fyzické změny“. Naopak jako nejvíce uváděná negativa byly „operační komplikace“ a „fyzická bolest“. Očekávání ohledně podstoupení operace byla u respondentů naplněna, neboť nikdo neodpověděl záporně. Téměř u poloviny respondentů došlo k výskytu některých komplikací po podstoupené operaci. V případě, že se po operaci vyskytly komplikace, tak byla nejčastěji zmíněna kategorie „jiné“, kde však většinou respondenti popisovali vlastními slovy konkrétní pooperační komplikace. Nejhojněji popisované emoce prožívané v souvislosti s podstoupením operativní tranzice byly „radost“, „úleva“, „šťěstí“, „spokojenost“ a „klid“. Reakce blízkého okolí na změny spojené s podstoupením operace jsou převážně pozitivního charakteru. Více jak polovina širšího okolí respondentů reagovala na tyto změny pozitivně a zbytek neutrálně. Sexuální touha respondentů po zákroku byla opět hodnocena převážně pozitivně.

Výzkumným cílem č. 1 bylo zjištěno, že dle subjektivního hodnocení respondentů je jejich kvalita života 3 měsíce po podstoupení operativní tranzice významně vyšší než před jejím podstoupením. Dále se ukázalo, že je spokojenost respondentů s jejich zdravím před a 3 měsíce po podstoupení operativní tranzice bez statisticky významných změn.

Výzkumný cíl č. 2 přinesl výsledky týkající se kvality života respondentů v rámci jednotlivých domén použitého dotazníku. Bylo vyzkoumáno, že je kvalita života respondentů v rámci domény „fyzické zdraví“ a „prožívání“ 3 měsíce po podstoupení operace významně vyšší než před jejím podstoupením. Naopak u domén „sociální vztahy“ a „prostředí“ nebyly prokázány statisticky významné rozdíly před podstoupením operativní tranzice a 3 měsíce po ní.

Výzkumným cílem č. 3 bylo potvrzeno, že má operativní tranzice 3 měsíce po jejím podstoupení pozitivní význam v životě trans osob. Na otázku, zdali by respondenti operaci podstoupili znovu žádný nezareagoval negativně. Pouze 1 z nich si není jistý. Z čehož vyplývá, že po tomto časovém úseku respondenti operativní tranzice nelitují, a kdyby bylo možné vrátit čas, tak by ji absolvovali znovu.

Výzkumným cílem č. 4 bylo zjištěno, že operativní tranzice převážně pomáhá trans osoby utvrdit v jejich genderové identitě, a napomáhá tak lepšímu prožívání v jejich autentickém rodě.

Závěrem lze uvést, že všechny stanovené cíle diplomové práce byly zrealizovány a naplněny. Některé z nich přinesly statisticky významná data. Nejstěžejnějším doporučením pro praxi je realizace dlouhodobější a detailnější monitorace kvality života transgender osob v průběhu jejich tranzice, a zároveň při tomto sledování zohlednit co nejvíce ovlivňujících faktorů.

13 POUŽITÁ LITERATURA

ČESKO. Zákon č. 89 ze dne 3. února 2012, občanský zákoník. Online. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012. Dostupné z: <https://www.e-sbirka.cz/sb/2012/89>. [cit. 2025-02-07].

ČESKO. Zákon č. 373 ze dne 6. listopadu 2011, o specifických zdravotních službách. Online. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131/2011. Dostupné z: <https://www.e-sbirka.cz/sb/2011/373>. [cit. 2025-02-07].

ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Online. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131/2011. Dostupné z: <https://www.e-sbirka.cz/sb/2011/372>. [cit. 2025-02-07].

DOLEŽALOVÁ, Pavla; HEUMANN, Viktor; ORLÍKOVÁ, Barbora; HULL-ROCHELLE, Glynis; PAVLICA, Karel et al. *Rozvoj duševní pohody u transgender klientů: poznatky a holisticky orientovaný terapeutický přístup = Wellbeing among transgender and non-binary clients of therapy services : a knowledge-based and holistically-oriented herapeutic approach*. Klecany: Národní ústav duševního zdraví, 2021. ISBN 978-80-87142-44-8. Dostupné také z: <https://www.nudz.cz/files/pdf/rozvoj-dusevni-pohody-u-transgender-klientu.pdf>.

