Стандарти Медичної Допомоги Трансгендерам та

Гендерно Різноманітним Людям, Версія 8

E. Coleman,A. E. Radix,W. P. Bouman,G. R. Brown,A. L. C. de Vries,M. B. Deutsch, show all

Передумова: Охорона здоров'я трансгендерів це міждисциплінарне поле, яке швидко розвивається. За останнє десятиріччя спостерігається безпрецедентний ріст в кількості та видимості трансгендерних та гендерно різноманітних (ТГР) осіб, які шукають підтримку та гендерно-підтверджуюче лікування паралельно зі значущим зростанням уваги до цього явища в світовій науковій літературі. Всесвітня професійна асоціація трансгендерного здоров'я (ВПАТЗ) це міжнародна, міждисциплінарна, професійна організація, місія якої - сприяти розвитку доказової медицини, освіти, науки, державної політики та поваги до здоров'я трансгендерів. Однією з основних функцій ВПАТЗ є просування найвищих стандартів охорони здоров'я для ТГР осіб через Стандарти Медичної Допомоги (СМД). СМД були вперше розроблені в 1979 році, а остання версія була опублікована в 2012 році. У світлі збільшення наукової доказової бази ВПАТЗ замовила створення нової версії Стандартів Медичної Допомоги, СМД-8.

Мета: Головна мета СМД-8 полягає у забезпеченні медичних працівників (МП) клінічними рекомендаціями для допомоги ТГР особам отримати безпечні та ефективні шляхи для досягнення тривалого особистісного комфорту у рамках власного гендерного "Я" та оптимізації загального фізичного здоров'я, психологічного благополуччя, самореалізації.

Методи: СМД-8 заснована на точних наукових фактах та консенсусі експертів з трансгендерного здоров'я. Міжнародні професіонали та стейкхолдери були обрані для роботи в комітеті зі створення СМД-8. На базі даних, отриманих шляхом незалежного систематичного огляду літератури та експертних оцінок було створено ряд рекомендацій. Оцінка рекомендацій відбувалася в світлі наявних доказів, що підтримують інтервенції, дискусій про ризики та шкоду, та здійсненності і прийнятності в різних контекстах та структурах.

Результати: В результаті роботи над СМД-8 було створено 18 розділів, які містять рекомендації для медичних працівників для надання допомоги ТГР людям. Після кожної рекомендації надається детальне роз'яснення з відповідними посиланнями на наукову літературу. Загальна інформація щодо трансгендерного здоров'я знаходиться в розділах "Термінологія", "Глобальна застосовність", "Оцінка популяції", та "Освіта". Розділи "Діагностика дорослих", "Підлітки", "Діти", "Небінарні особи", "Євнухи", "Інтерсексні особи" та "Існиуційне середовище" містять інформацію про ТГР осіб. Розділами, пов'язаними з гендерно-підтверджуючим лікуванням, є "Гормональна терапія", "Хірургія та післяопераційний догляд", "Первинна медична допомога", "Репродуктивне здоров'я", "Сексуальне здоров'я" та "Ментальне здоров'я".

Висновки: Настанови СМД-8 створені гнучкими для задоволення різноманітних потреб в охороні здоров'я ТГР осіб в усьому світі. В той же час, вони надають оптимальні стандарти для лікування людей, які відчувають гендерну невідповідність. Так само, як і в усіх попередніх редакціях СМД, критерії, викладені у цьому документі є клінічними настановами; конкретні медичні працівники можуть модифікувати їх, консультуючись з ТГР пацієнтом.

Ключові слова: гендерне різноманіття, голос, діти, ендокринологія, євнух, інтерсекс, комунікація, медичний працівник, групи, небінарність, організаційні структури, освіта, оцінка, первинний

догляд, підлітки, післяопераційний догляд, психічне здоров'я, репродуктивне здоров'я, сексуальне здоров'я, СМД8, стандарти медичної допомоги, термінологія, трансгендерність, хірургія.

Зміст **№ Сторінки**

ВСТУП 4
РОЗДІЛ 1 — Термінологія 13
РОЗДІЛ 2 — Глобальна застосовність 18
РОЗДІЛ 3 — Оцінка популяції 29
РОЗДІЛ 4 — Освіта 35
РОЗДІЛ 5 — Діагностика дорослих 40
РОЗДІЛ 6 — Підлітки 56
РОЗДІЛ 7 — Діти 89
РОЗДІЛ 8 — Небінарні особи 107
РОЗДІЛ 9 — Євнухи 117
РОЗДІЛ 10 — Інтерсексні особи 124
РОЗДІЛ 11 — Інституційне середовище 139
РОЗДІЛ 12 — Гормональна терапія 147
РОЗДІЛ 13 — Хірургія та післяопераційний догляд 170
РОЗДІЛ 14 — Постановка голосу та комунікативна терапія 181
РОЗДІЛ 15 — Первинна медична допомога 189
РОЗДІЛ 16 — Репродуктивне здоров'я 206
РОЗДІЛ 17 — Сексуальне здоров'я 215
РОЗДІЛ 18 — Психічне здоров'я 225
СПИСОК ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ 233
ПОДЯКИ 385
ДОДАТОК A — МЕТОДОЛОГІЯ 386
ДОДАТОК B — ГЛОСАРІЙ 395
ДОДАТОК C — ГЕНДЕРНО-СТВЕРДЖУЮЧА ГОРМОНАЛЬНА ТЕРАПІЯ 400
ДОДАТОК D — ПЕРЕЛІК КРИТЕРІЇВ ДЛЯ ГОРМОНАЛЬНОГО ТА ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ДОРОСЛИХ ТА ПІДЛІТКІВ 404
ДОДАТОК E — ГЕНДЕРНО-СТВЕРДЖУЮЧІ ХІРУРГІЧНІ ПРОЦЕДУРИ 408

ВСТУП

Мета та використання цих Стандартів Медичного Догляду

Основною метою Стандартів Медичної Допомоги Восьмої Редакції (СМД-8) Всесвітньої Професійної Асоціації Трансгендерого Здоров'я (ВПАТЗ) є надання клінічних настанов медичним працівникам (МП) для допомоги трансгендерним та гендерно різноманітним (ТГР) особам для оцінки безпечних та ефективних шляхів досягнення тривалого особистісного комфорту у рамках власного гендерного "Я" та оптимізації загального фізичного здоров'я, психологічного благополуччя, самореалізації. Ця допомога може включати в себе гормональну терапію та хірургічні процедури, постановку голосу і комунікативну терапію, первинну медичну допомогу, видалення волосся, процедури щодо підтримки репродуктивного та сексуального здоров'я, а також психіатричну допомогу. Система охорони здоров'я має надавати медично необхідні гендерно-підтверджуючі процедури ТГР особами: див. Розділ 2 - Глобальна застосовність, Рекомендацію 2.1.

ВПАТЗ це міжнародна, міждисциплінарна, професійна організація, місія якої - сприяти розвитку доказової медицини, освіти, науки, державної політики та поваги до здоров'я трансгендерів. Заснована в 1979 році, організація складається з 3,000 професіоналів охорони здоров'я, соціальних науковців та юристів, кожен з яких має клінічну та дослідницьку практику, кваліфікацію та займається адвокацією, що впливає на життя ТГР людей. Баченням ВПАТЗ є світ, в якому люди з будь-якою гендерною ідентичністю та гендерною експресією мають доступ до доказової медичної допомоги, соціальних послуг, справедливості та рівноправності.

Однією з основних функцій ВПАТЗ є просування найвищих стандартів охорони здоров'я для ТГР осіб через Стандарти Медичної Допомоги (СМД). СМД були вперше розроблені в 1979 році, а остання версія була опублікована в 2012 році.

Більша частина наукового матеріалу та польового досвіду має північноамериканську та західноєвропейську перспективу; через це існує необхідність адаптації СМД-8 до умов в інших частинах світу. Пропозиції та підходи до культурної компетенції та культурної відносності були включені до цієї версії СМД.

ВПАТЗ розуміє, що здоров'я залежить не лише від високоякісної клінічної допомоги, а й від соціального та політичного клімату, який сприяє розвитку толерантності та рівного доступу до всіх громадянських прав. Здоров'я досягається через державну політику, законодавчі реформи, які розвивають рівноправність для гендерно різноманітних людей, а також викорінюють упередження, дискримінацію та стигму, підвищуючи толерантність. Зусилля ВПАТЗ спрямовані на реалізацію цих змін як через адвокацію, так і через законодавчі зміни. Таким чином, медичних фахівців, які надають медичну допомог ТГР людям, закликають для участі в адвокації з приводу покращення доступу до безпечної та ліцензованої гендерно-підтверджуючої медичної допомоги, зберігаючи повагу до індивіда.

Незважаючи на те, що це в першу чергу документ для медичних працівників, гендерно різноманітні люди, їх родини та соціальні інституції також можуть використовувати СМД-8 для розуміння власних можливостей для розвитку оптимального здоров'я представників цієї різноманітної популяції.

СМД-8 складаються з 18 розділів, які містять рекомендації для медичних працівників, які працюють з ТГР людьми. Кожна рекомендація супроводжується поясненнями з посиланнями на релевантні літературні джерела. Рекомендації для початку гендерно-підтверджуючих медичних та/або

хірургічних втручань (ГСМХВ) для дорослих та підлітків знаходяться у відповідних розділах (див. розділи “Оцінювання дорослих” та “Підлітки”). Короткий огляд рекомендацій та критеріїв для ГСМХВ знаходиться в Додатку D.

Групи, які розглядаються в СМД-8

В цьому документі нами використовується фраза “трансгендери та гендерно-різноманітні (ТГР)” у найбільш широкому та всеосяжному значенні для опису представників різноманітних спільнот людей з гендерними ідентичностями та їх експресією, яка відрізняється від такої, яка є відповідною статі, визначеною їм при народженні. Це також включає і культурно- та/або мовно-специфічний досвід, ідентичності та експресію, які не базуються на Західній концептуалізації гендеру та мови, що її описує.

ВПАТЗ розширює інклюзивність парасолькового терміну ТГР у СМД-8, а також розширює умови, в яких слід застосовувати ці рекомендації для сприяння забезпеченню рівноправності та прав людини.

Глобально, термін “ТГР” включає в себе різноманітний перелік гендерних ідентичностей та експресій, які мають різні потреби в гендерно-підтверджуючих процедурах протягом їх життєвого шляху у відповідності до персональних цілей та характеристик, доступних медичних ресурсів та соціокультурних та політичних контекстів.

Коли стандарти медичної допомоги відсутні для певних груп цей вакуум може бути заповненим різноманітними терапевтичними підходами, включаючи ті, які можуть бути шкідливими та контрпродуктивними. СМД-8 включає рекомендації для забезпечення здоров’я та благополуччя гендерно-різноманітних груп, які часто залишаються поза увагою та/або є маргіналізованими, включно з небінарними особами, євнухами та інтерсекс індивідами.

СМД-8 продовжує виділяти відповідні шляхи допомоги ТГР молоді, що може включати використання медичних препаратів для пригнічення статевого дозрівання (за потреби) та використання гормональних препаратів для гендерно-підтверджуючої гормональної терапії (за потреби).

Глобально, ТГР люди часто стикаються з трансфобією, стигматизацією, незнанням та відмовою у медичній допомозі, що сприяє значній нерівності у рівнях здоров’я між групами. ТГР люди часто повідомляють про необхідність пояснювати та навчати медичних працівників тому, як треба надавати їм допомогу. Інтерсекційні форми дискримінації, соціальна маргіналізація, злочини ненависті проти ТГР призводять до високого рівня стресу меншин, який характеризується підвищеним ризиком розвитку депресії, суїцидальності та несуїцидальної само-пошкоджуючої поведінки, ніж у цисгендерній групі. Професіонали з усіх відповідних дисциплін повинні мати на увазі підвищену вразливість ТГР людей. ВПАТЗ наполягає на тому, щоб органи охорони здоров’я, законодавці та медична спільнота знеохочували та боролися з трансфобією серед медичних працівників та забезпечували всі необхідні зусилля для того, щоб ТГР люди отримували доступ до послуг досвідчених професіоналів, які готові надавати гендерно-підтверджуюче лікування.

Гнучкість СМД-8

Настанови СМД-8 створені гнучкими для задоволення різноманітних потреб в охороні здоров’я ТГР осіб в усьому світі. В той же час, вони надають оптимальні стандарти для лікування людей, які

відчувають гендерну невідповідність. Так само, як і в усіх попередніх редакціях СМД, критерії, викладені у цьому документі є клінічними настановами; конкретні медичні працівники можуть модифікувати їх, консультуючись з ТГР пацієнтом. Клінічні розходження з даним СМД-8 можуть виникати у разі унікальних анатомічних, соціальних та психологічних особливостей ситуації пацієнта; розвиваючихся методів досвідчених медичних працівників в типових ситуаціях; змін у дослідницьких протоколах, нестачі необхідних ресурсів в різних частинах світу; або потребі специфічних стратегій зменшення шкоди. Ці розходження повинні бути визнані як такі, пояснені пацієнтам, задокументованими для правового захисту та забезпеченні якості допомоги пацієнтам. Ця документація також важлива для збору нової інформації для подальшого розвитку надання послуг охорони здоров'я та СМД.

СМД-8 підтримує інформоване прийняття рішень та стратегії зменшення шкоди. Також ця версія СМД визнає та валідизує різні види експресії гендеру, які можуть не потребувати психологічних, гормональних, або соціальних процедур. Медичні працівники можуть використовувати СМД для допомоги пацієнтам обдумати повний спектр доступних їм послуг в залежності від клінічних потреб для реалізації їх гендерної експресії.

Різноманітність проти Діагнозу

Експресія характеристик гендеру, включно з ідентичностями, які не асоціюються зі статтю людини, приписаною при народженні, є звичайним і культурно різноманітним людським феноменом, та не має розглядатися як негативне, або патологічне явище за своєю природою. Нажаль, гендерна неконформність та різноманіття гендерних ідентичностей та експресії стигматизовано в багатьох суспільствах в усьому світі. Ця стигма може призводити до упереджень та дискримінації, що спричиняє "стрес меншин". Стрес меншини є унікальним (додатковим до загальних стресових факторів, які відчувають усі люди) хронічним стресом, який має соціальне походження, і може зробити ТГР людей більш вразливими до таких проблем психічного здоров'я, як тривога та депресія. Крім упереджень і дискримінації в суспільстві загалом, стигма може сприяти жорстокому поводженню та зневазі в міжособистісних стосунках, що, у свою чергу, може призвести до психологічного дистресу. Однак ці симптоми є соціально спричиненими і не притаманні відношенню людей до групи ТГР.

У той час як гендерна дисфорія (ГД) все ще вважається психічним захворюванням в Діагностичному та Статистичному Посібнику з Психічних Розладів (ДСП-5-ПТ) Американської Психіатричної Асоціації, світова спільнота охорони здоров'я більше не розглядає гендерну невідповідність як патологію чи психічний розлад. Гендерна невідповідність визнана станом у Міжнародній Класифікації Хвороб і Пов'язаних із Ними Проблем зі Здоров'ям 11-ї версії Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (МКХ-11). Через історичну та нинішню стигматизацію ТГР люди можуть переживати дистрес або дисфорію, які можна вирішити за допомогою різних варіантів гендерно-підтверджуючого лікування. Хоча номенклатура може змінюватися, а різні організації охорони здоров'я чи адміністративні органи можуть приймати нову термінологію та класифікацію, медична необхідність лікування та догляду чітко визнається для багатьох людей, які відчувають дисонанс між статтю, визначеною при народженні, та гендерною ідентичністю.

Не всі суспільства, країни чи системи охорони здоров’я вимагають діагностики для початку лікування. Однак у деяких країнах ці діагнози можуть полегшити доступ до необхідної медичної допомоги та можуть спрямувати подальші дослідження щодо ефективного лікування.

Послуги охорони здоров'я

Мета гендерно-підтверджуючої допомоги полягає в тому, щоб співпрацювати з ТГР людьми для цілісного вирішення їхніх соціальних, психічних і медичних потреб та благополуччя, підтверджуючи їхню гендерну ідентичність з повагою. Гендерно-підтверджуючий догляд підтримує ТГР людей протягом усього життя — від найперших ознак гендерної невідповідності в дитинстві до зрілого та старшого віку — а також людей, які мають занепокоєння та невпевненість щодо своєї гендерної ідентичності до або після переходу.

Охорона здоров’я трансгендерів — це більше, ніж сума її частин, вона включає цілісну між- та мультидисциплінарну допомогу ендокринологічної, хірургічної, комунікативної дисциплін, а також первинну медичну допомогу, галузей репродуктивного та сексуального здоров’я і дисциплін психічного здоров’я для підтримки гендерно-підтверджуючих втручань. Ці втручання включають, серед іншого, пригнічення статевого дозрівання, гормональну терапію та гендерно-підтверджуючі операції. Слід підкреслити, що не існує універсального підходу, і ТГР людям може знадобитися всі, деякі або жодні з них, щоб підтримати їхнє гендерну ідентичність. Ці рекомендації оновлюють багато попередніх вимог, щоб зменшити бар’єри для надання допомоги та заохочують використання моделі догляду, орієнтованої на пацієнта, для початку гендерно-підтверджуючого лікування.

В ідеалі комунікація та координація медичної допомоги повинні відбуватися між тими, хто надає допомогу для оптимізації результатів і часу медичних втручань, зосереджених на потребах і бажаннях пацієнта, а також для мінімізації шкоди. У добре забезпечених ресурсами умовах міждисциплінарні консультації та координація догляду часто є очікуваним стандартом, але в багатьох регіонах світу бракує засобів, призначених для медичної допомоги трансгендерам. Для цих регіонів рекомендується, за можливості, щоб окремі постачальники медичних послуг створювали мережу для сприяння наданню медичних послуг трансгендерам, які недоступні на місцевому рівні.

У всьому світі члени родини або релігійні громади інколи змушують ТГР людей проходити конверсійну терапію. ВПАТЗ рекомендує не використовувати будь-яку репаративну або конверсійну терапію (див. Рекомендацію 6.5 і 18.10).

Установки охорони здоров'я

СМД-8 – це керівні принципи, що базуються на фундаментальних правах ТГР людей, які застосовуються до всіх закладів, де надається медична допомога, незалежно від соціальних чи медичних обставин людини. Сюди входить рекомендація щодо застосування стандартів догляду за особами, які перебувають у місцях позбавлення волі або живуть в інших закладах.

Через брак обізнаності у медичних працівників, несвоєчасний доступ, фінансові бар’єри та/або попередній досвід стигматизації в галузі охорони здоров’я, багато ТГР людей приймають гормональну терапію без рецепту. Це створює ризики для здоров’я, пов’язані з використанням неконтрольованої терапії в потенційно надтерапевтичних дозах і потенційним впливом захворювань, що передаються через кров,

якщо спільні голки використовуються для введення гормональних препаратів. Однак для багатьох людей це єдиний спосіб отримання необхідного з медичної точки зору гендерно-підтверджуючого лікування, яке інакше недоступне. До використання гормонів без рецептів слід підходити з точки зору зменшення шкоди, щоб забезпечити зв'язок людей із постачальниками медичних послуг, які можуть призначити безпечну та контрольовану гормональну терапію.

У деяких країнах все більше визнаються права ТГР людей, і створюються гендерні клініки, які можуть слугувати шаблонами для надання допомоги. Однак в інших країнах таких закладів не вистачає, і допомога може бути більш фрагментованою та спиратися на недостатні ресурси. Незважаючи на це, різні моделі медичної допомоги продовжують активно розвиватися, включно із зусиллями з децентралізації гендерно-підтверджуючої медичної допомоги в закладах первинної медичної допомоги та створення послуг телемедицини для зменшення бар'єрів і покращення доступу. Незалежно від методу надання допомоги, принципи гендерно-підтверджуючої допомоги, викладені в СМД-8, повинні бути адаптовані до місцевого соціокультурного, політичного та медичного контексту.

Методологія

Ця версія Стандартів Медичної Допомоги (СМД-8) базується на більш строгому методологічному підході, що базується на доказах, ніж попередні версії. Ці докази ґрунтуються не лише на опублікованій літературі (прямих і непрямих доказах), але й на основі консенсусної думки експертів. Рекомендації, засновані на фактичних даних, містять рекомендації, спрямовані на оптимізацію догляду за пацієнтами, які ґрунтуються на ретельному аналізі доказів, оцінці користі та шкоди, цінностях і перевагах постачальників і пацієнтів, а також використанні ресурсів і здійсненності.

У той час як науково-обґрунтоване дослідження є основою для надійних клінічних практичних вказівок і рекомендацій, воно має бути збалансоване з урахуванням реальності та можливостей надання допомоги в різних умовах. Процес розробки СМД-8 включав рекомендації щодо розробки настанов із клінічної практики, викладені Національними Медичними Академіями та Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я, які стосувалися прозорості, політики щодо конфлікту інтересів, складу комітету та групового процесу.

Комітет із настанов СМД-8 був міждисциплінарним і складався з експертів у відповідній галузі, медичних працівників, дослідників та зацікавлених сторін із різними поглядами та географічним представництвом. Методолог із настанов допомагав у плануванні та розробці запитань і систематичних оглядів з додатковим внеском, отриманим з боку міжнародного консультативного комітету та під час періоду громадського обговорення. Усі члени комітету заповнили декларації про конфлікт інтересів. Рекомендації в СМД-8 ґрунтуються на наявних доказах, що підтверджують втручання, обговоренні ризиків і можливу шкоду, а також здійсненності та прийнятності в контекстах і умовах різних країни. Консенсусу щодо остаточних рекомендацій було досягнуто за допомогою методу Дельфі, який включав усіх членів комітету з настанов і вимагав, щоб рекомендаційні заяви були схвалені принаймні 75% членів. Детальний огляд методології СМД-8 міститься в Додатку А.

Короткий зміст розділів СМД-8

СМД-8 є значним прогресом у порівнянні з попередніми версіями. Зміни в цій версії ґрунтуються на принципово іншій методології, значних культурних зрушеннях, прогресі в клінічних знаннях і розумінні багатьох проблем зі здоров'ям, які можуть виникнути у ТГР людей поза гормональною терапією та хірургічним втручанням.

Ці оновлені рекомендації продовжують процес, започаткований у СМД-7 у 2011 році, щоб розширити сферу застосування та перейти від вузької уваги до психологічних вимог для «діагностики трансгендерності» та медичних методів лікування для полегшення гендерної дисфорії до гендерно-підтверджуючої допомоги людині в цілому. ВПАТЗ розширює у СМД-8 керівні принципи, уточнюючи, які групи входять в парасольковий термін "ТГР", що слід, а що не слід пропонувати під час гендерно-підтверджуючої допомоги, а також умови, в яких ці рекомендації слід застосовувати для сприяння справедливості та реалізації прав людини.

У СМД-8 є декілька нових розділів, таких як «Оцінювання дорослих», «Освіта», «Євнухи» та "Небінарні особи". Крім того, розділ "Діти і підлітки" з СМД-7 було розділено на два окремі розділи. Загалом, СМД-8 значно довший за попередні версії та містить більш глибокий вступ і рекомендації для медичних працівників. Короткий виклад кожного розділу СМД-8 надано нижче:

Розділ 1 — Термінологія

Цей новий розділ закладає основу для термінології, яка використовується в СМД-8, і пропонує узгоджені рекомендації щодо використання термінології. У цьому розділі наведено (1) терміни та визначення та (2) найкращі практики їх використання. Цей документ супроводжується глосарієм (див. Додаток B) загальних термінів і мови, щоб забезпечити основу для використання та тлумачення СМД-8.

Розділ 2 — Глобальна застосовність

У цьому розділі міститься посилання на основну літературу, пов'язану з розробкою та наданням медичних послуг, адвокаційною допомогою для ТГР людей з-за меж Західної Європи та Північної Америки, а також надає рекомендації щодо адаптації та перекладу СМД-8 до різноманітних контекстів.

Розділ 3 — Групи

У цьому розділі оновлюються оцінки груп ТГР людей у суспільстві. На основі наявних даних ця частка може коливатися від часток відсотка до кількох процентних пунктів залежно від критеріїв включення, вікової групи та географічного розташування.

Розділ 4 — Освіта

Цей новий розділ містить загальний огляд літератури, пов'язаної з освітою в галузі охорони здоров'я ТГР людей. Він пропонує рекомендації на урядовому, неурядовому, інституційному рівнях та рівнях постачальників медичних послуг для розширення доступу до компетентної, сенситивної медичної допомоги. Мета полягає в тому, щоб закласти основу в освітній сфері та почати набагато ширшу та глибшу дискусію серед освітян та медичних працівників.

Розділ 5 — Діагностика дорослих

У цьому новому розділі наведено вказівки щодо процесу оцінювання дорослих ТГР осіб, які потребують гендерно-підтверджуючих медичних та/або хірургічних втручань (ГПМХВ). Він описує та оновлює процес діагностики як частину підходу, орієнтованого на пацієнта, а також критерії, яких можуть дотримуватися медичні працівники, щоб рекомендувати ГПМХВ дорослим ТГР пацієнтам.

Розділ 6 — Підлітки

Цей новий розділ присвячено ТГР підліткам, відрізняється від розділу про дітей і був створений для 8-го видання Стандартів Медичного Догляду, враховуючи (1) експоненціальне зростання кількості звернень підлітків; (2) збільшення кількості доступних досліджень щодо допомоги підліткам, пов'язаної з гендерною різноманітністю; і (3) унікальні проблеми розвитку та гендерно-підтверджуючої допомоги, характерні для цієї вікової групи. У цьому розділі надано рекомендації щодо процесу оцінювання підлітків, які потребують ГПМХВ, а також рекомендації щодо роботи з ТГР молоддю та їхніми родинами.

Розділ 7 — Діти

Цей новий розділ стосується гендерно-різноманітних дітей препубертатного віку та зосереджується на психосоціальних практиках і терапевтичних підходах, які відповідають розвитку.

Розділ 8 — Небінарні особи

Цей новий розділ СМД-8 складається з широкого опису терміна «небінарний» і його використання з біопсихосоціальної, культурної та інтерсекційної точки зору. Обговорюється необхідність доступу до гендерно-підтверджуючої допомоги, специфічних гендерно-підтверджуючих медичних втручань, а також належного рівня підтримки.

Розділ 9 — Євнухи

Цей новий розділ описує унікальні потреби євнухів і те, як СМД можна застосувати до цієї групи населення.

Розділ 10 — Інтерсекс особи

Цей розділ присвячено клінічній допомозі інтерсексуальним особам. У ньому розглядається розвиток термінології, поширеність і різноманітні представлення таких осіб, а також надаються рекомендації щодо надання доказової психосоціальної та медичної допомоги.

Розділ 11 — Інституційне середовище

Цей розділ було розширено, щоб охопити як карцеральні, так і не карцеральні налаштування, і він побудований на основі останніх 3 версій СМД. У цьому розділі описано, як СМД-8 можна застосувати до осіб, які живуть у таких умовах.

Розділ 12 — Гормональна терапія

У цьому розділі описано початок гормональної гендерно-підтверджуючої терапії, рекомендовані режими, перевірку здоров'я до та під час гормональної терапії та специфічні міркування щодо

гормональної терапії перед операційними втручаннями. Він включає в себе розгорнуте обговорення безпеки агоністів гонадотропін-рилізинг-гормону (ГнРГ) у молоді, різні режими прийому гормонів, моніторинг, який включає розвиток потенційних проблем зі здоров'ям, пов'язаних з терапією, і вказівки щодо того, як постачальники гормонів повинні співпрацювати з хірургами.

Розділ 13 — Хірургія та післяопераційний догляд

У цьому розділі описано спектр гендерно-підтверджуючих хірургічних процедур для різноманітної та гетерогенної спільноти осіб, які ідентифікують себе як ТГР. Він забезпечує обговорення оптимального хірургічного навчання процедурам гендерно-підтверджуючої хірургії (ГПХ), післяопераційного догляду та подальшого спостереження, доступу до хірургії для дорослих і підлітків, а також індивідуальних корекцій в оперативні втручання.

Розділ 14 — Постановка голоса та комунікативна терапія

У цьому розділі описано професійну підтримку голосову та комунікації, підтримку та втручання, які включають усі аспекти різноманітності, а не обмежуються лише фемінізацією та маскулінізацією голосу. Рекомендації тепер сформульовані як обов'язків професіоналів, залучених до постановки голосу та комунікаційної підтримки в підтвердженні гендерних ролей..

Розділ 15 — Первинна допомога

У цьому розділі обговорюється важливість первинної медичної допомоги для осіб із ТГЗ, включаючи питання серцево-судинного та метаболічного здоров'я, скринінг ракових захворювань та системи первинної медичної допомоги.

Розділ 16 — Репродуктивне здоров'я

У цьому розділі наведено останні дані про перспективи репродуктивного здоров'я та питання батьківства для молоді та дорослих ТГР осіб, прогрес у методах збереження фертильності (включно з кріоконсервацією тканин), рекомендації щодо медичного догляду до зачаття та пренатальне консультування та рекомендації щодо грудного вигодовування. Також розглядаються методи контрацепції для ТГР осіб.

Розділ 17 — Сексуальне здоров'я

У цьому новому розділі визнається глибокий вплив сексуального здоров'я на фізичне та психологічне благополуччя ТГР людей. Розділ виступає за те, щоб питання сексуального функціонування, чутливості та задоволення були включені в догляд, пов'язаний із ТГР людьми.

Розділ 18 — Психічне здоров'я

У цьому розділі обговорюються принципи догляду за станом психічного здоров'я у ТГР дорослих та взаємозв'язок психічного здоров'я та догляду в період переходу. Психотерапія може бути корисною, але не повинна бути обов'язковою для гендерно-підтверджуючого лікування, і не слід пропонувати конверсійну терапію.

РОЗДІЛ 1 — Термінологія

Цей розділ закладає основу для термінології, яка використовується в СМД-8, і пропонує узгоджені рекомендації щодо використання термінології. У цьому розділі наведено (1) терміни та визначення та (2) найкращі практики їх використання. Цей документ супроводжується глосарієм (див. Додаток B) загальних термінів і мови, щоб забезпечити основу для використання та тлумачення СМД-8.

Термінологія

У цьому документі ми використовуємо фразу «трансгендери та гендерно різноманітні» (ТГР), щоб бути якомога ширшим і вичерпними для опису представників багатьох різноманітних світових спільнот людей із гендерною ідентичністю або її експресією, які відрізняються від статі, яку суспільство приписує їм при народженні. Сюди входять люди, які мають культурно-специфічний та/або мовно-специфічний досвід, ідентичність або вираження, і/або які не ґрунтуються на західній концепції статі або не охоплюються нею, або мовою, яка використовується для її опису. Скорочення ТГР використовується для зручності як скорочення для трансгендерів і гендерно різноманітних.

Рішення використовувати ТГР було результатом активного процесу і не обійшлося без суперечок. Дискусії були зосереджені на уникненні надмірного акценту на терміні “трансгендер”, інтеграції небінарних гендерних ідентичностей і досвіду, визнанні глобальних варіацій у розумінні гендеру, уникненні терміна «гендерно неконформний» і визнанні мінливої природи мови, оскільки те, що є актуальним зараз, може бути не таким у наступні роки. Таким чином, терміни «трансгендерність» і «гендерна різноманітність» були обрані з наміром бути найбільш інклюзивним і висвітлити багато різноманітних гендерних ідентичностей, проявів, досвіду та потреб у охороні здоров’я ТГР людей. Було проведено Дельфійський процес, у якому автори розділів СМД-8 були анонімно та ітеративно опитані протягом кількох раундів для досягнення консенсусу щодо умов використання термінології. СМД-8 представляє стандарти догляду, які прагнуть бути застосованими до ТГР людей з усього світу, незалежно від того, як людина себе ідентифікує чи виражає.

