

**Autorzy:**

Anna Płazewska

SKN Etyki i Bioetyki

Katedra Nauk Społecznych

Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkiewicza w Poznaniu

Opiekun koła: prof. dr hab. Michał Musielak

ul. Dąbrowskiego 79, p. 508

60-529 Poznań

Tel. 061 854 69 11

e-mail: [aplazew@gmail.com](mailto:aplazew@gmail.com)

mgr Katarzyna B. Głodowska

asystent

Katedra Nauk Społecznych

Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkiewicza w Poznaniu

Kierownik Katedry prof. dr hab. Michał Musielak

**Praca nie mogłaby się ukazać, gdyby nie życzliwość mentora doktora Jana Zamojskiego, któremu autorzy pragną serdecznie podziękować za okazaną pomoc i udzielone wsparcie.**

**Temat:** Rola pielęgniarki w rozpoznaniu i odwróceniu zjawiska śmierci społecznej; kazus osoby transseksualnej.

**Subject:** The nurse's role in the diagnosis and reversal of the phenomenon of social death, case assignment for a transsexual person.

### **STRESZCZENIE**

Autorzy w pracy opisali rolę pielęgniarki w opiece nad pacjentem transseksualnym, który z uwagi na małą wiedzę społeczną dotyczącą tego zjawiska, jest szczególnie narażony na niezrozumienie, izolację i w konsekwencji śmierć społeczną. Autorzy ukazali cechy jakimi powinna pielęgniarka odznaczać się pielęgniarka, która podejmuje się opieki. Ponadto zwrócili uwagę na fakt, iż pielęgniarka zajmująca się pacjentem transseksualnym powinna wykazać się profesjonalnym podejściem pełniąc rolę mediatora między pacjentem a społeczeństwem, zaś podjęta opieka powinna zmierzać do tego, aby pacjenci transseksualni nie zostali wykluczeni ze społeczeństwa.

### **SUMMARY**

The authors of dissertation described nurse's importance in providing care for a transsexual person. Because of the lack of social knowledge of that phenomenon, they are threatened by incomprehension, isolation and finally social death. Authors show traits which a nurse should obtain to provide helpful care. Furthermore, they pay attention to the fact that a nurse who takes care of a transsexual patient should show professional attitude. A nurse should act as a mediator between a patient and society. The act of care should aim at the point where a patient is not excluded from the society.

**Słowa kluczowe:** transgenderyzm, transseksualizm, śmierć społeczna, opieka pielęgniarska

**Key words:** transgenderism, transsexualism, social death, nursing

## **Życie w społeczeństwie i mechanizmy śmierci społecznej**

Znany w dziedzinie socjologii przypadek „dzikich dzieci” jest potwierdzeniem tezy, iż żaden człowiek nie może w pełni rozwinąć się i ukształtować w oderwaniu od społeczeństwa. Żyjąc w nierozzerwalnym związku z daną społecznością, pozostajemy zależni od reguł i zasad w niej panujących, a nasze działania winny być rozpatrywane w odniesieniu do kręgu kulturowego z jakiego się wywodzimy. Życie społeczne, definiowane jako ogół zjawisk wynikających z wzajemnego oddziaływania jednostek i zbiorowości, znajdujących się w określonej przestrzeni, powinno opierać się na kanwie zasad wspólnego dobra, pomocy i solidarności [1,2,3].

Wspólny rozwój danej społeczności jest możliwy i realizuje się poprzez zorganizowany system stosunków, wytworzenie wewnętrznych struktur i reguł określających koegzystencję. Wytworzona w ten sposób więź społeczna zawiera specyficzne dla różnych społeczności na całym świecie, określone normy, które umożliwiają regulację życia i stanowią podstawowy instrument kontroli społecznej [2,3,4].