DOLEŽALOVÁ, Renata. K léčbě poruch pohlavní identifikace v dětství a adolescenci. *PsychoSom : bulletin zájemců o psychosomatickou problematiku v medicíně*. 2019, 17(1-2), 36-44. ISSN 2336-7741.

DRÁBKOVÁ, Jarmila. Co by měli i anesteziologové znát pro perioperační péči o transgender pacienty/pacientky?. *Anesteziologie & intenzivní medicína*. 2023, 34(2), 75-75. ISSN 1214-2158.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a BARTOŇOVÁ, Jitka. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4. Dostupné také z: <http://www.digitalniknihovna.cz/mzk/uuid/uuid:7cf40010-d055-11e3-b110-005056827e51>.

DUŠKOVÁ, Šárka a MATIAŠKO, Maroš. *Právo na uznání identity trans lidí v České republice*. [Místo vydání není známé]: [Forum for Human Rights ve spolupráci s organizací Transparent z.s.], [2019].

EFTEKHAR ARDEBILI, Mehrdad; JANANI, Leila; KHAZAEI, Zaher; MORADI, Yousef a BARADARAN, Hamid Reza. Quality of life in people with transsexuality after surgery: a systematic review and meta-analysis. Online. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2020, roč. 18, č. 1. ISSN 1477-7525. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01510-0>. [cit. 2025-03-27].

FIFKOVÁ, Hana; WEISS, Petr; NEUMANN, David a WEISS, Vladimír. *Doporučený postup pro sexuology v péči o transsexuální pacienty*. Česká a slovenská psychiatrie : časopis České psychiatrické společnosti a Slovenskej psychiatrickej spoločnosti. 2020, 116(2), 105-107. ISSN 1212-0383.

FILOVÁ, Petra; HALAŠKA, Michael; SEHNAL, Borek a OTČENÁŠEK, Michal. *Porovnání technik hysterektomie v souboru jedinců operovaných z indikace transsexualismu female to male*. Česká gynekologie : časopis České gynekologické a porodnické společnosti. 2014, 79(1), 68-74. ISSN 1210-7832.

GURKOVÁ, Elena. *Praktický úvod do metodologie výzkumu v ošetrovatelství*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2024. ISBN 978-80-244-5627-0. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/prakticky-uvod-do-metodologie-vyzkumu-v-osetrovatelstvi-14108/>.

CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, Magdalena; MATĚJEK, Jaromír a STEINLAUF, Barbora. *Etika v pediatrii a neonatologii*. Praha: Grada Publishing, 2023. ISBN 978-80-271-3263-8.

IRWIG, Michael S. Klinické otázky týkající se péče o transsexuály. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity (České vyd.)*. 2017, 5(2), 43-48. ISSN 1805-7101.

TRANS*PARENT. *Kdo jsou trans* lidé*. Online. In: Jsmetransparent. 2020-2025. Dostupné z: <https://jsmetransparent.cz/o-translidech/kdo-jsme/>. [cit. 2024-11-23].

MÁCHOVÁ, Martina. K některým aktuálním otázkám problematiky transgenderu. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky : =Journal of medical law and bioethics*. 2022, 12(2), 46-64. ISSN 1804-8137.

MARIANOVÁ, Sandra a ŠAFÁŘOVÁ, Eva. *Chirurgická konverze pohlaví u pacientů s transsexualismem*. Sestra : odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry. 2014, 24(3), 49-50. ISSN 1210-0404.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Doporučený postup při provádění chirurgických zákroků směřujících ke změně pohlaví u transsexuálních pacientů*. Online. In: Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, částka 8, ročník 2012. Poslední aktualizace: 27. 5. 2020. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/6865/36193/Vestnik%20MZ%20CR%208-2012.pdf>. [cit. 2025-02-07].