Контекст

Мова, вибрана в цьому розділі, може не бути (і ніколи не могла бути) вичерпною для кожної культури та географічного регіону/місцевості. Розбіжності та дискусії щодо відповідних термінів і конкретної термінології є звичайним явищем, і жоден термін не може використовуватися без дискусій. Мета цього розділу полягає в тому, щоб запропонувати спільний словниковий запас, який поважає та відображає різноманітний досвід ТГР людей, залишаючись доступним для практикуючих медичних працівників і постачальників послуг, а також громадськості. Доступ до медичного обслуговування, пов’язаного з процесом переходу, має ґрунтуватися на наданні адекватної інформації та отриманні інформованої згоди від особи, а не на тому, які слова ТГР люди або постачальники послуг використовують для опису гендерної ідентичності. Використання мови та термінології, які є шанобливими та відповідають культурному контексту, є основою як для надання підтверджуючої допомоги, так і для зменшення стигматизації та шкоди, яку зазнають багато ТГР людей коли звертаються за медичною допомогою. Для постачальників послуг важливо обговорювати з користувачами послуг мову, яка для них найбільш зручна, і використовувати цю мову за можливості.

У цьому розділі пояснюється, чому обраним термінам надається перевага над іншими. Замість того, щоб використовувати конкретні терміни для медичних, юридичних та правозахисних груп, мета полягає в тому, щоб сприяти спільній мові та розумінню у сфері охорони ТГР здоров'я та багатьох суміжних галузях (наприклад, епідеміології, права), щоб оптимізувати надання послуг охорони здоров'я трансгендерним та гендерно різноманітним людям.

"Стать", "гендер", "гендерна ідентичність" і "гендерна експресія" використовуються в англійській мові як дескриптори, які можуть стосуватися будь-яких людей — як тих, хто належить до цієї групи, так і тих, хто ні. Існують комплексні причини, чому дуже специфічна мова може бути найбільш шанобливою, інклюзивною та найбільш прийнятою глобальними спільнотами ТГР людей, включаючи наявність або відсутність слів для опису цих понять мовами, відмінними від англійської; структурний зв'язок між статтю та гендером; правові ландшафти на місцевому, національному та міжнародному рівнях; і наслідки історичної та сучасної стигми, з якою стикаються люди TGD.

Оскільки в даний час у галузі охорони ТГР здоров'я значною мірою домінує англійська мова, існують дві специфічні проблеми, які постійно виникають під час встановлення контексту для термінології. Перша проблема полягає в тому, що в англійській мові існують слова, яких немає в інших мовах (наприклад, «стать» і «гендер» представлені лише одним словом в урду та багатьох інших мовах). Друга проблема полягає в тому, що існують слова поза англійською мовою, які не мають прямого перекладу англійською мовою (наприклад, травесті, фа'афафін, хіджра, сельрата, муша, катой, транспіной, варія, махі). На практиці це означає, що сильний вплив англійської мови в цій галузі впливає як на те, які терміни широко використовуються, так і на те, які люди чи ідентичності найбільше представлені або валідизовані цими термінами. Обрані слова також створюють наративи, які сприяють формуванню переконань і уявлень. У той час як у попередніх версіях Стандартів Медичної Допомоги Всесвітня Професійна Асоціація Здоров'я Трансгендерів (ВПАТЗ) використовувала лише термін "трансгендер" як загальний термін, восьма редакція розширює цю мову, використовуючи "ТГР" як загальний термін у всьому тексті документу (див. Розділ 2 — Глобальна застосовність).

Крім того, на природу мови, що постійно розвивається, впливають зовнішні соціальні та структурні чинники, соціальний тиск і насильство, що чиниться на ТГР людьми та їх тілами. Багато термінів і фраз, що використовувалися історично, були відмічені тим, в якому контексті вони використовувалися в обговоренні ТГР людей, і, таким чином, вийшли з ужитку або викликають гостру суперечку серед ТГР спільноти, причому деякі люди віддають перевагу термінам, які інші вважають образливими. Дехто бажає, щоб ці Стандарти медичної допомоги містили узгоджений набір загальноприйнятих термінів для опису ТГР людей, ідентичностей та відповідних медичних послуг. Такий список, однак, не існує і не може існувати без виключення деяких людей і без посилення структурних утисків щодо раси, національного походження, статусу корінного населення, соціально-економічного статусу, релігії, мови та етнічної приналежності, серед інших взаємозв'язків. Цілком імовірно, що принаймні частина термінології, яка використовується в СМД-8, буде застарілою до моменту розробки дев'ятої редакції. Деякі люди будуть розчаровані цією реальністю, але є надія, що натомість це буде сприйнято як можливість для окремих осіб і спільнот розвинути й удосконалити свій власний лексикон, а для людей – розвинути більш детальне розуміння життя та потреб ТГР людей, у тому числі їх стійкість і опір гнобленню.

Робота юридичних професіоналів також входять до компетенції цих Стандартів Медичної Допомоги. Таким чином, мова, яка найбільш широко використовується в міжнародному праві, включена сюди, щоб допомогти з розробкою функціональних визначень цих термінів і заохотити їх використання в правовому контексті замість більш застарілих та/або образливих термінів. У найдосконалішому наразі документі з міжнародного права використовується термін «гендерна різноманітність».

Усі твердження в цьому розділі були рекомендовані на основі ретельного аналізу доказів, оцінки користі та шкоди, цінностей і переваг постачальників і пацієнтів, а також використання ресурсів і здійсненності. У деяких випадках ми визнаємо, що докази обмежені та/або послуги можуть бути недоступними або небажаними.

Рекомендації

1.1 – Ми рекомендуємо професіоналам охорони здоров'я використовувати культурно релевантну мову (включаючи терміни для опису трансгендерів і гендерно різноманітних людей) під час користування Стандартами Медичної Допомоги в різних умовах.

1.2 – Ми рекомендуємо медичним працівникам використовувати в медичних установах мову, яка підтримує принципи безпеки, гідності та поваги.

1.3 – Ми рекомендуємо медичним працівникам обговорити з трансгендерними та гендерно різноманітними пацієнтами, якій мові чи термінології вони віддають перевагу.

Рекомендація 1.1

Ми рекомендуємо професіоналам охорони здоров'я використовувати культурно релевантну мову (включаючи терміни для опису трансгендерів і гендерно різноманітних людей) під час користування Стандартами Медичної Допомоги в різних умовах.

Культурно відповідна мова використовується для опису ТГР людей у різних умовах. Наприклад, поняття "статі", "гендеру" та "гендерної різноманітності" відрізняються в різних контекстах, як і мова, яка використовується для їх опису. Таким чином, мова, яка використовується під час догляду за ТГР людьми у Таїланді, не буде такою ж, як мова, яка використовується для догляду за ТГР у Нігерії. Застосовуючи Стандарти медичної допомоги в усьому світі, ми рекомендуємо медичним працівникам (МП) використовувати місцеву мову та терміни, щоб надавати медичну допомогу в їхній конкретній культурній та/або географічній місцевості.

Підтвердження гендеру стосується процесу визнання або підтвердження гендерної ідентичності ТГР людей — соціальної, медичної, юридичної, поведінкової чи певної комбінації цих аспектів (Reisner, Poteat та ін., 2016). Гендерно-підтверджуюча, або транс-компетентна охорона здоров'я використовує культурно специфічну мову в догляді за ТГР пацієнтами. Гендерно-підтверджуючий догляд не є синонімом догляду, пов'язаного з переходом. Надання медичної допомоги, пов'язаної з процесом переходу, наприклад медичне підтвердження статі за допомогою гормональної терапії або хірургічного втручання, не лише забезпечує надання гендерно-підтверджуючої допомоги, а також не вказує на якість чи безпеку наданої медичної допомоги.

Консультації та партнерство з ТГР-спільнотами можуть допомогти забезпечити релевантність та інклюзивність мови, яка використовується для надання медичної допомоги на місцевому рівні в певному контексті та середовищі.

Рекомендація 1.2

Ми рекомендуємо медичним працівникам використовувати в медичних установах мову, яка підтримує принципи безпеки, гідності та поваги.

Безпека, гідність і повага є основними правами людини (Міжнародна Комісія Юристів, 2007). Ми рекомендуємо медичним працівникам використовувати мову та термінологію, які захищають ці права людини під час надання допомоги ТГР пацієнтам. Багато ТГР людей стикалися зі стигмою та дискримінацією у закладах охорони здоров'я, що призвело до неоптимального догляду та гірших результатів збереження здоров'я (Reisner, Poteat та ін., 2016; Safer та ін., 2016; Winter, Settle та ін., 2016). Такі випадки включають місгендерінг, відмову в догляді або послугах у разі захворювання чи травми та необхідність навчати МП, щоб вони могли отримати належний догляд (James et al., 2016). Через це, багато ТГР людей відчувають небезпеку намагаючись отримати доступ до необхідної медичної допомоги. Вони можуть уникати взаємодії зі системою охорони здоров'я та шукати інші способи отримати ці послуги, наприклад, приймати гормони без медичного призначення або моніторингу спеціаліста та покладатися на медичні поради інших членів спільноти. Крім того, попередній негативний досвід взаємодії з медичними установами пов'язаний із майбутнім уникненням медичного догляду ТГР людьми.

МП ставилися несправедливо, упереджено, без визнання гідності та поваги до багатьох ТГР людей, коли відсутність довіри часто є перешкодою для надання якісної медичної допомоги. Використання мови, яка ґрунтується на принципах безпеки, гідності та поваги в закладах охорони здоров'я, має першорядне значення для забезпечення здоров'я, благополуччя та прав ТГР людей, у всьому світі. Мова є важливою складовою гендерно-підтверджуючої допомоги, але сама по собі мова не вирішує та не пом'якшує систематичне жорстоке поводження, а іноді й насильство, з яким ТГР люди стикаються в медичних установах всього світу. Мова є лише одним з важливих кроків до рівноправного пацієнт/клієнт центрованого медичного обслуговування людей. Інші конкретні дії, які можуть вжити МП, включають отримання інформованої згоди та утримання від припущень щодо потреб людини на основі її статі чи ТГР статусу.

Рекомендація 1.3

Ми рекомендуємо медичним працівникам обговорити з трансгендерними та гендерно різноманітними пацієнтами, якій мові чи термінології вони віддають перевагу.

Надаючи медичну допомогу ТГР особам, ми рекомендуємо МП обговорити з ними, використанню якої мови чи термінології вони віддають перевагу. Це обговорення включає в себе питання у ТГР людей, як би вони хотіли, щоб до них зверталися за іменем та займенниками, які вони себі обрали і про мову, яку слід використовувати для опису частин їх тіла.

Використання підтверджуючої мови та термінології є ключовим компонентом ТГР-підтверджуючої допомоги (Lightfoot та ін., 2021; Vermeir та ін., 2018). Крім того, це може сприяти налагодженню взаєморозуміння та зменшенню недовіри, яку багато ТГР людей відчувають до МП через

досвід взаємодії в системах охорони здоров'я. Обговорення та використання мови чи термінології також можуть сприяти залученню до отримання медичної допомоги, яка не пов'язана безпосередньо з ТГР, наприклад, проходження звичайних профілактичних оглядів та будь-які необхідні медичні обстеження.

МП та заклади охорони здоров'я можуть запровадити стандартизовані процедури для сприяння цим обговоренням, наприклад: використання медичних форм, які включають обрані займенники та ім'я; заохочення всього персоналу (незалежно від їх гендерної ідентичності) називати власні займенники під час знайомства з пацієнтами; вказувати займенники у супроводі імен на документі всіх пацієнтів; не використовуючи гендерні терміни пошани (наприклад, пані, пан). Заклади охорони здоров'я можуть давати розпорядження МП стосовно забезпечення приватності та права на конфіденційність ТГР осіб, зокрема, коли вони розкривають, що особа належить до ТГР, і того як це належним чином документувати. Наприклад, політика клініки може передбачати запис цієї інформації як приватну та конфіденційну між МП та пацієнтом/клієнтом, і що її слід розкривати лише за принципом «необхідності знати».

РОЗДІЛ 2 — Глобальна застосовність

Люди, які кидають виклик культурним межам статі та гендеру, існували в культурах всього світу з давніх часів. Іноді їх визнавали в локальних мовленнєвих термінах (Feinberg, 1996). На противагу більш нещодавній патологізації гендерної різноманітності як хвороби, деякі культури традиційно вшановували та вітали цю різноманітність (наприклад, Nanda, 2014; Peletz, 2009). На сьогоднішній час англійський термін "трансґендерний та гендерно різноманітний" (ТГР) описує величезну різноманітність гендерних ідентичностей та проявів, а отже, сукупність людей з різноманітними потребами та досвідом взаємодії з сферою охорони здоров'я. Разом ТГР люди представляють важливі аспекти людського розмаїття. Всесвітня Професійна Асоціація Трансгендерного Здоров'я (ВПАТЗ) стверджує, що їх слід цінувати та відзначати. ТГР особи продовжують робити життєво важливий внесок у розвиток суспільств, в якому вони живуть, хоча часто це не отримує належного визнання.

Викликає занепокоєння той факт, що багато ТГР людей у сучасному світі зазнають стигми, упереджень, дискримінації, переслідувань, жорстокого поводження та насильства, що призводить до соціальної, економічної та правової маргіналізації, погіршення психічного та фізичного здоров'я та навіть смерті — процес, який характеризується як схил стигми-хвороби (Winter, Diamond et al., 2016). Подібні переживання (і очікування або страх зіткнутися з такими переживаннями) призводять до того, що Мейєр описав як стрес меншин (Meyer, 2003; див. також Bockting та ін., 2013, які пишуть саме про ТГР людей), і пов'язані з негативними фізичними (наприклад, Rich та ін., 2020) і психологічними (наприклад, Bränström та ін., 2022; Scandurra та ін., 2017; Shipherd та ін., 2019, Tan та ін., 2021) наслідками для здоров'я.

Особливою є проблема насильства проти ТГР людей. З глобальної точки зору воно широко поширене, різноманітне за своєю природою (емоційне, сексуальне та фізичне, наприклад, див. Mujugira та ін, 2021), і включає в себе низку злочинців (включно з державними суб'єктами). Статистика вбивств, найбільш екстремальної за своїми наслідками форми насильства, викликає тривогу. У всьому світі з січня 2008 року по вересень 2021 року було задокументовано понад 4000 вбивств; статистичні дані, які широко вважаються помилковими через заниження (TGEU, 2020).

З моменту публікації Стандартів Медичної Допомоги версії 7 (СМД-7) відбулися кардинальні зміни у поглядах на ТГР людей та надання їм медичної допомоги. Основний напрямок світової медицини більше не класифікує ТГР як психічний розлад. У Діагностичному та статистичному Посібнику з Психичних Розладів 5-го видання (DSM-5) Американської психіатричної асоціації (APA, 2013) діагностика гендерної дисфорії зосереджується на будь-якому дистресі та дискомфорті, які супроводжують ТГР, а не на самій гендерній ідентичності. Редакція тексту (DSM-5-TR) була опублікована в 2022 році. У Міжнародній Класифікації Хвороб, версії 11 (МКХ-11), діагностичному посібнику Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ, 2019b), діагноз «Гендерна невідповідність» розміщено у розділі про сексуальне здоров'я. Він фокусується на досвіді переживання власної ідентичності людиною та будь-які потреби в гендерно-підтверджуючому лікуванні, які можуть випливати з цієї ідентичності.

Подібні кроки, що передбачають депатологізацію (точніше, депсихопатологізацію) трансгендерних ідентичностей, є принципово важливими з кількох причин. У сфері охорони здоров'я вони можуть допомогти підтримати модель медичного догляду, яка наголошує на активній ролі пацієнтів у прийнятті рішень щодо власного медичного обслуговування за підтримки медичних працівників (МП) первинної медичної допомоги (Baleige та ін., 2021). Можливо припустити, що ці розробки також можуть

сприяти більш соціально інклюзивним політичним рішенням, таким як законодавча реформа щодо визнання гендеру, яка сприяє підходу, заснованому на правах, без встановлення вимог щодо діагностики, гормональної терапії та/або хірургічного втручання. ТГР люди, які змінили гендерний маркер в документах, мають краще психічне здоров'я (наприклад, Bauer та ін., 2015; Scheim та ін., 2020). Дотримання підходу, який більше спирається на правах, у цій сфері може значно сприяти загальному здоров'ю та благополуччю ТГР людей (Arístegui та ін., 2017).

Попередні редакції СМД розкрили, що велика частина зареєстрованого клінічного досвіду та знань у цій галузі, отримані з джерел Північної Америки та Західної Європи. Вони зосереджені на гендерно-підтверджуючій охороні здоров'я в країнах із високим рівнем доходу, які мають відносно добре забезпечення ресурсами системи охорони здоров'я (включаючи ті, що мають тренованих психіатрів, ендокринологів, хірургів та інших спеціалістів) і де послуги часто фінансуються державою або (принаймні для деяких пацієнтів) через приватне страхування.

Для багатьох країн надання медичної допомоги ТГР людям є сферою, що розвивається. Ресурси в цій сфері обмежені або взагалі відсутні, а послуги часто недосяжні, невідповідні, важкодоступні та/або недоступні за ціною. Можливим є брак МП (первинної або спеціалізованої допомоги), або їх повна відсутність. Фінансування гендерно-підтверджуючої медичної допомоги може бути відсутнім, і на пацієнтів часто покладається повне фінансування будь-якої медичної допомоги, до якої вони мають доступ. МП часто не мають клінічної та/або культурної компетентності в цій галузі. Навчання для роботи з такими пацієнтами може бути обмеженим (наприклад, Martins та ін., 2020). Через усі ці причини і через історичні погляди світової «західної» медицини на ТГР людей як на людей з психічними розладами (перспектива, яка лише нещодавно змінилася), ТГР люди зазвичай виявляються позбавленими можливостей отримувати медичні послуги.

Постачальники послуг в галузі охорони здоров'я виявили, що релевантна література є переважно північноамериканською та європейською, що створює особливі проблеми для людей, які працюють у малозабезпечених системах охорони здоров'я. Нещодавні ініціативи, які часто залучають зацікавлені сторони з числа ТГР людей як партнерів, дещо змінюють цю ситуацію, надаючи знання про передову практику в інших регіонах, зокрема про те, як надавати ефективну, культурно компетентну медичну ТГР допомогу у країнах з низьким і середнім рівнем доходу за межами глобальної півночі.

Протягом останніх років у цій галузі було розроблено широкий спектр цінних ресурсів для охорони здоров'я. Dahlen та ін. (2021) переглядають дванадцять міжнародних настанов з клінічної практики. Більше половини з розглянутих текстів створені професійними організаціями, розташованих у Північній Америці (наприклад, Hembree та ін., 2017) або Європі (наприклад, T'Sjoen та ін., 2020). Три – від ВООЗ (останній – ВООЗ, 2016 р.). Наразі існує безліч інших ресурсів, які не ввійшли до розглянутого ними списку, які безпосередньо спираються на досвід з регіонів за межами Північної Америки та Європи. Приклади можна знайти в Азії та Тихоокеанському регіоні (APTN, 2022; Health Policy Project та ін., 2015), Карибському басейні (PAHO, 2014), Таїланді, Австралії (Telfer та ін., 2020), Аотеароа/Нової Зеландії (Oliphant та ін., 2018) та Південної Африки (Tomson та ін., 2021) (див. також TRANSIT (UNDP та ін, 2016)). Ці ресурси зазвичай створюються за ініціативи або в партнерстві з місцевими чи міжнародними ТГР спільнотами. Цей партнерський підхід, зосереджений на задоволенні місцевих потреб культурно безпечними та компетентними способами, також може мати широке міжнародне значення. Деякі з цих

публікацій можуть мати особливу цінність для тих, хто планує, організовує та надає послуги в країнах з низьким рівнем доходу та ресурсів. Також, вірогідно, існують інші ресурси, опубліковані іншими мовами, крім англійської, про які нам не відомо.

У глобальному масштабі ТГР ідентичності можуть бути пов'язані з різними концептуальними рамками статі, гендеру та сексуальності та існувати в дуже різноманітних культурних (і іноді духовних) контекстах та історіях. Беручи до уваги складні взаємозв'язки між соціальними та культурними факторами, законодавством, попитом і наданням гендерно-підтверджуючої медичної допомоги, СМД-8 слід тлумачити через призму, яка підходить для контексту індивідуальної практики кожного МП. підтримуючи узгодження з їх основними принципами (APTN і UNDP, 2012; Проект Настанов Охорони Здоров'я та ін., 2015; PAHO, 2014).

Ми розглядаємо глобальну застосовність СМД-8 у цьому розділі саме в цьому контексті та спираючись на широкий досвід ТГР людей та постачальників медичних послуг у всьому світі. Ми викладаємо ключові міркування для МП і на завершення рекомендуємо основні принципи та практики, які є основоположними для сучасної медичної допомоги ТГР людям, незалежно від того, де вони живуть і які ресурси, доступні для тих, хто прагне надати таку медичну допомогу.

Рекомендації

2.1. – Ми рекомендуємо системам охорони здоров'я надавати необхідну з медичної точки зору медичну гендерно-підтверджуючу допомогу ТГР людям.

2.2 – Ми рекомендуємо медичним працівникам та іншим користувачам Стандартів Медичної Допомоги 8 редакції (СМД-8) застосовувати ці рекомендації таким чином, щоб задовольняти потреби місцевих трансгендерних і гендерно різноманітних спільнот, надаючи допомогу з урахуванням культурних особливостей, яка визнає реалії країни, в яких вони проходять практику.

2.3. – Ми рекомендуємо постачальникам медичних послуг розуміти вплив соціальних настроїв, законів, економічних обставин і систем охорони здоров'я на життєвий досвід трансгендерних і гендерно різноманітних людей у всьому світі.

2.4. – Ми рекомендуємо, щоб переклади СМД зосереджувалися на міжкультурній і концептуальній еквівалентності, щоб забезпечити узгодженість із основними принципами, які лежать в основі СМД-8.

2.5. – Ми рекомендуємо медичним працівникам завжди застосовувати основні принципи СМД-8 у своїй роботі з трансгендерними та гендерно різноманітними людьми, щоб забезпечити повагу до прав людини та доступ до відповідної та компетентної медичної допомоги, зокрема:

Загальні принципи

• Розширюйте можливості та інклюзивність. Працювати над зменшенням стигматизації та полегшенням доступу до відповідної медичної допомоги для всіх, хто її шукає;

• Поважайте різноманітність. Поважайте всіх клієнтів і будь-яку гендерну ідентичність. Не патологізуйте відмінності в гендерній ідентичності чи експресії;

• Поважайте універсальні права людини, включаючи право на тілесну і психічну недоторканність, автономію та самовизначення; свободу від дискримінації та право на найвищий досяжний рівень

здоров'я.

Принципи щодо розробки та впровадження відповідних послуг і доступної медичної допомоги

• Залучайте трансгендерних та гендерно різноманітних людей до розробки та реалізації медичних послуг;

• Дізнавайтеся про соціальні, культурні, економічні та правові чинники, які можуть вплинути на здоров'я (та потреби в охороні здоров'я) трансгендерних і гендерно різноманітних людей, а також на бажання та здатність особи отримати доступ до послуг;

• Забезпечте медичне обслуговування (або зверніться до обізнаних колег), яке підтверджує гендерну ідентичність і самовираження, включаючи медичне обслуговування, яке зменшує страждання, пов'язані з гендерною дисфорією (якщо вона присутня);

• Відмовляйтеся від підходів, які мають на меті або мають ефект конверсійної терапії, а також уникайте надання будь-якої прямої чи непрямої підтримки таким підходам і послугам.

Принципи надання компетентних послуг

• Отримуйте знання (пройдіть тренування, якщо це можливо) стосовно потреб в охороні здоров'я трансгендерних і гендерно різноманітних людей, у тому числі про переваги та ризики гендерно-стверджуючої медичної допомоги;

• Медичний підхід має відповідати конкретним потребам клієнтів, зокрема їхнім цілям щодо гендерної ідентичності та експресії;

• Зосередьтеся на зміцненні здоров'я та благополуччя, а не лише на зменшенні гендерної дисфорії, яка може бути або не бути присутньою;

• Тримайтеся підходів, які зменшують шкоду, де це доречно;

• Забезпечити повну та інформовану участь трансгендерних та гендерно різноманітних людей у прийнятті рішень щодо їхнього здоров'я та благополуччя;

• Покращуйте досвід надання медичних послуг, у тому числі пов'язаних з адміністративними системами та безперервністю догляду.

Принципи роботи над покращенням здоров'я за допомогою ширшої співпраці зі спільнотою

• Надавайте людям зв'язок із спільнотами та мережами підтримки;

• Підтримуйте та захищайте інтереси клієнтів під час взаємодії з їхніми родинах та громадами (у школах, на робочих місцях та ін.), де це необхідно.

Рекомендація 2.1

Ми рекомендуємо системам охорони здоров'я надавати необхідну з медичної точки зору медичну гендерно-підтверджуючу допомогу ТГР людям.

Медична необхідність — це термін, загальний для медичних послуг і страхових полісів у всьому світі. Загальноприйняте визначення медичної необхідності, яке використовують страхові компанії, таке: «Медичні послуги, які лікар та/або медичний працівник надасть пацієнту, керуючись обережними клінічними судженнями, з метою запобігання, оцінки, діагностики або лікування хвороб, травм, або їх

симптомів які: (a) відповідають загальноприйнятим стандартам медичної практики; (b) є клінічно відповідним з точки зору типу, частоти, ступеня, місця та тривалості та вважаються ефективним для хвороби, травми або захворювання пацієнта; та (c) не в першу чергу для зручності пацієнта, лікаря чи іншого медичного працівника та не дорожче, ніж альтернативні послуги чи послідовність послуг, що принаймні так само ймовірно дадуть еквівалентні терапевтичні чи діагностичні результати щодо діагностики чи лікування хвороби, травми або захворювання цього пацієнта». Лікуючий, МП обгрунтовує та документує необхідність запропонованого лікування з медичної точки зору для лікування захворювання (Американська Медична Асоціація, 2016).

Загалом «прийняті стандарти медичної практики» означають стандарти, які ґрунтуються на надійних наукових доказах, опублікованих у рецензованій медичній літературі, загальновизнаній відповідним медичним співтовариством, спеціальними Товариствами Медичних Спеціалізацій та/або рекомендаціями акредитованих Медичних Коледжів, а також погляди лікарів та/або МП, які практикують у відповідних клінічних областях.

Медична необхідність є центральною для оплати, субсидій та/або відшкодування витрат на медичне обслуговування в деяких частинах світу. Лікуючий МП, може обгрунтувати та документувати те, що лікування є необхідним з медичної точки зору для запобігання або лікування захворювання. Якщо настанови та практика охорони здоров’я заперечують медичну необхідність лікування, можливо звернутися до державного органу чи іншої організації для незалежного медичного огляду.

Необхідно розуміти, що гендерна різноманітність властива всім людям і не є патологією. Однак гендерна невідповідність, яка спричиняє клінічно значущий дистрес і порушення якості життя, часто потребує медично необхідного клінічного втручання. У багатьох країнах медично необхідна гендерно-підтверджуюча допомога документується лікарем як лікування Гендерної Невідповідності (HA60 у МКХ-11; ВООЗ, 2019b) та/або як лікування гендерної дисфорії (F64.0 у СДМ-5-РТ; АПА, 2022).

Існують переконливі докази, що демонструють переваги для якості життя та благополуччя гендерно-підтверджуючих методів лікування, включаючи ендокринологічні та хірургічні процедури, які належним чином призначені та виконуються відповідно до Стандартів Медичної допомоги (Редакція 8), для ТГР людей, які потребують цього лікування (наприклад, Ainsworth & Spiegel, 2010; Aires та ін., 2020; Aldridge та ін., 2020; Almazan & Keuroghlian, 2021; Al-Tamimi та ін., 2019; Balakrishnan та ін., 2020; Baker та ін., 2021; Buncamper та ін., 2016; Cardoso da Silva та ін., 2016; Eftekhar Ardebili, 2020; Javier та ін., 2022; Lindqvist та ін., 2017; Mullins та ін., 2021; Nobili та ін., 2018; Owen-Smith та ін., 2018; Özkan та ін., 2018; T'Sjoen та ін., 2019; van de Grift, Elaut та ін., 2018; White Hughto & Reisner, Poteat та ін., 2016; Wierckx, van Caenegem та ін., 2014; Yang, Zhao та ін., 2016). Гендерно-підтверджуючі заходи можуть також включати процедури видалення/трансплантації волосся, терапію/хірургію голосу, консультування та інші медичні процедури, необхідні для ефективного підтвердження гендерної ідентичності особи та зменшення гендерної невідповідності та дисфорії. Крім того, зміна імені, статі або гендерного маркеру в документах, що засвідчують особу, також може бути корисною, а в деяких юрисдикціях це залежить від медичної документації, яку пацієнти можуть вимагати від практикуючих лікарів.

Гендерно-підтверджуючі медичні інтервенції базуються на десятиліттях клінічного досвіду та дослідженнях; отже, вони не вважаються експериментальними, косметичними чи призначеними для зручності пацієнта. Вони безпечні та ефективні для зменшення гендерної невідповідності та гендерної

дисфорії (наприклад, Aires та ін., 2020; Aldridge та ін., 2020; Al-Tamimi та ін., 2019; Balakrishnan та ін., 2020; Baker та ін., 2021; Bertrand та ін., 2017; Buncamper та ін., 2016; Claes та ін., 2018; Eftekhar Ardebili, 2020; Esmonde та ін., 2019; Javier та ін., 2022; Lindqvist та ін., 2017; Lo Russo та ін., 2017; Marinkovic & Newfield, 2017; Mullins та ін., 2021; Nobili та ін., 2018; Olson-Kennedy, Rosenthal та ін., 2018; Özkan та ін., 2018; Poudrier та ін., 2019; T'Sjoen та ін., 2019; van de Grift, Elaut та ін., 2018; White Hughto & Reisner, Poteat та ін., 2016; Wierckx, van Caenegem та ін., 2014; Wolter та ін., 2015 ; Wolter та ін., 2018).

Таким чином, ВПАТЗ настійно закликає системи охорони здоров'я надавати ці необхідні з медичної точки зору процедури та усувати будь-які виключення зі своїх документів і медичних рекомендацій, які перешкоджають охопленню будь-яких медично необхідних процедур або лікування для підтримання здоров'я та благополуччя ТГР осіб. Іншими словами, уряди повинні забезпечити створення, розширення або покращення медичних послуг для ТГР людей (у відповідних випадках) як елементів будь-якої Універсальної Медичної Допомоги, громадських систем охорони здоров'я, державних субсидованих систем або регульованих державою приватних систем, які можуть існувати. Системи охорони здоров'я повинні забезпечувати безперервну медичну допомогу, як звичайну, так і спеціалізовану, доступну для всіх громадян на справедливій основі.