W sytuacji nieprzestrzegania przez jednostkę norm współżycia społecznego, może dojść do zjawiska niedostosowania społecznego. O jego zaistnieniu decydować może szereg czynników o podłożu psychologicznym, biologicznym i społecznym. W konsekwencji niedostatecznego przystosowania jednostka może zostać wyizolowana ze społeczeństwa. Odosobnienie może przeistoczyć się w zjawisko śmierci społecznej, czyli wykluczenie jednostki ze społeczności, skazanie jej na swoisty ostracyzm, który może przeistoczyć się w stan, w którym dana osoba traktowana jest jak zmarła. [1,2,3,4,5]

## **Postrzeganie choroby**

Jednym z czynników mogących zaburzać funkcjonowanie jednostki w społeczeństwie jest naruszenie zdrowia. W przypadku zachwiania homeostazy człowiek, pozbawiony samowystarczalności, ma nadzieję na pomoc ze strony społeczeństwa, które wobec osoby chorej może przyjąć stosunek dwojakiego rodzaju. Z jednej strony może odsunąć jednostkę, która staje się potencjalnym obciążeniem, lub też uznać jej sytuację za uprzywilejowaną, dokładając starań aby skompensować powstałe niedobory [6,7].

Na kartach historii zapisały się zdarzenia, które oddają obydwie koncepcje – w starożytnej Grecji zabijano chore noworodki, natomiast ludzi starszych otaczano powszechnym szacunkiem. Być może zjawisko tak dużej dysproporcji podyktowane było w ówczesnym czasie nieznaną etiologią patologii u noworodków, natomiast choroby seniorów były akceptowalne z racji logicznego wytłumaczenia, jakim był wiek. W naturze ludzkiej zapisane jest pragnienie wytłumaczalności. Brak logicznego wytłumaczenia, powoduje narastanie lęku, który jest z kolei przyczyną uruchomienia mechanizmów obronnych. Podobne reakcje społeczeństwa możemy zaobserwować współcześnie [6,7,8,9,].

Choroba nabytego niedoboru odporności jest czwartą z kolei najczęstszą przyczyną zgonów. Przyczynę większości z 40 milionów przypadków zachorowań przypisuje się niebezpiecznym kontaktom seksualnym [10]. Nieznajomość patomechanizmu AIDS wpłynęła negatywnie na postrzeganie osób dotkniętych tym zespołem. Przyczyną patologizacji zjawiska, od lat osiemdziesiątych XX wieku, są czynniki ryzyka przenoszenia się wirusa HIV. Obecnie możemy zaobserwować zjawisko atrybucji, w którym istotny jest sposób zakażenia – inaczej społeczeństwo postrzegać będzie osobę homoseksualną, która zaraziła się poprzez niebezpieczny kontakt płciowy, a inaczej pielęgniarkę, która zakuła się skażoną igłą podczas pracy w szpitalu [7,9,10].

Sposób zakażenia i przyczyna choroby, może mieć wpływ na postrzeganie i stosunek społeczeństwa do chorego, a w związku z tym dysproporcji ulegać może jakość pomocy niesionej osobie cierpiącej.

### **Ostracyzm społeczny osób transseksualnych.**

Opisany mechanizm ma swoje odzwierciedlenie w przypadku innych zjawisk, m.in. transseksualizmu. Podobnie, jak w przypadku stygmatyzacji AIDS, tak też osób transgenderowych ma miejsce zadziałanie mechanizmów społecznych pod postacią dezaprobaty, spekulacji i odebrania jednostce dobrego imienia, prestiżu. Szykanowanie osób cierpiących na AIDS przejawia się m.in. poprzez używanie wobec nich pejoratywnych określeń: „ma adidasa”, wobec osób transseksualnych - „odmieniec, dziwoląg”[12].

Osoba transseksualna, potrzebująca pomocy ze strony społeczeństwa, izolowana z powodu transgenderyzmu, doznaje cierpienia z powodu odrzucenia, braku wsparcia, a w konsekwencji śmierci społecznej. Narażona na przewlekły stres, doznaje cierpienia fizycznego i duchowego, z którym niejednokrotnie przez całe życie musi zmagać się w pojedynkę.

