

# PAŃSTWO I SPOŁECZEŃSTWO

## STATE AND SOCIETY

E-ISSN 2451-0858 ISSN 1643-8299

ROK XXII: 2022, NR 1

DOI: 10.48269/2451-0858-pis-2022-1-017

Data wpłynięcia: 17.03.2022

Data akceptacji: 26.04.2022

## PLANOWANIE OPIEKI NAD PACJENTEM TRANSPŁCIOWYM PO PRZESZCZEPIENIU NERKI - OPIS PRZYPADKU

**Irena Milaniak<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-6649-7545

**Paulina Tomsia<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu,  
Katedra Pielęgniarstwa

<sup>2</sup> Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, Oddział Kliniczny Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii

### **Autor korespondencyjny:**

Irena Milaniak, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu,  
ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1, 30-705 Kraków Polska  
e-mail: imilaniak@afm.edu.pl

### **Streszczenie**

Transpłciowość to jedno z trudniejszych zagadnień medycyny. Sektor ochrony zdrowia powinien oferować wyspecjalizowaną opiekę zdrowotną dopasowaną do potrzeb pacjentów z uwzględnieniem ich orientacji seksualnej. Pielęgniarki odgrywają ważną rolę w opiece nad osobami transpłciowymi, dlatego muszą być przygotowane do sprawowania opieki z uwzględnieniem postępowania etycznego i poszanowania różnorodności seksualnej. Przeszczepienie nerki w populacji osób transpłciowych to temat multidyscyplinarny, którego częstość występowania wzrasta wraz z postępowaniem w przeszczepianiu nerki, większym dostępem do opieki oraz afirmacją płci.

Celem pracy było sformułowanie planu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem transpłciowym po przeszczepieniu nerki z uwzględnieniem klasyfikacji opieki pielęgniarskiej North American Nurses Diagnosis (NANDA). Wykorzystano metodę indywidualnego przypadku. Analizie poddano dokumentację

medyczną i pielęgniarską 20-letniego transpłciowego pacjenta po przeszczepieniu nerki. Na jej podstawie sformułowano plany opieki pielęgniarskiej dla pacjenta z dysforią płciową. Uwzględniono również specyfikę opieki nad chorym po przeszczepieniu nerki. Stwierdzono, że sprawowanie opieki nad pacjentem transpłciowym wymaga multidyscyplinarnego zespołu oraz wiedzy.

**Słowa kluczowe:** transpłciowość, przeszczepienie nerki, plan opieki

## Wprowadzenie

Płeć i płeć społeczno-kulturowa są wypadkowymi interakcji czynników środowiskowych i hormonalnych z determinantami genetycznymi i epigenetycznymi wpływającymi na rozwój narządów, w tym również na rozwój struktur mózgowych.

Zjawisko transpłciowości (transseksualizmu) znane jest od początków dziejów ludzkości, jednak na samym początku medycyna nie odróżniała go od transwestytyzmu czy homoseksualizmu. Transseksualizm stanowi najgłębsze zaburzenie tożsamości płci. Mówimy o nim wówczas, gdy istnieje rozbieżność między budową morfologiczną ciała i płcią określoną metrykalnie a płcią odczuwaną przez jednostkę psychicznie. Oznacza to, że dana osoba czuje głębokie niezadowolenie z powodu posiadanych cech fizycznych, które są niezgodne z odczuwaną psychicznie płcią i poczuciem przynależności do konkretnej płci. Osoba dotknięta transseksualizmem pragnie pełnić funkcję tożsamą z odczuwaną psychicznie płcią i żyć zgodnie z nią, co nie zawsze jest akceptowane przez społeczeństwo i najbliższych. Osoby transpłciowe doznają silnego dyskomfortu i cierpienia ze względu na ciągłą walkę ze stereotypami, uprzedzeniami i brakiem zrozumienia. Należy zatem pamiętać, że bycie osobą transseksualną lub różnorodną płciowo nie jest patologią, nieprawidłowością czy odstępstwem od normy [1]. Światowe Stowarzyszenie Specjalistów(-tek) do spraw Zdrowia Osób Transpłciowych (The World Professional Association for Transgender Health, WPATH) w maju 2010 r. wydało oświadczenie mające na celu zmianę podejścia medycznego do różnorodności płciowej. W dokumencie tym zaznaczono, że „ekspresja cech płciowych, włączając w to tożsamości, które nie są stereotypowo związane z płcią przypisaną danej osobie przy urodzeniu, jest powszechnym i zróżnicowanym kulturowo ludzkim zjawiskiem, które nie powinno być osądzane jako z natury patologiczne lub negatywne” [2].