Необхідні з медичної точки зору гендерно-підтверджуючі втручання обговорюються в СМД-8. Вони включають, але не обмежуються, гістеректомію +/- двосторонню сальпінгоофоректомію; двосторонню мастектомію, реконструкцію грудної клітини або фемінізуючу маммопластику, зміну розміру сосків або протезування грудей; реконструкцію геніталій, наприклад, фаллопластику та метоідіопластику, скротопластику та протезування статевого члена та яєчок, пенектомію, орхіектомію, вагінопластику та вульвопластику; видалення волосся з обличчя, тіла та геніталій для підтвердження гендеру або в рамках передопераційного процесу підготовки; гендерно-підтверджуюча хірургія обличчя та контурна корекція тіла; терапія та/або хірургія голосу; а також надання медичних препаратів, що блокують статеве дозрівання, і гормональних препаратів; психологічне консультування або психотерапія на основі аналізу індивідуальних обставин і потреб пацієнта.

Рекомендація 2.2

Ми рекомендуємо медичним працівникам та іншим користувачам Стандартів Медичної Допомоги 8 редакції (СМД-8) застосовувати ці рекомендації таким чином, щоб задовольняти потреби місцевих трансгендерних і гендерно різноманітних спільнот, надаючи допомогу з урахуванням культурних особливостей, яка визнає реалії країни, в яких вони проходять практику.

Ідентичності, які можуть мати ТГР люди, існують у культурному контексті. В англомовних країнах ТГР люди по-різному ідентифікуються як транссексуали, трансгендери, гендерно неконформні, гендерквір чи гендерно різноманітні, небінарні, а також за іншими ідентичностями; включаючи (для багатьох осіб, які ідентифікують себе у рамках бінарного гендеру) чоловіків та жінок. (наприклад, James та ін., 2016; Strauss та ін., 2017; Veale та ін., 2019).

В інших місцях ідентичності можуть включати, але не обмежуються наступними: травесті (більша частина Латинської Америки), хіджра (більша частиніа Південної Азії), хваджа сіра (Пакистан), ахут (М'янма), макн'ях, пакн'ях (Малайзія), варія (Індонезія) катої, фьюінг кхам пхет (Таїланд), бакла, транспінай, транспіной (Філіппіни), фа'афафіне (Самоа), маху (Французька Полінезія, Гаваї), леїті (Тонга),

пінапінааїне (Тувалу та Кірибаті), вакасалевалева (Фіджі), палопа (Папуа Нова Гвінея), та акав'іне (Острови Кука) (наприклад, APTN та UNDP, 2012; Health Policy Project та ін., 2015; Kerry, 2014). У Північній Америці також існує велика кількість ідентичностей з двома душами (наприклад, надліхі в культурі навахо (Діне)) (Sheppard & Mayo, 2013). Ідентичності, до яких відноситься кожен із цих термінів, часто є культурно складними та можуть існувати в духовному чи релігійному контексті. Залежно від культур та відповідних ідентичностей, деяких можна вважати так званими «третіми гендерами», що лежать за межами гендерної бінарності (наприклад, Graham, 2010; Nanda, 2014; Peletz, 2009). Деякі ТГР ідентичності менш розповсюджені, ніж інші. У багатьох місцях видимість трансгендерних чоловіків та небінарних трансмаскулінних ідентичностей з'явилися відносно недавно, з незначною кількістю традиційних термінів у місцевих мовах або з їх повною відсутністю (Health Policy Project та ін., 2015). Незалежно від того, де чи з ким працюють МП (включаючи тих, хто працює з представниками етнічних меншин, мігрантами та біженцями), вони повинні знати про культурний контекст, у якому люди виросли та живуть, а також про можливі наслідки для охорони здоров'я.

У всьому світі наявність, доступність, прийнятність і якість медичної допомоги дуже відрізняються, що призводить до нерівності всередині та між країнами (OECD, 2019). У деяких країнах офіційні системи охорони здоров'я існують поряд із усталеними традиційними та народними системами охорони здоров'я, де місцеві моделі охорони здоров'я підкріплюють важливість цілісної медичної допомоги (ВООЗ, 2019a). МП повинні знати про традиції та реалії, в яких доступна медична допомога, і надавати підтримку, яка враховує місцеві потреби та ідентичність ТГР людей, а також надавати їм культурно компетентну та безпечну допомогу.

Рекомендація 2.3

Ми рекомендуємо постачальникам медичних послуг розуміти вплив соціальних настроїв, законів, економічних обставин і систем охорони здоров'я на життєвий досвід трансгендерних і гендерно різноманітних людей у всьому світі.

Життєвий досвід ТГР людей дуже різниться залежно від ряду факторів, включаючи соціальні, культурні (включаючи духовні), правові, економічні та географічні. Коли ТГР люди живуть у середовищі, яке підтверджує їх гендерну та/або культурну ідентичність, тоді цей досвід може бути позитивним. У цьому відношенні особливо важливі родини (наприклад, Pariseau та ін., 2019; Yadegarfard та ін., 2014; Zhou та ін., 2021). Однак, якщо дивитися з глобальної перспективи, обставини, в яких живуть ТГР люди, часто є складними. Їм зазвичай відмовляють правах, у широко визнаних у міжнародному праві як права людини. До них належать права на освіту, охорону здоров'я та захист від медичних зловживань, працю та достатній рівень життя, житло, свободу пересування та вираження поглядів, недоторканність приватного життя, безпеку, життя, сім'ю, свободу від свавільного позбавлення волі, справедливий суд, гуманне поводження під час перебування під вартою, а також свободу від тортур, нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження чи покарання (Міжнародна Комісія Юристів, 2007, 2017).

Широко визнано, що відмова в правах може вплинути на здоров'я та благополуччя сексуальних і гендерних меншин (наприклад, OHCHR та ін., 2016; ВООЗ, 2015). Тому ми знову підтверджуємо тут важливість перерахованих вище прав для ТГР людей і беремо до уваги попередні дії ВПАТЗ щодо захисту прав, зокрема через численні політичні документи (наприклад, ВПАТЗ , 2016, 2017, 2019). МП можуть

відігравати важливу роль у захисті прав, у тому числі права на якісне гендерно-підтверджуюче медичне обслуговування, яке є відповідним, прийнятним і доступним.

У всьому світі велика кількість досліджень детально описує проблеми, з якими стикаються ТГР люди і вплив на їхнє здоров'я та благополуччя (наприклад, Aurat Foundation, 2016; Bhattacharya & Ghosh, 2020; Chumakov et al., 2021; Coulman та ін., 2018; Heylens, Elaut та ін., 2014; Human Rights Watch, 2014; James та ін., 2016; Lee, Operario та ін., 2020; Luz та ін., 2022; McNeil та ін., 2012 , 2013; Motmans та ін., 2017; Muller та ін., 2019; Scandurra та ін., 2017; Strauss та ін., 2019; Suen та ін., 2017; Valashany & Janghorbani, 2019; Veale та ін., 2019 ; Ву та ін., 2017). Дослідження показує, що ТГР люди часто зазнають стигми та упереджень, а також дискримінації та переслідувань, жорстокого поводження та насильства, або живуть в очікуванні та страху перед такими діями. Соціальні цінності та ставлення, ворожі до ТГР людей, які часто передаються молодим людям у шкільних програмах (наприклад, Olivier & Thurasukam, 2018), також виражаються у відторгненні сім'єю (наприклад, Yadegarfard та ін., 2014) і закріплюються в законах, політичних практиках, які обмежують свободу вираження своєї гендерної ідентичності та сексуальності та перешкоджають доступу до житла, громадських місць, освіти, працевлаштування та послуг (включаючи медичне обслуговування). Кінцевим результатом є те, що ТГР люди зазвичай позбавлені широкого спектру можливостей, доступних їхнім цисгендерним співвітчизникам, і витісняються на узбіччя суспільства, без підтримки сім'ї. У більшій частині світу доступ ТГР людей до юридичного визнання статі обмежений або відсутній (наприклад, ILGA World, 2020a; TGEU, 2021; UNDP і APTN, 2017). У деяких країнах такі бар'єри сьогодні спираються на підтримку «теоретиків гендерної критики» (як критикують, наприклад, Madrigal-Borloz, 2021; Zanghellini, 2020).

Зусилля зі зміни ґендерної ідентичності (гендерно-репаративні або конверсійні програми спрямовані на те, щоб зробити людину цисгендерною) широко поширені та завдають шкоди ТГР людям (наприклад, APTN, 2020a, 2020b, 2020c, 2021; Bishop, 2019; GIRES та ін., 2020; Turban, Beckwith та ін., 2020) і (як і такі ж програми, спрямовані на сексуальну орієнтацію) вважаються неетичними (наприклад, APS, 2021; Trispiotis and Purshouse, 2021; Various, 2019, 2021). Ці намагання можна вважати формою насильства. Незалежний експерт ООН із захисту від насильства та дискримінації за ознаками сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності закликав до глобальної заборони такої практики (Madrigal-Borloz, 2020). Все більше юрисдикцій забороняють таку роботу (ILGA World, 2020b).

Несправедливість виникає через низку факторів, включаючи економічні міркування та цінності, що лежать в основі систем охорони здоров'я, особливо з огляду на акцент, який приділяється державному, приватному та самофінансуванню охорони здоров'я. Відсутність доступу до відповідної та доступної медичної допомоги може призвести до більшої залежності від неформальних систем знань. Це включає інформацію про самостійний прийом гормональних препаратів, який в багатьох випадках здійснюється без необхідного медичного моніторингу чи нагляду (наприклад, Do та ін., 2018; Liu та ін., 2020; Rashid та ін., 2022; Reisner та al., 2021; Winter & Doussantousse, 2009).

У деяких частинах світу велика кількість трансгендерних жінок використовують силікон як засіб для модифікації свого тіла, вдаючись до послуг силіконових «накачувачів» та/або відвідуючи «вечірки» накачування у своїх спільнотах. Безпосередні результати накачування силіконом відрізняються значними ризиками для здоров'я (наприклад, Aguayo-Romero та ін., 2015; Bertin та ін., 2019; Regmi та ін., 2021),

особливо там, де використовувався промисловий силікон або інші речовини для ін'єкцій. і де хірургічне видалення може бути складним.

Таким чином, стан сексуального здоров'я ТГР людей є поганим. Рівень поширеності ВІЛ серед трансгендерних жінок, які звертаються до клінічних організацій в мегаполісах, становить приблизно 19% у всьому світі, що в 49 разів перевищує базовий рівень поширеності в загальній популяції (Baral та ін., 2013). Сексуальне здоров'я трансгендерних чоловіків також є проблематичним (наприклад, Mujugira та ін., 2021).

Рекомендація 2.4

Ми рекомендуємо, щоб переклади СМД зосереджувалися на міжкультурній і концептуальній еквівалентності, щоб забезпечити узгодженість із основними принципами, які лежать в основі СМД-8.

Значна частина дослідницької літератури про ТГР людей створена в країнах з високим рівнем доходу та в англомовних країнах. У цій літературі домінують глобальні північні погляди на ТГР людей (включаючи ті, що пов'язані з потребами та наданням медичної допомоги). Пошук у базі даних Scopus у травні 2021 року, проведений авторами, показує, що 99% літератури про охорону здоров'я трансгендерів надходить з Європи, Північної Америки, Австралії та Нової Зеландії. Загалом 96% літератури англійською мовою. ТГР людям Глобального Півдня приділяли відносно мало уваги в англомовній літературі, а роботи тих МП, які з ними взаємодіють, часто залишалися невизнаними та неопублікованими або не були перекладені англійською мовою. Застосування ресурсів, розроблених на Глобальній Півночі, несе ризик залишити без уваги актуальність і нюанси місцевих знань, культурних рамок і практик, а також утрати можливості навчитися на роботі інших.

Перекладаючи принципи, викладені в СМД, ми рекомендуємо дотримуватися вказівок щодо найкращої практики мовного перекладу, щоб забезпечити створення високоякісних письмових ресурсів, які культурно та лінгвістично відповідають місцевій ситуації. Важливо, щоб перекладачі володіли знаннями про ідентичність і культуру ТГР спільнот, щоб переконатися, що дослівні переклади є культурно компетентними та безпечними для місцевих ТГР людей. Також важливо, щоб переклад відповідав встановленим процесам забезпечення якості (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2010; Sprager & Martinez, 2015).

Рекомендація 2.5

Ми рекомендуємо медичним працівникам завжди застосовувати основні принципи СМД-8 у своїй роботі з трансгендерними та гендерно різноманітними людьми, щоб забезпечити повагу до прав людини та доступ до відповідної та компетентної медичної допомоги, зокрема:

Загальні принципи

• Розширюйте можливості та інклюзивність. Працювати над зменшенням стигматизації та полегшенням доступу до відповідної медичної допомоги для всіх, хто її шукає;

• Поважайте різноманітність. Поважайте всіх клієнтів і будь-яку гендерну ідентичність. Не патологізуйте відмінності в гендерній ідентичності чи експресії;

• Поважайте універсальні права людини, включаючи право на тілесну і психічну недоторканність, автономію та самовизначення; свободу від дискримінації та право на найвищий досяжний рівень здоров'я.

Принципи щодо розробки та впровадження відповідних послуг і доступної медичної допомоги

• Залучайте трансгендерних та гендерно різноманітних людей до розробки та реалізації медичних послуг;

• Дізнавайтеся про соціальні, культурні, економічні та правові чинники, які можуть вплинути на здоров'я (та потреби в охороні здоров'я) трансгендерних і гендерно різноманітних людей, а також на бажання та здатність особи отримати доступ до послуг;

• Забезпечте медичне обслуговування (або зверніться до обізнаних колег), яке підтверджує гендерну ідентичність і самовираження, включаючи медичне обслуговування, яке зменшує страждання, пов'язані з гендерною дисфорією (якщо вона присутня);

• Відмовляйтеся від підходів, які мають на меті або мають ефект конверсійної терапії, а також уникайте надання будь-якої прямої чи непрямої підтримки таким підходам і послугам.

Принципи надання компетентних послуг

• Отримуйте знання (пройдіть тренування, якщо це можливо) стосовно потреб в охороні здоров'я трансгендерних і гендерно різноманітних людей, у тому числі про переваги та ризики гендерно-стверджуючої медичної допомоги;

• Медичний підхід має відповідати конкретним потребам клієнтів, зокрема їхнім цілям щодо гендерної ідентичності та експресії;

• Зосередьтеся на зміцненні здоров'я та благополуччя, а не лише на зменшенні гендерної дисфорії, яка може бути або не бути присутньою;

• Тримайтеся підходів, які зменшують шкоду, де це доречно;

• Забезпечити повну та інформовану участь трансгендерних та гендерно різноманітних людей у прийнятті рішень щодо їхнього здоров'я та благополуччя;

• Покращуйте досвід надання медичних послуг, у тому числі пов'язаних з адміністративними системами та безперервністю догляду.

Принципи роботи над покращенням здоров'я за допомогою ширшої співпраці зі спільнотою

• Надавайте людям зв'язок із спільнотами та мережами підтримки;

• Підтримуйте та захищайте інтереси клієнтів під час взаємодії з їхніми родинах та громадами (у школах, на робочих місцях та ін.), де це необхідно.

Ми вже цитували дослідження, в якому детально описано широкий спектр проблем, з якими можуть зіткнутися ТГР люди, соціально-економічні та правові перешкоди, а також ті, що стосуються доступу до медичної допомоги. Хоча загалом послуги охорони здоров'я різноманітні в усьому світі (з точки зору доступності та якості), послуги, доступні ТГР людям, часто є неадекватними. Численні звіти з різних регіонів світу показують, що ТГР люди можуть повідомляти про позитивний досвід взаємодії з системами охорони здоров'я, багато інших – ні (наприклад, Callander та ін., 2019; Costa, da Rosa Filho та

ін., 2018; Do та ін., 2018; Gourab та ін., 2019; Health Policy Project та ін., 2015; Liu та ін., 2020; Motmans та ін., 2017; Muller та ін., 2019; PAHO, 2014; Reisner та ін., 2021; Strauss та ін., 2017; TGEU, 2017). Звичайні варіанти медичної допомоги часто не відповідають їхнім потребам у медичній допомозі загального, сексуального чи гендерного підтвердження. Стандартні процедури ведення пацієнтів у клініках і лікарнях часто не розпізнають гендерну ідентичність своїх ТГР пацієнтів (зокрема якщо ці пацієнти ідентифікуються за межами бінарної системи). Пацієнти можуть бути розміщені в палатах, які не відповідають їх гендеру, що створює для них ризик сексуальних домагань. ТГР пацієнти часто стикаються з відсутністю підтримки або ворожим ставленням з боку МП та допоміжного персоналу і можуть навіть отримувати відмову в обслуговуванні. Викликає занепокоєння те, що МП в деяких частинах світу беруть участь в програмах, спрямованих на зміну гендерної ідентичності, описаних раніше в цьому розділі.

У всьому світі існує багато інших бар'єрів для надання гендерно-підтверджуючої медичної допомоги. МП часто можуть не бажати надавати послуги, яких шукають ТГР люди. У деяких країнах можуть існувати закони чи правила, які перешкоджають або забороняють їм це робити. Якщо лікарі загальної практики та інші постачальники медичних послуг не мають доступу до чітких інструкцій своєю рідною мовою та можуть утримуватися від надання послуг. Навіть у ситуаціях, коли медична допомога доступна, пацієнти можуть виявити, що її важко отримати через відстань, методику контролю, проблеми з попитом і пропозицією, що призводить до довгих черг або збільшення вартості. Дійсно, процедури підтвердження гендеру можуть не бути включені до загальної системи охорони здоров'я або не покриватися приватним страхуванням, навіть якщо подібні процедури покриваються для цисгендерних пацієнтів.

З усіх цих причин багато ТГР людей за можливості уникають офіційних медичних послуг. Їх спільноти зазвичай заповнюють порожнечу, діючи як важливі ресурси для своїх членів. Вони надають соціальну та емоційну підтримку, часто у ворожому оточенні. Крім того, вони часто діють як резервуари спільної інформації про доступні варіанти медичної допомоги, включаючи паралельні та неофіційні варіанти медичної допомоги за межами загальнодоступної медицини. Як ми бачили раніше в цьому розділі, це часто включає обмін інформацією про силікон та інші ін'єкційні речовини для трансформації тіла та про гормональні препарати, які застосовуються самостійно без необхідного медичного моніторингу чи нагляду. ВООЗ зазначає, що ТГР особам, які самостійно вводять гендерно-підтверджуючі гормональні препарати, буде корисно отримати доступ до доказової інформації, якісних продуктів і стерильного обладнання для ін'єкцій (ВООЗ, 2021). Доступ до такої інформації може бути частиною ширшого підходу зменшення шкоди (наприклад, Idrus & Hyman, 2014).

Застосування важливих основних принципів, викладених вище, на практиці може покращити досвід взаємодії з системами охорони здоров'я та сприяти повазі до ТГР людей у всіх місцевих контекстах. Це може відбуватися незалежно від реалій системи охорони здоров'я (включно з культурним, соціальним, правовим, економічним контекстом, у якому надається медична допомога), доступного рівня надання послуг або людей, які потребують таких послуг.

РОЗДІЛ 3 — Оцінка популяції

У попередньому виданні Стандартів Медичної Допомоги, Версія 7, Всесвітня Професійна Асоціація Трансгендерного Здоров'я (ВПАТЗ) визначила лише невелику кількість статей, які намагалися оцінити розмір трансгендерної та гендерно різноманітної популяції (ТГР) і охарактеризували стан наукової проблеми як «відправна точка», що потребує подальшого систематичного вивчення (Coleman та ін., 2012). З того часу перелік наукової літератури на цю тему значно розширився, про що свідчить ряд останніх оглядів, які мали на меті узагальнити наявні докази (Arcelus та ін., 2015; Коллін та ін., 2016; Goodman та ін., 2019; Meier & Labuski, 2013; Zhang та ін., 2020).

При перегляді епідеміологічних даних, що стосуються ТГР популяції, краще уникати термінів «захворюваність» і «поширеність». Уникнення цих та подібних термінів може запобігти недоречній патологізації ТГР людей (Adams та ін., 2017; Bouman та ін., 2017). Крім того, термін «захворюваність» може бути незастосовним у цій ситуації, оскільки він припускає, що ТГР статус має легко ідентифікований час початку, що є необхідною умовою для розрахунку оцінки захворюваності (Celentano & Szklo, 2019). З усіх вищезазначених причин ми рекомендуємо використовувати терміни «кількість» і «пропорція» для позначення абсолютного та відносного розміру ТГР популяції.

Можливо, найважливішим моментом в огляді цієї літератури є мінливість дефініції, яка використовується для позначення ТГР популяції (Collin та ін., 2016; Meier & Labuski, 2013). У клінічних дослідженнях дані про ТГР людей, як правило, обмежуються особами, які отримали діагнози, пов'язані з трансгендерністю чи консультації, або тими, хто намагався отримати або пройшов гендерно-підтверджуючу терапію, тоді як дослідження на основі опитувань зазвичай спираються на ширше, більш інклюзивне визначення, засноване на самооцінюванні особою власної гендерної ідентичності.

Іншим методологічним міркуванням при оцінці розміру та розподілу ТГР сукупності є необхідність зрозуміти, що являє собою основу вибірки. Як зазначено в останніх оглядах (Goodman та ін., 2019; Zhang та ін., 2020), багато опублікованих досліджень, особливо ті, що проводилися більше десяти років тому, спочатку оцінювали кількість пацієнтів, які спостерігалися в конкретному клінічному центрі, а потім ділили це число на приблизний розмір населення. Це навряд чи дасть точну оцінку, оскільки чисельник у розрахунках не обов'язково включається в знаменник, а справжній розмір знаменника часто залишається невідомим.

Враховуючи ці міркування, доцільно зосередитися конкретно на нещодавніх (опублікованих протягом останнього десятиліття) рецензованих дослідженнях, які використовували надійну методологію для ідентифікації ТГР людей у чітко визначеній системі вибірки. З усіх вищевказаних причин цей розділ зосереджений на дослідженнях, які відповідають наступним критеріям включення:

1. Були опубліковані у 2009 році або пізніше;
2. Використовують чітке визначення ТГР статусу;
3. Розраховані пропорції ТГР людей на основі чітко визначеного знаменника населення;
4. Були рецензовані.

Ці типи досліджень можуть надати точніші сучасні оцінки. Їх можна розділити на три групи:

1. Ті, у яких повідомляється про частки ТГР людей серед осіб, які зареєстровані у великих системах охорони здоров'я;
2. Ті, що представили результати опитування населення переважно дорослих учасників;

3. Ті, що базувалися на опитуваннях молоді, проведених у школах.

Нижче наведено найбільш інформативні та методологічно обґрунтовані дослідження з цих трьох категорій. Додаткову інформацію про ці та інші подібні дослідження можна знайти в останніх оглядах літератури (Goodman та ін., 2019; Zhang та ін., 2020).

Серед досліджень, які оцінювали розмір ТГР популяції, представники якої були зареєстрованими у великих системах охорони здоров'я, усі проводилися в США, і всі вони спиралися на інформацію, отриману з електронних медичних записів. Чотири з цих досліджень покладалися виключно на діагностичні коди для визначення ТГР популяції; два дослідження (Blosnich та ін., 2013; Kauth та ін., 2014) використовували дані системи Veterans Health Affairs, яка надає допомогу понад 9 мільйонам людей, і два дослідження (Dragon та ін., 2017; Ewald та ін., 2019) використали дані з Medicare, федеральної програми медичного страхування, яка в основному охоплює людей віком від 65 років. Частка ТГР людей, про яких повідомлялося в цих дослідженнях на основі діагностичних кодів, коливалася від 0,02% до 0,03%. Інша нещодавня публікація також використовувала дані Medicare разом із запитами про отримання комерційного страхування для ідентифікації ТГР людей, які і застосувала розширені критерії включення, щоб доповнити діагностичні коди інформацією про процедури та гормональну терапію (Jasuja та ін., 2020). Використовуючи цю методологію, частка ТГР серед усіх осіб, зареєстрованих у планах медичного обслуговування, що беруть участь, становила 0,03%. Шосте дослідження на основі систем охорони здоров'я (Quinn та ін., 2017) було проведено за допомогою аналізу медичних планів Kaiser Permanente у штатах Джорджія та Каліфорнія; ці плани надають допомогу приблизно 8 мільйонам членів, зареєстрованих через роботодавців, державні програми або індивідуально. Популяція ТГР у дослідженні Kaiser Permanente була визначена в усіх вікових групах за допомогою діагностичних кодів і довільних текстових клінічних записів. Пропорції ТГР людей, виявлені в Kaiser Permanente, були вищими, ніж відповідні пропорції, зазначені в дослідженнях Veterans Health Affairs і Medicare з останніми оцінками від 0,04 до 0,08%.

На відміну від результатів досліджень, що базуються на системах охорони здоров'я, результати опитувань, які ґрунтувалися на самозвітності ТГР статус, дали набагато вищі оцінки. У двох американських дослідженнях було використано Дослідження Поведінкових Факторів Ризику (ДПФР), яке є щорічним телефонним опитуванням, яке проводиться в усіх 50 штатах і на територіях США (Conron та ін., 2012; Crissman та ін., 2017). Перше дослідження використовувало дані циклів ДПФР 2007–2009 років у штаті Массачусетс, а друге дослідження використовувало дані ДПФР 2014 року з 19 штатів і території Гуаму. Обидва дослідження показали, що приблизно 0,5% дорослих учасників (віком від 18 років) відповіли «Так» на запитання «Чи вважаєте ви себе трансгендером?»

Інтернет-опитування, проведене серед нідерландського населення віком 15–70 років (Kuyper & Wijsen, 2014), запропонувало учасникам оцінити наступні два запитання за 5-бальною шкалою Лайкерта: «Чи можете ви вказати, до якої міри ви психологічно відчули себе чоловіком?» і «Чи можете ви вказати, наскільки ви психологічно відчуваєте себе жінкою?» Респонденти вважалися «гендерно амбівалентними», якщо вони давали однакову оцінку обом твердженням, і «гендерно неконгруентними», коли вони повідомляли про нижчу оцінку для своєї статі, визначеної при народженні, ніж для своєї гендерної ідентичності. Частка учасників, які повідомили про неконгруентну та амбівалентну гендерну ідентичність, становила 1,1% і 4,6% відповідно для осіб, стать яких було визначено як чоловічу при

народженні (ВЧПН), і 0,8% і 3,2% відповідно для осіб, стать яких було визначено як жіночу при народженні (ВЖПН).

Аналогічно сплановане дослідження оцінило частку ТГР популяції у регіоні Фландрії в Бельгії за допомогою вибірки, взятої з національного реєстру країни (Van Caenegem, Wierckx та ін., 2015). Учасникам було запропоновано оцінити такі твердження: «Я відчуваю себе жінкою» і «Я відчуваю себе чоловіком» за 5-бальною шкалою Лайкерта. Використовуючи ті самі визначення, що застосовувалися в нідерландському дослідженні (Kuyper & Wijsen, 2014), частка осіб з гендерною неконгруентністю становила 0,7% для людей ПЧПН і 0,6% для людей ПЖПН. Відповідні оцінки гендерної амбівалентності серед людей ПЧПН і ПЖПН становили 2,2% і 1,9% відповідно.

Нещодавнє популяційне дослідження оцінювало частку ТГР людей серед приблизно 50 000 дорослих жителів округу Стокгольм, Швеція (Åhs та ін., 2018). Чисельник був визначений, поставивши учасникам таке запитання: «Я хотів би приймати гормони чи отримати хірургічну операцію, щоб бути більш схожим на людину іншої статі». Два додаткових пункти були розроблені, для того, щоб ідентифікувати осіб, які відчувають гендерну невідповідність: «Я відчуваю себе людиною іншої статі» і «Я хотів би жити як особа іншої статі або хотів би, щоб до мене ставилися як до такої». Про потребу або в гормональній терапії, або в операції з підтвердження статі повідомили 0,5% учасників. Особи, які висловлювали почуття іншої статі, і ті, хто хотів жити як особа іншої статі, становили 2,3% і 2,8% від загальної вибірки відповідно.

Дані про населення за межами Північної Америки та Західної Європи менш поширені. Одне нещодавнє дослідження пропонує цінні дані великого репрезентативного опитування 6000 дорослих у Бразилії (Spizzirri та ін., 2021). Гендерну ідентичність учасників оцінювали на основі наступних трьох запитань:

1. «Який з наступних варіантів найкраще описує те, що ви зараз відчуваєте?» (Варіанти: Я відчуваю себе чоловіком, Я відчуваю себе жінкою, Я відчуваю себе ні чоловіком, ні жінкою);
2. «Яка стать у вашому свідоцтві про народження?» (Варіанти: самець, самка, невизначений);
3. «Яка з цих ситуацій вам найбільше подобається?» (Варіанти: Я народився чоловіком, але відчуваю себе жінкою з дитинства; Я народився жінкою, але відчуваю себе чоловіком з дитинства; Я народився чоловіком, і мені комфортно у своєму тілі; Я народився жінкою і відчуваю себе комфортно з моїм тілом).

Виходячи з відповідей на ці три запитання, автори визначили, що 1,9% респондентів опитування були ТГД (0,7% визначені як трансгендери, а 1,2% визначені як небінарні).

Література про пропорції чисельності ТГР молоді (особи до 19 років) містить кілька опитувань, проведених у школах. У 2012 році національне перехресне опитування в Новій Зеландії зібрало інформацію про ТГР ідентичність серед учнів середньої школи (Clark та ін., 2014). Серед понад 8000 учасників опитування 1,2% самоідентифікувалися як ТГР особи, а 2,5% повідомили, що не впевнені. Інше дослідження школярів ґрунтувалося на опитуванні 2016 року серед учнів 9-х і 11-х класів (віком 14–18 років) у штаті Міннесота США (Eisenberg та ін., 2017). З майже 81 000 респондентів опитування 2,7% повідомили, що вони належать до ТГР осіб. Нещодавнє дослідження (Johns та ін., 2019) представило

результати Опитування Молоді щодо Ризикованої Поведінки (ОМРП), яке проводиться кожні два роки серед місцевих, штатних і національних репрезентативних вибірок учнів середньої школи США 9–12 класів (приблизний вік діапазон 13–19 років). Цикл ОМРП у 2017 році проводився в 10 штатах і 9 великих містах і включав таку послідовність: «Деякі люди описують себе як трансгендерних осіб, якщо їх стать при народженні не відповідає тому, як вони думають або відчувають свою стать. Ви трансгендерна особа?» Серед майже 120 000 учасників на 19 сайтах 1,8% відповіли «Так, я трансгендер», а 1,6% відповіли «Я не впевнений, чи я трансгендер».

Інше нещодавно опубліковане шкільне дослідження в США представило результати опитування 2015 року, проведеного у Флориді та Каліфорнії з метою виявлення гендерно різноманітних дітей і підлітків у вибірці трохи більше ніж 6000 учнів 9–12 класів (Lowry та ін., 2018). «Високий рівень гендерної невідповідності» використовувався для визначення дітей ВЧПН, які повідомили, що вони дуже/здебільшого/дещо фемінні, або дітей ВЖПН, які повідомили, що вони дуже/переважно/дещо маскулінні. Виходячи з цих визначень, пропорції ТГР учасників становили 13% серед студентів ВЧПН, 4% серед студентів ВЖПН і 8,4% загалом.

Лише одна наукова праця досліджувала частку дітей, які визначили себе як ТГР у молодшій віковій групі. Шилдс та ін. проаналізували дані опитування 2700 учнів 6–8 класів (віковий діапазон 11–13 років) у 22 державних середніх школах Сан-Франциско (Shields et al., 2013). Тридцять три дитини ідентифікували себе як ТГР особи на основі запитання «Який у Вас гендер?» з можливими відповідями «жінка, чоловік або трансгендер». Підсумкова частка респондентів-трансгендерів склала 1,3%. Однак це визначення виключало ТГР осіб, які ідентифікують себе як небінарних, і тих, хто явно не ідентифікує себе як трансгендерну особу.