Niejednolitość chorób psychicznych oraz pejoratywny stosunek społeczeństwa w odniesieniu do nich, spowodowały patologizację i stygmatyzację zjawiska transseksualizmu. Zadaniem służby zdrowia powinno być uświadomienie społeczeństwu szerokiego kontekstu społeczno-kulturowego transgenderyzmu oraz faktu, iż nadal posiadamy zbyt małą wiedzę dotyczącą budowy i mechanizmów działania ludzkiego mózgu. Mając na uwadze powyższy aspekt, profesjonalna pomoc medyczna powinna obejmować pluralizm medyczny. Zakłada on współdziałanie biomedycy i antropologii medycznej, dlatego pamiętać należy, iż nie da się jednoznacznie oddzielić sfery biologicznej człowieka od aspektu kulturowego [9,13].

## **Zjawisko transseksualizmu**

U człowieka istnieje zróżnicowanie płciowe na płęć męską i żeńską. Płęć rozumiana jest jako zespół cech organizmu warunkujących jego zdolność do wytwarzania komórek rozrodczych: gamet żeńskich (jaj) lub męskich (plemników), umożliwiających zaplemnienie i wychowanie potomstwa. Współcześnie płęć określana jest jako zespół cech wyznaczanych przez co najmniej 10 elementów jakimi jest płęć: chromosomalna, gonadalna, hormonalna, metaboliczna, mózgowa, wewnętrznych i zewnętrznych narządów płciowych, fenotypowa, socjalna i psychiczna [14,15].

By móc stwierdzić przynależność człowieka do danej płci, musi zostać spełniony każdy z wymienionych elementów. W przypadku, w którym przynajmniej 1 z nich będzie należeć do płci odmiennej, będziemy mówić o transpozycjach płci. Termin 'transpozycje płci' oznacza przechodzenie jednej, lub więcej cech, właściwych jednej płci, na drugą płęć. Zjawisko to może trwać od okresu rozwoju płodowego i wczesnego okresu poporodowego człowieka. Przejście ma charakter trwały a nabycie cechy płci przeciwnej ma wpływ na poczucie tożsamości płciowej [14,15,16]

W przypadku transseksualizmu, należącego do zespołu dezaprobaty płci, czyli braku zgody jednostki na płęć biologiczną, dochodzi do rozbieżności pomiędzy psychicznym poczuciem płci a biologiczno - morfologiczną budową ciała. Dysproporcji ulega także płęć socjalna czyli metrykalno/prawna. Osoba transseksualna odczuwa swoje ciało jako obce i należące do płci przeciwnej. Na użytek kliniczny osoby transseksualne zostały podzielone na typ kobieta-męczyzna (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. [14,15,16,17]

W związku z odczuwaniem przez osoby transseksualne płci przeciwnej do biologicznej, istnieje potrzeba wyrażania przez transgędnerystów płci psychicznej i identyfikowania się z nią. W konsekwencji osoba będzie dążyć do pełnienia określonej roli społecznej – jako kobieta, lub jako mężczyzna i będzie przybierać odpowiednio maski kobiecości, lub męskości. Funkcjonując według zasad i reguł społeczeństwa, w którym żyjemy, dokonujemy obserwacji i wykształcamy system zachowań męskości i kobiecości specyficzny dla danego kręgu kulturowego. Z punktu widzenia społeczeństwa, czyli poprzez wgląd w płć biologiczną, manifestują się zaburzenie, określane jako transpozycja płciowa i zespół dezaprobaty płci pod postacią transseksualizmu. Z perspektywy osób transgenderowych działania te są naturalną potrzebą [16,17,18].

### **Opis przypadku.**

Pacjent N. N. był pierwszym dzieckiem w rodzinie (dziewczynka). W 2012 roku ukończył 24 lata. Wychował się w małej, wiejskiej miejscowości gdzie do 2004 roku zamieszkiwał wraz z matką, a w późniejszym okresie również z ojczymem i przyrodnim bratem. W wieku 15 lat przeprowadza się do większej, miejskiej miejscowości i zamieszkuje w bursie szkolnej rozpoczynając naukę w czteroletniej szkole średniej. Po ukończeniu szkoły przeprowadza się do jednego z największych miast w Polsce i rozpoczyna studia na uczelni wyższej.