Niezgodność płciowa nie jest jednoznaczna z pojęciem dysforii płciowej. Niezgodność płciowa obejmuje szeroki obszar, w jakim ekspresja, rola i tożsamość płciowa danej jednostki w sposób znaczny odróżniają się od przyjętych norm kulturowych. Dysforia płciowa jest zaś subiektywnym odczuwaniem cierpienia czy dyskomfortu związanego bezpośrednio z niezgodnością pomiędzy przypisaną płcią a tożsamością płciową. Dysforii płciowej w swoim życiu (najczęściej czasowo) doświadczają tylko niektóre z osób. Zindywidualizowane leczenie

może pomóc w zminimalizowaniu doświadczanych trudności poprzez odnalezienie roli płciowej oraz idącej za tym identyfikacji tożsamościowej [3].

Pojmowanie własnej płci jako innej niż genotyp i biologiczne cechy płciowe jest nazywane transpłciowością (ang. *transgender*, *cross-gender*) [1].

W przypadku transseksualizmu, należącego do zespołu dezaprobaty płci, czyli braku zgody jednostki na płeć biologiczną, dochodzi do rozbieżności pomiędzy psychicznym poczuciem płci a biologiczno-morfologiczną budową ciała. Dysproporcji ulega także płeć socjalna, tj. metrykalno-prawna. Osoba transseksualna odczuwa swoje ciało jako obce i należące do płci przeciwnej. Osoby transseksualne zostały podzielone na typ kobieta/mężczyzna (K/M), w którym transseksualista czuje się mężczyzną uwięzionym w ciele kobiety, oraz typ mężczyzna/kobieta (M/K), w którym transseksualistka czuje się kobietą uwięzioną w ciele mężczyzny [1]. Transseksualizm jest uważany za zjawisko stosunkowo rzadkie, a jego rozpowszechnienie na świecie szacowane jest na 0,5–1,3% [4].

Współcześnie postęp w medycynie – zmiany paradygmatu medycznego pozwalają na powszechność afirmacji płci i leczenie umożliwiające tranzycję.

Kadra medyczna charakteryzuje się zróżnicowanym podejściem do transpłciowości, poczynając od zrozumienia i empatii, na moralnej dezaprobatie kończąc. Zalecenia ekspertów Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego dotyczące opieki nad zdrowiem dorosłych osób transpłciowych wskazują na konieczność poszanowania tożsamości pacjenta i adekwatne odnoszenie się do chorego, niezależnie od etapu tranzycji [5]. Pomimo to badania lekarskie oraz badania przesiewowe powinny być przeprowadzane w zgodności z organami posiadanymi przez pacjenta, a nie domniemaną płcią. Dyskryminacja osób transpłciowych przez pracowników opieki zdrowotnej przejawiają się w takich zachowaniach jak: odmowa wykonania badań, m.in. badania cytologicznego, naruszenie poufności oraz częste przypadki kierowania kobiet na męskie, a mężczyzn na kobiece oddziały w szpitalach. Problemy zdrowotne osób transpłciowych dokonujących tranzycji medycznej wpływają negatywnie nie tylko na dobrostan fizyczny, lecz także na zdrowie emocjonalne (obciążone dodatkowo ryzykiem depresji), relacje partnerskie oraz na zdrowie seksualne. W takich przypadkach potrzebna jest pomoc psychologiczna oraz psychiatryczna, endokrynologiczna, chirurgiczna, urologiczna czy neurologiczna [6]. Psychoterapia ma przede wszystkim na celu [6–9]:

- pracę nad negatywnymi konsekwencjami dysforii płciowej;
- uzyskanie wglądu w procesy związane ze zgłębianiem tożsamości oraz roli płciowej;
- konfrontację ze stygmatyzacjami napływającymi ze świata zewnętrznego;
- łagodzenie zinternalizowanej transfobii;
- znaczne ocieplenie wizerunku obrazu swojego ciała;
- podtrzymywanie i wzmacnianie kontaktów społecznych i rówieśniczych (stanowiących wsparcie dla jednostki).

Ponadto niezbędna w procesie tranzycji substytucja hormonalna, stosowana często przez całe życie, wiąże się dodatkowo z wieloma skutkami niepożądanymi, takimi jak:

- w przypadku przyjmowania estrogenów – zwiększone ryzyko zakrzepicy, nadciśnienia tętniczego i cukrzycy;
- w przypadku przyjmowania testosteronu – uszkodzenie wątroby, zwiększone ryzyko wystąpienia zawału serca czy udaru mózgu.

Przeszczepienie nerki jest uznanym sposobem leczenia skrajnej niewydolności nerek u pacjentów leczonych hemodializami lub dializami otrzewnowymi. Terapia hormonalna i operacje zmiany płci implikują różnego rodzaju problemy anatomiczne, hormonalne, zakaźne i psychospołeczne wśród transpłciowych dawców i biorców przeszczepu nerki [10].

W świetle wciąż powszechnego braku zrozumienia, dyskryminacji i stygmatyzacji związanej z rolą płci oraz nonkonformizmu doświadczanego przez osoby transpłciowe kluczowa jest rola osób sprawujących opiekę nad chorym, w tym pielęgniarek, które odnoszą się do potrzeb i obaw pacjenta ze współczuciem i empatią oraz bez uprzedzenia lub osądu [11].