У сукупності ці дані вказують на те, що серед досліджень систем охорони здоров'я, які спиралися на діагностичних кодах або інших доказах, задокументованих у медичних записах (Blosnich та ін., 2013; Dragon та ін., 2017; Ewald та ін., 2019; Kauth та ін. ., 2014; Quinn та ін., 2017), частки ТГР людей за останні роки (2011–2016) коливалися від 0,02% до 0,08%. В той час, коли у дослідженнях, де ТГР статус встановлювався на основі самоідентифікації, відповідні пропорції були на порядки вищими та досить послідовними, якщо дослідження використовували схожі визначення. Коли в опитуваннях запитували безпосередньо про «трансгендерну» ідентичність, оцінки коливалися від 0,3% до 0,5% серед дорослих і від 1,2% до 2,7% серед дітей і підлітків. Коли визначення було розширено, щоб включити ширші прояви гендерної різноманітності, такі як гендерна невідповідність або гендерна амбівалентність, відповідні частки були вищими: від 0,5% до 4,5% серед дорослих і від 2,5% до 8,4% серед дітей і підлітків.

Ще одним важливим спостереженням є безперервне збільшення як розміру, так і складу ТГР популяції (Goodman et al., 2019) із тенденцією до зростання частки ТГР людей, які спостерігаються в системах охорони здоров'я, за допомогою опитувань населення, а також у даних про юридичне визнання статі. Більш високі оцінки, які спостерігаються в новітній літературі, підтверджують деякі з попередніх публікацій, які вказують на те, що розмір ТГР популяції був, ймовірно, недооцінений у попередніх дослідженнях (Olyslager & Conway, 2008).

Підсумок досліджень пропорцій ТГР людей у загальній сукупності

Дослідження на основі систем охорони здоров'я: 0.02–0.1%
Дослідження дорослих на основі опитувань: 0.3–0.5% (трансгендерні особи), 0.3–4.5% (всі ТГР особи)
Дослідження дітей та підлітків на основі опитувань: 1.2–2.7% (трансгендерні особи), 2.5–8.4% (всі ТГР особи)

Про часові тенденції у співвідношенні ВЧПН до ВЖПН також розглядалися в дослідженнях, що аналізували звернення до клінік, а також дані інтегрованих систем охорони здоров'я. Це співвідношення змінилося з більшої частини осіб ВЧПН в попередні десятиліття до більшої частини осіб ВЖПН в останні роки, особливо серед ТГР молоді (Aitken et al., 2015; de Graaf, Carmichael et al., 2018; de Graaf, Giovanardi et al. 2018; Steensma et al. ін., 2018; Чжан та ін., 2021). Тенденція до більшої частки ТГР людей у молодших вікових групах та вікові відмінності у співвідношенні ВЧПН до ВЖПН, ймовірно, представляють «ефект когорти», який відображає соціально-політичні досягнення, зміни у патернах перенаправлення, розширення доступу до медичної допомоги та медичної інформації, менш вираженої культурної стигми та інших змін, які мають різний вплив на різні покоління (Ashley 2019d; Pang et al., 2020; Zhang et al., 2020).

Незважаючи на нещодавнє покращення якості опублікованих досліджень, важливим обмеженням наявної літератури є відносна нестача рецензованих публікацій із регіонів за межами Західної Європи чи Північної Америки. Деяку відповідну інформацію про глобальні оцінки можна отримати зі звітів від урядових та неурядових організацій (Fisher et al., 2019; Kasianczuk & Trofymenko, 2020), але цей звітній матеріал більш важкий для систематичної оцінки. Інші перешкоди для оцінки глобального розподілу ТГР популяцій включають неадекватний доступ до демографічних даних і надмірну представленість англомовних журналів у світовій літературі.

Незважаючи на ці обмеження, доступні високоякісні дані чітко вказують на те, що ТГР люди становлять значну та зростаючу частку загального населення. На основі наявних надійних даних ця частка може коливатися від часток відсотка до кількох процентних пунктів залежно від критеріїв включення, вікової групи та географічного розташування. Точні оцінки пропорції, розподілу та складу ТГР популяції, а також прогноз ресурсів, необхідних для адекватного забезпечення потреб в охороні здоров'я ТГР людей, повинні спиратися на систематично зібрані високоякісні дані, які зараз стають все більш доступними. Постійний і регулярний збір цих даних необхідний для зменшення мінливості та мінімізації переоцінки та заниження результатів. Наприклад, набагато точніші оцінки мають стати доступними, коли переписи населення почнуть систематично збирати та повідомляти дані про стать, визначену при народженні, та гендерну ідентичність, включаючи агендерну та небінарну категорії, використовуючи перевірений двоетапний метод. Першу таку оцінку на основі перепису оприлюднило національне статистичне управління Канади. Згідно з даними перепису 2021 року, 100815 із 30,5 мільйонів канадців ідентифікували себе як трансгендерних або небінарних осіб; це відповідало 0,33% населення віком від 15 років і старше (Statistics Canada, 2022). Згідно з опублікованою літературою, частка трансгендерних і небінарних людей була набагато вищою для покоління Z (народжених між 1997 і 2006 роками, 0,79%) і міленіалів (народжені між 1981 і 1996 роками, 0,51%), ніж для покоління X (народжені між 1966 і 1980 р., 0,19%), бебі-бумерів (народжені між 1946 і 1965 рр., 0,15%), міжвоєнного та Великого покоління (народжені в 1945 р. або раніше, 0,12%). Хоча ці результати представляють дані найвищої якості, доступні на сьогодні, незрозуміло, як пропорції населення, зазначені в Канаді, можна порівняти з показниками в інших країнах.

Варіативність у визначеннях того, що становить ТГР популяцію, і відмінності в методах збору даних можна ще більше зменшити шляхом покращення міжнародного співробітництва.

РОЗДІЛ 4 — Освіта

У цьому розділі подано загальний огляд літератури, пов'язаної з освітою в галузі охорони здоров'я трансгендерних та гендерно різноманітних (ТГР) осіб. Рекомендації пропонуються на урядовому, неурядовому, інституційному рівнях та рівні постачальників з метою розширення доступу до компетентної, милосердної медичної допомоги. У свою чергу, цей розширений доступ повинен покращити стан здоров'я в ТГР популяціях. Оскільки це новий розділ у Стандартах Медичної Допомоги Всесвітньої Професійної Асоціації Трансгендерного Здоров'я (ВПАТЗ), його мета полягає в тому, щоб закласти основу для сфери освіти та розпочати ширшу та глибшу дискусію серед освітян і медичних працівників.

Медичні працівники, які займаються доглядом за трансгендерним здоров'ям, охоплюють широкий спектр дисциплін. Професійна медична освіта значно відрізняється залежно від країни чи регіону з точки зору структури, ліцензування та політики. Література про освіту в галузі охорони здоров'я ТГР осіб переважно опублікована в Північній Америці, Європі, Австралії та Новій Зеландії. У цьому розділі не міститься огляд освітньої літератури для кожної дисципліни, потреб, специфічних для кожної дисципліни (які можна знайти у відповідних розділах), або потреб, специфічних для системи медичної освіти кожної країни/регіону. Потрібне глибше розуміння та дослідження на перетині систем медичної освіти, ліцензування та трансгендерного здоров'я у всьому світі

На глобальному рівні медико-санітарна ТГР освіта є обов'язковою, для подолання розбіжностей у національних та міжнародній сферах охорони здоров'я. Культурна компетентність, пов'язана з ТГР спільнотами, все ще не знаходиться на достатньому рівні. Світовий банк (World Bank Group, 2018) повідомляє про широку поширеність дискримінації, переслідувань, насильства та жорстокого поводження з ТГР людьми. Вони також повідомляють, що ТГР люди стикаються з найвищими показниками насильства та дискримінації (World Bank Group, 2018). Незважаючи на те, що в багатьох країнах із високим рівнем доходу є національне антидискримінаційне законодавство, яке захищає гендерну ідентичність, дискримінація на робочому місці, у сфері освіти та охорони здоров'я залишається проблематичною (World Bank Group, 2018).

У різних дисциплінах навчальні плани на всіх рівнях — бакалавріаті, магістратурі, резидентурі чи післядипломній освіті — історично ігнорували культурну або клінічну освіту, яка стосується ТГР людей. Об'єднана комісія (США) рекомендувала організаціям охорони здоров'я «забезпечувати освітні програми та форуми, які підтримують унікальні потреби ЛГБТ-спільноти» та «пропонувати освітні можливості для вирішення проблем здоров'я ЛГБТ» (OThe Joint Commission, 2011). Однак виконання цих рекомендацій не дотримується.

На індивідуальному рівні кілька запитань потребують відповідей. Який тип освітніх втручань може найбільш ефективно боротися з трансфобією та призвести до довготривалих змін у ставленні? Які втручання сприяють збільшенню кількості постачальників послуг у цій сфері, а також кількості ТГР людей, які отримують допомогу? Чи підвищує клінічне висвітлення довіру постачальників з часом? Які освітні втручання призводять до покращення стану здоров'я в ТГР популяції і коли та як ці втручання досягають цього? Незважаючи на те, що медичні працівники почали включати ТГР здоров'я в освітні програми, використовуючи різні модальності та на різних рівнях підготовки, ці зусилля відрізняються

залежно від професії охорони здоров'я та не мають системності за своєю природою (наприклад, Brennan et al., 2012; Chinn, 2013; Eliason et al., 2010; Lim et al., 2015; Obedin-Maliver et al., 2011; Rondahl, 2009).

Досягнення культурної скромності з повним усвідомленням інтерсекційності людства є кінцевою освітньою метою. Тим не менш, цей початковий заклик до освіти зосереджений на створенні основи культурної обізнаності та культурної компетентності, яка наразі є слабкою або взагалі не існує в більшості країн світу.

Усі рекомендації в цьому розділі були рекомендовані на основі ретельного аналізу доказів, оцінки користі та шкоди, цінностей і вподобань постачальників і пацієнтів, а також використання ресурсів і здійсненності. У деяких випадках ми визнаємо, що докази обмежені та/або послуги можуть бути недоступними або небажаними.

Рекомендації

4.1. – Ми рекомендуємо всім співробітникам державних, неурядових і приватних установ пройти культурну підготовку, спрямовану на розвиток гідного та шанобливого ставлення до трансгендерних та гендерно різноманітних осіб.

4.2. – Ми рекомендуємо всім співробітникам державних, неурядових і приватних установ пройти культурну підготовку, спрямовану на розвиток гідного та шанобливого ставлення до трансгендерних та гендерно різноманітних осіб під час орієнтації та в рамках щорічної або безперервної освіти.

4.3. – Ми рекомендуємо навчальним закладам, які займаються підготовкою медичних працівників, формувати компетенції та ставити навчальні цілі, які стосуються сфери трансгендерного та гендерно різноманітного здоров'я в кожній із сфер компетенції для своєї спеціальності.

Рекомендація 4.1

Ми рекомендуємо всім співробітникам державних, неурядових і приватних установ пройти культурну підготовку, спрямовану на розвиток гідного та шанобливого ставлення до трансгендерних та гендерно різноманітних осіб..

Стаття 1 Загальної Декларації Прав Людини Організації Об'єднаних Націй стверджує: «Усі люди народжуються вільними та рівними у своїй гідності та правах» (United Nations, 1948, 1948 р.). Лише нещодавно це фундаментальне твердження почало включати визнання того, що права ТГР є правами людини (UNOCHR, 2018). Глобально, стан навчання щодо ТГР спільнот все ще є недостатньо розвинутим на багатьох рівнях. В 2002 році лише 3% компаній зі списку Fortune 500 мали антидискримінаційний захист для ТГР працівників, і жодна не пропонувала страхове покриття для медичних послуг, що підтверджують гендер. (Human Rights Campaign Foundation, 2017). На момент 2022 року вже 91% компаній зі списку Fortune 500 включили пункт про гендерну ідентичність до антидискримінаційної політики США, а 66% пропонували ТГР-інклюзивне страхування. Однак лише 72% надають будь-яку форму культурного навчання стосовно лесбійок, геїв, бісексуалів, трансгендерів і квір/невизначившихся (ЛГБТК) для своєї робочої сили (Human Rights Campaign Foundation, 2022). Цей брак розуміння сприяє дискримінації за всіма напрямками. У сукупності ці невідповідності негативно впливають на здоров'я окремих людей і спільнот і посилюють різницю в рівнях здоров'я та несправедливість, з якою вони стикаються. У Британії лише 28% ТГР працівників вважали, що вище керівництво було спрямоване на

встановлення ТГР рівності; лише 21% ТГР працівників розглянули б можливість повідомити про трансфобні переслідування на робочому місці (Stonewall, 2018). Серед тих, хто відкрито ідентифікує себе як ТГР, 34% повідомили про те, що колеги їх уникали, 35% зазнали жорстокого поводження з боку клієнтів, 24% отримали відмову в підвищенні через свою гендерну ідентичність, а 11% були звільнені (Stonewall, 2018). У Південно-Східній Європі, за даними Світового банку, широко поширені дискримінація, переслідування, насильство та жорстоке поводження. ТГР люди у цьому регіоні стикаються з найвищими показниками насильства та дискримінації (World Bank Group, 2018). Часто про дискримінацію не повідомляли: 60% осіб не подали скаргу через відсутність віри в те, що скарга буде розглянута, страх перед подальшою дискримінацією чи глузуванням і небажання бути виявленими як ТГР (World Bank Group, 2018). Хоча багато країн регіону мають національні антидискримінаційні закони, які захищають гендерну ідентичність, дискримінація на робочому місці, у сфері освіти та охорони здоров'я залишається проблематичною (World Bank Group, 2018). Урядові, неурядові та приватні установи в цих країнах, які мають антидискримінаційні закони, відповідають за забезпечення прав ТГР населення. Через це вони зобов'язані створити шляхи, за допомогою яких можна зменшити дискримінацію та стигму.

Один з таких шляхів – через освіту. Місцеві культури, які сприяють настрою проти ТГР, часто стають перешкодою для цієї необхідної освіти. Незважаючи на те, що тренінги культурної компетенції призвели до сумнівних результатів, Шепард (Shepherd, 2019) рекомендує, що проведення тренінгів культурних знань, які віддають пріоритет місцевим культурним проблемам і зосереджуються на таких цінностях, як відкритість, відсутність засудження і чуйність, можуть призвести до бажаних результатів. Впровадження навчання культурним знанням потребує керівництва, яке бажає визначити пріоритетність навчання та присвятити час, гроші та людські ресурси для проведення початкового та поточного навчання.

Рекомендація 4.2

Ми рекомендуємо всім співробітникам державних, неурядових і приватних установ пройти культурну підготовку, спрямовану на розвиток гідного та шанобливого ставлення до трансгендерних та гендерно різноманітних осіб під час орієнтації та в рамках щорічної або безперервної освіти..

У різних дисциплінах навчальні плани на всіх рівнях — бакалавраті, магістратурі, резидентурі чи післядипломній освіті — історично ігнорували культурну або клінічну освіту, пов'язану з ТГР. Фактори, що сприяють цій відсутності залучення, включають відсутність знань та досвіду у викладачів, зручності з предметом навчання, упередженість викладачів, обмежений простір у межах існуючої навчальної програми та відсутність вказівок щодо того, як інтегрувати ці теми (McDowell & Bower, 2016). Дослідження відсутності та потреби в такій освіті конкретно не стосуються проблем ТГР здоров'я. Натомість існуюча література включає медичну освіту у ширшу дискусію про відсутність культурної та клінічної компетентності, орієнтованої на ЛГБТК. Як приклад, програми бакалаврату для медсестер включали в середньому лише 2,12 години навчання про здоров'я ЛГБТК (Lim et al., 2015). Можливо справедливо припустити, що кількість часу, присвяченого питанням здоров'я, пов'язаним із ТГР, становила лише частину цього часу.

У ширшому контексті ЛГБТК-компетентності, відсутність навчання ТГР культурної та клінічної компетентності є давно відомим недоліком медичної освіти (Aldridge et al., 2021). У США проєкт «Здорові

люди 2020» Департаменту Охорони Здоров'я та Соціальних Служб (United States Department of Health and Human Services, 2013), Національна Медична Академія (The Institute of Medicine, 2011) та Об'єднана Комісія (The Joint Commission, 2011) визнають, що відсутність такої освіти негативно впливає на здатність ЛГБТК людей, у тому числі ТГР людей, отримувати відповідну, медично необхідну допомогу. Комітет з Питань Жінок і Рівності Палати громад Великої Британії виявив, що брак освіти сприяв погіршенню нерівності здоров'я ТГР у Національній Службі Охорони Здоров'я (House of Commons Women and Equalities Committee, 2015). Нестачу належного рівня ТГР медико-санітарної освіти було виявлено в США (Obedin-Maliver et al., 2011), Великобританії (Tollemache et al., 2021), Південній Африці (de Vries et al., 2020; Taylor et al., 2018; Wilson та ін., 2014), Канаді (Bauer та ін., 2014), Австралії (Riggs & Bartholomaeus, 2016), Швеції, Іспанії, Сербії, Польщі (Burgwal та ін., 2021) та Пакистані (Martins та al., 2020) серед інших країн.

На додаток до розробки навчальної програми, Шепард (Shepherd, 2022) стверджує, що для покращення клінічної співпраці і задоволеності споживачів необхідні як власне клінічні, так і організаційні компоненти. На організаційному рівні ці зміни мають бути здійсненими, а також локально та практично орієнтованими (Shepherd, 2022). На індивідуальному рівні, окрім навчання знанням, медичним працівникам краще розвивати загальні риси, які зосереджуються на таких цінностях, як відкритість, відсутність суджень і чуйність (Shepherd, 2018).

Рекомендація 4.3.

Ми рекомендуємо навчальним закладам, які займаються підготовкою медичних працівників, формувати компетенції та ставити навчальні цілі, які стосуються сфери трансгендерного та гендерно різноманітного здоров'я в кожній із сфер компетенції для своєї спеціальності.

Кожна медична професія має власні навчальні заклади, адміністративні органи та органи ліцензування, які відрізняються залежно від країни та спеціалізації в межах професії. Жодна велика професійна медична організація, навчальний заклад або ліцензійний орган не вимагають навчання охороні ТГР здоров'я. Незважаючи на те, що ці організації все частіше рекомендують включати ЛГБТК-інтерсекс здоров'я, вони рідко вказують компетенції або цілі навчання роботі з ТГР людьми в рамках програми своєї спеціальності. Опубліковані матеріали про професійну медичну освіту в галузі охорони ТГР здоров'я зосереджені в основному на сестринській справі, медицині та психічному здоров'ї. Ці матеріали надходять переважно з Північної Америки, Європи, Австралії та Нової Зеландії. Поглиблене розуміння трансгендерного здоров'я і систем та вимог до медичної/професійної освіти в усьому світі має важливе значення.

Незважаючи на дедалі більшу видимість ТГР людей, доступ до обізнаних і культурно компетентних медичних працівників залишається надзвичайною потребою в усьому світі (James et al., 2016; Lerner et al., 2020; Müller, 2017). Відсутність обізнаних постачальників послуг є основною перешкодою для надання гендерно-підтверджуючої медичної допомоги трансгендерним особам (Puckett та ін., 2018; Safer та ін., 2016) і сприяє збільшенню нерівності у стані здоров'я (Giffort & Underman, 2016; Reisman та ін., 2019).). Відсутність належної професійної освіти в галузі охорони ТГР здоров'я є глобальною проблемою (Do & Nguyen, 2020; Martins та ін., 2020; Parameshwaran та ін., 2017), яка виникає

на всіх рівнях підготовки (Dubin та ін., 2018) та перетинає межі медичних дисциплін (Glick та ін., 2020; Gunjawate та ін., 2020; Johnson & Federman, 2014) та спеціальностей (Fung та ін., 2020; Korpaisarn та Safer, 2018).

Проблеми залишаються, оскільки дослідження на сьогоднішній день мають невеликі розміри вибірки, включають одноразове навчання, включають кілька дисциплін на різних рівнях кар'єри, зосереджуються на короткострокових результатах і часто охоплюють усі теми ЛГБТКІ, а не ті, що стосуються саме ТГР людей, які зазвичай вивчаються після завершення навчання, ліцензування та не є центром більшості досліджуваних освітніх втручань (Dubin та ін., 2018).

Для успішного впровадження рекомендацій установам, можливо, доведеться розглянути можливість наступних розробок:

1. Системних і систематичних підходів до розробки та впровадження компетенцій для кожної дисципліни охорони здоров'я протягом професійного життя спеціаліста;
2. Стандартизоване оцінювання для студентів за участю ТГР спільноти;
3. Розподіл навчальних ресурсів, у тому числі підготовлених викладачів, а також часу відповідно до чітких узгоджених навчальних цілей (Dubin et al., 2018; Pratt-Chapman, 2020).

Крім того, оцінювання цих втручань має зосереджуватися не лише на результатах, але й прагнути зрозуміти, як, коли та чому ці результати виникають (Allen et al., 2021).

РОЗДІЛ 5 — Діагностика дорослих

У цьому розділі містяться вказівки щодо оцінки дорослих трансгендерних та гендерно різноманітних (ТГР) осіб, які потребують гендерно-підтверджуючих медичних та/або хірургічних втручань (ГПМХВ), щоб краще узгодити власні тіла з їхньою гендерною ідентичністю (див. твердження про медичну необхідність в Розділі 2 — Глобальна Застосовність, Рекомендація 2.1).

Дорослі ТГР особи — це люди, які досягли повноліття у своїй країні та мають певну форму гендерної різноманітності. Елементи, які описують розвиток з Розділу 5 — Підлітки, включно з важливістю залучення батьків/опікунів, також можуть бути актуальними для догляду за молодими людьми, навіть якщо вони вже досягли повноліття.

Цей розділ включає всі форми гендерних ідентичностей, включаючи, але не обмежуючись, чоловічою, жіночою, гендерно різноманітною, небінарною, агендерною та євнухів, а також і процес переходу до цих ідентичностей. Популяція ТГР дорослих неоднорідна і може змінюватись залежно від їхніх клінічних потреб, біопсихосоціальних сплесків їх життєвих ситуацій, а також доступної їм медичної допомоги. Таким чином, будь-яке оцінювання ГПМХВ потрібно буде адаптувати до наукової, клінічної та громадської бази знань про представлену гендерну ідентичність, а також до місцевих умов. Цей Розділ визнає, що люди можуть отримувати різні місцеві рівні клінічного чи регуляторного нагляду, коли держава чи інші суб'єкти надають їм медичну допомогу.

Гендерна ідентичність особи – це внутрішня ідентифікація та досвід. Роль експерта полягає в тому, щоб оцінити наявність гендерної невідповідності та виявити будь-які супутні проблеми з психічним здоров'ям, надати інформацію про ГПМХВ, підтримувати ТГР особу у розгляді наслідків/ризиків ГПМХВ та оцінити, чи ТГР людина має здатність розуміти запропоноване лікування та чи може лікування принести користь. Експерт також може допомогти ТГР особі розглянути варіанти, які могли б покращити результати ГПМХВ. Підхід до оцінки ГПМХВ, описаний у цьому розділі, враховує життєвий досвід і самопізнання ТГР особи і клінічні знання медичного працівника (МП), який проводить оцінку. Отже, за такого підходу рішення про подальший хід ГПМХВ приймається між ТГР особою та МП, який проводить оцінку, коли обидва відіграють ключову роль у спільному прийнятті рішень.

У деяких системах використовується модель догляду за дорослими ТГР особами, які бажають отримати ГПМХВ, яка надає перевагу дорослим ТГР особам як джерелу, прийняття рішення, а МП виступає як порадник, за винятком наявності серйозних протипоказань. Ці моделі використовуються при розгляді гормональної терапії, а не хірургічного втручання, і їх часто називають моделями «інформованої згоди» (Deutsch, 2011, 2016a). У багатьох таких моделях використовується скорочене оцінювання, яке зосереджується в першу чергу на здатності ТГР особи надавати інформовану згоду та використовувати інформацію про ГПМХВ для прийняття медичних рішень. Ці моделі можуть мати значні відмінності у різних юрисдикціях, системах охорони здоров'я та практиках МП (Deutsch, 2011; Morenz et al., 2020). Моделі інформованої згоди вже деякий час використовуються для призначення гормонів у багатьох медичних закладах на локальному рівні.

Цей розділ має на меті запропонувати гнучке та всеосяжне керівництво, яке необхідно адаптувати до конкретних локальних обставин. Медичні працівники повинні визначити, які підходи до оцінки найкраще відповідають потребам у їхніх місцевих умовах. Цю оцінку найкраще проводити у співпраці з працівниками ТГР спільнот.

Оскільки ТГР люди представляють різноманітний перелік гендерних ідентичностей і експресій та мають різні потреби в ГПМХВ, жоден процес оцінювання не охопить все різноманіття людей та ситуацій. Деяким ТГР людям може знадобитися порівняно короткий процес оцінювання для визначення їх потреби в ГПМХВ. Дорослим ТГР пацієнтам зі складною формою захворювання або тим, хто потребує менш поширених методів лікування або лікування з обмеженими доказами досліджень, знадобляться більш комплексні оцінки з різними членами мультидисциплінарної команди. Оцінювання може проводитися особисто або за допомогою телемедицини. Хоча в деяких випадках використовувалися інструменти психометричного оцінювання, вони не є обов'язковою частиною оцінювання для початку ГПМХВ. Психологічне консультування або психотерапія можуть бути корисними, якщо вони потрібні ТГР особі. Обстеження статевих органів не є обов'язковою умовою для початку ГПМХВ і повинно проводитися лише за наявності клінічних показань.

Послуги, пов'язані з ГПМХВ можуть надаватися в різних умовах, які залежатимуть від доступних систем охорони здоров'я в конкретній країні та можуть включати національну/державну медичну допомогу, заклади приватного сектору та благодійні установи. Таким чином, місцеві та регіональні обставини можуть впливати на доступність медичної допомоги. Проте, незалежно від обставин, медична допомога, що надається ТГР людям має бути найвищої якості. Всесвітня Професійна Асоціація Здоров'я Трансгендерів (ВПАЗТ) виступає за те, щоб послуги діагностики та лікування були доступними для ТГР людей, які потребують ГПМХВ. Це є критично важливим, враховуючи очевидну медичну необхідність цих втручань і значне покращення якості життя, які вони надають ТГР людям (Aldridge та ін., 2020; Байн та ін., 2012). Рекомендації в цьому розділі потрібно адаптувати відповідно до місцевих, а також індивідуальних, клінічних і соціальних обставин.

Наведені нижче твердження базуються на значному доробку наукової літературі, включаючи літературу, яка демонструє значущий позитивний вплив доступу до процедур ГПМХВ; наявних емпіричних доказах; сприятливому співвідношенню ризиків та вигоди; і консенсусу передового професійного досвіду. Емпірична доказова база для оцінки ТГР дорослих обмежена. Вона в першу чергу включає підхід до оцінки, який використовує конкретні критерії, які вивчаються МП у тісній співпраці з ТГР дорослим і не включає рандомізовані контрольовані дослідження чи довгострокові лонгітюдні дослідження (Olsen-Kennedy et al., 2016). Це зрозуміло, враховуючи складність та етичні міркування розподілу пацієнтів, які потребують догляду, до різних груп оцінки, відсутність фінансування для досліджень та нестачу інших ресурсів для оцінки довгострокових результатів підходів до оцінки.

Створення цього посібника було складною працею. Критерії в цьому розділі були суттєво переглянуті в порівнянні з СМД-7, щоб зменшити вимоги та непотрібні перешкоди для отримання медичної допомоги. Сподіваємося, що майбутні дослідження вивчать ефективність цієї моделі, а також моделі оцінки для гормональної терапії та хірургії, що дозволить продовжувати вдосконалення.

Усі твердження в цьому розділі були рекомендовані на основі ретельного аналізу доказів, оцінки користі та шкоди, цінностей і уподобань постачальників медичних послуг і пацієнтів, а також використання ресурсів і здійсненності. У деяких випадках ми визнаємо, що докази обмежені та/або послуги можуть бути недоступними або небажаними.

Рекомендації

5.1 – Ми рекомендуємо медичним працівникам, які оцінюють трансгендерних і гендерно різноманітних дорослих для фізичних процедур:

5.1.a – Мати ліцензію від свого статутного органу та мати принаймні ступінь магістра або еквівалентну підготовку в клінічній галузі, яка відповідає цій посаді та надається національною акредитованою статутною установою.

5.1.b – У країнах, де для доступу до медичної допомоги потрібен діагноз, медичний працівник повинен бути компетентним і використовувати для встановлення діагнозу останнє видання Міжнародної Класифікації Хвороб (МКХ) Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я. У країнах, які не імплементували останню версію МКХ, можливе використання іншої таксономії; слід докладати зусиль для використання останньої версії МКХ якомога швидше.

5.1.c – Бути здатними визначити супутні психічні проблеми чи інші психосоціальні проблеми та відрізнити їх від гендерної дисфорії, невідповідності та різноманітності.

5.1.d – Бути здатними оцінити здатність давати згоду на лікування.

5.1.e – Мати досвід або мати кваліфікацію для оцінки клінічних аспектів гендерної дисфорії, неконгруентності та різноманітності.

5.1.f – Пройти безперервну освіту в галузі охорони здоров'я щодо гендерної дисфорії, невідповідності та різноманітності.

5.2 – Ми пропонуємо медичним працівникам, які оцінюють трансгендерних і гендерно різноманітних дорослих, які шукають гендерно-підтверджуючого лікування, спілкуватися з професіоналами з різних дисциплін у сфері трансгендерного здоров'я для консультації та перенаправлення, якщо це необхідно.

Наступні рекомендації створені стосовно вимог до гендерно-підтверджуючих медичних та хірургічних втручань (всі з них є обов'язковими):

5.3 – Ми рекомендуємо медичним працівникам оцінювати трансгендерних і гендерно різноманітних дорослих для гендерно підтверджуючого медичного та хірургічного лікування:

5.3.a – Рекомендуйте гендерно-підтверджуюче медичне лікування, яке запитує ТГР персона, лише якщо досвід гендерної невідповідності помітний і тривалий.

5.3.b – Забезпечити виконання діагностичних критеріїв перед початком гендерно-підтверджуючого лікування в регіонах, де діагноз необхідний для доступу до медичної допомоги.

5.3.c – Ідентифікувати та виключати інші можливі причини наявної гендерної невідповідності до початку гендерно-підтверджуючого лікування.

5.3.d – Забезпечити оцінку будь-яких психічних розладів, які можуть негативно вплинути на результат гендерно-підтверджуючого лікування з обговоренням ризиків і переваг, перш ніж приймати рішення щодо лікування.

5.3.e – Забезпечити оцінку будь-яких станів фізичного здоров'я, які можуть негативно вплинути на результат гендерно-підтверджуючого лікування з обговоренням ризиків і переваг, перш ніж приймати рішення щодо лікування.

5.3.f – Оцінити здатність давати згоду на конкретне фізичне лікування до початку цього лікування.

5.3.g – Оцінити спроможності дорослої трансгендерної та гендерно різноманітної людини розуміти вплив гендерно-підтверджуючого лікування на репродукцію та досліджувати репродуктивні можливості з особою до початку гендерно-підтверджуючого лікування.

5.4 – Ми пропонуємо професіоналам, які мають компетенцію в оцінці трансгендерних та гендерно-різноманітних людей, які бажають гендерно пов'язаного медичного лікування, розглянути роль соціального переходу як частину оцінки гендерно-підтверджуючого гормонального або хірургічного лікування.