Z płcią męską N.N. identyfikuje się od najmłodszych lat. Preferuje ubieranie się w odzież męską, natomiast w kontaktach z rówieśnikami przyjmuje męskie role płciowe. Z wiekiem styl bycia i wygląd zewnętrzny w znacznym stopniu pozwala N.N na identyfikowanie się z mężczyzną. Terapię rozpoczyna w 2006 roku. Postawione wstępne rozpoznanie wg ICD - 10: F64.0 – to transseksualizm typu kobieta/mężczyzna.

## **Środowisko rodzinne**

Trudno wyobrazić sobie dramat rodzica, który staje w obliczu zjawiska transseksualizmu. Wobec nieznannej etiologii i niewielkiej ilości danych, medycyna pozostaje stosunkowo bezradna. Pomimo istnienia algorytmu postępowania niewyobrażalnym trudem pozostaje fakt zmiany płci dziecka. Brak wytłumaczalności zjawiska powoduje niezrozumienie, lęk, zagubienie i frustrację. Powstaje wiele pytań, które pomimo znacznego rozwoju medycyny, pozostają bez odpowiedzi. Podobnie, jak w przypadku stosunku społeczeństwa wobec zaburzenia zdrowia, tak rodzice, jako część podstawowej komórki społecznej, jaką jest rodzina, mogą przyjąć dwojaką postawę. W przypadku N.N. wydarzenia przybrały obrót niezrozumienia społecznego i wyizolowania a w konsekwencji zjawiska śmierci społecznej.

Przyjmuje się, iż okres żałoby obejmuje trzy etapy, do których zaliczamy:

- zerwanie więzi ze zmarłym
- przystosowanie do środowiska życia bez osoby zmarłej
- tworzenie się nowych relacji interpersonalnych – zarówno z osobami żyjącymi oraz zmarłym [2]

Zgodnie z decyzją matki, N.N. został zmuszony do przeprowadzenia się z małej miejscowości rodzinnej do miasta znacznie oddalonego od miejsca zamieszkania matki. Przez cztery kolejne lata zamieszkiwał w bursie szkolnej, w bezpośrednim sąsiedztwie szkoły średniej. W okresie tym nie utrzymywał kontaktu z matką. Etap ten opisywany jest przez N.N. jako zerwanie więzi. Z relacji wynika, iż w tym okresie matka nawiązała relacje z mężczyzną, założyła rodzinę i urodziła drugie dziecko. Etap ten można interpretować jako przystosowanie do nowego środowiska bez osoby zmarłej. W okresie czterech lat pacjent samodzielnie zmagął się ze swoją sytuacją, szukając pomocy w różnych instytucjach. Ostatecznie



odnajdując pomoc w placówce służby zdrowia, rozpoczyna terapię i przystosowuje się do nowej sytuacji życiowej. W ramach ustabilizowanej sytuacji, zarówno ze strony matki, jak i N.N. następuje ponowne nawiązanie relacji. Etap ten można porównać z trzecim, końcowym etapem godzenia się z odejściem bliskiej osoby, w tym przypadku córki i nawiązanie relacji z synem.

Porównanie, choć kontrowersyjne, może uświadamiać niezwykle trudny i specyficzny aspekt śmierci społecznej, w której osoba żyjąca, traktowana jest jako zmarła. W opisanej powyżej relacji, ewolucja i kolejne etapy okazały się dla N.N i jego rodziny swoistym katharsis.

### **Proces adaptacji do nowego środowiska**

Upodobnianie się pacjenta do płci męskiej poprzez typowo męski ubiór, utrudniały proces adaptacji do środowiska szkolnego oraz społeczności małej miejscowości, w której N.N. zamieszkiwał. Wbrew nadziejom, zmiana miejsca zamieszkania i rozpoczęcie edukacji w nowym środowisku nie przyczyniły się do poprawy jego sytuacji życiowej. Sytuacja N.N okazała się wyjątkowo trudna do zaakceptowania nie tylko przez najbliższych, ale także przez grupę rówieśników.