Pacjent transseksualny poddawany leczeniu poprzez przeszczepienie nerki wymaga szczególnej opieki pielęgniarskiej, która powinna obejmować nie tylko stan fizyczny, ale również psychiczny chorego oraz jego zasoby samoopiekuńcze. Pielęgniarka sprawująca opiekę nad pacjentem hospitalizowanym powinna dokonać kompleksowej oceny jego statusu zdrowotnego i sformułować wynikające z niej diagnozy pielęgniarskie. W dalszym etapie procesu pielęgnowania należy opracować indywidualny plan opieki nad chorym i określić zakres niezbędnych interwencji [12].

Celem pracy było sformułowanie planu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem transpłciowym po przeszczepieniu nerki z uwzględnieniem klasyfikacji opieki pielęgniarskiej Północnoamerykańskiego Stowarzyszenia Diagnoz Pielęgniarskich (North American Nurses Diagnosis, NANDA).

Analizie poddano opis przypadku 20-letniego transpłciowego pacjenta po zabiegu przeszczepienia nerki. Wykorzystano dokumentację medyczną chorego: obserwacje pielęgniarskie i lekarskie oraz wyniki konsultacji specjalistycznych.

## Opis przypadku

Chory to 20-letni pacjent po przeszczepieniu nerki w 2017 r. od dawcy zmarłego. W wywiadzie schyłkowa niewydolność nerek na tle śródmiąższowego zapalenia z tubulopatią; pacjent był hemodializowany, wcześniej dializowany otrzewnowo. Ponadto: niskorosłość – stan po leczeniu hormonem wzrostu, plastyka przepekliny pępkowej w przeszłości, łuszczyca i zaburzenia depresyjne. Czynność wydalnicza nerki przeszczepionej bardzo dobra, stabilna. Bez cech zakażenia

w drogach moczowych oraz zaburzeń odpływu moczu z graftu. Ciśnienie tętnicze krwi dobrze kontrolowane. Glikemie prawidłowe przy stosowaniu diety cukrzycowej. Tolerancja leczenia immunosupresyjnego dobra. Dawki leków immunosupresyjnych dostosowane do poziomu leku w surowicy i okresu po transplantacji.

Pacjent kilkakrotnie hospitalizowany na oddziale chirurgii transplantacyjnej. W okresie sprawowania opieki początkowo posiadał numer PESEL z oznaczeniem płci męskiej, następnie płci żeńskiej; rozpoczął leczenie hormonalne celem korekty płci.

Problemy zdrowotne związane z przeszczepioną nerką dotyczyły:

- nawracających zakażeń układu moczowego z urosepsą;
- konieczności przeprowadzenia zabiegu naprawczego zespolenia pęcherzowo-moczowodowego z powodu zwężenia moczowodu;
- odrzucania przeszczepionej nerki.

W trakcie hospitalizacji pacjent był konsultowany psychologicznie i psychiatrycznie.

### Opinia psychologiczna

Pacjent transpłciowy prezentujący labilność emocjonalną, źle znoszący kolejne hospitalizacje. Z relacji personelu wynikało, że podczas pobytu w szpitalu chory miał tendencje do zachowań autoagresywnych.

W trakcie zebranego wywiadu pacjent poinformował, że przed przyjęciem do szpitala zgłaszał występowanie myśli samobójczych. Relacjonował również występowanie myśli rezygnacyjnych oraz inicjowanie sporadycznych silnie agresywnych zachowań, które najczęściej kończyły się płytkimi okaleczeniami ciała (w momentach bezradności). Sytuacje te występowały najczęściej w trakcie obserwacji konfliktów między domownikami (kłótnie rodziców). Pacjent nie podejmował prób samobójczych (brak informacji w dostępnej dokumentacji medycznej); brak informacji na temat podejmowania prób samobójczych. Chory relacjonował jednak chwiejny nastrój, obniżone poczucie własnej wartości i dużą dysfориę płciową. Negował występowanie anhedonii. Mieszkał z rodzicami i bratem, z którym utrzymywał powierzchowne relacje (również leczony psychiatrycznie). W rodzinie rozpoznawano schizofrenię. Chory zgłaszał trudności z zasypianiem.

Podczas pobytu w szpitalu pacjent był labilny emocjonalnie, depresyjny, dysforyczny, zgłaszał wielokrotnie myśli rezygnacyjne oraz samobójcze („jestem zagrożeniem dla społeczeństwa, nie panuję nad sobą, jest coraz gorzej, nie kontroluję się, nie umiem już żyć”), samowolnie opuszczał oddział, nie współpracował z personelem medycznym.

Obserwowane zaburzenia zachowania i brak współpracy z personelem medycznym nakazują przypuszczać, że transseksualizm i opóźnienie w rozpoczęciu

procedury zmiany płci nie były dominującymi problemami pacjenta, a na pierwszy plan wysuwały się zaburzenia osobowości o charakterze borderline.