NEUMANN, David; FIFKOVÁ, Hana; ZAPLETALOVÁ, Jiřina; ŠNAJDEROVÁ, Marta a WEISS, Petr. Pohlavní/rodová neshoda v dětství. *Československá pediatrie*. 2022, 77(3), 170-174. ISSN 0069-2328.

NEVRLÁ, Jindřiška. Výsev eflorescencí u transgender ženy. *Dermatologie pro praxi*. 2022, 16(2), 110-114. ISSN 1802-2960. DOI <https://doi.org/10.36290/der.2022.022>.

PASTOR, Zlatko. Lidský mozek a sex. In: *Mozek a jeho člověk, mysl a její nemoc*. 2016, 106-116. ISBN 978-80-7492-283-1.

PAVLICA, Karel. *Obavy a přání trans lidí: výsledná zpráva z výzkumu realizovaného spolkem Transparent z.s. v roce 2018*. Ostrava: Transparent, 2019. ISBN 978-80-906362-4-8.

PAVLICA, Karel; DOLEŽALOVÁ, Pavla; ORLÍKOVÁ, Barbora a HEUMANN, Viktor. Prevence rizika sebevražedného jednání transgender a nebinárních osob – významná oblast duševního zdraví. *Psychiatrie : časopis pro moderní psychiatrii*. 2022, 26(4), 136-141. ISSN 1211 7579.

PROCHÁZKA, Ivo. Pohlavní identita. In: *Moderní postupy v sexuologii*. 2019, s. 143-153. ISBN 978-80-204-5513-0.

RAUCHFLEISCH, Udo. *Transsexualizmus - rodová dysfória - pohlavná inkongruencia - transidentita: neľahká cesta odpatologizovania*. Bratislava: Vydavateľstvo F, 2022. ISBN 978-80-99982-11-7.

SEJBALOVÁ, Petra. Transsexualita z pohledu sexuologa a klienta. *Nemocniční listy : Fakultní nemocnice Brno*. 2020, 21(1), 8-9. ISSN 1802-0224.

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

SMEJKALOVÁ, Iva. *Kvalita života transgender jedinců v České republice*. Olomouc, 2023. bakalářská práce (Bc.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Pedagogická fakulta

ŠNAJDEROVÁ, Marta; ZAPLETALOVÁ, Jiřina; MAGNOVÁ, Olga; FIFKOVÁ, Hana; WEISS et al., Nesoulad rodu a pohlaví v dětství a adolescenci: současné názory a přístupy, situace v České republice. *Československá pediatrie*. 2022, 77(Suppl. 3), 30-35. ISSN 0069 2328. DOI <https://doi.org/10.55095/CSPediatrie2022/056>.

TURČAN, Pavel. Gynekologická péče o lesbické a bisexuální ženy i ženy po konverzi pohlaví (FTM, MTF). *Moderní gynekologie a porodnictví : časopis pro postgraduální vzdělávání*. 2023, 30(2), 172-180. ISSN 1211-1058

ÚSTAVNÍ SOUD. *Chirurgický zákrok včetně sterilizace jako podmínka úřední změny pohlaví neobstál před Ústavním soudem*. Online. In: Ústavní soud. 2024 Dostupné z: <https://www.usoud.cz/aktualne/chirurgicky-zakrok-vcetne-sterilizace-jako-podminka-uredni-zmeny-pohlavi-neobstal-pred-ustavnim-soudem>. [cit. 2025-02-07].

VAN DE GRIFT, Tim C. Masculinizing and defeminizing gender-affirming surgery. Online. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2023, roč. 88. ISSN 15216934. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2023.102323>. [cit. 2025-04-02].

VRZÁČKOVÁ, Petra. Transsexualita Female to Male - State in the Art v České republice. *Acta medicae*. 2018, 6(5-6), 73-74. ISSN 1805 398X.

VYDROVÁ, Jitka. Transsexualita. In: *Hlasová terapie*. 2017, 128-135. ISBN 978-80-7311-169-4.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *MKN-11 pro statistiky úmrtnosti a nemocnosti*. Online. In: Ústav zdravotnických informací a statistiky. 2025. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/cs>. [cit. 2025-03-09].