Z uwagi na funkcjonowanie prawne jako kobieta, podczas przydziału lokum w bursie szkolnej, N.N. został zmuszony do zamieszkania na żeńskim piętrze. Przekonanie zarówno rówieśniczek, jak i ich rodziców, iż administracja bursy szkolnej dopuszcza pokoje koedukacyjne, stała się przyczyną wielu nieprzyjemności. Sytuacja przydziału załagodzona przez matkę, tłumaczącą postawę dziecka jako etap buntu wieku dojrzewania, jedynie pogorszyła sytuację. W pokoju traktowany jako nieobecny, określany formą „ono” i izolowany ze środowiska szkolnego, N.N. zmagał się z samotną walką - zarówno z własną, niepojmowaną przez samego siebie sytuacją, a także z wrogością otoczenia. Wyszydzany na

łamach szkoły, ośmieszany podczas czynności dnia codziennego (np. kąpiele), N.N. doświadczał cierpienia duchowego o niezwykle natężeniu. Doprowadziło ono do dekompensacji jego osobowości pod postacią zaburzeń depresyjno-lękowych. Stan ten doprowadził N.N. na skraj załamania i podjęcia próby samobójczej, zakończonej niepowodzeniem.

### **Proces adrogenizacji a funkcjonowanie w społeczeństwie**

Na podstawie trwającej od 2006 roku terapii pacjent rozpoczął farmakoterapię pod postacią terapii hormonalnej, przyjmując preparat testosteronu w iniekcjach domięśniowych. Po rozpoczęciu przyjmowania przez pacjenta testosteronu można zaobserwować zaostrzenie cech męskich – obniżenie tonacji głosu, pojawienie się zarostu, zwiększone owłosienie ciała, przyrost masy mięśniowej, wzrost siły fizycznej.

Dysproporcja pomiędzy wyglądem fizycznym a dokumentami tożsamości, w których N.N. nadal figurował jako kobieta, stała się dla kolejnym elementem dystansu społeczeństwa. Funkcjonowanie społeczne wiązało się z trudnością w założeniu konta bankowego, posługiwaniem się kartą kredytową czy odprawą na lotnisku. Z uwagi na swoją sytuację, N.N. niejednokrotnie spotkał się z odmową zatrudnienia. Także pobyt w szpitalu charakteryzował się wysokim poziomem stresu, nie tylko z uwagi na przyczynę hospitalizacji, ale w trudności w zachowaniu w tajemnicy danych osobowych. Z uwagi na kobiecą anatomię, którą N.N. maskuje, nie mógł on brać w pełni udziału w życiu towarzyskim. Trudności w życiu społecznym znajdowały swoje odzwierciedlenie w najbardziej prozaicznych czynnościach, m.in. w korzystaniu z publicznej toalety.

### **Rola pielęgniarki – ulga w cierpieniu**

Niesienie ulgi w cierpieniu jest podstawowym zadaniem pielęgniarki. Profesjonalna postawa pielęgniarki, zgodnie z etyką zawodu, wymaga od niej, jako pracownika służby

zdrowia, niesienia kompleksowej pomocy osobie potrzebującej, niezależnie od własnych przekonań, poglądów i religii. Indywidualna postawa pielęgniarki wobec pacjenta powinna opierać się na wykluczeniu paternalistycznego stosunku do chorego, respektowaniu prawa do autonomii i samostanowienia pacjenta, ochrony prywatności i danych osobowych pacjenta. Pielęgniarka, poprzez otoczenie pacjenta troskliwością, przyczynia się do ochrony ludzkiej godności, pamiętając, iż życie ludzkie ma jednakową wartość. Najwyższą jakością opieki pielęgniarskiej powinien być otoczony zarówno więzień zakładu karnego, jak i członek senatu [20,21,22].