5.5 – Ми рекомендуємо дорослим трансгендерам та гендерно різноманітним особам, які відповідають критеріям гендерно-підтверджуючого медичного та хірургічного лікування, отримати висновок для початку цього лікування від професіонала, який має компетенцію в оцінці трансгендерних та гендерно різноманітних людей.

5.6 – Ми пропонуємо медичним працівникам, які оцінюють трансгендерних та гендерно різноманітних людей, які бажають отримати гонадектомію, пройти як мінімум 6 місяців гормональної терапії відповідної до бажаного гендеру ТГР людини до проходження незворотного хірургічного втручання (за винятком випадків, коли гормональна терапія клінічно не показані особі).

5.7 – Ми рекомендуємо медичним працівникам, які оцінюють дорослих, які бажають пройти процедуру зворотного переходу та бажають отримати гормональну терапію чи хірургічні втручання, використовувати мультидисциплінарне оцінювання із залученням додаткових точок зору досвідчених професіоналів охорони трансгендерного здоров'я, а також врахувати разом з особистістю, роль соціального переходу як частини процесу оцінювання.

Рекомендація 5.1.

Ми рекомендуємо медичним працівникам, які оцінюють трансгендерних і гендерно різноманітних дорослих для фізичних процедур:

Рекомендація 5.1.a

Мати ліцензію від свого статутного органу та мати принаймні ступінь магістра або еквівалентну підготовку в клінічній галузі, яка відповідає цій посаді та надається національною акредитованою статутною установою.

ТГР особи, як і всі інші люди, які звертаються за медичною допомогою, повинні мати доступ до послуг найвищої якості, які відповідають тій, що надається всім іншим людям, які звертаються до медичних закладів (The Yogyakarta Principles, 2017). Характер професійної оцінки для початку ГПМХВ, буде відрізнятися в кожній точці світу відповідно до характеру надання медичної допомоги в локальних умовах, а також нормативних вимог, які встановлюють ліцензійні та реєстраційні ради. Важливо, щоб ця медична допомога включала оцінку, проведену компетентним та уповноваженим МП, який має компетенцію діагностувати гендерну невідповідність та стани, які можна прийняти за гендерну невідповідність, і який може підтримувати ТГР осіб протягом усього процесу оцінки (RCGP, 2019). Ці професіонали, в свою чергу, повинні мати можливість МП, які мають ліцензію на проведення ГПМХВ.

МП повинні мати кваліфікаційний рівень магістра в клінічній галузі, пов'язаній із трансгендерним здоров'ям, або еквівалентну подальшу клінічну підготовку та регулюватися

законодавством. Це можуть бути, наприклад, спеціалісти з психічного здоров'я (СПЗ), лікарі загальної практики, медсестри або інший кваліфікований медичний персонал. У деяких ситуаціях МП з нижчим рівнем кваліфікації можуть працювати під клінічним наглядом кваліфікованого МП, який несе повну клінічну відповідальність за якість і точність завершеної оцінки для початку ГПМХВ. Додаткову інформацію див. у Розділі 4 — Освіта.

Інколи може бути важко отримати доступ до уповноваженого та компетентного МП, який має досвід оцінки для ГПМХВ. Через це, забезпечення безперервності медичної допомоги та мінімізація значної затримки у наданні послуг (наприклад, довгий список очікування) може вимагати залучення МП без відповідного досвіду для оцінки ТГР осіб для початку ГПМХВ. Уникати непотрібних затримок у наданні медичної допомоги надзвичайно важливо (RCGP, 2019).

Установлена практика вимагає компетентності для виявлення та діагностики гендерної невідповідності (Hembree et al., 2017; Reed et al., 2016; T'Sjoen et al., 2020), а також станів та особливостей, які можна помилково прийняти за гендерну невідповідність. (Byne та ін., 2018; Dhejne та ін., 2016; Hembree та ін., 2017). Таким чином безперервне навчання в оцінці та наданні медичної допомоги ТГР людям необхідне для МП (American Psychological Association, 2015; T'Sjoen et al., 2020). Для отримання додаткової інформації див. Розділ 4 — Освіта.

Твердження 5.1.b

У країнах, де для доступу до медичної допомоги потрібен діагноз, медичний працівник повинен бути компетентним і використовувати для встановлення діагнозу останнє видання Міжнародної Класифікації Хвороб (МКХ) Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я. У країнах, які не імплементували останню версію МКХ, можливе використання іншої таксономії; слід докладати зусиль для використання останньої версії МКХ якомога швидше.

У деяких країнах для доступу до ГПМХВ може знадобитися діагностика гендерної невідповідності (як описано нижче). МП цих країн повинні бути компетентними у питаннях діагностики гендерної невідповідності за допомогою актуальної класифікації хвороб для забезпечення доступу ТГР людей до ГПМХВ. На даний момент такою системою є МКХ-11 (WHO, 2019a) в якій фокус зміщено на ідентичності, яку переживає ТГР людина, та її потребах в ГПМХВ без позиціонування цього стану як психічного захворювання.

Рекомендація 5.1.c

Бути здатними визначити супутні психічні проблеми чи інші психосоціальні проблеми та відрізнити їх від гендерної дисфорії, невідповідності та різноманітності.

Гендерна різноманітність є природною варіацією людей і не є патологічною за своєю суттю (American Psychological Association, 2015). Тим не менш, для коректної оцінки МП потрібно мати певний досвід у сфері психічного здоров'я, щоб визначити стани, які можна помилково прийняти за гендерну невідповідність. Такі стани зустрічаються рідко і, якщо вони присутні, часто мають психологічний характер (Byne et al., 2012; Byne et al., 2018; Hembree et al., 2017).

Необхідність залучення МП з певним досвідом у сфері психічного здоров'я не вимагає залучення психолога, психіатра чи соціального працівника до кожної оцінки. Натомість лікар загальної практики,

медсестра чи інші кваліфіковані МП також можуть проводити цю процедуру, якщо вони мають достатню кваліфікацію для діагностики гендерної невідповідності, проблеми з психічним здоров'ям, можуть відрізнити ці проблеми від гендерної дисфорії, невідповідності та різноманітності, допомогти ТГР особі у плануванні та підготовці до ГПМХВ, а також направити до спеціаліста з психічного здоров'я (СПЗ), якщо це необхідно.

СПЗ відіграють важливу роль у наданні медичної допомоги ТГР людям. Наприклад, упередження та дискримінація, яких зазнають деякі ТГР люди може призводити до розвитку депресії, тривожності та погіршення інших наявних психічних захворювань (Robles та ін., 2016). У таких випадках СПЗ може діагностувати та лікувати ці психічні захворювання. СПЗ та МП, які мають досвід у сфері психічного здоров'я, найкраще підходять для оцінки для ГПМХВ, а також для підтримки ТГР людей, які потребують підтримки психічного здоров'я під час процесу переходу (детальніше див. у Розділі 18 — Психічне здоров'я).

Твердження 5.1.d

Бути здатними оцінити здатність давати згоду на лікування.

Оцінка для ГПМХВ повинна включати перевірку здатності ТГР особи давати згоду на запропоноване лікування. Це вимагає когнітивної здатності розуміти ризики та переваги лікування, а також потенційні негативні та позитивні результати. Це також вимагає здатності зберігати цю інформацію для прийняття рішення (використовуючи допоміжні засоби, якщо це необхідно), а також когнітивної здатності використовувати це розуміння для прийняття обгрунтованого рішення (American Medical Association, 2021; Applebaum, 2007).

Деякі ТГР особи матимуть можливість надати згоду відразу під час оцінювання. Деяким особам із ТГД може знадобитися більш тривалий процес шляхом постійного обговорення та відпрацювання навичок прийняття медичних рішень. Наявність психічного захворювання або симптомів психічного здоров'я не є перешкодою для ГПМХВ у випадку, якщо психіатричне захворювання або симптоми психічного здоров'я не впливають на здатність ТГР особи давати згоду на конкретне лікування, або не впливають на її здатність отримати це лікування. Це особливо важливо, оскільки було виявлено, що ГПМХВ знижує проявлення симптоматики психічних захворювань у ТГР людей (Aldridge et al., 2020).

Рекомендація 5.1.e

Мати досвід або мати кваліфікацію для оцінки клінічних аспектів гендерної дисфорії, неконгруентності та різноманітності. Для допоміжного тексту див. Твердження 5.1.f.

Рекомендація 5.1.f

Пройти безперервну освіту в галузі охорони здоров'я щодо гендерної дисфорії, невідповідності та різноманітності.

Як і в будь-якій іншій галузі клінічної практики, життєво важливо, щоб МП, які проводять оцінку для початку ГПМХВ, були обізнані та мали досвід у сфері охорони здоров'я ТГР людей. Якщо це неможливо в локальному контексті, МП, який проводить оцінку, повинен тісно співпрацювати з МП, який має відповідні знання та досвід. У рамках своєї клінічної практики МП зобов'язані отримувати постійне

навчання в галузі охорони ТГР здоров'я, отримати членство у відповідних професійних організаціях, відвідувати відповідні професійні зустрічі, семінари воркшопи, консультуватися з МП, які мають відповідний досвід, та/або співпрацювати з ТГР спільнотами. Це особливо важливо для підтримки належного рівня охорони ТГР здоров'я, оскільки це відносно нова сфера, а знання та термінологія постійно змінюються (American Psychological Association, 2015; Thorne, Yip et al., 2019). Таким чином, мати актуальні компетенції у сфері ТГР здоров'я необхідно для всіх учасників оцінювання для ГПМХВ.

Рекомендація 5.2

Ми пропонуємо медичним працівникам, які оцінюють трансгендерних і гендерно різноманітних дорослих, які шукають гендерно-підтверджуючого лікування, спілкуватися з професіоналами з різних дисциплін у сфері трансгендерного здоров'я для консультації та перенаправлення, якщо це необхідно.

Якщо потрібно та можливо, оцінювання для ГПМХВ має проводити мультидисциплінарна команда (Costa, Rosa-e-Silva et al., 2018; Hembree et al., 2017; Karasic & Fraser, 2018; T'Sjoen et al., 2020) з членами команди, які мають своєчасний та адекватний контакт один з одним. Така команда може включати СПЗ, ендокринолога, МП первинної медичної допомоги, хірурга, спеціаліста з постановки голосу та комунікативної терапії, ТГР навігатора та інших спеціалістів. У деяких випадках мультидисциплінарна команда може не знадобитися, однак, критично важливо, щоб медичні працівники мали можливість своєчасно зв'язатися з колегами з різних напрямків, щоб коректно провести оцінку ГПМХВ і найкращим чином задовольнити потреби ТГР особи. Також важливо, щоб ТГР люди отримували подальші консультації з будь-яким медичним працівником, який був залучений під час оцінки для ГПМХВ, до, під час і після початку гендерно-підтверджуючого лікування.

Наступні рекомендації створені стосовно вимог до гендерно-підтверджуючих медичних та хірургічних втручань (всі з них є обов'язковими):

Рекомендація 5.3

Ми рекомендуємо медичним працівникам оцінювати трансгендерних і гендерно різноманітних дорослих для гендерно підтверджуючого медичного та хірургічного лікування:

Рекомендація 5.3.а

Рекомендуйте гендерно-підтверджуюче медичне лікування, яке запитує ТГР персона, лише якщо досвід гендерної невідповідності помітний і тривалий.

Щоб отримати доступ до ГПМХВ, гендерна невідповідність ТГР особи має бути явною та тривалою. Це може включати потребу в ГПМХВ і бажання бути визнаним як людина ідентифікованого гендеру. Таким чином, розгляд природи, тривалості та постійності гендерної невідповідності є важливим для процесу діагностики. Це може включати такі фактори, як зміну імені та документів, що посвідчують особу, повідомлення іншим про свій гендер, медичну документацію або зміни в гендерній експресії. Однак помітна та стійка гендерна невідповідність може існувати за відсутності розкриття інформації іншим з боку ТГР особи (Brumbaugh-Johnson & Hull, 2019; Saeed et al., 2018; Sequeira et al., 2020). Раптової або поверхневої зміни гендерної ідентичності за відсутності наполегливості у її ствердженні недостатньо для початку гендерно-підтверджуючого лікування, тому рекомендується подальша оцінка. За таких обставин

довший період оцінювання є корисним для забезпечення несуперечливості та стійкості гендерної невідповідності до початку ГПМХВ.

Незважаючи на те, що має бути помітна та стійка гендерна невідповідність, переживання високого рівня дистресу стосовно власної ідентичності не є обов'язковим для отримання доступу до гендерно-підтверджуючого лікування. Навпаки, доступ до цих процедур може діяти як профілактичний захід для запобігання дистресу (Becker et al., 2018; Giovanardi et al., 2021; Nieder et al., 2021; Nobili et al., 2018; Robles et al. ., 2016). Доросла ТГР особа може мати стійку гендерну невідповідність без значного дискомфорту і та все ще мати користь від проходження ГПМХВ.

Установлена клінічна практика перевіряє стійкість гендерної невідповідності при розгляді питання про початок ГПМХВ (Chen & Loshak, 2020). В огляді 200 клінічних записів Джонсом, Бревіном та ін. (Jones, Brewin et al.2017) було визначено важливість «стабільності гендерної ідентичності» при плануванні наданні медичної допомоги. Надання ГПМХВ ТГР людям із стійкою гендерною невідповідністю мало сильну кореляцію з низьким рівнем шкодування пацієнтів та високим рівнем задоволення пацієнтів від отриманих втручань (Becker et al., 2018; El-Hadi et al., 2018; Staples et al., 2020; Wiepjes et al., 2018). Однак, хоча МКХ 11 (WHO, 2019a) вимагає наявності вираженої та стійкої гендерної невідповідності для встановлення відповідного діагнозу, існує мало конкретних доказів щодо тривалості рівня стійкості, необхідного для початку лікування у дорослих. МП, які беруть участь в оцінюванні ТГР особи для ГПМХВ, повинні приділяти належну увагу конкретному етапу життєвого шляху, історії та поточним обставинам оцінюваної людини.

Рекомендація 5.3.b

Забезпечити виконання діагностичних критеріїв перед початком гендерно-підтверджуючого лікування в регіонах, де діагноз необхідний для доступу до медичної допомоги.

Діагноз гендерної невідповідності може знадобитися в деяких регіонах для отримання доступу до допомоги, пов'язаної з переходом. Якщо для доступу до ГПМХВ необхідна діагностика, оцінка пацієнта передбачатиме встановлення цього діагнозу. У цих випадках медичні працівники повинні мати компетенції щодо використання актуальної редакції Міжнародної Класифікації Хвороб і пов'язаних із ними Проблем зі Здоров'ям (МКХ) (WHO, 2019a). У цих регіонах діагноз HA60 "Гендерна Невідповідність Підліткового або Дорослого Віку" має бути встановлений до початку втручань з підтвердження гендеру. Для діагнозу HA6Z "Гендерна Невідповідність, Неуточнена" гендерно-підтверджуючі втручання можуть розглядатися після детального процесу оцінки міждисциплінарною командою.

Існують докази того, що використання жорстких інструментів оцінки «готовності до переходу» може зменшити доступ до медичної допомоги та не завжди відповідає інтересам ТГР особи (MacKinnon et al., 2020). Таким чином, у ситуаціях, коли встановлення діагнозу є обов'язковим для отримання медичної допомоги, до процесу слід підходити з довірою та прозорістю між МП та ТГР особою, яка намагається отримати ГПМХВ, враховуючи потреби особи. Встановлення таких стосунків пов'язане з меншим емоційним стресом і кращими результатами (Kattari та ін., 2016). Оскільки багато ТГР людей хвилюються, що МП можуть помилково сплутати трансгендерну ідентичність із психічним

захворюванням (Ellis et al., 2015), діагностичну оцінку слід проводити з особливою делікатністю, щоб сприяти формуванню довіри між постачальником та отримувачем послуг.

Рекомендація 5.3.c

Ідентифікувати та виключати інші можливі причини наявної гендерної невідповідності до початку гендерно-підтверджуючого лікування.

У рідкісних випадках ТГР осіб можуть перебувати у психічному стані, який можна прийняти за гендерну невідповідність, або вони можуть мати інші причини для звернення за лікуванням, крім полегшення відчуття гендерної невідповідності. У випадках коли існує невизначеність щодо діагнозу гендерної невідповідності, важлива більш детальна та комплексна оцінка. Наприклад, може знадобитися додаткова оцінка, щоб визначити, чи гендерна невідповідність зберігається поза межами гострого психотичного епізоду. Якщо гендерна невідповідність зберігається після проходження цього стану, ГПМХВ можна розглянути, доки ТГР особа здатна дати згоду на спеціальне лікування та пройти його. Якщо гендерна невідповідність не зберігається і виникає лише під час такого епізоду, лікування не слід розглядати. Важливо, щоб такі обставини були виявлені та виключені до початку ГПМХВ (Byne та ін., 2012, 2018; Hembree та ін., 2017). Однак важливо розуміти, що люди з ТГЗ можуть мати гендерну невідповідність і розлади психічного здоров'я, розлади аутистичного спектру або інший вид нейрорізноманіття (Glidden et al., 2016). Дійсно, деякі стани психічного здоров'я, такі як тривожність (Bouman et al., 2017), депресія (Heylens, Elaut et al., 2014; Witcomb et al., 2018) і самоушкодження (Arcelus et al., 2016; Claes et al., 2015) більш поширені серед ТГР людей які не мають доступу до ГПМХВ. Нещодавні лонгітюдні дослідження свідчать про те, що симптоми психічних захворювань, які переживають ТГР люди, як правило, покращуються після проходження ГПМХВ (Aldridge та ін., 2020; Heylens, Verroken та ін., 2014; White Hughto & Reisner, 2016). Немає жодних доказів, які б свідчили про переваги відмови від отримання ГПМХВ ТГР людям, які мають гендерну невідповідність, лише на підставі того, що вони мають супутній психічний розлад чи порушення нервової системи (для отримання додаткової інформації див. Розділ 18 Психічне здоров'я).

Твердження 5.3.d

Забезпечити оцінку будь-яких психічних розладів, які можуть негативно вплинути на результат гендерно-підтверджуючого лікування з обговоренням ризиків і переваг, перш ніж приймати рішення щодо лікування.

Як цисгендерні, так і ТГР люди можуть мати розлади психічного здоров'ям. Лікування цих захворювань може і має відбуватися разом із проходженням ГПМХВ, у випадках, коли потрібен медичний перехід. Життєво важливо, щоб не виникало перешкод для отримання гендерно-підтверджуючої допомоги, якщо немає переконливих доказів необхідності цього для запобігання значної декомпенсації з ризиком заподіяння шкоди собі або іншим. У таких випадках також важливо враховувати ризики, які затримка проходження ГПМХВ створює для психічного та фізичного здоров'я ТГР людини (Byne та ін., 2018).

Загалом, соціальний і медичний перехід ТГР людей пов'язаний з полегшенням проблем із психічним здоров'ям (Aldridge та ін., 2020; Bouman та ін., 2017; Durwood та ін., 2017; Glynn та ін., 2016;

Hughto & Reisner, 2016; Wilson та ін., 2015; Witcomb та ін., 2018). На жаль, втрата соціальної підтримки та фізичний і фінансовий стрес, які можуть бути пов'язані з початком ГПМХВ, можуть посилити наявні проблеми з психічним здоров'ям і вимагати додаткової підтримки з боку лікуючого МП (Budge та ін., 2013; Yang, Wang та ін., 2016). Оцінка наявних симптомів може покращити результати переходу, особливо якщо оцінка використовується для полегшення доступу до психологічної та соціальної підтримки під час переходу (Byne et al., 2012). У рідкісних випадках можна розглянути можливість відстрочення переходу, якщо, наприклад, ТГР особа не може брати участь у процесі переходу або не зможе керувати доглядом після операції, навіть за підтримки. Якщо затримка ГПМХВ як крайній засіб була визнана необхідною, МП повинен запропонувати ресурси та підтримку для покращення психічного здоров'я та сприяти повторному залученню до процесу ГПМХВ якнайшвидше. Слід зазначити, що доступ до медичного переходу для ТГР людей полегшує соціальний перехід і покращує безпеку в громадських місцях (Rood та ін., 2017). У свою чергу, ступінь відповідності зовнішнього вигляду ТГР людей їхній гендерній ідентичності є найкращим показником якості життя та покращення психічного здоров'я після процедури медичного переходу (Austin & Goodman, 2017). Затримка доступу до ГПМХВ через наявність проблем із психічним здоров'ям може погіршити прояви симптомів (Owen-Smith та ін., 2018) і порушити рапорт з МП. Таким чином, слід використовувати цей метод лише тоді, коли всі інші шляхи вичерпано.

Рекомендація 5.3.e

Забезпечити оцінку будь-яких станів фізичного здоров'я, які можуть негативно вплинути на результат гендерно-підтверджуючого лікування з обговоренням ризиків і переваг, перш ніж приймати рішення щодо лікування.

У рідкісних випадках ГПМХВ, таких як гормональна терапія та хірургічні втручання, можуть мати ятрогенні наслідки або можуть погіршити наявні стани фізичного здоров'я (Hembree et al., 2017). У випадках, коли це можливо, слід подбати про те, щоб проводити лікування вже існуючих фізичних захворювань перед (якщо це доцільно) або в процесі гендерно-підтверджуючого лікування. Будь-які перерви в ГПМХВ повинні бути якомога коротшими.

Ретельна оцінка стану фізичного здоров'я перед початком лікування через можливу шкоду, пов'язану з довгостроковим лікуванням, і ймовірну користь, яку очікують від профілактичних заходів, застосованих до та під час гормональної терапії. Обмежені дані та суперечливі висновки свідчать про зв'язок між серцево-судинними і метаболічними ризиками та гормональною терапією у ТГР дорослих (Getahun, 2018; Iwamoto, Defreyne та ін., 2019; Iwamoto та ін., 2021; Spanos та ін., 2020). Деякі специфічні стани, наприклад історія гормонозалежного раку, можуть вимагати подальшої оцінки та лікування, що може перешкодити проведенню гормональної терапії (Center of Excellence for Transgender Health, 2016; Hembree et al., 2017).

Подібні занепокоєння можуть виникати у дорослих ТГР пацієнтів, які бажають отримати доступ до хірургічного втручання. Кожна хірургічна процедура з підтвердження гендеру має певні ризики та потенційно несприятливі наслідки (Bryson & Honig, 2019; Nassiri та ін., 2020; Remington та ін., 2018). Проте специфічні ризики втручання, пов'язані з наявністю певних фізичних станів, не були добре вивчені. Таким чином, типи медичних проблем, з якими стикаються ТГР пацієнти під час процесу оцінки, зазвичай не відрізняються від проблем будь-якого іншого кандидата до хірургії.

Беручи до уваги розбіжності в психічному та фізичному здоров'ї (Brown & Jones, 2016) і бар'єри в охороні здоров'я (Safer et al., 2016), з якими стикаються ТГР люди, оцінка фізичного стану не повинна обмежуватися медичною історією медичних втручань. Якщо ТГР пацієнт має проблеми зі здоров'ям, важливо, за змогою, контролювати ці захворювання під час ініціювання або продовження ГПМХВ. Будь-яку перерву в лікуванні слід робити з метою відновлення лікування якомога швидше. Також важливо, щоб медпрацівники розробили стратегію лікування спрямовану на контроль фізичних станів, яка покращує стан здоров'я та сприяє послідовному дотриманню плану лікування.

Рекомендація 5.3.f

Оцінити здатність давати згоду на конкретне фізичне лікування до початку цього лікування.

Практика інформованої згоди на лікування є визначальною для надання медичної допомоги. Інформована згода ґрунтується на етичному принципі, який полягає у тому що одержувачі медичної допомоги повинні розуміти сутність медичних процедур, які вони отримують, а також будь-які потенційні наслідки, які можуть виникнути в результаті цього. Важливість інформованої згоди закладена в багатьох законодавчих і регулятивних практиках, якими керуються МП в усьому світі (Jefford & Moore, 2008). Неможливо знати всі можливі наслідки медичного лікування, натомість розгляд того, чого було б «доречно» очікувати, часто використовується як мінімальний критерій згоди (Jefford & Moore, 2008; Spatz та ін., 2016) і залишається у випадку з ГПМХВ. Для того, щоб дати згоду на медичну процедуру або клінічне втручання, потрібно виконати кілька складних когнітивних процесів. Згода вимагає когнітивної здатності розуміти ризики та переваги лікування та потенційні негативні і позитивні результати на додаток до здатності зберігати цю інформацію для цілей прийняття рішення (використовуючи допоміжні засоби за необхідності) та когнітивної здатності використовувати цю інформацію розуміння для прийняття обгрунтованого рішення (American Medical Association, 2021; Applebaum, 2007). Життєво важливо, щоб ТГР особа та лікар, який проводить оцінку, заздалегідь врахували природу необхідного лікування та потенційні позитивні і негативні наслідки, які воно може мати на біологічну, психологічну та соціальну сфери життя ТГР особи.

Важливо усвідомлювати, що психічні захворювання, зокрема симптоми когнітивних порушень або психозу, можуть вплинути на здатність людини дати згоду на ГПМХВ (Hostiuc та ін., 2018). Однак наявність таких симптомів не обов'язково означає нездатність давати згоду, оскільки багато людей зі значним проявом симптомів психічного здоров'я здатні розуміти ризики та переваги лікування настільки, щоб прийняти обгрунтоване рішення (Carpenter et al., 2000). Натомість важливо провести ретельну оцінку, яка перевіряє здатність кожної ТГР особи розуміти природу конкретних ГПМХВ, які розглядаються, розглядати варіанти лікування, включаючи ризики та переваги, оцінювати потенційні коротко- та довгострокові наслідки рішення, і повідомляти про свій вибір, щоб отримати лікування (Grootens-Wiegers та ін., 2017).

Можуть бути випадки, коли особа не здатна дати згоду на медичне обслуговування, наприклад, під час гострого психотичного епізоду або в ситуаціях, коли особа має довготривалі когнітивні порушення. Проте обмеження здатності давати згоду на лікування не повинні заважати особам отримати відповідні ГПМХВ. Для розуміння деяких ризиків і переваг може вимагатися використання повторюваних

пояснень мовою, вільною від медичного діалекту, впродовж деякого часу або використання діаграм, щоб полегшити пояснення та сприяти розумінню. Комплексна та ретельна оцінка, проведена мультидисциплінарною командою охорони здоров'я, може додатково сприяти цьому процесу. Для деяких осіб може знадобитися призначення альтернативної особи, яка приймає рішення, наприклад законного опікуна або іншої незалежної особи. Ці ситуації необхідно розглядати в кожному окремому випадку з метою забезпечення надання належної медичної допомоги, яка є найбільш сприятливою та найменш обмежувальною. Також дивіться Розділ 11 — Інституційне середовище.

Твердження 5.3.g

Оцінити спроможності дорослої трансгендерної та гендерно різноманітної людини розуміти вплив гендерно-підтверджуючого лікування на репродукцію та досліджувати репродуктивні можливості з особою до початку гендерно-підтверджуючого лікування.

Оскільки медичні втручання, що підтверджують гендерну ознаку, часто впливають на репродуктивну здатність, МП повинні переконатися, що ТГР особа обізнана про можливі наслідки та ознайомлена з можливостями для збереження гамет і допоміжними репродуктивними можливостями. Доведено, що гендерно-підтверджуюча гормональна терапія впливає на репродуктивні функції та фертильність, хоча наслідки неоднорідні для людей будь-якої статі, визначеної при народженні (Adeleye et al., 2019; Jindarak et al., 2018; Taub et al., 2020). Можуть існувати індивідуальні відмінності та коливання цих ефектів на дорослих ТГР пацієнтів. Тому дуже важливо, щоб МП інформували ТГР особу про можливий вплив лікування на її репродуктивний потенціал під час процесу медичного оцінювання та в рамках оцінювання здатності особи дати згоду на ГПМХВ. Варто розглянути й обговорити можливі репродуктивні варіанти перед початком лікування, що підтверджує гендер. Оскільки в літературі немає чітких даних щодо можливості зачаття під час гормональної терапії, може знадобитися надати інформацію про необхідність використання контрацепції для запобігання небажаній вагітності та про різні доступні методи контрацепції (Light et al., 2014; Schubert & Carey, 2020).

Перехресні дослідження в клінічних і доклінічних групах з різних популяцій стабільно стверджують про висловлення з боку дорослих ТГР про бажання батьківства та бажання збереження фертильності з різною частотою, яка пов'язана з віком, статтю та тривалістю гендерно-підтверджуючого гормонального лікування (Auer et al. , 2018; De Sutter та ін., 2002; Defreyne, Van Schuvlenbergh та ін., 2020; Wierckx, Stuyver та ін., 2012). Дослідження невеликої вибірки показало, що надання інформації про фертильність впливає на прийняття рішень щодо використання засобів збереження фертильності (Chen et al., 2019). Хоча порівняння між групами, які отримували та не отримували консультації з питань фертильності, не проводилося, високі показники збереження фертильності мали місце після всебічного консультування з цих питань серед трансгендерних осіб (Amir et al., 2020). Крім того, одне дослідження показало, що консультація зі спеціалістом зменшила жаль, пов'язаний з рішенням про те, чи слід проводити процедури збереження фертильності (Vyas та ін., 2021). Для отримання додаткової інформації див. розділ 16 «Репродуктивне здоров'я».

Рекомендація 5.4

Ми пропонуємо професіоналам, які мають компетенцію в оцінюванні трансгендерних та гендерно-різноманітних людей, що бажають гендерно пов'язаного медичного лікування, розглянути роль соціального переходу як частину оцінки гендерно-підтверджуючого гормонального або хірургічного лікування.

Соціальний перехід може бути надзвичайно корисним для багатьох ТГР людей, хоча не всі вони можуть, або бажають його здійснити (Bränström & Pachankis, 2021; Koehler et al., 2018; Nieder, Eyssel et al., 2020). Отже, деякі ТГР люди шукають гендерно-підтверджуючих втручань після соціального переходу, деякі до, деякі під час, а деякі без нього.

Соціальний перехід і розкриття гендерної ідентичності можуть покращити психічне здоров'я ТГР особи, яка шукає гендерно-підтверджуючих заходів (Hughto та ін., 2020; McDowell та ін., 2019). Крім того, операції на грудях і обличчі перед гормональною терапією можуть полегшити соціальний перехід (Altman, 2012; Davis & Colton Meier, 2014; Olson-Kennedy, Warus et al. 2018; Van Boerum et al., 2019). У рамках процесу оцінювання МП повинні обговорити, яка соціальна роль є найбільш зручною для ТГР особи, чи планується соціальний перехід, а також часові межі будь-якого запланованого соціального переходу (Barker & Wylie, 2008). Вкрай важливо, щоб під час процесу оцінювання медичні працівники з повагою ставилися до широкого різноманіття гендерних соціальних ролей, включаючи небінарні, а також бінарні ідентичності та експресії, які відрізняються залежно від культури, місцевої спільноти та індивідуального розуміння.

Не кожен, хто запитує ГПМХВ, захоче або зможе пройти процес соціального переходу. Мало відомо про ТГР людей, які не переходять у соціальний стан до, під час або після лікування, оскільки це питання не мало систематичного вивчення. Найпоширенішими причинами уникнення соціального переходу є страх бути покинутим родиною чи друзями, страх економічних втрат (Bradford та ін., 2013), а також потрапляння у ситуації дискримінації та стигматизації (Langenderfer-Magruder et al., 2016; McDowell et al., 2019; White Hughto et al., 2015). Проте деякі люди не прагнуть до соціального переходу, тому що вони відчувають, що гормональне або хірургічне лікування забезпечує достатнє суб'єктивне покращення, щоб зменшити гендерну дисфорію.