WICHSOVÁ, Jana; PŘIKRYL, Petr; POKORNÁ, Renata a BITTNEROVÁ, Zuzana. *Sestra a perioperační péče*. Sestra. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3754-6.

WOLFOVÁ, Petra; FILAUSOVÁ, Drahomíra a BELEŠOVÁ, Romana. Perioperační péče na gynekologickém oddělení. *Prakt Gyn 2014*; 18(4): 268-274. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticka-gynekologie/2014-4-11/perioperacni-pecce-na-gynekologickem-oddeleni-50996>.

ŽOURKOVÁ, Alexandra a SEJBALOVÁ, Petra. Sledování transsexuálních osob po dokončené změně pohlaví. In: *Budoucnost péče o duševně nemocné v souvislostech : sborník*

příspěvků X. sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP s mezinárodní účastí. 2014, 145-148.
ISBN 978-80-263-0702-0

14 PŘÍLOHY

Příloha A - Předoperační dotazník	99
Příloha B - Předoperační dotazník	100
Příloha C - Předoperační dotazník	101
Příloha D - Pooperační dotazník	102
Příloha E - Pooperační dotazník.....	103
Příloha F - Pooperační dotazník.....	104
Příloha G - WHOQOL-BREF (Dragomirecká a Bartoňová, 2006)	105
Příloha H - WHOQOL-BREF (Dragomirecká a Bartoňová, 2006).....	106
Příloha I - WHOQOL-BREF (Dragomirecká a Bartoňová, 2006)	107
Příloha J - Souhlas se zařazením do vědecko-výzkumného projektu	108

Příloha A - Předoperační dotazník

1. ČÁST DOTAZNÍKU – DOTAZNÍK PŘED ZÁKROKEM

Dobrý den, jmenuji se Tereza Trpálková a jsem studentkou 1. ročníku oboru Perioperační péče v porodní asistenci na Fakultě zdravotnických studií. Chtěla bych Vás požádat o spolupráci při vyplnění dotazníku, který je podkladem mé diplomové práce na téma: „**Genderová dysforie a podstupování female to male chirurgických zákroků**“. Dotazník je zcela anonymní a Vámi poskytnuté informace budou sloužit pro účely mé diplomové práce. Vámi zvolené odpovědi prosím zakroužkujte a případně doplňte informace v otevřené odpovědi. Předem Vám velice děkuji za čas, který věnujete vyplnění tohoto dotazníku. Držím Vám palce v cestě za vlastní identitou!

Před vyplněním dotazníku Vás prosím o zodpovězení základních informací.

Identifikační číslo (toto číslo Vám bude přiděleno a slouží k porovnání odpovědí s dotazníkem zasláným za 3. měsíce po operaci):
Jaký chirurgický zákrok podstupujete?:
Kolik Vám je let?:
Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?:
Žijete ve městě či na vesnici?:

1. V kolika letech jste poprvé začal/a pociťovat znaky genderové dysforie?

2. V kolika letech jste začal/a podstupovat female to male tranzici (tímto je myšlena i tranzice sociální, hormonální či operativní):

3. Jak dlouho jste rozhodnut/a pro podstoupení operace?

4. Jaký je Váš hlavní důvod pro podstoupení operace? (zvolte jednu variantu)

- a) nová identita
- b) psychické důvody
- c) sexuální či partnerské důvody
- d) sociální důvody
- e) úřední důvody
- f) jiné: _____

Příloha B - Předoperační dotazník

5. Jaká jsou Vaše očekávání ohledně podstoupení operace?

6. Co/kdo Vám nejvíce pomohl/o v rozhodnutí podstoupit operaci? (zvolte jednu variantu)

- a) Vaše vnitřní rozhodnutí
- b) blízké okolí (rodina, přátelé, partner/ka)
- c) sexuolog/psycholog/jiný odborník
- d) jiné: _____