### Konsultacja psychiatryczna

W badaniu: pacjent przytomny, zorientowany prawidłowo, wszechstronnie, w nastroju obniżonym, okresowo dysforycznym, w wyrównanym napędzie, afekcie nieco splotym, adekwatnym, urojeń nie wypowiada, zaprzecza urojeniom prześladowczym, wpływu i ksobnym, neguje halucynacje, nie sprawia wrażenia halucynującego, zaprzecza myślom i tendencjom samobójczym. Najbardziej palącym problemem była nasilająca się dysforia płciowa (przede wszystkim związana z nasilonym owłosieniem i zarostem). Pacjent opisywał obniżenie nastroju, występujące od chwili przyjęcia na oddział, anhedonię, poczucie beznadziei oraz zwiewne myśli rezygnacyjne i samobójcze, bez tendencji do realizacji.

W badaniach testowych wykorzystano następujące narzędzia: Diagnostyczny Kwestionariusz Osobowości – DKO 74/K oraz Skalę Depresji Becka.

Wyniki DKO 74/K wskazały na wyraźnie wysokie rezultaty w skali Psychastenia oraz Psychopatia, które mogą świadczyć o braku możliwości sprecyzowania swoich uczuć, pragnień oraz o przejawianiu ambiwalencji na wielu płaszczyznach życia. U osoby badanej można było również zauważyć wystąpienie natręctw myślowych, które przybierały różne formy, najczęściej związane z podjęciem nauki na uczelni wyższej, co jest bardzo odległym oraz wymagającym dużego zaangażowania planem życiowym. W efekcie badań pojawiają się wyniki świadczące o niedojrzałości emocjonalnej i społecznej nadwrażliwości, które mogą przejawiać się nieuzasadnionym poczuciem krzywdy oraz przesadną troską o zdrowie.

Dodatkowo odpowiedzi wskazują na przewagę działań o charakterze reaktywnym, spontanicznym oraz na występowanie silnego napędu psychoruchowego, ogólnej aktywności, która jest obecnie mocno zahamowana, co może budzić frustrację i niechęć.

W Skali Depresji Becka pacjent uzyskał 37 pkt, co świadczy o nasileniu objawów sugerujących wystąpienie depresji.

Dgn. F43.2 – zaburzenia adaptacyjne. Leczenie farmakologiczne: pregabalina 75 mg 1–0–1; kwetiapina 25 mg 0–0–1 i escitalopram 10 mg 1–0–0.

### Problemy pielęgnacyjne i interwencje pielęgniarские

Według klasyfikacji diagnoz pielęgniarских NANDA-I główna diagnoza pielęgniarська to dysforia płciowa.

Proponowane plany opieki pielęgniarskiej [13–15]:

Diagnoza pielęgniarська 1: Zaburzenie obrazu ciała

Cel opieki: Wzmocnienie obrazu ciała

Interwencje pielęgniarские:

- Wykazanie empatii wobec problemu pacjenta.
- Stosowanie pytań psychospołecznych związanych z obrazem ciała jako część oceny pielęgniarstwa mającej na celu zidentyfikowanie problemu.
- Skierowanie pacjenta do psychologa klinicznego, psychiatry.
- Zachęcanie chorego do wyrażania uczuć, zwłaszcza tego jak się czuje, o czym myśli lub jak postrzega siebie.
- Pomoc pacjentowi w wyrażaniu swoich obaw związanych z obrazem ciała.
- Akceptacja i kontrola zaprzeczania, złości, depresji.
- Uczenie strategii radzenia sobie z emocjami.
- Unikanie krytyki wobec pacjenta.
- Stosowanie dotyku terapeutycznego za zgodą chorego.
- Zapewnienie pacjentowi listy odpowiednich zasobów środowiskowych.

Diagnoza pielęgniarstwa 2. Zaburzona tożsamość osobista

Cel opieki: Uzyskanie poczucia adekwatnej tożsamości osobistej

Interwencje pielęgniarstwa:

- Zachęcenie pacjenta do wyrażania uczuć, zwłaszcza tego, jak myśli lub postrzega siebie.
- Zachęcanie chorego do zadawania pytań dotyczących problemu zdrowotnego, leczenia, postępów, rokowań.
- Rozmowa na temat pogłębiania świadomości własnej tożsamości.
- Rozwijanie akceptacji własnej tożsamości.
- Dostarczanie pozytywnej motywacji do dalszego działania.
- Dostarczanie rzetelnych informacji i wzmacnianie informacji już podanych.
- Wyjaśnianie wszelkich błędnych wyobrażeń pacjenta na temat siebie, opieki lub opiekunów.
- Unikanie krytyki pacjenta.
- Pomoc w przyjęciu pomocy od innych.
- Unikanie nadopiekuńczości z jednoczesnym ograniczaniem wymagań stawianych jednostce.
- Zachęcanie do ruchu.
- Poznanie mocnych stron, zasobów i oczekiwań pacjenta.
- Poznanie realistycznych alternatyw dotyczących zmiany sposobu myślenia pacjenta o sytuacji.