Якщо немає чіткого плану соціального переходу або якщо соціальний перехід є небажаним, додаткова оцінка важлива для визначення конкретного характеру та доцільності запиту на лікування, особливо якщо є запит на хірургічне втручання. Додаткове оцінювання може надати ТГР особі можливість розглянути ймовірні наслідки відсутності соціального переходу, але при цьому отримати ГПМХВ. Враховуючи відсутність даних щодо результатів здоров'я ТГР людей, які не проходили процес соціального переходу (Evans та ін., 2021; Levine, 2009; Turban, Loo та ін., 2021), за таких обставин до ГПМХВ слід підходити обережно.

Рекомендація 5.5

Ми рекомендуємо дорослим трансгендерам та гендерно різноманітним особам, які відповідають критеріям гендерно-підтверджуючого медичного та хірургічного лікування, отримати висновок для початку цього лікування від професіонала, який має компетенцію в оцінці трансгендерних та гендерно різноманітних людей.

Попередні версії рекомендацій СМД вимагали, щоб ТГР особи проходили оцінку двома кваліфікованими МП для початку ГПМХВ. Вважалося, що наявність двох незалежних думок була найкращою практикою, оскільки це гарантувало безпеку як для ТГР особи, так і для МП, оскільки це мало забезпечувати впевненість для обох сторін перед проведенням незворотних медичних втручань.

Однак дослідження в цій області вказують на те, що дві думки найчастіше непотрібні. Наприклад, Джонс, Бревін та ін. (Jones, Brewin et al. 2017) проаналізували нотатки до кейсів від досвідчених медичних працівників, які працюють у фінансований державою клініці, що надає послуги з підтвердження гендеру, і виявили переважну кореляцію між обома думками, що, можливо, робить одну з них зайвою. Крім того, Боуман та ін. (Bouman et al. 2014) визначили вимогу щодо двох незалежних оцінювачів, як таку, що відображає патерналізм у сфері охорони здоров'я та сприяє потенційному порушенню незалежності ТГР осіб. Автори стверджують, що коли клієнти належним чином підготовлені та оцінені під наглядом мультидисциплінарної команди, друга незалежна оцінка не потребується.

Таким чином, якщо потрібна письмова документація або лист, щоб рекомендувати гендерно-підтверджуюче медичне та хірургічне втручання (ГПМХВ), ТГР люди, які шукають лікування (включаючи гормональну терапію, операції на статевих органах, грудній клітині, обличчі, а також інші гендерно-підтверджуючі операції), потребують єдиного письмового висновку/підпису від МП, компетентного в питаннях проведення процесу оцінювати та діагностики (Bouman et al., 2014; Yuan et al, 2021). Додаткові письмові висновки/підписи можуть вимагатися, якщо є конкретна клінічна потреба.

Рекомендація 5.6

Ми пропонуємо медичним працівникам, які оцінюють трансгендерних та гендерно різноманітних людей, які бажають отримати гонадектомію, пройти як мінімум 6 місяців гормональної терапії відповідної до бажаного гендеру ТГР людини до проходження незворотного хірургічного втручання (за винятком випадків, коли гормональна терапія клінічно не показана особі).

Рекомендації з Клінічної Практики Ендокринного Товариства рекомендують проходження періоду стабільної гормональної терапії перед хірургічним втручанням на статевих органах (Hembree et al., 2017). Хоча було проведено деякі допоміжні дослідження, цю рекомендацію вважали хорошою клінічною практикою, оскільки вона дозволяє отримати період досвіду в обраній гендерній ідентичності перед незворотними хірургічними втручаннями. Наприклад, можуть виникнути зміни в сексуальному потягі після операції на статевих органах, яка видаляє яєчка (Lawrence, 2005; Wierckx, Van de Peer et al., 2014). У цьому контексті зворотнє пригнічення тестостерону може дати ТГР людині період часу, щоб відчути відсутність впливу тестостерону та вирішити, чи це їй підходить. Слід зазначити, що вплив зниження естрогену на сексуальне бажання та функціонування ТГР людини після оваріектомії є менш задокументованим.

Операція з видалення статевих залоз є незворотною процедурою, яка призводить до втрати фертильності та втрати ефекту ендогенних статевих гормонів. Обидва ефекти повинні бути обговорені під час процесу оцінювання (додаткову інформацію див. у Розділі 16 — Репродуктивне здоров'я). Звичайно, гормональна терапія клінічно не показана для дорослих ТГР, які не бажають її отримувати або у випадках,

коли вона протипоказана за станом здоров'я (для отримання додаткової інформації див. розділ 13 — Хірургія та післяопераційний догляд).

Рекомендація 5.7

Ми рекомендуємо медичним працівникам, які оцінюють дорослих, що бажають пройти процедуру зворотнього переходу та бажають отримати гормональну терапію чи хірургічні втручання, використовувати мультидисциплінарне оцінювання з залученням додаткових точок зору досвідчених професіоналів охорони трансгендерного здоров'я, а також врахувати разом з особистістю, роль соціального переходу як частини процесу оцінювання.

Багато дорослих ТГР можуть розглядати ряд ідентичностей та елементів гендерної експресії, коли вони досліджують свою гендерну ідентичність і розглядають варіанти переходу. Відповідно, люди можуть провести деякий час у гендерній ідентичності чи презентації, перш ніж виявити, що це не комфортно, та адаптувати її або повернутися до більш ранньої ідентичності чи експресії (Turban, King та ін., 2021). Деякі дорослі ТГР можуть також відчувати зміну гендерної ідентичності з часом, так що їхні потреби в медичному лікуванні розвиваються. Це здоровий і прийнятний процес визначення найбільш комфортного та конгруентного способу життя, який залежить від гендерної ідентичності людини та контексту її життя. Цей процес дослідження ідентичності не обов'язково слід ототожнювати з розчаруванням, сплутаністю або неправильним прийняттям рішень, оскільки гендерна ідентичність дорослих ТГР може змінитися без знецінення попередніх рішень про перехід (MacKinnon et al., 2021; Turban, Loo et al., 2021). дорослі ТГР мають отримувати допомогу в процесі цього дослідження та будь-яких інших змінах їх особистості (Expósito-Campos, 2021). Поки дослідження триває, слід уникати незворотних гендерно-підтверджуючих методів лікування доки не буде досягнуто ясності щодо довгострокових цілей і результатів.

Рішення про детранзицію, або зворотній перехід є рідкісним (Defreyne, Motmans et al., 2017; Hadje-Moussa et al., 2019; Wiepjes et al., 2018). Оцінки кількості людей, які проходять процес зворотного переходу через зміну ідентичності, ймовірно, є завищеними через дослідження, що змішують різні групи (Expósito-Campos, 2021). Наприклад, вони часто змішують дорослих ТГР, які обрали детранзіцію через зміну своєї ідентичності, а також тих, які обрали детранзіцію без цих змін. Хоча було проведено небагато досліджень для систематичного вивчення змінних, які корелюють із рішенням дорослих ТГР зупинити процес переходу або почати процес зворотного переходу, нещодавнє дослідження показало, що переважна більшість ТГР людей, які вирішили пройти детранзицію, зробили це через зовнішні фактори, такі як стигма. відсутність соціальної підтримки, а не через зміни гендерної ідентичності (Turban, King та ін., 2021). ТГР дорослі, які не зазнали зміни в ідентичності, можуть зупинити перехід через пригнічення, насильство та соціальні конфлікти/конфлікти в міжособистісних стосунках, хірургічні ускладнення, проблеми зі здоров'ям, фізичні протипоказання, брак ресурсів або незадоволення результатами (Expósito-Campos, 2021). У таких випадках СПЗ можуть допомагати ТГР людям у вирішенні цих проблем.

Незважаючи на те, що детранзиція є пропорційно рідкісною, очікується, що загальне збільшення кількості ТГР дорослих призведе до збільшення абсолютної кількості людей, які прагнуть зупинити процес переходу або пройти зворотній перехід. Однак, хоча абсолютні цифри можуть зрости, відсоток людей, які прагнуть детранзиції, має залишатися статично низьким. Існування цих рідкісних запитів не

повинно використовуватися як виправдання для переривання критичної, медично необхідної допомоги, включаючи гормональну терапію та хірургічне лікування, для переважної більшості ТГР дорослих.

У зв'язку з обмеженими дослідженнями в цій галузі клінічні рекомендації ґрунтуються насамперед на окремих прикладах і експертній думці МП, які працюють з дорослими ТГР (Expósito-Campos, 2021; Richards & Barrett, 2020). Відповідно, якщо доросла ТГР особа зазнала постійних фізичних змін і прагне їх позбутися, МП, який проводить оцінку, повинен бути членом комплексної мультидисциплінарної групи, яка дозволяє додавати додаткові точки зору з боку МП, які мають досвід роботи з трансгендерним здоров'ям. У співпраці з дорослим ТГР міждисциплінарній команді рекомендується ретельно проаналізувати мотивацію початкового лікування та рішення про детранзицію. Необхідно ретельно розглянути будь-які проблеми, пов'язані з попередніми фізичними змінами, і докласти значних зусиль, щоб гарантувати, що схожі проблеми не повторяться під час скасування.

Щоб забезпечити найбільшу ймовірність задоволення та комфорту при роботі з постійними фізичними змінами, дорослий ТГР та мультидисциплінарна команда повинні розглянути роль соціального переходу в оцінці та підготовці до детранзиції. У таких випадках дуже ймовірно, що знадобиться тривалий період життя у відповідній ролі, перш ніж будуть рекомендовані подальші процедури, спрямовані на фізичні зміни. Медичні працівники повинні підтримувати дорослого ТГР у будь-яких соціальних змінах, а також у будь-яких почуттях розчарування, сорому, депресії чи провини у прийнятті рішення про такі зміни. Крім того, пацієнтам слід допомагати впоратися з будь-якими упередженнями чи соціальними труднощами, з якими вони могли зіткнутися, які могли призвести до рішення про детрансферацію або які могли виникнути в результаті такого рішення. Також важливо допомогти людині продовжувати отримувати медичну допомогу протягом усього процесу (Narayan et al., 2021).

Хоча доступні дослідження показують стійкі позитивні результати для більшості дорослих ТГР, які вирішили пройти процес переходу (Aldridge et al., 2020; Byne et al., 2012; Gorin-Lazard et al., 2012; Owen-Smith et al., 2018; White Hughto & Reisner, 2016), деякі дорослі ТГР можуть декомпенсувати або переживати погіршення власного становища після переходу. Було проведено мало досліджень для систематичного вивчення змінних, які корелюють з погіршенням біологічного, психологічного чи соціального стану після переходу (Hall та ін., 2021; Littman, 2021); однак це явище є рідкісним (Hall та ін., 2021; Wiepjes та ін., 2018). У випадках, коли люди переживають декомпенсацію після медичного або соціального переходу та залишаються в гіршому біопсихосоціальному стані, ніж вони були до переходу, слід серйозно розглянути, чи є перехід корисним на даний момент для цієї особи. У випадках, коли лікування більше не продовжується, слід організувати піклування так, щоб допомогти людині впоратися з процесом припинення лікування та подолати будь-які супутні труднощі (Narayan et al., 2021).

Життєво важливо, щоб люди, які обрали детранзицію, отримували підтримку незалежно від причин. Однак слід пам'ятати, що це рідкісне явище, і література демонструє незмінно позитивні результати для переважної більшості дорослих ТГР, які проходять процес переходу до обраного ними гендеру, включаючи тих, хто отримує ГПМХВ (Byne та ін., 2012; Green & Fleming, 1990; Lawrence, 2003; Motmans et al., 2012; Van de Grift, Elaut et al., 2018).

РОЗДІЛ 6 — Підлітки

Історичний контекст та зміни порівняно з попередньою версією Стандартів Медичної Допомоги

Спеціалізована медична допомога трансгендерним підліткам почалася в 1980-х роках, коли в усьому світі було створено кілька спеціалізованих гендерних клінік для молоді, які обслуговували відносно невелику кількість дітей і підлітків. В останні роки спостерігається різке збільшення кількості підлітків, які звертаються за гендерною медичною допомогою (Arnoldussen та ін., 2019; Kaltiala, Bergman та ін., 2020). Відтоді були засновані нові клініки, але можливості для надання клінічних послуг в багатьох місцях не встигають за збільшенням кількості молодих людей, які звертаються за допомогою. Тому часто існують довгі черги очікування на послуги та перешкоди для отримання медичної допомоги багатьма трансгендерними молодими людьми у всьому світі (Tollit et al., 2018).

До недавнього часу існувала обмежена інформація щодо поширеності гендерної різноманітності серед підлітків. Дослідження, проведені у середніх школах, вказують на набагато вищі показники, ніж вважалося раніше, повідомляючи про те, що до 1,2% учасників ідентифікували себе як трансгендерних осіб (Clark et al., 2014) і до 2,7% або більше (наприклад, 7–9%) відчували деякі рівень гендерного різноманіття за власними оцінками (Eisenberg et al., 2017; Kidd et al., 2021; Wang et al., 2020). Ці дослідження показують, що гендерну різноманітність молоді більше не слід розглядати як рідкість. Крім того, у гендерних клініках повідомлялося про нерівномірне співвідношення за статтю: підлітки, яким визначили жіночу стать при народженні (ВЖПН), починають лікування у 2,5–7,1 разів частіше, ніж підлітки, яким визначили чоловічу стать при народженні (ВЧПН) (Aitken et al., 2015; Arnoldussen et al., 2019; Bauer et al., 2021; de Graaf, Carmichael et al., 2018; Kaltiala et al., 2015; Kaltiala, Bergman et al., 2020).

Розділ Стандартів Медичної Допомоги Всесвітньої Професійної Асоціації Трансгендерного Здоров'я (ВПАТЗ), присвячений потребам дітей і підлітків, уперше був включений до 5-ї Версії СМД ВПАТЗ 1998 року (Levine et al., 1998). Вважалося, що молодь віком від 16 років потенційно має право на медичну допомогу з підтвердження гендеру, але лише в окремих випадках. Наступні 6-та (Meyer та ін., 2005) та 7-ма (Coleman та ін., 2012) версії розділили підтверджене медичними показаннями лікування для підлітків на три категорії та представили критерії прийнятності щодо віку/стадії статевого дозрівання, а саме:

1. Надання повністю оборотних блокаторів, що затримують статеве дозрівання з початку статевого дозрівання;
2. Частково оборотна гормональна терапія (курси, засновані на тестостероні та естрогені) для підлітків, які досягли 16 років;
3. Незворотні хірургічні втручання для підлітків, які досягли повноліття у віці 18 років і старше, за винятком «маскулінізуючої» мастектомії грудної клітини, мінімальний вік якої становив 16 років.

Додаткові критерії прийнятності для отримання медичної допомоги, пов'язаної зі статтю, включали:

1. Стійку, тривалу картину (в дитинстві) гендерної «нонконформності»/дисфорії, що виникла або посилилася на початку статевого дозрівання;

2. Відсутність або робота з психологічними, медичними або соціальними проблемами, які заважають лікуванню;
3. Надання підтримки батьками/опікунами для початку втручання;
4. Надання інформованої згоди.

Для 8-го видання Стандартів Медичного Догляду було створено розділ, окремий від розділу про ТГР дітей, присвячений власне трансгендерним та гендерно різноманітним підліткам, враховуючи

1. Експоненціальне зростання кількості звернень підлітків;
2. Збільшення кількості досліджень, присвячених догляду за гендерною різноманітністю підлітків;
3. Унікальні проблеми розвитку та гендерно-підтверджувального догляду цієї вікової групи.

Уникайте неспецифічних термінів для догляду, пов'язаного з гендером (наприклад, гендерно-підтверджуюча модель, гендерно-дослідницька модель), оскільки ці терміни представляють не уніфіковані практики, а різнорідні практики догляду, які визначаються по-різному в різних умовах.

Огляд підліткового віку

Підлітковий вік — це період розвитку, який характеризується відносно швидким фізичним і психологічним дозріванням, що поєднує дитинство та дорослість (Sanders, 2013). Багато процесів розвитку відбуваються одночасно, включно зі змінами, що проявляються в пубертатному періоді. Когнітивні, емоційні та соціальні системи дозрівають, а фізичні зміни, пов'язані зі статевим дозріванням, прогресують. Ці процеси не починаються і не закінчуються в один і той самий час для кожної окремої людини, а також не відбуваються в одному віці для всіх людей. Таким чином, нижня і верхня межі підліткового віку є неточними і не можуть бути визначені виключно віком. Наприклад, фізичні зміни статевого дозрівання можуть початися в пізньому дитинстві, а нервові системи виконавчого контролю продовжують розвиватися до середини 20-х років (Ferguson et al., 2021). Країни та уряди визначають вік повноліття (тобто статус прийняття юридичних рішень; Dick et al., 2014) неоднаково. Хоча велика частина країн визначає вік повноліття у 18 років, у деяких країнах він досягає 15 років (наприклад, Індонезія та М'янма), а в інших – 21 рік (наприклад, штат Міссісіпі в США та Сінгапур).

Для ясності, цей розділ стосується підлітків від початку статевого дозрівання до повноліття (18-и років у більшості випадків), однак у цьому розділі є елементи розвитку, включаючи важливість участі батьків/опікунів, які часто мають значення для догляду за молодими людьми перехідного віку, і його слід розглянути належним чином.

Когнітивний розвиток у підлітковому віці часто характеризується розвитком абстрактного мислення, ускладнення здатності до міркування та метапізнання (тобто здатності молодої людини думати про власні переживання у зв'язку з тим, як їх сприймають інші; Sanders, 2013). Здатність міркувати над гіпотетичними ситуаціями дозволяє молодій людині концептуалізувати наслідки конкретного рішення. Однак підлітковий вік також часто асоціюється з підвищеною ризикованою поведінкою. Поряд із цими помітними змінами підлітковий вік часто характеризується індивідуацією від батьків і розвитком підвищеної особистої автономії. Часто приділяється підвищена увага стосункам з однолітками, що може

бути як позитивним, так і шкідливим (Gardner & Steinberg, 2005). Підлітки часто відчувають терміновість, яка виникає через підвищену чутливість до винагороди, і було доведено, що їхнє сприйняття часу відрізняється від такого у старших людей (Van Leijenhorst et al., 2010). Соціально-емоційний розвиток зазвичай прогресує в підлітковому віці, хоча серед молодих людей існує велика мінливість щодо рівня зрілості, застосованого до міжособистісного та внутрішньоособистісного спілкування та інсайту (Grootens-Wiegers та ін., 2017). Для ТГР підлітків, які приймають рішення щодо отримання гендерно-підтверджуючого лікування — рішення, які можуть мати наслідки на все життя — надзвичайно важливо зрозуміти, як усі ці аспекти розвитку можуть вплинути на прийняття рішень конкретною молодою людиною в її специфічному культурному контексті.

Розвиток гендерної ідентичності в підлітків

Наше розуміння розвитку гендерної ідентичності в підлітковому віці продовжує розвиватися. Надаючи клінічну допомогу гендерно різноманітним молодим людям та їхнім сім'ям, важливо знати, що відомо про розвиток гендерної ідентичності, а що ні (Berenbaum, 2018). Розглядаючи можливу медичну допомогу для підлітка, у сімей можуть виникати питання щодо розвитку гендерної ідентичності і щодо того, чи залишиться оголошена підлітком гендерна ідентичність незмінною з часом. Для деяких родин оголошення про гендерну ідентичність, яка відрізняється від статі, визначеної при народженні, не є несподіванкою, оскільки наявна історія експресії гендерного різноманіття, яка сягає дитинства (Leibowitz & de Vries, 2016). В інших випадках підлітки не повідомляють про ці зміни до початку пубертатного періода або навіть пізніше (McCallion et al., 2021; Sorbara et al., 2020).

Історично склалося так, що дослідження соціального навчання та когнітивного розвитку в контексті гендерного аспекту проводилися в основному з молоддю, яки не були гендерно різноманітними, і проводилися на основі припущення, що стать корелює з відповідним гендером. Через це розвитку гендерної ідентичності приділялося мало уваги. Крім біологічних факторів, що впливають на гендерний розвиток, ці дослідження показало, що психологічні та соціальні фактори також відіграють певну роль (Perry & Pauletti, 2011). Незважаючи на те, що розвитку гендерної ідентичності у ТГР молоді приділялося менше уваги, є достатньо підстав припускати, що ці висновки є справедливими і в цьому випадку (Steensma, Kreukels et al., 2013). Для деяких молодих людей розвиток гендерної ідентичності виглядає фіксованим і часто проявляється з молодого віку, тоді як для інших може мати місце довший процес формування гендерної ідентичності.

Нейровізуалізаційні, генетичні, гормональні та інші дослідження, проведені на інтерсекс особах демонструють вплив біологічних факторів на розвиток гендерної ідентичності, яка не відповідає статі, визначеній при народженні (Steensma, Kreukels et al., 2013). Оскільки у членів родини можуть часто виникати питання щодо цього, важливо зазначити, що неможливо відрізнити осіб, в яких гендерна ідентичність виглядає фіксованою від народження, від тих для кого формування гендерної ідентичності виглядає як процес розвитку. Оскільки неможливо остаточно окреслити внесок різних факторів, що сприяють розвитку гендерної ідентичності будь-якої конкретної молодої людини, комплексний клінічний підхід є важливим і необхідним (див. Рекомендацію 3). Майбутні дослідження могли б пролити більше світла на розвиток гендерної ідентичності, якщо проводити їх протягом тривалого періоду часу з різними групами. Концептуалізація гендерної ідентичності шляхом переходу від дихотомічної (наприклад,

бінарної) категоризації чоловіків і жінок до багатовимірного гендерного спектру (APA, 2013) також буде необхідною.

Підлітковий вік може бути критичним періодом для розвитку гендерної ідентичності підлітків (Steensma, Kreukels та ін., 2013). Голландські лонгітюдні клінічні дослідження підлітків з дитячою гендерною дисфорією, які отримували препарати для пригнічення статевого дозрівання, гендерно-підтверджуючу гормональну терапію, або обидва види медичної допомоги, показали, що жоден із підлітків у дорослому віці не шкодує про рішення, які вони прийняли в підлітковому віці (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; de Vries та ін., 2014). Ці висновки свідчать про те, що підлітки, які пройшли комплексне обстеження та були достатньо емоційно зрілими, щоб приймати рішення щодо отримування гендерно-підтверджуючого лікування, демонструють стабільність гендерної ідентичності протягом періоду, коли проводилися дослідження.

При екстраполяції результатів довгострокових лонгітюдних голландських когортних досліджень на сучасних гендерно різноманітних підлітків, які шукають медичної допомоги, важливо враховувати суспільні зміни, які відбулися з плином часу щодо ТГР людей. Враховуючи збільшення видимості ТГР ідентичностей, важливо розуміти, як підвищення обізнаності може різними способами вплинути на гендерний розвиток (Корнієнко та ін., 2016). Однією з визначених тенденцій є те, що все більше небінарних молодих людей звертається до гендерних клінік (Twist & de Graaf, 2019). Ще одне явище, яке зустрічається в клінічній практиці, — збільшення кількості підлітків, які звертаються за допомогою, які не відчували або не виражали гендерну різноманітність у дитинстві. Один дослідник спробував вивчити й описати конкретну форму досвіду гендерної різноманітності, що формується пізніше в житті (Littman, 2018). Однак результати дослідження слід розглядати в контексті значних методологічних проблем, зокрема:

1. У дослідженні були опитані батьки, а не підлітки;
2. Вибірка включала батьків із місцевих громад, у яких лікування гендерної дисфорії сприймається скептично та критикувалося.

Слід зазначити, що ці висновки не були відтворені в подальших дослідженнях. Для обраної групи підлітків сприйнятливість до соціальних чинників, що впливають на гендер, може бути важливою ознакою, яку слід враховувати (Kornienko et al., 2016). Однак слід бути обережним, щоб уникнути припущення, що ці явища виникають передчасно в конкретного підлітка, покладаючись на інформацію з наборів даних, які, можливо, були встановлені з потенційною упередженістю вибірки (Bauer та ін., 2022; WPATH, 2018). Важливо враховувати переваги наявності соціальних зв'язків з підтримуючими людьми для молоді (Tuzun та ін., 2022) (див. Твердження 4).

Враховуючи розвиваючийся характер знань щодо розвитку гендерної ідентичності підлітків, індивідуальний підхід до клінічної допомоги вважається етичним та необхідним. Як і в усіх галузях медицини, кожне дослідження має методологічні обмеження, а висновки, зроблені в результаті нього, не можуть і не повинні універсально застосовуватися до підлітків в цілому. Це також вірно, коли ви маєте справу зі звичайними запитаннями батьків щодо стабільності чи нестабільності розвитку гендерної ідентичності конкретного підлітка. Хоча майбутні дослідження допоможуть розвинути наукове розуміння формування гендерної ідентичності, завжди можуть бути певні прогалини в системі знання. Враховуючи

етику самовизначення догляду, ці прогалини не повинні залишати ТГР підлітків без важливого та необхідної медичної допомоги.

Докази дослідження щодо гендерно-підтверджуючої медичної допомоги для трансгендерних підлітків

Ключовою проблемою в наданні медичної допомоги трансгендерним підліткам є якість підтверджень, щодо оцінки ефективності медично необхідних гендерно-підтверджуючих медичних та хірургічних втручань (ГПМХВ) (див. Твердження 2.1 про медичну необхідність в Розділі 2 - Глобальна застосовність) в подальшому житті. Враховуючи ловічні наслідки лікування та молодий вік, у якому починається лікування, підлітки, їхні батьки та МП повинні бути проінформовані про характер доказової бази. Видається доцільним, що рішення про початок медичного та хірургічного втручання слід приймати обережно. Незважаючи на те, що кількість доказів, які підтверджують ефективність раннього медичного втручання, повільно зростає, кількість досліджень все ще невелика, і існує небагато досліджень результатів, які вивчають стан цих підлітків в дорослому віці. Таким чином, систематичний огляд щодо результатів лікування у підлітків неможливий. Замість цього подано короткий нарративний огляд.

На момент написання цього розділу було проведено декілька лонгітюдних когортних досліджень, які повідомляли про позитивні результати раннього (тобто підліткового) медичного лікування. Протягом значного періоду часу велика частина цих досліджень проводилися в одній голландській клініці (наприклад, Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; de Vries, Steensma et al., 2011; de Vries et al., 2014; Smith et al. ., 2001, 2005). Отримані дані показали, що полегшення гендерної дисфорії пов'язане з покращенням психологічного функціонування та задоволенням від вигляду тіла. Більшість цих досліджень дотримувалися методологічного плану з діагностикою психологічного стану перед наданням гендерно-підтверджуючої медичної допомоги та після нього. Різні дослідження оцінювали окремі аспекти або комбінації лікувальних втручань і включали:

1. Гендерно-підтверджуючу гормональну терапію та хірургічні втручання (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; Smith et al., 2001, 2005);
2. Пригнічення статевого дозрівання (de Vries, Steensma et al., 2011);
3. Пригнічення статевого дозрівання, гендерно-підтверджуючу гормональну терапію та хірургічні втручання (de Vries et al., 2014).

Довготривале дослідження 2014 року є єдиним дослідженням, яке спостерігало за молоддю від початку підліткового віку (середній вік 13 років 6 місяців до початку лікування) до кінця юнацького віку (середній вік 20 років 7 місяців на кінець лікування). Це було перше дослідження, яке показало, що гендерно-підтверджуюче лікування дає змогу трансгендерним підліткам здійснювати розвиток відповідно віковим періодам, живучи у ролі обраного ними гендеру із задовільними об'єктивними та суб'єктивними результатами у дорослому віці (de Vries et al., 2014). Незважаючи на те, що в дослідженні була використана невелика (n = 55) соціально підтримувана вибірка, результати виявилися переконливими. Слід зазначити, що учасники дослідження були персоналом голландської клініки, яка відома використанням мультидисциплінарного підходу, включаючи надання всебічної поточної оцінки та лікування гендерної дисфорії, а також підтримку, спрямовану на емоційне благополуччя.

Декілька нещодавно опублікованих лонгітюдних досліджень відслідковували та оцінювали учасників на різних етапах їх гендерно-підтверджуючого лікування. У цих дослідженнях деякі учасники не розпочинали гендерно-підтверджуючі медичні процедури, деякі отримували лікування за допомогою пригнічення статевого дозрівання, тоді як інші почали отримувати гендерно-підтверджуючу гормональну терапію або пройшли гендерно-підтверджуючі операції (ГПО) (Achille et al., 2020; Allen et al., 2019; Becker-Hebly et al., 2021; Carmichael et al., 2021; Costa et al., 2015; Kuper et al., 2020, Tordoff et al., 2022). Враховуючи неоднорідність схем та методів лікування, цей тип дизайну ускладнює інтерпретацію результатів. Тим не менш, якщо порівнювати з базовими оцінками, дані постійно демонструють покращене або стабільне психологічне функціонування, задоволеність від образу тіла та задоволеність лікуванням, що варіюється від трьох місяців до двох років від початку лікування.

Перехресні дослідження пропонують іншу схему для оцінки ефектів гендерно підтверджувальних методів лікування. В одному такому дослідженні порівнювали психологічний стан трансгендерних підлітків на початковому етапі та під час медикаментозного пригнічення статевого дозрівання з психологічним станом цисгендерних однолітків у старших класах у два різні моменти часу. На початковому етапі трансгендерні підлітки продемонстрували гірший рівень психологічного стану порівняно з цисгендерними однолітками, тоді як під час пригнічення статевого дозрівання вони продемонстрували кращий психологічний тонус, ніж їхні однолітки (van der Miesen et al., 2020). Гранніс та ін. (Grannis et al., 2021) продемонстрували, що трансгендерні чоловіки, які почали приймати тестостерон, мали меншу інтерналізацію негативної психологічної симптоматики (депресія та тривожність) порівняно з тими, хто не розпочав терапію тестостероном.

Чотири додаткові дослідження були проведені з різними результатами. У ретроспективному дослідженні діаграм Калтіала, Хейно та інші (Kaltiala, Heino et al., 2020) показало, що трансгендерні підлітки, які мали незначні проблеми з психічним здоров'ям або взагалі не мали проблем з ним до початку гендерно-підтверджуючої гормональної терапії загалом почувалися добре під час лікування. Однак підлітки з більшими проблемами психічного здоров'я на початковому етапі продовжували відчувати прояви цих проблем під час проходження гендерно-підтверджуючого медичного лікування. Нідер та ін. (Nieder et al., 2021) досліджували задоволеність від лікування як міру результату та продемонстрували, що задоволення трансгендерних підлітків було тим більшим, чим далі вони прогресували в лікуванні. Гісле-Горман та ін. (Hisle-Gorman et al., 2021) порівняли використання медичної допомоги до та після початку використання гендерно-підтверджуючих фармацевтичних препаратів як індикаторів тяжкості стану психічного здоров'я серед 3754 ТГР підлітків у великому наборі даних з систем охорони здоров'я. Всупереч гіпотезі авторів щодо покращення стану психічного здоров'я, випадки звертання за психіатричною допомогою суттєво не змінилися, а призначення психотропних лікарських препаратів збільшилося. У великій імовірнісній вибірці дорослих, які ідентифікувалися як трансгендери, Турбан та ін. (Turban et al., 2022) виявили, що ті, хто повідомили про отримання гендерно-підтверджуючої гормональної терапії у підлітковому віці, мали нижчу ймовірність суїцидальності в подальші роки порівняно з трансгендерними людьми, які отримували гендерно-підтверджуючу гормональну терапію у дорослому віці.