7. Jak reaguje blízké okolí (rodina, přátelé, partner/ka) na Vaše rozhodnutí o postoupení operace? (zvolte jednu variantu)

- a) pozitivně
- b) spíše pozitivně
- c) neutrálně
- d) spíše negativně
- e) negativně

8. Jak reaguje širší okolí (spolupracovníci, spolužáci, kolegové atd.) na Vaše rozhodnutí o podstoupení operace? (zvolte jednu variantu)

- a) pozitivně
- b) spíše pozitivně
- c) neutrálně
- d) spíše negativně
- e) negativně

9. Charakterizujte tři převládající emoce, které ve vztahu s podstoupením operace prožíváte.

10. Jak hodnotíte svou sexuální touhu? (zvolte jednu variantu)

- a) pozitivně
- b) spíše pozitivně
- c) neutrálně
- d) spíše negativně
- e) negativně

Příloha C - Předoperační dotazník

11. Dovedla Vás současná situace do životní krize? (zvolte jednu variantu)

- a) spíše ano
- b) ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nejsem si jistý/á

12. Pokud Vás současná situace dovedla do životní krize, co/kdo Vám pomohl se z ní dostat?

13. Setkal/a jste se s předsudky ohledně podstoupení tohoto zákroku? (zvolte jednu variantu)

- a) spíše ano
- b) ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nejsem si jistý/á

14. Jste si plně vědom/a následků a možných rizik, které operace obnáší? (zvolte jednu variantu)

- a) spíše ano
- b) ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nejsem si jistý/á

15. Co pro Vás představuje riziko operace?

(autor: Bc. Tereza Trpáková)

2. ČÁST DOTAZNÍKU – DOTAZNÍK PO ZÁKROKU

Dobrý den, jmenuji se Tereza Trpálková a jsem studentkou 1. ročníku oboru Perioperační péče v porodní asistenci na Fakultě zdravotnických studií. Chtěla bych Vás požádat o spolupráci při vyplnění dotazníku, který je podkladem mé diplomové práce na téma: „**Genderová dysforie a podstupování female to male chirurgických zákroků**“. Dotazník je zcela anonymní a Vámi poskytnuté informace budou sloužit pro účely mé diplomové práce. Vámi zvolené odpovědi prosím zakroužkujte a případně doplňte informace v otevřené odpovědi. Předem Vám velice děkuji za čas, který věnujete vyplnění tohoto dotazníku. Držím Vám palce v cestě za vlastní identitou!

1. Jaká shledáváte pozitiva po podstoupení chirurgického female to male zákroku? (možno zvolit více variant)

- a) fyzické změny
 - b) psychický stav
 - c) nová identita
 - d) sociální interakce
 - e) zlepšení v partnerském životě
 - f) zlepšení v sexuálním prožívání
 - g) jiné: _____
-

2. Jaká shledáváte negativa po podstoupení chirurgického female to male zákroku? (možno zvolit více variant)

- a) fyzická bolest
 - b) operační komplikace
 - c) psychické obtíže
 - d) sexuální prožívání
 - e) reakce okolí
 - f) finance
 - g) jiné: _____
-

3. Naplnila operace Vaše očekávání? (zvolte jednu variantu)

- a) spíše ano
- b) ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nejsem si jistý/á

4. Vyskytly se v souvislosti s operací nějaké pooperační komplikace? (zvolte jednu variantu)

- a) spíše ano
- b) ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nejsem si jistý/á

Příloha E - Pooperační dotazník

5. Pokud se v souvislosti s operací vyskytly nějaké pooperační komplikace, uveďte prosím jaké. (možno zvolit více variant)

- a) silná bolest
 - b) komplikované hojení rány
 - c) infekce (zánět)
 - d) nevyhovující estetika
 - e) jiné: _____
-

6. Pomohla Vám operace utvrdit se ve své genderové identitě? (zvolte jednu variantu)

- a) spíše ano
- b) ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nejsem si jistý/á