Diagnoza pielęgniarstwa 3. Ryzyko poniżenia godności ludzkiej

Cel opieki: Zapobieganie poniżaniu / minimalizowanie ryzyka poniżenia

Interwencje pielęgniarstwa:

- Zapewnienie obecności i wsparcia w podejmowaniu decyzji.
- Autentyczne przebywanie z chorym, skoncentrowanie się na jego dobrostanie.
- Przyjmowanie pacjenta takim, jaki jest, bezwarunkowa akceptacja.

- Zwracanie się do pacjenta według jego życzeń i używanie zawsze formy zgodnej z jego życzeniem.
- Poznanie poglądów chorego na temat zdrowia, priorytetów.
- Stworzenie przyjaznego środowiska (zapewnienie żeńskiej sali na oddziale).
- Szanowanie prywatności pacjenta.

#### Diagnoza pielęgniarska 4. Bezsilność i poczucie bezradności

Cel opieki: Wzmocnienie poczucia własnej wartości pacjenta, wspieranie przyjmowania odpowiedzialności za własne działania

Interwencje pielęgniarskie:

- Kontrola czynników odpowiedzialnych za pojawienie się bezsilności (przedłużające się hospitalizacje, powikłania, sztywne schematy postępowania).
- Ocena pod kątem braku współpracy w procesie leczenia.
- Ocena źródeł kontroli pacjenta w stosunku do jego zdrowia.
- Nawiązanie relacji terapeutycznej z chorym.
- Zachęcenie pacjenta do dzielenia się przekonaniem, myślami i oczekiwaniami dotyczącymi choroby i swojej sytuacji życiowej.
- Nagradzanie za określone osiągnięcia.
- Dostrzeganie zmian w zachowaniu pacjenta.

#### Diagnoza pielęgniarska 5. Przewlekłe poczucie niskiej samooceny

Cel opieki: Podwyższenie samooceny

Interwencje pielęgniarskie:

- Aktywne słuchanie i okazywanie szacunku dla pacjenta.
- Ocena stresorów środowiskowych i dnia codziennego u chorego.
- Ocena i wzmocnienie osobistych mocnych stron oraz pozytywnych percepcji pacjenta.
- Identyfikacja negatywnych ocen pacjenta w stosunku do samego siebie.
- Wspieranie chorego.
- Rozmowa z pacjentem na temat podmiotowości każdego człowieka.
- Pomoc w ocenie wpływu rodziny na poczucie własnej wartości chorego.
- Wspieranie umiejętności socjalizacji i komunikacji.
- Zachęcanie pacjenta do psychoterapii.
- Zapewnienie pacjentowi i jego rodzinie psychoedukacji.

Diagnoza pielęgniarska 6. Zaburzenia prawidłowego funkcjonowania osoby dorosłej związane z zaburzeniami depresyjnymi

Cel opieki: Poprawa funkcjonowania społecznego, dostosowania psychospołecznego

Interwencje pielęgniarskie:

- Przekazanie wiary w pomyślność leczenia.
- Ocena stanu psychicznego przez psychologa.



- Wzbudzanie nadziei i wzmacnianie pozytywnych myśli.
- Współdziałanie pielęgniarki w farmakoterapii na zlecenie lekarza.
- Obserwacja zachowań pacjenta.
- Zachęcanie chorego do udziału w treningu umiejętności społecznych.
- Identyfikowanie mocnych stron pacjenta.
- Nawiązanie współpracy z rodziną chorego.
- Rozmowa z pacjentem na temat dostępności systemów wsparcia społecznego.

Diagnoza pielęgniarska 7. Ryzyko samouszkodzenia

Cel opieki: Zapobieganie zachowaniom autoagresywnym

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena pod względem czynników ryzyka samookaleczenia i identyfikacja sygnałów ostrzegawczych.
- Sprawowanie ciągłego nadzoru nad pacjentem i jego środowiskiem.
- Stymulowanie u chorego woli życia, pomoc w znalezieniu celu życia, akcentowanie jego osiągnięć, pokazanie możliwości rozwiązywania problemów.
- Zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa w różnych sytuacjach przez całą dobę.
- Zapewnienie obecności przy chorym w sytuacji skrajnego niepokoju.
- Zbudowanie zaufania, zredukowanie poziomu niepokoju.
- Wysłuchanie pacjenta, okazanie mu zainteresowania.
- Pomoc pacjentowi w nabyciu umiejętności rozwiązywania problemów, radzenia sobie z presjami, stresem, wstrząsami.
- Pomoc i w rozwiązywaniu bieżących problemów życiowych.
- Informowanie pacjenta o oczekiwaniach co do przestrzegania zasad zachowania i konsekwencji ich naruszania na terenie oddziału.
- Zachęcenie pacjenta do regularnej psychoterapii.

Plany opieki pielęgniarskiej związane ze specyfiką opieki nad pacjentem po przeszczepieniu narządu dotyczyły m.in. lęku związanego z utratą przeszczepionej nerki i procesem jej odrzucania.