Mając na uwadze, iż cierpienie może mieć swój początek nie tylko poprzez fizyczność, ale również przez duchowość, pielęgniarka powinna pamiętać, że przewlekły stres może prowadzić do cierpienia, niejednokrotnie uniemożliwiającego pacjentowi funkcjonowanie. Osoby mające silne wsparcie społeczne, z reguły mają niskie ciśnienie i małą częstość bicia serca, dzięki czemu cieszą się lepszym zdrowiem od osób pozbawionych takiego wsparcia. Być może wsparcie społeczne działa przez łagodzenie oddziaływań, które prowadziłyby, w innym przypadku, do nadmiernego pobudzenia współczulnego układu nerwowego, prowadzącego do takich schorzeń jak zawał mięśnia sercowego czy choroba wrzodowa [23].

Istnieje wiele skal pomagających pielęgniarce ocenić skalę bólu fizycznego pacjenta. Nie istnieje jednak żadne rzetelne, adekwatne narzędzie umożliwiające pielęgniarce ocenienie nasilenia cierpienia duchowego. Cierpienie jest bowiem indywidualne dla każdego człowieka, każdy z nas posiada własny próg cierpienia [24].

Pielęgniarka powinna być świadoma, iż pacjent transseksualny jest szczególnie narażony na stres. W związku z tym, powinna przyczynić się do jak najefektywniejszego jego obniżenia, poprzez wsparcie pacjenta. Wsparcie jest wszelkiego rodzaju pomocą niesioną

osobie potrzebującej, bez względu na to, czy jest ona przez nią oczekiwana, czy też nie. Wsparcie ma kilka podstawowych rodzajów: informacyjne, emocjonalne, instrumentalne czy też rzeczowe [25]. W trakcie opieki nad pacjentem transseksualnym, zarówno w palcówkach służby zdrowia, jak i środowisku domowym, pielęgniarka może realizować działania wspierające pacjenta, przyczyniając się do poczucia bezpieczeństwa i wsparcia społecznego. Ponadto, planując opiekę, pielęgniarka powinna kierować się zasadą autonomią pacjenta, unikając patriarchalnego podejścia do chorego [26].

### **Działania pielęgniarki w warunkach szpitalnych**

Hospitalizacja stanowi czynnik stresogenny, który szczególnie nasila się w przypadku osób transseksualnych. Pielęgniarka powinna ze szczególną roztropnością zaplanować pobyt pacjenta na oddziale, zbierając wywiad z chorym, w którym ustali, preferowany sposób zwracania się do podopiecznego. W ramach możliwości powinna też zapewnić pacjentowi odpowiednie warunki pobytu, umieszczając pacjenta w odpowiedniej dla jego płci psychicznej, sali, ewentualnie umieszczając pacjenta w pomieszczeniu jednoosobowym. Ważnym aspektem jest również zachowanie intymności pacjenta, na przykład poprzez parawany w trakcie cewnikowania pęcherza moczowego. Niezwykle istotna pozostaje również ochrona danych osobowych. Pielęgniarka może zapewnić anonimowość pacjenta, przez niewywoływanie go publicznie, oraz przez umieszczanie karty gorączkowej w miejscu niewidocznym dla osób postronnych. Pielęgniarka powinna udzielać pacjentowi informacji dotyczącej jego pobytu na oddziale, ułatwiając w ten sposób proces adaptacji do nowego środowiska, czy też instruować w przypadku konkretnego postępowania, na przykład zasad korzystania z łazienki. Ponadto, na każdym etapie opieki pielęgniarskiej, pacjentowi powinno zostać udzielone wsparcie emocjonalne.

## **Działania pielęgniarki w środowisku domowym**

Pielęgniarka Podstawowej Opieki Zdrowotnej powinna pamiętać, iż problemy pacjenta transseksualnego wiążą się ściśle zarówno ze sferą fizyczną, jak i psychiczną, niejednokrotnie pozostających ze sobą w ścisłym związku.