7. Charakterizujte tři převládající emoce, které jste za poslední 3 měsíce prožíval/a.

8. Jak reaguje blízké okolí (rodina, přátelé, partner/ka) na změny spojené s podstoupením operace? (zvolte jednu variantu)

- a) pozitivně
- b) spíše pozitivně
- c) neutrálně
- d) spíše negativně
- e) negativně

9. Jak reaguje širší okolí (spolupracovníci, spolužáci, kolegové atd.) na změny spojené s podstoupením operace? (zvolte jednu variantu)

- a) pozitivně
- b) spíše pozitivně
- c) neutrálně
- d) spíše negativně
- e) negativně

10. Jak hodnotíte svou sexuální touhu? (zvolte jednu variantu)

- a) pozitivně
- b) spíše pozitivně
- c) neutrálně
- d) spíše negativně
- e) negativně

Příloha F - Pooperační dotazník

11. Pokud byste měl/a možnost vrátit čas, podstoupil/a byste operaci znovu? (zvolte jednu variantu)

- a) spíše ano
- b) ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nejsem si jistý/á

(autor: Bc. Tereza Trpáková)

KVALITA ŽIVOTA DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF (krátká verze)

INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	1	2	3	④	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	①	2	3	4	5

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

Příloha H - WHOQOL-BREF (Dragomirecká a Bartoňová, 2006)

PCP 2003

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **v jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

Příloha I - WHOQOL-BREF (Dragomirecká a Bartoňová, 2006)

PCP 2003

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

Příloha J - Souhlas se zařazením do vědecko-výzkumného projektu

Osobní údaje výzkumníka jsou v této verzi anonymizovány.

SOUHLAS SE ZAŘAZENÍM DO VĚDECKO-VÝZKUMNÉHO PROJEKTU

Já,, rok narozenísouhlasím se svou účastí na vědecko-výzkumném projektu s názvem Genderová dysforie a podstupování female to male chirurgických zákroků, který je zaměřen na kvalitu života a tematiku genderové dysforie, hlavního řešitele/výzkumníka Bc. Terezy Trpákové.

Vaše zapojení bude spočívat ve vyplnění dotazníku skládající se ze dvou částí: a) česká verze The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) – BREF a za b) mnou vytvořeného dotazníku týkajícího se genderové dysforie. Dotazník bude vyplňován den před operativním výkonem a 3 měsíce po podstoupení chirurgického female to male zákroku (mastektomie¹, hysterektomie², adnexektomie³ či kombinace zákroků). Cílem výzkumu je sběr dat týkající se dopadu těchto chirurgických zákroků na kvalitu života respondentů. Další vizí je získání poznatků týkajících se tematiky genderové dysforie.

Vědecko-výzkumný projekt je realizován studentem Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, veřejné vysoké školy, Studentská 95, 532 10 Pardubice, IČ 00216275, za účelem zpracování jeho diplomové práce.

Beru na vědomí, že výsledky vědecko-výzkumného projektu mohou být použity pro vědecko-výzkumné účely a jejich následné publikování.

Prohlašuji, že jsem byla seznámena/a s cíli a povahou vědecko-výzkumného projektu a poučen/a o tom, v čem spočívá moje zapojení do projektu. Tyto informace mi byly srozumitelným způsobem předány před podpisem tohoto souhlasu. Měl/a jsem možnost položit otázky, na které mi byla poskytnuta srozumitelná odpověď.

Tímto potvrzují, že má účast v projektu je dobrovolná. Od projektu mohu kdykoliv odstoupit bez udání důvodu, aniž by to mělo dopad na péči, které se mi dostává. K odstoupení dostačuje moje ústní sdělení výzkumníkovi či zaslání e-mailu na níže uvedený e-mail s informací, že odstupuji.

Dne: _____

Podpis

Podpis výzkumníka

Kontaktní osoba

Jméno: Tereza Trpáková

Pozice: student

Telefon: 777 10 777 777

Email: terezatrpkova@univ.pd.cz

¹mastektomie – odstranění prsní žlázy

²hysterektomie – odstranění dělohy

³adnexektomie – odstranění vejcovodů a vaječníků