Diagnozy pielęgniarskie stawiane podczas sprawowania opieki nad pacjentem po przeszczepieniu nerki to m.in.:

- niedostateczna wiedza na temat potrzeb żywieniowych, leczenia, choroby,
- upośledzenie podtrzymania zdrowia związane z długoterminowym leczeniem po przeszczepieniu nerki,
- upośledzenie oddawania moczu związane z możliwym upośledzeniem funkcjonowania przeszczepionej nerki,
- nieskuteczna ochrona związana z leczeniem immunosupresyjnym,
- ryzyko wystąpienia infekcji wirusowych, grzybiczych, bakteryjnych.

## Podsumowanie

Opieka nad pacjentem transpłciowym stanowi wyzwanie dla całego zespołu interdyscyplinarnego. Pielęgniarki są integralną częścią tworzenia przyjaznego środowiska dla pacjenta – od oceny stanu jego zdrowia po planowanie opieki, które powinno obejmować wrażliwość wobec osób transseksualnych. Każda hospitalizacja stanowi czynnik stresogenny, który szczególnie nasila się w przypadku osób transseksualnych. Pielęgniarka powinna zaplanować pobyt pacjenta na oddziale, zbierając wywiad z chorym, w którym ustali preferowany sposób zwracania się do podopiecznego. W ramach możliwości oddziału powinna też zapewnić choremu odpowiednie warunki pobytu, umieszczając go w odpowiedniej dla jego płci psychicznej sali. Ważnym aspektem jest również zachowanie intymności pacjenta oraz ochrona jego danych osobowych. Należy podkreślić, że zespół pielęgniarski jest stosunkowo rzadko edukowany w zadawaniu odpowiednich pytań pacjentom dotyczących ich orientacji seksualnej i tożsamości płciowej. Osobom transpłciowym na co dzień często zadawane są inwazyjne pytania odnośnie ich ciała czy tożsamości płciowej. Rozmowa z pacjentem transseksualnym o tym, jakich słów używa on do opisanego swojego ciała, może pomóc w stworzeniu bezpiecznego dla niego środowiska. Używanie afirmatywnego i włączającego języka osób transpłciowych ma bezpośredni wpływ na świadczoną opiekę zdrowotną. Może pomóc tej szczególnej grupie pacjentów poczuć się bardziej komfortowo w warunkach leczenia szpitalnego [16].

Ważne są nawiązanie więzi i empatia w stosunku do osoby, nad którą sprawowana jest opieka. Nawiązanie przez pacjenta partnerstwa z personelem pielęgniarskim prowadzi do lepszego zrozumienia jego potrzeb. W ten sposób poszerzane są możliwości zdobywania wiedzy, znajdowania rozwiązań oraz budowania praktyk opieki i samoopieki adekwatnych do oczekiwań osób transpłciowych i zespołów terapeutycznych [17].

Pielęgniarki powinny stale zapewniać kulturowo kompetentną i opartą na dowodach opiekę wobec populacji osób transpłciowych oraz używać terminologii specyficznej dla tych osób, takiej jak „*transgender*” – jako przymiotnika, a nie zaś powszechnie stosowanego rzeczownika. Powinny również unikać zniesławiających słów, np. „*tranny*”, „ona-mężczyzna”, „on/ona”, „to”, „trans”. Wraz z rosnącą akceptacją tej grupy w społeczeństwie pielęgniarki muszą zapewniać, że są na bieżąco ze wszystkimi aktualnymi badaniami i informacjami o tym, w jaki sposób sprawować opiekę i edukować pacjentów z dysforią płciową. Z kolei pacjenci powinni być dokładnie oceniani i przeszkoleni w zakresie zachowań zdrowotnych, zwłaszcza ci ze schorzeniami przewlekłymi, takimi jak przeszczepienie nerki. W omawianym przypadku główną barierą w sprawowaniu opieki był brak dostatecznej wiedzy na temat osób transpłciowych [17].

Transpłciowi pacjenci po przeszczepieniu nerki mogą stanowić nowe wyzwania w odniesieniu do aspektów chirurgicznych, a także opieki przed i po

przeszczepieniu. Aby zoptymalizować wyniki dla tej populacji, potrzebna jest specjalistyczna wiedza [18].

Jednostkowe doświadczenie z transplciowym pacjentem po przeszczepieniu nerki pomogło nam ukształtować cele opieki przed i po transplantacji, ze szczególnym uwzględnieniem aspektów anatomicznych, hormonalnych, infekcyjnych i psychospołecznych. Co więcej doświadczenie to wykazało duże znaczenie sprawowania opieki w ujęciu multidyscyplinarnym – konsultacje endokrynologiczne, psychiatryczne, psychologiczne. Do najważniejszych aspektów opieki nad pacjentem należy zaliczyć [10,18–20]:

1. Możliwe zwiększone ryzyko chorób infekcyjnych u pacjentów transplciowych, które są istotne dla funkcjonowania przeszczepu.
2. Problem nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych.
3. Zwiększone ryzyko wystąpienia współistniejących chorób psychicznych. Źle kontrolowana choroba psychiczna jest niezależnym predyktorem śmiertelności i może skutkować nieprzestrzeganiem zaleceń terapeutycznych, a także rozpadem silnego systemu wsparcia psychospołecznego, który ma kluczowe znaczenie dla powrotu do zdrowia po przeszczepieniu. W przeprowadzonych konsultacjach i testach przesiewowych u pacjenta stwierdzono zaburzenia depresyjne oraz ryzyko samouszkodzenia. Z dostępnych badań wynika, że osoby transplciowe częściej cierpią na zaburzenia depresyjno-lękowe, doświadczają myśli samobójczych, podejmują próby samobójcze, jak i niesamobójcze działania samouszkodzające [20,21]. Według badań osoby identyfikujące się jako LGBTQ są od 1,5 do 2,5 razy bardziej narażone na lęk lub depresję niż ich cisplciowi i heteroseksualni rówieśnicy. Ponadto członkowie społeczności LGBTQ mogą zmagać się z homofobią, transfobią, uprzedzeniami i nękaniami. Dyskryminacja, zwłaszcza doświadczana przez długi czas, może mieć wyjątkowo negatywny wpływ na zdrowie psychiczne i prowadzić do zaburzeń psychicznych, w tym lęku i depresji. Dlatego zespoły transplantacyjne muszą zachować szczególną ostrożność, aby rozpoznać i naprawić uprzedzenia oraz piętno związane z transplciowością w opiece zdrowotnej, a także współistniejące choroby psychiczne [5].

Kluczowe jest zrozumienie chorób współistniejących, stosowanego leczenia i celów związanych z wyglądem fizycznym każdego pacjenta podczas leczenia przeszczepieniem nerki i leczenia afirmacji płci. Szczególnie ważne jest zwrócenie uwagi na interakcje i skutki uboczne leków immunosupresyjnych oraz terapii hormonalnej, aby zoptymalizować przestrzeganie zaleceń przez pacjentów [20,22].

Podsumowując, niezwykle ważne jest, aby cały zespół transplantacyjny doceniał i przewidywał niezliczone niuanse opieki – anatomiczne, hormonalne, zakaźne i psychospołeczne – związane z populacją pacjentów transplciowych. Rozważania te wymagają silnego kontaktu z pacjentem i jego siecią wsparcia, aby umożliwić dokładną ocenę chorego przed przeszczepem, a także uważną

obserwację po przeszczepieniu. Wysiłki te są znacznie ułatwione dzięki wykorzystaniu ekspertów – multidyscyplinarnego zespołu z doświadczeniem w pracy z pacjentami transseksualnymi.

## Bibliografia

1. Dulko S, Stankiewicz S. *Klinika transpozycji płci* [w:] Lew-Starowicz Z, Skrzyplulec V (red.). *Podstawy seksuologii*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa [cop. 2010]: 216–225.
2. *WPATH De-Psycho-pathologisation Statement*. WPATH, May 26, 2010, <https://www.wpath.org/policies> [dostęp: 17.05.2022].
3. Knudson G, De Cuypere G, Bockting W. *Process toward consensus on recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders by The World Professional Association for Transgender Health*. *Internat J Transgend*. 2010; 12(2): 54–59. doi: 10.1080/15532739.2010.509213.
4. Zucker KJ. *Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity*. *Sex Health*. 2017; 14(5): 404–411. doi: 10.1071/SH17067.
5. Grabski B, Rachoń D, Czernikiewicz W, Dulko S, Jakima S, Müldner-Nieckowski Ł, Trofimiuk-Müldner M, Baran D, Dora M, Iniewicz G, Mijas M, Stankiewicz S, Adamczewska-Stachura M, Mazurczak A. *Zalecenia Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego dotyczące opieki nad zdrowiem dorosłych osób transpłciowych – stanowisko panelu ekspertów* [Article in English, Polish]. *Psychiatr. Pol. ONLINE FIRST*. 2021; 55(3): 701–708. doi: 10.12740/PP/OnlineFirst/125785.
6. Kowalczyk R, Rodzinka M, Krzystanek M (red.). *Zdrowie LGBT. Przewodnik dla kadry medycznej*. Sady F (tłum.). Kampania Przeciw Homofobii, Warszawa [cop. 2016].
7. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, Fraser L, Green J, Knudson G, Meyer WJ, Monstrey S, Adler RK, Brown GR, Devor AH, Ehrbar R, Ettner R, Eyler E, Garofalo R, Karasic DH, Lev AI, Mayer G, Meyer-Bahlburg H, Hall BP, Pfaefflin F, Rachlin K, Robinson B, Schechter LS, Tangpricha V, van Trotsenburg M, Vitale A, Winter S, Whittle S, Wylie KR, Zucker K. *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7*. *Internat J Transgend*. 2011; 13(4): 165–232. doi: 10.1080/15532739.2011.700873.
8. Rachlin K, Green J, Lombardi E. *Utilization of health care among female-to-male transgender individuals in the United States*. *J Homosex*. 2008; 54(3): 243–58. doi: 10.1080/00918360801982124.
9. Bolin A. *Transcending and transgendering: Male-to-female transsexuals, dichotomy and diversity* [w:] Herdt G (ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history*. Zone Books, New York 1994: 447–486.
10. Ramadan OI, Naji A, Levine MH, Porrett PM, Dunn TB, Nazarian SM, Weinrieb RM, Kaminski M, Johnson D, Trofe-Clark J, Lorincz IS, Blumberg EA, Weikert BC, Bleicher M, Abt PL. *Kidney transplantation and donation in the transgender population: A single-institution case series*. *Am J Transplant*. 2020; 20(10): 2899–2904. doi: 10.1111/ajt.15963.