Постачальники медичних послуг можуть розглядати можливість того, що підліток може пошкодувати про рішення щодо гендерно-підтверджуючих процедур, і захоче припинити лікування та

повернутися до життя в гендерній ролі, визначеній при народженні, у майбутньому. Два голландські дослідження повідомляють про низькі показники підлітків (1,9% і 3,5%), які вирішили припинити медикаментозне пригнічення статевого дозрівання (Brik et al., 2019; Wiepjes et al., 2018). Ці дослідження проводилися в клініках, які дотримуються протоколу що включає комплексну оцінку перед початком гендерно-підтверджуючого медичного лікування. Наразі жодне клінічне когортне дослідження не повідомляло про профілі підлітків, які шкодують про своє початкове рішення або відмовляються від переходу після незворотних підтверджуючих процедур. Останні дослідження вказують на те, що є підлітки, які припинили процес переходу, але вони не шкодують про початок лікування, оскільки вони розглядали початок лікування як частину розуміння своїх потреб у медичній допомозі, пов'язаній з гендером (Turban, 2018). Однак це не є переважаючою точкою зору людей, які проходять процес детранзиції (Littman, 2021; Vandenbussche, 2021). Деякі підлітки можуть шкодувати про зроблені кроки (Dyer, 2020). Тому важливо представити повний спектр можливих результатів при наданні медичної допомоги трансгендерним підліткам. Постачальники можуть обговорити цю тему у формі співпраці та довіри (тобто як «можливий майбутній досвід і міркування») з підлітком та їхніми батьками/опікунами перед початком гендерно-підтверджуючого медичного лікування. Крім того, постачальники медичних послуг повинні бути готові підтримувати підлітків, які перебувають у процесі зворотного переходу. У вибірковому інтернет-опитуванні 237 осіб із середнім віком 25,02 років, які складалися з понад 90% осіб ВЖСН, 25% пройшли процедуру медичного переходу до 18 років, а 14% пройшли детранзицію до 18 років (Vandenbussche, 2021). Хоча використання Інтернет-вибірки робить це дослідження більш схильним до подальших статистичних помилок, припускається, що детранзиція є вірогідною для трансгендерних підлітків, і МП повинні знати про це. Багато з опитуваних повідомили про труднощі з пошуком допомоги під час процесу детранзиції та повідомили, що це був ізолюючий досвід, під час якого вони не отримували достатньої та належної підтримки (Vandenbussche, 2021).

Таким чином, хоча існуючі дослідження мають відносно невеликі вибірки (наприклад, n = 22-101 на дослідження), час спостереження за якими різниться (6 місяців–7 років), ця нова доказова база вказує на загальне покращення рівня життя трансгендерних підлітків, які після ретельного обстеження отримують медично необхідне гендерно-підтверджуюче лікування. Крім того, показники повідомлень про розчарування від лікування протягом періодів моніторингу дослідження є низькими. У цілому дані показують, що раннє медичне втручання — як частина ширшої комбінованої оцінки та підходу до лікування, зосередженого на гендерній дисфорії та загальному самопочутті — може бути ефективним і корисним для багатьох трансгендерних підлітків, які шукають такого лікування.

Етичні та правозахисні перспективи

Під час формулювання рекомендацій для СМД для підлітків також враховувалися аспекти медичної етики та прав людини. Наприклад, дозволити незворотному статевому дозріванню прогресувати у підлітків, які відчувають гендерну невідповідність, не є нейтральним актом, оскільки це може мати негайні та довічні шкідливі наслідки для молодої трансгендерної людини (Giordano, 2009; Giordano & Holm, 2020; Kreukels & Cohen-Kettenis, 2011). З точки зору прав людини, розглядаючи ґендерну різноманітність як нормальну та очікувану варіацію в рамках ширшої різноманітності людського досвіду,

підліток має право брати участь у процесі прийняття рішень щодо свого здоров'я та життя, включаючи доступ до послуг із гендерного здоров'я. (Amnesty International, 2020).

Рекомендації

6.1 – Ми рекомендуємо медичним працівникам, які працюють з гендерно різноманітними підлітками:

6.1.a – Мати ліцензію відповідного статутного органу та документ, що засвідчує отримання післядипломної освіти або її еквівалент у релевантній клінічній галузі, виданий національною акредитованою статутною установою.

6.1.b – Отримати теоретичну доказову підготовку та вдосконалити знання щодо загального психічного здоров'я дітей, підлітків і сімей у всьому спектрі розвитку.

6.1.c – Пройти навчання та мати експертність у питаннях розвитку гендерної ідентичності, гендерної різноманітності у дітей та підлітків, мати компетенцію для визначення здатності давати оцінку та володіти загальними знаннями щодо гендерної різноманітності на всіх етапах життя.

6.1.d – Пройти навчання та напрацювати досвід щодо розладів аутичного спектру та інших проявів розвитку нервової системи або співпрацювати з експертом з проблем розвитку під час роботи з гендерно різноманітними підлітками з аутизмом/нейровідмінностями.

6.1.e – Брати участь у професійному розвитку в усіх сферах, пов'язаних із гендерно різноманітними дітьми, підлітками та сім'ями.

6.2 – Ми рекомендуємо медичним працівникам, які працюють з гендерно різноманітними підлітками, сприяти дослідженню та вираженню гендеру відкрито та з повагою, не надаючи переваги жодній конкретній ідентичності.

6.3 – Ми рекомендуємо медичним працівникам, які працюють з гендерно різноманітними підлітками, проводити комплексну біопсихосоціальну оцінку підлітків, які мають проблеми, пов'язані з гендерною ідентичністю, і звертатися за медичною/хірургічною допомогою, пов'язаною з процесом переходу.

6.4 – Ми рекомендуємо медичним працівникам співпрацювати з родинами, школами та іншими релевантними закладами для сприяння прийняттю гендерно різноманітних проявів поведінки та ідентичності підлітків.

6.5 – Ми рекомендуємо не пропонувати репаративну та конверсійну терапію, спрямовану на зміну гендерної ідентичності та гендерної експресії людини, для того щоб зробити їх конгруентними статі, визначеній при народженні.

6.6. – Ми пропонуємо медичним працівникам надати трансгендерним і гендерно різноманітним підліткам медичну інформацію щодо перев'язування грудей і підтягування геніталій, включаючи огляд переваг і ризиків.

6.7 – Ми рекомендуємо постачальникам медичних послуг розглянути можливість призначення препаратів для пригнічення менструального циклу підліткам із гендерною невідповідністю, які можуть не бажати терапії тестостероном, які бажають, але ще не почали терапію тестостероном, або в поєднанні з терапією тестостероном.

6.8 – Ми рекомендуємо медичним працівникам підтримувати постійний контакт з гендерно різноманітними та трансгендерними підлітками та їх опікунами, щоб підтримувати підлітків у

прийнятті рішень протягом усього періоду медичних втручань, спрямованих на пригнічення статевого дозрівання, гормональної терапії та операцій, пов'язаних з гендером, до переходу до схем догляду, призначеного дорослим.

6.9 – Ми рекомендуємо медичним працівникам залучати відповідних спеціалістів, включаючи спеціалістів з психіатричного здоров'я та медичних працівників, щоб прийняти рішення про те, чи є медикаментозне пригнічення статевого дозрівання, початок гормональної терапії або гендерно-пов'язаних операцій для трансгендерних та гендерно різноманітних підлітків доцільним та показаним протягом усього курсу лікування до переходу до схем догляду, призначеного дорослим.

6.10 – Ми рекомендуємо медичним працівникам, які працюють з трансгендерними та гендерно різноманітними підлітками, які потребують гендерно-підтверджуючих медичних або хірургічних методів втручання, повідомити їх перед початком лікування про репродуктивні наслідки, включаючи потенційну втрату фертильності, та доступні варіанти збереження фертильності в контексті підліткового етапу статевого дозрівання.

6.11 – Ми рекомендуємо медичним працівникам залучати батьків/опікунів до процесу оцінки та лікування трансгендерних та гендерно різноманітних підлітків, якщо тільки їхня участь не визначена як шкідлива для підлітка або нездійсненна.

Ми надаємо наступні рекомендації щодо вимог для початку гендерно-підтверджуючого медикаментозного та хірургічного лікування (всі вони повинні бути дотримані):

6.12 – Ми рекомендуємо медичним працівникам, які оцінюють трансгендерних та гендерно різноманітних підлітків рекомендувати гендерно-підтверджуюче медикаментозне або хірургічне лікування лише якщо:

6.12.a – Підліток відповідає діагностичним критеріям гендерної невідповідності згідно МКХ-11 у ситуаціях, коли діагноз необхідний для отримання медичної допомоги. У країнах, які не імплементували останню версію МКХ, можуть використовуватися інші таксономії, хоча слід докладати зусиль для використання останньої версії МКХ якомога швидше.

6.12.b – Досвід гендерної різноманітності/невідповідності помітний і зберігається з часом.

6.12.c – Підліток демонструє емоційну та когнітивну зрілість, необхідну для надання інформованої згоди/згоди на лікування.

6.12.d – Проблеми психічного здоров'я підлітка (якщо такі є), які можуть заважати чіткості діагнозу, здатності давати згоду та медичному лікуванню, що підтверджує стать, було розглянуто.

6.12.e – Підліток був проінформований про репродуктивні наслідки, включаючи потенційну втрату фертильності та доступні варіанти збереження фертильності, і вони обговорювалися в контексті стадії статевого дозрівання підлітка.

6.12.f – Підліток досяг 2 стадії статевого дозрівання за Таннером для початку медикаментозного пригнічення статевого дозрівання.

6.12.g – Підліток мав щонайменше 12 місяців гендерно-підтверджуючої гормональної терапії або більше, якщо потрібно, для досягнення бажаного хірургічного результату гендерно-підтверджуючих процедур, включаючи збільшення грудей, орхіектомію, вагінопластику, гістеректомію, фаллопластику,

метоідіопластику та операція на обличчі як частини гендерно-підтверджуючого лікування, якщо тільки гормональна терапія небажана або протипоказана з медичної точки зору.

Короткий огляд тверджень та явищ, характерних підлітковому віку

Ці рекомендації створені для того, щоб висвітлити те, що відомо та що невідомо про розвиток гендерної ідентичності в підлітковому віці, докази щодо гендерно-підтверджуючої допомоги в підлітковому віці та унікальні аспекти, які відрізняють підлітковий вік від інших етапів розвитку.

Дослідження ідентичності: визначальною рисою підліткового віку є зміцнення аспектів власної ідентичності, включаючи гендерну ідентичність. Рекомендація 6.2 стосується дослідження ідентичності в контексті розвитку гендерної ідентичності. Рекомендація 6.12.b пояснює тривалість часу, необхідного молодій людині, щоб відчути гендерно різноманітну ідентичність та/або виразити її, щоб прийняти значуще рішення щодо отримання гендерно-підтверджуючої допомоги.

Згода та прийняття рішень: у підлітковому віці згода та прийняття рішень вимагають оцінки емоційного, когнітивного та психосоціального розвитку особи. Рекомендація 6.12.c безпосередньо стосується емоційної та когнітивної зрілості та описує необхідні компоненти процесу оцінювання, що використовується для оцінки здатності приймати рішення.

Участь опікунів/батьків: підлітки зазвичай багато в чому залежать від своїх опікунів/батьків. Це також вірно, оскільки молода людина орієнтуватиметься на них в процесі прийняття рішення про можливі варіанти лікування. Рекомендація 6.11 стосується важливості залучення опікунів/батьків та обговорює роль, яку вони відіграють в процесі оцінювання та лікуванні. Жодна база інструкцій не може врахувати кожного комплексу індивідуальних обставин у глобальному масштабі.

Рекомендація 6.1

Ми рекомендуємо медичним працівникам, які працюють з гендерно різноманітними підлітками:

- **a. Мати ліцензію відповідного статутного органу та документ, що засвідчує отримання післядипломної освіти або її еквівалент у релевантній клінічній галузі, виданий національною акредитованою статутною установою.**
- **b. Отримати теоретичну доказову підготовку та вдосконалити знання щодо загального психічного здоров'я дітей, підлітків і сімей у всьому спектрі розвитку.**
- **c. Пройти навчання та мати експертність у питаннях розвитку гендерної ідентичності, гендерної різноманітності у дітей та підлітків, мати компетенції для оцінювання здатності давати згоду/згоду та володіти загальними знаннями щодо гендерної різноманітності на всіх етапах життя.**
- **d. Пройти навчання та напрацювати досвід щодо розладів аутичного спектру та інших проявів розвитку нервової системи або співпрацювати з експертом з проблем розвитку під час роботи з гендерно різноманітними підлітками з аутизмом/нейровідмінностями.**
- **e. Брати участь у професійному розвитку в усіх сферах, пов'язаних із гендерно різноманітними дітьми, підлітками та сім'ями.**

При оцінюванні та підтримці ТГР підлітків та їх сімей постачальниками медичних послуг/медичними працівниками (МП) потрібні як загальні медичні знання, так і гендерно-специфічні компетенції. МП, навчені працювати з підлітками та сім'ями, відіграють важливу роль у діагностиці аспектів індивідуального розвитку підлітків і сімейної динаміки під час догляду за молоддю та сім'ями (Adelson et al., 2012; American Psychological Association, 2015; Hembree et al., 2017). Інші розділи цих Стандартів Медичного Догляду описують ці критерії для фахівців, які надають гендерний догляд більш детально (див. Розділ 5 — Оцінювання дорослих; Розділ 7 — Діти; або Розділ 13 — Хірургія та післяопераційний догляд). Фахівці, які працюють з підлітками, повинні розуміти, що відомо про розвиток гендерної ідентичності підлітків, а що – ні, і чим ця база знань відрізняється від того, що стосується дорослих і дітей препубертатного віку. Серед медичних працівників спеціаліст із психічного здоров'я (СПЗ) має найкращу підготовку та виділений клінічний час для проведення оцінки та з'ясування пріоритетів і цілей лікування під час роботи з трансгендерною молоддю, включно з тими, хто шукає медичну/хірургічну допомогу з підтвердження гендеру. Розуміння родинної динаміки та управління нею, є важливою компетенцією, оскільки різні члени родини можуть мати різні погляди на ситуацію лікування. СПЗ часто є найбільш підготовленими спеціалістами у цих питаннях.

Якщо доступ до послуг фахівців, які пройшли підготовку з питань розвитку дітей та підлітків, неможливий, медичні працівники повинні взяти на себе зобов'язання пройти навчання у сферах сімейної динаміки та розвитку підлітків, включаючи питання розвитку гендерної ідентичності. Подібним чином, враховуючи, що трансгендерна молодь з аутизмом/нейровідмінностями становить значну меншість серед молоді, яка обслуговується в гендерних клініках у всьому світі, важливо, щоб медичні працівники шукали додаткового навчання в галузі аутистичного спектру та розуміли унікальні елементи догляду, які можуть знадобитися молодим гендерно різноманітним людям з аутизмом (Strang, Meagher et al., 2018). Якщо отримання цих кваліфікацій неможливе, тоді рекомендується проконсультуватися та співпрацювати з провайдером, який спеціалізується на аутизмі та нейрорізноманітності.

Рекомендація 6.2

Ми рекомендуємо медичним працівникам, які працюють з гендерно різноманітними підлітками, сприяти дослідженню та вираженню гендеру відкрито та з повагою, не надаючи переваги жодній конкретній ідентичності.

Підлітковий вік — це період розвитку, який включає фізичні та психологічні зміни, що характеризуються індивідуацією та переходом до незалежності від опікунів (Berenbaum et al., 2015; Steinberg, 2009). Це період, протягом якого молоді люди можуть досліджувати різні аспекти ідентичності, включно з гендерною ідентичністю.

Підлітки відрізняються щодо того, якою мірою вони досліджують аспекти своєї ідентичності та віддані їм (Meeus et al., 2012). Для одних підлітків темп досягнення консолідації ідентичності є швидким, а для інших – повільнішим. Для деяких підлітків фізичний, емоційний і психологічний розвиток відбувається приблизно одночасно, тоді як для інших існують певні розриви між цими аспектами розвитку. Подібним чином існують варіації у часовій шкалі розвитку гендерної ідентичності (Arnoldussen et al., 2020; Katz-Wise et al., 2017). Для деяких молодих людей розвиток різноманітної гендерної ідентичності є явним процесом, який починається в ранньому дитинстві, тоді як для інших пубертатні

зміни сприяють усвідомленню себе як представника певного гендеру (Steensma, Kreukels et al., 2013), а для багатьох інших цей процес може початися після завершення пубертатних змін. Враховуючи ці варіації, немає жодного конкретного терміну, процесу чи результату, який можна було б передбачити для окремого підлітка, який шукає гендерно підтверджуючої допомоги.

Таким чином, МП, які працюють з підлітками, повинні створювати сприятливе середовище, яке одночасно поважає стверджену гендерну ідентичність підлітка, а також дозволяє підлітку відкрито досліджувати власні гендерні потреби, включаючи соціальні, медичні та фізичні втручання, що підтверджують гендер, якщо вони зміняться або еволюціонують з часом.

Рекомендація 6.3

Ми рекомендуємо медичним працівникам, які працюють з гендерно різноманітними підлітками, проводити комплексну біопсихосоціальну оцінку підлітків, які мають проблеми, пов'язані з гендерною ідентичністю, і звертатися за медичною/хірургічною допомогою, пов'язаною з процесом переходу.

Враховуючи багато способів, якими ідентичність може розкриватися в підлітковому віці, ми рекомендуємо використовувати комплексну біопсихосоціальну оцінку для прийняття рішень щодо лікування та оптимізації результатів. Ця оцінка має бути спрямована на розуміння сильних сторін, уразливості підлітка, його діагностичного профілю та унікальних потреб для індивідуального догляду за ними. Як зазначалося у Рекомендації 6.1, СПЗ мають найкращу підготовку, досвід і спеціалізований медичний час, необхідний для отримання обговорюваної тут інформації. До процесу оцінювання слід підходити спільно з підлітком та його опікуном(ами), як окремо, так і разом, як описано більш детально в Рекомендації 6.11. Перед будь-яким медичним або хірургічним втручанням, яке розглядається (наприклад, прийом препаратів, що пригнічують статеве дозрівання, гормонів, що підтверджують гендер, хірургічних втручань), необхідно провести оцінку (див. інформацію про медичну необхідність Розділі 2 — Глобальна застосовність, Рекомендація 2.1; див. також Розділ 12 — Гормональна терапія та Розділ 13 — Хірургія та післяопераційний догляд).

Молодь може відчувати багато різних варіацій гендерної ідентичності. Соціокультурні визначення та досвід ґендеру продовжують розвиватися з часом, і молодь дедалі частіше представляє різноманітні ідентичності та способи опису свого досвіду та потреб, пов'язаних з гендером (Twist & de Graaf, 2019). Наприклад, деякі молоді люди усвідомлюють, що вони є трансгендерними або гендерно різноманітними, і вживатимуть заходів, щоб виразити себе відповідно. Для деяких молодих людей важливе гендерно-підтверджуюче медичне лікування, тоді як для інших ці кроки можуть бути непотрібними. Наприклад, процес самопізнання з часом може не призвести до самовираження або втілення молодою людиною іншого гендеру по відношенню до такого, який визначено при народженні, та не передбачатиме використання медичних втручань (Arnoldussen et al., 2019).

Оскільки надання медичної допомоги та доступ до спеціалістів різниться у всьому світі, часто необхідно розробити окремий процес оцінки для адаптації наявних ресурсів. У деяких випадках більш розширений процес оцінки може бути корисним, наприклад, для молодих людей із більш складними проявами (наприклад, ускладнена історія психічного здоров'я (Leibowitz & de Vries, 2016)), супутніми характеристиками аутистичного спектру (Strang, Powers et al., 2018) та/або відсутністю досвіду гендерної

невідповідності в дитинстві (Ristori & Steensma, 2016). Враховуючи унікальні культурні, фінансові та географічні чинники, які існують для певних груп населення, постачальники повинні розробити моделі оцінювання, які є гнучкими та дозволяють належним чином надати допомогу якомога більшій кількості молодих людей, за умови, що за допомогою процесу оцінювання можливо ефективно отримувати інформацію про різні аспекти підлітка, уразливості, діагностичний профіль та індивідуальні потреби. Психометрично підтверджені психосоціальні та гендерні показники також можуть бути використані для надання додаткової інформації.

Мультидисциплінарна оцінка для молодих людей, які шукають гендерно-підтверджуючих медичних/хірургічних втручань, включає такі сфери, які відповідають відповідним твердженням:

- **Розвиток гендерної ідентичності:** в Рекомендаціях 6.12.a і 6.12.b детально розглядаються фактори, пов'язані з розвитком гендерної ідентичності в конкретному культурному контексті під час оцінювання ТГР підлітків.
- **Соціальний розвиток і підтримка:** Інтерсекційність: Рекомендації 6.4 і 6.11 детально описують важливість оцінки стресу гендерних меншин, сімейної динаміки та інших аспектів, що сприяють соціальному розвитку та інтерсекційності.
- **Діагностична оцінка можливих супутніх проблем із психічним здоров'ям та/або розвитком:** у Рекомендації 6.12.d детально описується важливість розуміння зв'язку, який існує, якщо взагалі існує, між будь-якими супутніми проблемами психічного здоров'я чи розвитку та гендерною ідентичністю молодої людини ідентичність/гендерне різноманіття.
- **Здатність приймати рішення:** у Рекомендації 6.12.c детально описується оцінювання емоційної зрілості молодої людини та доречність розглядання можливості підтвердження гендеру – медичні/хірургічні втручання.

Рекомендація 6.4

Ми рекомендуємо медичним працівникам співпрацювати з родинами, школами та іншими релевантними закладами для сприяння прийняттю гендерно різноманітних проявів поведінки та ідентичності підлітків.

Численні дослідження та відповідний консенсус експертів підтримують впровадження підходів, які сприяють прийняттю та утвердженню гендерно різноманітної молоді в усіх середовищах, включаючи сім'ї, школи, заклади охорони здоров'я та всі інші організації та спільноти, з якими вони взаємодіють (наприклад, Pariseau et al., 2019; Russell et al., 2018; Simons et al., 2013; Toomey et al., 2010; Travers et al., 2012). Це досягається за допомогою низки підходів, дій і політик, які ми рекомендуємо застосовувати в різних стосунках і середовищах, у яких існує та функціонує молода людина. Важливо, щоб члени сім'ї та члени громади, які беруть участь у житті підлітка, працювали разом у цих зусиллях, якщо тільки їхня участь не вважається шкідливою для підлітка. Приклади, запропоновані Парізо та ін. (Pariseau et al. 2019) щодо прийняття, підтвердження та експресії гендерної різноманітності, які можуть бути реалізовані родиною, персоналом та організаціями, включають:

1. Дії, які підтримують молодь, яка бере участь у гендерно-експансивних (наприклад, неконформних) заходах та інтересах;

2. Підтримка молоді під час висловлювання свого досвіду щодо власної гендерної ідентичності та самопізнання;

3. Використання імені/займенників, заявлених молоддю;

4. Підтримка молоді, яка носить одяг/уніформу, зачіски та предмети (наприклад, прикраси, макіяж), які, на їхню думку, підтверджують їхню гендерну ідентичність;

5. Позитивне та підтримуюче спілкування з молоддю щодо їхньої гендерної ідентичності та гендерних проблем;

6. Освіта щодо питань гендерної різноманітності для людей у житті молодої людини (наприклад, членів сім'ї, постачальників медичних послуг, членів мереж соціальної підтримки), якщо це необхідно, включаючи інформацію про те, як відстоювати інтереси гендерно різноманітної молоді в громаді, школі, охороні здоров'я, та інших установах;

7. Підтримка гендерно різноманітної молоді для встановлення зв'язку зі спільнотами підтримки (наприклад, ЛГБТК-групи, заходи, друзі);

8. Надання можливостей для обговорення, розгляду та вивчення варіантів медичного втручання, якщо це показано;

9. Програми боротьби з булінгом, які виконуються;

10. Включення небінарного досвіду в повсякденне життя, матеріали для читання та навчальні програми (наприклад, книги, уроки здоров'я та статевого виховання, призначені теми есе, які виходять за межі бінарних, ЛГБТК- та груп союзників);

11. Гендерно інклюзивні об'єкти, до яких молодь може легко отримати доступ без відокремлення від однолітків, які не є гендерно різноманітними (наприклад, туалети, роздягальні).

Ми рекомендуємо медичним працівникам співпрацювати з батьками, школами та іншими організаціями/групами, щоб сприяти прийняттю та підтвердженню ідентичності та самовираження ТГР молоді, незалежно від того, чи реалізуються соціальні та медичні заходи чи ні, оскільки прийняття та підтвердження пов'язані з меншою кількістю негативних психічних та поведінкових симптомів (Day et al., 2015; de Vries et al., 2016; Greytak et al., 2013; Pariseau et al., 2019; Peng et al., 2019; Russell et al., 2018; Simons та ін., 2013; Taliaferro та ін., 2019; Toomey та ін., 2010; Travers та ін., 2012). Рассел та ін. (Russell et al., 2018) виявили, що стан психічного здоров'я покращується зі збільшенням рівня прийняття і підтвердження у більшій кількості місць (наприклад, вдома, у школі, на роботі та серед друзів). Неприйняття сім'єю, однолітками та шкільним персоналом (наприклад, навмисне використання імені та займенника, з якими молодь не ідентифікує себе, невизнання підтвердженої гендерної ідентичності, залякування, переслідування, словесні та фізичні образи, погані стосунки, неприйняття їх як ТГР, виселення) було тісно пов'язане з негативними наслідками, такими як тривожність, депресія, суїцидальні думки, спроби самогубства та вживання психоактивних речовин (Grossman et al., 2005; Klein & Golub; 2016; Pariseau et al., 2019; Peng et al., 2019; Reisner, Greytak et al., 2015; Roberts et al., 2013). Важливо знати, що негативні симптоми посилюються разом з підвищенням рівня неприйняття і зберігаються у дорослому віці (Roberts et al., 2013).

Нейтральна або байдужа реакція на гендерну різноманітність і самопізнання молоді (наприклад, дозволяти дитині називатися іншим ім'ям, яке вона вибрала, але не використовувати це ім'я персонально, не повідомляти родині чи друзям, якщо молодь хоче, щоб вони розкрили їх ТГР статус, не виступати за

те, щоб дитина відхиляла поведінку шкільного персоналу або однолітки, не залучатися в інших механізмах підтримки (наприклад, з психотерапевтами та групами підтримки), також мають негативні наслідки, такі як посилення симптомів депресії (Pariseau et al., 2019). З цих причин важливо не ігнорувати гендерні потреби підлітка та не відкладати розгляд потреб молоді в догляді, пов'язаних з гендеру. Особливо важливо, щоб професіонали визнавали, що молодь потребує індивідуальних підходів, підтримки та врахування потреб щодо гендерної експресії, ідентичності та втілення з часом і молоді може знадобитися допомога, щоб впоратися з напругою, пов'язаною з терпінням, коли інші переробляють/пристосовуються до змін ідентичності в підліткового періоду (наприклад, Kuper, Lindley et al., 2019). Важливо, щоб професіонали співпрацювали з батьками та іншими, коли вони визначають свої проблеми та почуття, а також вивчають гендерну різноманітність, тому що такі процеси не обов'язково відображають неприйняття чи нейтралітет, а можуть скоріше являти собою спроби виробити ставлення та зібрати інформацію, яка сприяє прийняттю (наприклад, Katz-Wise et al., 2017).

Рекомендація 6.5

Ми рекомендуємо не пропонувати репаративну та конверсійну терапію, спрямовану на зміну гендерної ідентичності та гендерної експресії людини, для того щоб зробити їх конгруентними статі, визначеній при народженні.

Деякі постачальники медичних послуг, світські чи релігійні організації та незговірливі сім'ї можуть вживати зусиль, щоб перешкодити вираженню підлітком власної гендерної різноманітності або утвердженню гендерної ідентичності з відмінною від експресії та поведінки, яка відповідає статі, визначеній при народженні. Такі спроби блокувати зворотнє соціальне вираження або перехід можуть включати в себе відмову від використання обраного підлітком імені та займенників або обмеження самовираження в одязі та зачісках (Craig et al., 2017; Green et al., 2020). Ця неприйнятлива поведінка, зазвичай, спрямована на посилення поглядів на те, що гендерна ідентичність/вираження молодої людини має відповідати такій, яка пов'язана зі статтю, визначеною при народженні. Існують задокументовані спроби вжити заходи та підходи (іноді їх називають «лікування»), спрямовані на те, щоб змінити гендерну ідентичність і самовираження людини, щоб вони стали більш відповідними статі, визначеній при народженні, але ці підходи не призвели до стійких змін гендерної ідентичності (Craig et al., 2017; Green et al., 2020). Ми рекомендуємо відмовитися від таких методик, оскільки вони виявилися неефективними та пов'язані з погіршенням стану психіки та тяжкості наявних психічних захворювань (Craig et al., 2017; Green et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020).

Більшість досліджень, які оцінюють «конверсійну терапію» та «репаративну терапію», вивчали вплив спроб змінити гендерну експресію (маскулінність чи фемінність) і ототожнювали сексуальну орієнтацію з гендерною ідентичністю (APA, 2009; Burnes et al., 2016; Craig et al., 2017). Деякі з цих зусиль були спрямовані як на гендерну ідентичність, так і на експресію (AACAP, 2018). Конверсійна/репаративна терапія була пов'язана з посиленням тривожності, депресії, суїцидальних думок, спроб суїциду та уникнення медичної допомоги (Craig et al., 2017; Green et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020). Хоча деякі з цих досліджень було піддано критиці за використану в них методологію та зроблені ними висновки (наприклад, D'Angelo et al., 2020), це не повинно применшувати важливості того, що зусилля, спрямовані

на зміну особистості людини, є клінічно та етично необґрунтованими. Ми рекомендуємо уникати будь-яких типів конверсії чи спроб змінити гендерну ідентичність людини, оскільки:

1. Спроби змінити гендерну ідентичність/вираження були пов’язані з негативним психологічним функціонуванням, яке зберігається в дорослому віці, незалежно від того, чи використовувалися світські практики, чи релігійні (Turban, Beckwith та ін., 2020);
2. Існують більш важливі етичні причини, які повинні підкреслювати повагу до гендерно різноманітних ідентичностей.

Важливо відзначити, що дослідження потенційних факторів, які впливають на той гендерний досвід, який переживає молода людина та стан гендерної невідповідності не є репаративною терапією, якщо ці зусилля здійснюються для підтримки процесу самопізнання та не мають апріорної мети змінити цю ідентичність, або наголошувати на визначенні однієї конкретної гендерної ідентичності або експресії (AACAP, 2018; див. Рекомендацію 6.2). Для того, щоб переконатися, що конкретні дослідження є терапевтичними, ми рекомендуємо використовувати схвальні міркування та підтримуючий тон мовлення під час обговорення того, які кроки були випробувані, розглянуті та заплановані щодо реалізації підлітком власної гендерної експресії. Тематикою таких обговорень можуть бути як аспекти ідентичності, що здаються корисними або схвальними, так і ті, що здаються не корисними або сумними, а також причини цього емоційного забарвлення. Ми рекомендуємо використовувати ствержувальні відповіді на ці кроки та обговорення, наприклад ті, що визначені в Рекомендації 6.4 СМД-8.

Рекомендація 6.6

Ми пропонуємо медичним працівникам надати трансгендерним і гендерно різноманітним підліткам медичну інформацію щодо перев’язування грудей і підтягування геніталій, включаючи огляд переваг і ризиків.