Pielęgniarka może nieść pomoc pacjentowi transseksualnemu typu K/M udzielając wsparcia instrumentalnego, poprzez naukę odpowiedniej techniki bandażowania piersi, które pacjent chce maskować. Częsta praktyka ukrywania piersi pod zwojami taśmy samoprzylepnej, stretchu, czy innych materiałów drażniących skórę sprzyja powstawaniu odparzeń, otarć i złego stanu higienicznego skóry. Konieczność maskowania piersi wywołuje u pacjenta cierpienie psychiczne, któremu pielęgniarka powinna przeciwdziałać.

Istotny pozostaje również aspekt wykonywania iniekcji domięśniowych preparatu testosteronu, jakie pacjent transseksualny K/M przyjmuje. Samodzielne, niewłaściwe wykonywanie iniekcji sprzyja powstawaniu zrostów, bólu w miejscu podania, uniemożliwiających prawidłowe poruszanie się oraz stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta. Niezwykle istotna jest również pomoc pielęgniarki w rozpoczęciu i trwaniu procesu androgenizacji, podczas którego pielęgniarka może udzielić pacjentowi informacji o tym, jak będzie zmieniać się jego ciało oraz z jakimi trudnościami może się spotkać.

Wybrane powyżej aspekty opieki pielęgniarskiej nad pacjentem są przykładem pomocy, jakie może nieść pielęgniarka pacjentowi transseksualnemu. Najistotniejszym elementem wydaje się być zapewnienie psychologicznej pomocy pacjentowi, który poddany izolacji społecznej, oczekuje wsparcia i zrozumienia, a w konsekwencji poczucia bezpieczeństwa.

## **Podsumowanie**

Choć śmierć społeczna nie oznacza jednoznacznie biologicznej śmierci człowieka, stanowi ona przyczynę cierpienia człowieka. Niejednokrotnie, zwłaszcza w sytuacji choroby, człowiek nie jest w stanie samodzielnie skompensować niedoborów. W tej sytuacji pomoc służby zdrowia staje się niezwykle istotnym elementem pomocy, umożliwiającej jednostce nie tylko powrót do zdrowia, ale i życia w społeczeństwie. Należy pamiętać, iż kierując się podstawowymi zasadami życia społecznego: wspólnego dobra, pomocy i solidarności, przyczyniamy się do zasady nadrzędnej, jaką jest zasada sprawiedliwości społecznej. Być może, na tej podstawie 28 września 2011 roku, Parlament Europejski przyjął rezolucję, w której wzywa Komisję i Światową Organizację Zdrowia do usunięcia zaburzeń tożsamości płciowej z listy zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, wnosząc o zapewnienie depsychiatryzacji procesu dążenia do zmiany tożsamości, postulując o uproszczenie tego procesu, pokrycia kosztów przez system zabezpieczenia społecznego a także możliwości wolnego wyboru zespołu opieki medycznej [27].

### **Bibliografia:**

1. Taranowicz I.: Śmierć jako zjawisko społeczne.: [w:] Elementy socjologii dla pielęgniarek. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2000, ss. 259 - 275
2. Kaczmarek T., Marcinkowski J.T.: Śmierć społeczna. Cz. I. Wymiary i kategorie śmierci.: [w:] W drodze do brzegu życia T.5. Białystok 2008
3. Kaczmarek T., Marcinkowski J.T.: Śmierć społeczna. Cz. II. Śmierć społeczna ostateczną konsekwencją wykluczenia społecznego.: [w:] W drodze do brzegu życia T.5. Białystok 2008
4. Turowski J.: Socjologia. Wielkie struktury społeczne. Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2000, ss. 51 - 71
5. Sztompka P.: Socjologia. Analiza społeczeństwa. Wydawnictwo Znak, Kraków 2002, ss. 257 - 287, 356 - 367, 389 - 413
6. Kawczyńska-Butrym Z.: Socjoetiologia - społeczne uwarunkowanie choroby.: [w:] Elementy socjologii dla pielęgniarek, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2000, ss. 217 – 234
7. Kawczyńska-Butrym Z.: Społeczne konsekwencje choroby i niepełnosprawności.: [w:] Elementy socjologii dla pielęgniarek. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2000, ss. 235 – 258
8. Taranowicz I.: Wprowadzenie do socjologii zdrowia i choroby.: [w:] Elementy socjologii dla pielęgniarek, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2000, ss. 165 – 180
9. Penkala-Gawęcka D.: Kulturowe wymiary zdrowia, choroby i leczenia w świetle badań antropologii medycznej.: [w:] B. Płonka-Syroka (red.), Antropologia medycyny i farmacji w kontekście kulturowym, społecznym i historycznym. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego AM we Wrocławiu, t. 1. Wrocław: Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich, ss. 19-34.
10. Gert B., Culver C.M., Clouser K. D.: Bioetyka. Ujęcie systematyczne. Wydawnictwo Słowo/Obraz Terytoria, Gdańsk, 2009, ss. 177 – 258
11. Mepham B.: Bioetyka. Wprowadzenie dla studentów nauk biologicznych. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 84
12. <http://www.miejski.pl/slowo-ADIDAS> [dostęp z dnia 15 kwietnia 2012r.]