11. Hutchinson K. *Psychiatric-Mental Health Nursing. Review and Resource Manual*. 5<sup>th</sup> edition. American Nurses Association, Nursing Knowledge Centre, Georgia 2015.
12. Grabowska H, Kilańska D, Gaworska-Krzemińska A. *Metoda pracy pielęgniarki w praktyce klinicznej. Proces pielęgnowania i zastosowanie terminologii referencyjnej* [w:] Kilańska D, Grabowska H, Gaworska-Krzemińska A (red.). *E-zdrowie. Wprowadzenie do informatyki w pielęgniarstwie*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018: 367–394.
13. Medina-Martínez J, Saus-Ortega C, Sánchez-Lorente MM, Sosa-Palanca EM, García-Martínez P, Mármol-López MI. *Health Inequities in LGBT People and Nursing Interventions to Reduce Them: A Systematic Review*. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(22): 11801. doi: 10.3390/ijerph182211801.
14. Ackley BJ, Ladwig GB. *Podręcznik diagnoz pielęgniarstkich. Przewodnik planowania opieki opartej na dowodach naukowych*. Barczyński B i in. (tłum.). Zarzycyka D, Ślusarska B (red. wyd. pol.). GC Media House, Warszawa 2011.
15. Łoza B, Markiewicz R, Szulc A, Wrońska I (red.). *Pielęgniarstwo Psychiatryczne*. Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Lublinie – Wydawnictwo Ars Nova, Lublin – Poznań 2014.
16. Klein DA, Paradise SL, Goodwin ET. *Caring for Transgender and Gender-Diverse Persons: What Clinicians Should Know*. *Am Fam Physician*. 2018; 98(11): 645–653.
17. Rosa DF, Carvalho MVF, Pereira NR, Rocha NT, Neves VR, Rosa ADS. *Nursing Care for the transgender population: genders from the perspective of professional practice* [Article in English, Portuguese]. *Rev Bras Enferm*. 2019; 72(suppl 1): 299–306. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0644.
18. Collister D, Saad N, Christie E, Ahmed S. *Providing Care for Transgender Persons With Kidney Disease: A Narrative Review*. *Can J Kidney Health Dis*. 2021; 8: 2054358120985379. doi: 10.1177/2054358120985379.
19. Hoch DA, Bulman M, McMahon DW. *Cultural Sensitivity and Challenges in Management of the Transgender Patient With ESRD in Transplantation*. *Prog Transplant*. 2016; 26(1): 13–20. doi: 10.1177/1526924816632132.
20. Mohottige D, Lunn MR. *Ensuring Gender-Affirming Care in Nephrology: Improving Care for Transgender and Gender-Expansive Individuals*. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2020; 15(8): 1195–1197. doi: 10.2215/CJN.14471119.
21. Grabski B, Pliczko M, Żołądek S, Kasperek K. *Charakterystyka i oczekiwania pacjentów szukających pomocy z powodu dysforii płciowej w jednej z poradni seksuologicznych w Polsce*. *Psychiatr. Pol.* ONLINE FIRST. 2021; 245: 1–15. doi: 10.12740/PP/OnlineFirst/136449.
22. Jue JS, Alameddine M, Ciancio G. *Kidney Transplantation in Transgender Patients*. *Curr Urol Rep*. 2020; 21(1): 1. doi: 10.1007/s11934-020-0953-x.

## Planning of care for a transgender patient after kidney transplantation

### Abstract

Transgenderism is one of the most challenging issues in medicine. The health care sector should offer specialized health care tailored to the needs of patients, taking into account their sexual orientation. Nurses play an essential role in the care of transgender people. Nurses should be prepared to provide care with regard to correct ethical behaviour and respect for sexual diversity. Kidney transplantation in the transgender population is a multidisciplinary topic whose incidence is increasing due to advances in kidney transplantation and greater access to care and gender affirmation.

This study aims to formulate nursing care plans for a transgender patient after kidney transplantation, taking into account the nursing classification of care North American Nurses Diagnosis (NANDA). An individual case was analyzed in this study. The medical and nursing records of a 20-year-old transgender patient after kidney transplantation were analyzed. Results and conclusions based on the analysis of medical records, and nursing care plans for a patient with gender dysphoria were formulated. Patient care also considers the specificity of patient care after kidney transplantation. Caring for a transgender patient requires a multidisciplinary team and knowledge.

**Key words:** transgender, kidney transplant, care plan