13. Levay S.: The Sexual Brain, The Mit Press. Cambridge, London, England 1993, ss. 130-135
14. Dulko S., Stankiewicz S.: Klinika transpozycji płci.: Lew - Starowicz Z., Skrzypulec V. (red. ) [w:] Podstawy seksuologii. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2010 s. 216 – 225
15. Imieliński K., Dulko S.: Istota transseksualizmu [w:] Przekleństwo Androgyne Transseksualizm: mity i rzeczywistość. PWN Warszawa 1988 ss. 49-53
16. Imieliński K., Dulko S.: Identyfikacja, rola i orientacja płciowa.: [w:] Transpozycje płci: Transseksualizm i inne zaburzenia identyfikacji płciowej. Wyd. ARC-EN-CIEL: Centrum Terapii Zaburzeń Łaknienia, Kraków 2001, ss. 33-100, 116-124
17. Bancroft J.: Transgenderyzm, Niezgodność na płęć zdeterminowaną kulturowo i transwestytyzm.: [w:] Seksualność człowieka. Urban & Parker, Wrocław 2011, ss. 301 – 313
18. Zadrożyńska A.: Etnologiczne problemy seksuologii: Symbolika płci i seksu w różnych kulturach.: [w:] Seksuologia kulturowa. Imieliński K., PWN, Warszawa 1980, 172-217
19. Imieliński K., Dulko S.: Wstęp.: [w:] Transpozycje płci: Transseksualizm i inne zaburzenia identyfikacji płciowej. Wyd. ARC-EN-CIEL: Centrum Terapii Zaburzeń Łaknienia, Kraków 2001, ss. 3-9
20. Dobrowolska B.: Kodeksy etyki zawodowej pielęgniarek.: [w:] Etyka w pracy pielęgniarzkiej. Podręcznik dla studentów pielęgniarzskich studiów licencjackich. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002 (red. Irena Wrońska) ss. 220-239
21. Wrońska Irena.: Szczegółowa etyka pielęgniarstwa.: [w:] Etyka w pracy pielęgniarzkiej. Podręcznik dla studentów pielęgniarzskich studiów licencjackich. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002 (red. Irena Wrońska) ss. 179-195
22. Fry S. T., Johnstone M. J.: Etyka w praktyce pielęgniarzkiej. Zasady podejmowania decyzji etycznych. Wydawnictwo Makmed, Warszawa - Lublin, 2009, ss. 123 – 132w
23. Kalat J. W.: Biologiczne podstawy psychologii. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, ss. 364 -371
24. Tatarkiewicz W.: O szczęściu. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005, ss.141-160



25. Dorota Kilańska [red.].: Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej, T. I. Wydawnictwo Makmed, Lublin 2008, ss. 139 – 145
26. Łukow P.: Granice zgody: autonomia zasad i dobro pacjenta. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2005, ss. 98 - 165
27. Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 28 września 2011r. <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0427+0+DOC+XML+V0//PL> [dostęp z dnia 23.02.2012 o godzinie 17:30]