ТГР молодь може відчувати страждання, пов'язані з анатомією грудей і статевих органів. Такі практики, як перетягування та підкладка грудей, підтягування та пакування геніталій є оборотними немедичними втручаннями, які можуть допомогти полегшити цей дистрес (Callen-Lorde, 2020a, 2020b; Deutsch, 2016a; Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2018; Transcare BC, 2020). Важливо оцінити ступінь дистресу, пов’язаного з фізичним розвитком або анатомією, навчити молодь потенційним немедичним втручанням для вирішення цього дистресу та обговорити безпечне використання цих втручань.

Перетягування грудей передбачає стиснення грудей тканиною для створення більш плоского вигляду. Дослідження показують, що до 87% трансмаскулінних пацієнтів повідомляли про перетягування в анамнезі (Jones, 2015; Peitzmeier, 2017). Методи перетягування можуть включати використання комерційних біндерів, спортивних бюстгальтерів, багатошарового надягання сорочок, бюстгальтерів або використання еластичних бинтів (Peitzmeier, 2017). Наразі більшість молодих респондентів повідомляють, що дізналися про практики перетягування від онлайн-спільнот, які складаються з їх однолітків (Julian, 2019). Постачальники можуть відігравати важливу роль у забезпеченні підлітків точною та достовірною інформацією про потенційні переваги та ризики перетягування грудей, а також стежити за потенційними негативними наслідками для здоров’я. Проте, незважаючи на можливість цих фізичних наслідків, молодь, яка використовує цю практику, повідомляє про багато переваг, включаючи

підвищення почуття комфорту, підвищення безпеки та меншу частоту місгендерінгу (Julian, 2019). Поширені негативні наслідки перетягування грудей у підлітків можуть включати біль у спині/грудях, задишку та перегрів (Julian, 2019). Серйозніші негативні наслідки для здоров'я, такі як шкірні інфекції, респіраторні інфекції та переломи ребер, є рідкістю і пов'язані з використанням цієї практики дорослими (Peitzmeier, 2017). Для уникнення цих негативних результатів, МП слід рекомендувати підліткам використовувати лише ті методи перетягування, які вважаються безпечними, наприклад, використовувати спеціально розроблені для ТГР людей біндери. Методи, які вважаються небезпечними, включають використання клейкої стрічки та поліетиленової плівки, оскільки вони можуть перешкоджати кровотоку, пошкоджувати шкіру та обмежувати дихання. Якщо молоді люди повідомляють про негативний вплив перетягування грудної клітини на здоров'я, цією проблемою, в ідеалі, має займатися МП, компетентний у питаннях гендерно-підтверджуючої медицини та роботи з ТГР молоддю.

Підтягування статевих органів — це практика розташування статевого члена та яєчок,таким чином щоб зменшити зовнішній вигляд опуклості статевих органів. Методи підтягування включають заправлення статевого члена та яєчок між ногами та/або заправлення яєчок у пахвинний канал. Як правило, статеві органи утримуються на місці нижньою білизною або гафом, одягом, який можна виготовити або купити. Дослідницька інформація про конкретних ризиків і переваг підтягування у дорослих є дуже обмеженою, та повністю відсутня у молоді. Попередні дослідження показали, що тісна білизна пов'язана зі зниженням концентрації та рухливості сперматозоїдів. Крім того, підвищена температура мошонки може бути пов'язана з поганими характеристиками сперми, а підтягування статевих органів теоретично може вплинути на сперматогенез і фертильність (Marsh, 2019), хоча остаточних досліджень, які б оцінювали ці несприятливі результати, немає. Потрібні подальші дослідження, щоб визначити конкретні переваги та ризики підтягування у підлітків.

Рекомендація 6.7

Ми рекомендуємо постачальникам медичних послуг розглянути можливість призначення препаратів для пригнічення менструального циклу підліткам із гендерною невідповідністю, які можуть не бажати терапії тестостероном, які бажають, але ще не почали терапію тестостероном, або в поєднанні з терапією тестостероном.

Під час обговорення доступних варіантів препаратів для пригнічення менструального циклу з ТГР підлітками, постачальники повинні брати участь у спільному прийнятті рішень, використовувати гендерну мову (наприклад, запитувати пацієнтів, які терміни вони використовують для позначення своїх менструацій, репродуктивних органів і статевих органів). і проводити медичне обстеження у чутливій, гендерно позитивній манері (Bonnington et al., 2020; Krempasky et al., 2020). Немає офіційних досліджень, які б оцінювали ефекти пригнічення менструального циклу на гендерну невідповідність та/або дисфорію. Однак використання препаратів для пригнічення менструального циклу може бути початковим втручанням, яке дозволяє подальше прояснення цілей гендерно-підтверджуючого лікування, або пріоритетність інших видів психіатричної допомоги, особливо для пацієнтів, у яких погіршується гендерна дисфорія через небажану маткову кровотечу (див. Рекомендацію 6.12d; Mehringer & Dowshen, 2019). Якщо терапія тестостероном не використовується, пригнічення менструального циклу можна досягти за допомогою прогестерону. Щоб виключити будь-які основні порушення менструального циклу,

важливо отримати детальний анамнез менструального циклу та оцінку перед застосуванням терапії, що пригнічує менструальний цикл (Carswell & Roberts, 2017). У рамках обговорення препаратів, що пригнічують менструальний цикл, також необхідно розглянути потребу в контрацепції та інформацію щодо ефективності таких препаратів, як методу контрацепції (Bonnington et al., 2020). Слід запропонувати різноманітні варіанти пригнічення менструального циклу, наприклад, такі як комбіновані естроген-прогестинові препарати, пероральні прогестини, депо та підшкірні ін'єкції прогестерону, а також внутрішньоматкові спіралі (ВМС), щоб сформувати індивідуальні плани лікування з належним урахуванням доступності, вартості та страхового покриття, а також можливих протипоказань та побічних ефектів (Kanj et al., 2019).

Гормональні препарати, що містять лише прогестерон, є можливим варіантом, особливо для трансмаскулінних або небінарних підлітків, які не зацікавлені в медичній терапії, що містить естроген, а також для тих, хто має ризик тромбоемболії або мають інші протипоказання до естрогенової терапії (Carswell & Roberts, 2017). Ці препарати можуть включати пероральні прогестини, ін'єкції депо-медроксипрогестерону, імплантати етоногестрелу та ВМС з левоноргестрелом (Schwartz et al., 2019). Варіанти гормональної терапії, що базується лише на прогестероні, відрізняються за ефективністю досягнення пригнічення менструального циклу та мають нижчий рівень досягнення аменореї, ніж комбінована оральна контрацепція (Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). Більш детальний опис відповідних клінічних досліджень наведено в Розділі 12 — Гормональна терапія. МП не повинні робити припущень щодо методу введення, якому особа віддає перевагу, оскільки деякі трансмаскулінні підлітки можуть віддавати перевагу вагінальним кільцям або імплантатам ВМС (Akgul et al., 2019). Хоча гормональні препарати вимагають моніторингу потенційної лабільності настрою, або депресивних ефектів, переваги та ризики немедикованого пригнічення менструального циклу в умовах гендерної дисфорії слід оцінювати на індивідуальній основі. Деякі пацієнти можуть вибрати комбіновану оральну контрацепцію, яка включає різні комбінації етинілестрадіолу з різними дозами та різні покоління прогестинів (Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). Нижчі дози компонентів етинілестрадіолу в комбінованих оральних контрацептивах пов'язані з посиленням проривних маткових кровотеч. Безперервні комбіновані оральні контрацептиви можуть використовуватися для забезпечення постійного пригнічення менструального циклу та можуть вводитися у вигляді трансдермальних або вагінальних кілець.

Застосування аналогів гонадотропін-рилізинг-гормону (ГнРГ) також може призвести до пригнічення менструального циклу. Однак рекомендується, щоб гендерно різноманітна молодь відповідала критеріям прийнятності (які зазначено у Рекомендації 6.12), перш ніж цей препарат розглядатиметься виключно для цієї мети (Carswell & Roberts, 2017; Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). Нарешті, препарати для пригнічення менструального циклу можуть бути показані як допоміжна терапія при проривній матковій кровотечі, яка може виникнути під час прийому екзогенного тестостерону, або як допоміжний препарат під час очікування пригнічення менструального циклу за допомогою терапії тестостероном. Коли екзогенний тестостерон використовується як гендерно-підтверджуючий гормон, пригнічення менструального циклу зазвичай досягається протягом перших шести місяців терапії (Ahmad & Leinung, 2017). Однак важливо консультувати підлітків щодо можливості зберігання овуляції та вагітності за умов аменореї (Gomez та ін., 2020; Kanj та ін., 2019).

Рекомендація 6.8

Ми рекомендуємо медичним працівникам підтримувати постійний контакт з гендерно різноманітними та трансгендерним підлітками та їх опікунами, щоб підтримувати підлітків у прийнятті рішень протягом усього періоду медичних втручань, спрямованих на пригнічення статевого дозрівання, гормональної терапії та операцій, пов'язаних з гендером, до переходу до схем догляду, призначаємого дорослим ТГР.

МП, які мають експертизу з розвитку дітей та підлітків, як описано в Рекомендації 6.1, відіграють важливу роль у забезпеченні безперервності догляду за молодими людьми протягом їх потреб у лікуванні, пов'язаному зі статтю. Підтримка підлітків та їхніх сімей потребує підходу до догляду через призму розвитку, через яку з часом можна зрозуміти емоційну зрілість молодої людини та потреби в догляді. Оскільки плани гендерно-підтверджуючого лікування відрізняються в залежності від потреб і досвіду конкретних ТГР підлітків, прийняття рішень щодо обрання методів лікування (пригнічення статевого дозрівання, терапія естрогеном/андрогеном, операції з підтвердження гендеру) може відбуватися в різні моменти часу протягом декількох років. Лонгітюдні дослідження, що демонструють переваги медикаментозного пригнічення статевого дозрівання та гендерно-підтверджуючої гормональної терапії (ГПГТ), проводилися в умовах, де підтримувалися постійні клінічні стосунки між підлітками/сім'ями та міждисциплінарною командою (de Vries et al., 2014).

Клінічні умови, які мають більш тривалий час призначення, надають можливість підліткам і особам, які здійснюють догляд, розділити важливі психосоціальні аспекти емоційного благополуччя (наприклад, сімейна динаміка, шкільний, романтичний і сексуальний досвід), які контекстуалізують індивідуальні потреби в гендерно-підтверджуючому лікуванні, як описано в інших частинах цього розділу. Постійні клінічні стосунки можуть мати місце в різних закладах, незалежно від їх суб'єктів (наприклад, між членами мультидисциплінарної команди, чи з постачальниками, які співпрацюють один з одним). Враховуючи широку варіативність можливостей отримати доступ до спеціалізованих центрів гендерної медичної допомоги, особливо для маргіналізованих груп, які відчувають нерівність у цих можливостях, важливо щоб МП оцінювали існування будь-яких перешкод для отримання догляду, зберігаючи при цьому гнучкість при визначенні того, як наявні клінічні стосунки можуть мати місце в цьому конкретному контексті.

Тривалі клінічні стосунки, які підвищують стійкість молоді та забезпечують підтримку батькам/опікунам, які можуть мати власні потреби в лікуванні, можуть у кінцевому підсумку призвести до покращення сприйняття з боку батьків, якщо це необхідно, що пов'язано з кращими результатами для психічного здоров'я молоді (Ryan, Huebner et al., 2009).

Рекомендація 6.9

Ми рекомендуємо медичним працівникам залучати відповідних спеціалістів, включаючи спеціалістів з психіатричного здоров'я та медичних працівників, щоб прийняти рішення про те, чи є медикаментозне пригнічення статевого дозрівання, початок гормональної терапії або гендерно-пов'язаних операцій для трансгендерних та гендерно різноманітних підлітків доцільним та показаним протягом усього курсу лікування до переходу до схем догляду, призначаємого дорослим ТГР.

Для ТГР підлітків з гендерною дисфорією/гендерною невідповідністю, які шукають гендерно-підтверджуючого медичного та хірургічного лікування, корисно залучення медичних працівників (МП) з різних дисциплін. Надання допомоги ТГР підліткам включає розгляд

1. Діагностичних міркувань (див. Рекомендації 6.3, 6.12a та 6.12b) з боку МП, які спеціалізуються на гендерних питаннях (як визначено у Рекомендації 6.1), коли це можливо та необхідно;
2. Міркування щодо призначення, регуляції та моніторингу прийому препаратів для гендерно-підтверджуючої медичної та хірургічної допомоги, що вимагає підготовленого медичного/хірургічного спеціаліста.

Перелік ключових дисциплін включає, але не обмежується підлітковою медициною/первинною медичною допомогою, ендокринологією, психологією, психіатрією, патологією мови/мовлення, соціальною роботою, а також різноманітним допоміжним персоналом та хірургічною командою.

Нові дані показали клінічну користь для трансгендерної молоді, яка отримує гендерно-підтверджуюче лікування в багатопрофільних гендерних клініках (de Vries et al., 2014; Kuper et al., 2020; Tollit et al., 2019). Нарешті, підлітки, які шукають гендерно-підтверджуючої допомоги в багатопрофільних клініках, можуть мати значні труднощі, що вимагають тісної співпраці між фахівцями з питань психічного здоров'я, медицини та/або хірургії (McCallion et al., 2021; Sorbara et al., 2020; Tishelman et al., 2015).

Оскільки не всі пацієнти та сім'ї мають можливість доступу або знаходяться в місцях з доступом до мультидисциплінарної допомоги, відсутність доступних медичних дисциплін не повинна перешкоджати підлітку вчасно отримати необхідну допомогу. Коли послуги професіоналів потрібних дисциплін доступні, особливо в центрах з існуючими мультидисциплінарними командами, рекомендується докласти зусиль, щоб залучити відповідних постачальників до створення команди гендерної допомоги. Однак це не означає, що всі дисципліни є необхідними для надання допомоги конкретній молоді та сім'ї.

Якщо потрібна письмова документація або рекомендаційний лист, щоб рекомендувати гендерно-підтверджуючі медичні та хірургічні втручання (ГПМХВ) для підлітка, потрібен лише один лист про оцінювання від члена міждисциплінарної групи. У цьому листі має бути відображено медичну оцінку та думку команди, до складу якої входять як МП, так і СПЗ (American Psychological Association, 2015; Hembree et al., 2017; Telfer et al., 2018). Подальші результати оцінювання та письмові висновки можуть бути запропоновані, коли є конкретна клінічна потреба або коли члени команди знаходяться в різних місцях або приймають рішення написати власні резюме. Для отримання додаткової інформації див. Розділ 5 — Оцінювання дорослих, Рекомендація 5.5.

Рекомендація 6.10

Ми рекомендуємо медичним працівникам, які працюють з трансгендерними та гендерно різноманітними підлітками, які потребують гендерно-підтверджуючих медичних або хірургічних методів втручання, повідомити їх перед початком лікування про репродуктивні наслідки, включаючи потенційну втрату фертильності, та доступні варіанти збереження фертильності в контексті підліткового етапу статевого дозрівання.

Під час процесу оцінювання МП повинні обговорити конкретні шляхи, якими необхідне лікування може вплинути на репродуктивну спроможність з підлітками, які потребують ГПМХВ Питання фертильності та конкретні варіанти її збереження докладніше обговорюються в Розділі 12 — Гормональна терапія та Розділі 16 — Репродуктивне здоров'я.

Важливо, щоб МП знали про існуючі варіанти збереження фертильності, щоб вони могли надавати відповідну інформацію підліткам. Ми радимо батькам брати участь у цьому процесі, а також усвідомлювати плюси та мінуси різних варіантів. МП повинні розуміти, що підлітки та батьки можуть мати різні погляди на питання репродуктивної спроможності та приймати різні рішення (Quain et al., 2020), тому медичні працівники можуть бути корисними в спрямуванні цього процесу. Медичні працівники повинні звернути особливу увагу на аспекти розвитку та психологічного здоров'я у контексті збереження фертильності та здатності окремого підлітка приймати рішення стосовно лікування. Хоча підлітки можуть думати, що вони визначилися щодо своєї репродуктивної спроможності, це рішення може змінитися з часом.

Дві основні задачі МП в цьому процесі це обговорення з підлітком довгострокових наслідків для стану фертильності після проходження гендерно-підтверджуючих медичних процедур і забезпечення того, щоб ТГР підлітки мали реалістичні очікування щодо варіантів збереження фертильності або усиновлення. Ці задачі не можуть бути вирішені одноразовим обговоренням, але мають бути частиною тривалого діалогу. Ця розмова має відбуватися не лише перед початком будь-якого медичного втручання (пригнічення статевого дозрівання, гормональна терапія чи операційні втручання), але також під час подальшого лікування та під час переходу.

Наразі є лише попередні результати ретроспективних досліджень трансгендерних дорослих в контексті рішень, які вони приймали в молодості щодо наслідків медичного лікування для репродуктивної спроможності. Важливо не робити припущень щодо того, які майбутні цілі можуть виникати у підлітка в дорослому житті. Дослідження за участю хворих на рак у дитинстві показало, що учасники, які визнавали втрачені можливості для збереження фертильності, повідомляли про страждання та розчарування у зв'язку з можливим безпліддям (Armuand et al., 2014; Ellis et al., 2016; Lehmann et al., 2017). Крім того, учасники цього дослідження, які не вважали пріоритетом народження біологічних дітей перед лікуванням, повідомили, що «змінили свою думку» після ремісії (Armuand et al., 2014).

Враховуючи складність різних варіантів збереження фертильності та труднощі, з якими можуть зіткнутися МП під час обговорення фертильності з підлітком і родиною (Tishelman et al., 2019), консультація з питань фертильності є важливим кроком для кожного трансгендерного підлітка, який приймає рішення про медичне лікування, якщо тільки консультація з питань фертильності не покривається страхуванням або державними планами охорони здоров'я, недоступна на місцевому рівні або індивідуальні обставини роблять це небажаним.

Рекомендація 6.11

Ми рекомендуємо медичним працівникам залучати батьків/опікунів до процесу оцінки та лікування трансгендерних та гендерно різноманітних підлітків, якщо тільки їхня участь не визначена як шкідлива для підлітка або нездійсненна.

За наявності ознак того, що підлітку може бути корисним гендерно-підтверджуюче медичне або хірургічне лікування, майже в усіх ситуаціях рекомендується залучати до процесу оцінювання батьків або опікунів, які здійснюють догляд (Edwards-Leeper & Spack, 2012; Rafferty et al., 2018). Винятки з цього можуть включати ситуації, коли підліток перебуває у прийомній родині, або під наглядом служби опіки над дитиною, а участь батьків в процесі оцінювання є неможливою, недоречною або шкідливою. Батьківська та родинна підтримка ТГР молоді є основним предиктором благополуччя молоді та захисту психічного здоров'я (Gower, Rider, Coleman et al., 2018; Grossman et al., 2019; Lefevor et al., 2019; McConnell et al., 2015; Pariseau et al., 2019; Ryan, 2009; Ryan et al., 2010; Simons et al., 2013; Wilson et al., 2016). Таким чином, залучення батьків/опікунів до процесу оцінювання для заохочення та сприяння підвищенню розуміння та підтримки підлітка з їх боку може бути однією з найкорисніших доступних практик.

Батьки/опікуни можуть надати ключову інформацію для клінічної групи, таку як гендерна ідентичність підлітка, особливості загального розвитку, медична історія, а також дати уявлення про поточний рівень підтримки підлітка, загальне функціонування, і благополуччя. Узгодженість або розбіжність звітів, наданих підлітком та його батьками/опікунами, може бути важливою інформацією для команди в процесі оцінювання та може допомогти в розробці та формуванні індивідуальної підтримки (De Los Reyes et al., 2019; Katz-Wise et al., 2017). Знання сімейного контексту, включно з факторами стійкості та труднощами, може допомогти постачальникам послуг знати, де буде потрібна спеціальна підтримка під час процесу лікування. Залучення батьків/опікунів також важливе для навчання сімей різноманітним підходам до лікування, розумінні потреб у подальшому спостереженні та догляді, а також потенційних ускладнень. Завдяки психоосвіті щодо клінічних варіантів гендерного догляду та участі в процесі оцінювання, який може розгортатися у часі, батьки/опікуни можуть краще зрозуміти гендерний досвід і потреби своєї дитини-підлітка (Andrzejewski et al., 2020; Katz-Wise et al., 2017).

Занепокоєння батьків/опікунів щодо стабільності потреб, пов'язаних з гендером, протягом тривалого часу та можливих наслідків різноманітних втручань із підтвердження гендеру є поширеним явищем, яке не слід ігнорувати. Батькам/опікунам доцільно ставити ці запитання, і є випадки, коли запитання або занепокоєння з боку батьків/опікунів є особливо корисними для прийняття інформованих рішень та створення планів лікування. Наприклад, повідомлення від батьків/опікунів може надати важливий контекст у ситуаціях, коли молода людина нещодавно або раптово усвідомила власну гендерну різноманітність і вимагає відповідної гендерно концептуальної допомоги, або коли існує занепокоєння щодо можливого надмірного впливу однолітків і соціальних мереж. на поточну концепцію гендеру конкретного підлітка. Контекстуалізація звіту батьків/опікунів також має важливе значення, оскільки інформація про гендерну історію молодої людини, надана батьками/опікунами, може збігатися або не відповідати самооцінці підлітка. Важливо розуміти, що історія усвідомлення гендеру може бути частково, або повністю невідомою батькам/опікунам, оскільки це може бути виключно внутрішнім досвідом підлітка, яким він міг не ділитися з іншими. З цієї причини інформація, яку надає підліток про свою гендерну історію та досвід, є центральною у процесі оцінювання.

Деякі батьки можуть мати антагоністичні переконання щодо ТГР ідентичностей та/або клінічної гендерної допомоги (Clark et al., 2020). Усунення такої непідтримуючої перспективи є важливою терапевтичною метою для роботи з родиною. Незважаючи на те, що заперечувати погляди батьків може

здаватися складним у деяких випадках, МП не повинні завжди очікувати цих складностей. Існує багато прикладів коли батьки/опікуни, які завдяки підтримці та психоосвіті почали все більше приймати гендерне розмаїття власної ТГР дитини та визнавати її потреби в спеціалізованому догляді.

Фасилітація співпраці між підлітком та батьками/опікунами полягає у праці разом над прийняттям важливих рішень щодо гендерної медичної допомоги. Однак у деяких випадках батьки/опікуни можуть бути занадто антагоністичними по відношенню до ідентичності та потреб своєї дитини-підлітка, щоб бути частиною процесу клінічної оцінки. У такому випадку може знадобитися залучення більших систем адвокації та підтримки, щоб продовжувати отримувати необхідну підтримку та допомогу (Dubin et al., 2020).

Рекомендація 6.12

Ми рекомендуємо медичним працівникам, які оцінюють трансгендерних та гендерно різноманітних підлітків призначати гендерно-підтверджуюче медикаментозне або хірургічне лікування лише якщо:

Рекомендація 6.12.a

Підліток відповідає діагностичним критеріям гендерної невідповідності згідно МКХ-11 у ситуаціях, коли діагноз необхідний для отримання медичної допомоги. У країнах, які не імплементували останню версію МКХ, можуть використовуватися інші таксономії, хоча слід докладати зусиль для використання останньої версії МКХ якомога швидше.

Працюючи з ТГР підлітками, медичні працівники повинні усвідомлювати, що хоча класифікація може допомогти надати доступ до необхідної допомоги, патологізація трансгендерних ідентичностей може сприйматися як стигматизація (Beek et al., 2016). Процес оцінювання, пов'язаного з гендерним здоров'ям і гендерним різноманіттям, піддавалося критиці, а навколо діагностичних систем існують суперечки (Drescher, 2016).

МП повинні оцінити загальну гендерну історію та потреби молоді у гендерному догляді. Завдяки цьому процесу оцінювання МП можуть поставити діагноз, коли це необхідно для отримання доступу до допомоги, пов'язаної з трансгендерним здоров'ям.

"Гендерна невідповідність" і "гендерна дисфорія" є двома діагностичними термінами, які використовуються в Міжнародній Класифікації Хвороб (МКХ) Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я та в Діагностичному і Статистичному Посібнику з Психічних Розладів (ДСП) Американської Психіатричної Асоціації відповідно. З цих двох широко використовуваних систем класифікації ДСП призначена лише для психіатричної діагностики, в той час як МКХ містить усі захворювання та стани, пов'язані як з фізичним, так і з психічним здоров'ям. Найновіші версії цих двох систем, ДСП-5 та МКХ-11, відображають довгу історію реконцептуалізації та депсихопатологізації діагнозів, пов'язаних з гендерною ідентичністю (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2019a). Порівняно з попередньою версією, у ДСП-5 діагноз "розлад гендерної ідентичності" було змінено на "гендерну дисфорію", визнаючи дистрес, який виникає у деяких людей через невідповідність між інтерналізованою гендерною ідентичністю та статтю, визначеною при народженні. В останній редакції ДСП-5-РТ не внесено жодних змін у діагностичні критерії гендерної дисфорії. Однак термінологію було адаптовано до найбільш відповідної поточної мови (наприклад, "гендер відповідний до статі, визначеної

при народженні" замість "натальної статі" та "гендерно підтверджуюче лікування" замість "зміни статі" (American Psychiatric Association, 2022). Порівняно з діагнозом "транссексуальність" у розділу «Психічне здоров'я» МКХ-10, 11-а редакція пропонує варіант "гендерна невідповідність", який класифікується у розділі «Стани, пов'язані з сексуальним здоров'ям». Важлива різниця в концептуалізації цих явищ полягає в тому, що дистрес не є обов'язковим показником для діагностики у МКХ-11, порівняно з ДСП-5 (WHO, 2019a). Це переконання спирається на твердження, що критерій дистресу та погіршення якості життя не обов'язково є частиною клінічної картини психічного стану за наявності сприятливого та сприймаючого середовища (Drescher, 2012). Таким чином, класифікація гендерної невідповідності за МКХ-11 може краще охопити всю повноту досвіду гендерної різноманітності та відповідних клінічних гендерних потреб.

Критерії класифікації гендерної невідповідності у підлітковому і дорослому віці у МКХ-11 вимагають помітної та стійкої невідповідності між гендером особи та визначеною статтю, яка часто призводить до потреби «перейти» до життя та сприйняття як особи відповідного гендеру. Для деяких осіб це включає гормональну терапію, хірургічне втручання чи інші медичні послуги, спрямовані на те щоб тіло людини максимально відповідало її гендерній ідентичності, наскільки це необхідно, і наскільки це можливо. Для підлітків актуальним є показник того, що діагноз не може бути поставленим «до початку статевого дозрівання». Нарешті, зазначається, «що самі по собі варіанти гендерної поведінки та уподобання не є основою для призначення класифікації» (WHO, ICD-11, 2019a).

Критерії для діагностики гендерної дисфорії в підлітковому та зрілому віці у ДСП-5 і ДСП-5-РТ відзначають «значну невідповідність між гендером, який людина переживає/виражає, і визначеною статтю протягом принаймні 6 місяців» (критерій А, виконується, коли 2 з 6 підкритеріїв є наявними; DSM-5, APA, 2013; DSM 5-TR, APA, 2022).

Слід зазначити, що хоча діагностика є однією з вимог для отримання гендерно-підтверджуючої медичної допомоги, така класифікація сама по собі не означає, що особа потребує цієї медичної допомоги. Різноманітність юнацького досвіду гендерної невідповідності вимагає від фахівців використання ряду методів лікування на основі індивідуальних потреб. Консультування, самопізнання гендеру, оцінювання психічного здоров'я та, за потреби, лікування у СПЗ, які пройшли підготовку з розвитку гендеру, можуть бути показані як під час надання гендерно-підтверджуючої медичної допомоги, так і без неї.

Рекомендація 6.12.b

Досвід гендерної різноманітності/невідповідності помітний і зберігається з часом. (Klimstra et al., 2010; Topolewska-Siedzik & Cieciuch, 2018).

Самопізнання ідентичності в підлітковому віці може включати процес дослідження власної гендерної ідентичності (Steensma, Kreukels et al., 2013). Проте мало відомо, як процеси, що лежать в основі консолідації гендерної ідентичності в підлітковому віці (наприклад, процес прихильності до певних ідентичностей), можуть з часом вплинути на досвід або потреби молодої людини.

Таким чином, на початку лікування необхідно враховувати рівень оборотності гендерно-підтверджуючого медичного втручання разом із повною тривалістю досвіду гендерної невідповідності підлітка. Враховуючи потенційні зміни в досвіді та потребах, пов'язаних з гендером, у підлітковому віці, важливо встановити, що підліток пережив кілька років стійкої гендерної різноманітності/невідповідності

до початку використання мало оборотних методів лікування, таких як гендерно-підтверджуючої гормональної терапії, або операції. Медикаментозне пригнічення статевого дозрівання, яке дає підліткам більше часу для прийняття рішень, також сприяє важливим міркуванням (див. Рекомендацію 6.12f і Розділ 12 — Гормональна терапія), що свідчить про важливість тривалого досвіду гендерної невідповідності/різноманітності до початку лікування. Однак у цій віковій групі очікування декількох років не завжди є доцільним і необхідним, враховуючи передумову лікування як засобу виграти час, уникаючи дистресу від незворотних змін в процесі статевого дозрівання. Для молоді, яка зазнала меншої тривалості гендерної невідповідності, соціальний перехід та/або інша медична підтримка (наприклад, пригнічення менструального циклу/блокування андрогенів) також може надати певне полегшення, а також надати додаткову інформацію клінічній команді щодо потреби підлітка у гендерно-підтверджуючому догляді (див. Рекомендації 6.4, 6.6 та 6.7).

Встановлення доказів стійкої гендерної різноманітності/невідповідності зазвичай потребує ретельного обстеження підлітка протягом певного часу (див. Рекомендацію 6.3). Коли це можливо і коли це доцільно, процес оцінювання та розпізнавання також має включати опитування батьків/опікунів (див. Рекомендацію 6.11). Докази, що демонструють гендерну різноманітність/невідповідність, яка зберігається протягом тривалого часу, можна надати через анамнез, отриманий безпосередньо від підлітка та батьків/опікунів, якщо ця інформація не задокументована в медичних картах.

Дослідницька література щодо порівняння безперервності та переривчастості гендерно-підтверджуючих потреб/запитів у медичній допомозі є неповною і важкою для інтерпретації. Низка досліджень, проведених протягом останніх десятирічь, у тому числі таких, у яких наявні методологічні труднощі (як зазначено Temple Newhook et al., 2018; Winters et al., 2018), показує, що досвід гендерної невідповідності не є послідовним для всіх дітей у процесі їх розвитку. до підліткового віку. Наприклад, підгрупа молодих людей, які переживали гендерну невідповідність, може демонструвати зменшення або навіть повне припинення відчуття гендерної невідповідності в процесі статевого дозрівання (de Vries et al., 2010; Olson et al., 2022; Ristori & Steensma, 2016; Singh et al., 2021; Wagner et al., 2021). Наявні дані щодо широких невідібраних когорт пубертатного/підліткового періоду за гендером (з трансгендерної клініки в Амстердамі) свідчать про те, що після тривалого процесу оцінювання підгрупа підлітків із гендерною невідповідністю, які звертаються за гендерно-підтверджуючою допомогою, вирішує не продовжувати отримувати цю медичну допомогу (Arnoldussen et al., 2019; de Vries, Steensma et al., 2011). Важливо зазначити, що результати досліджень гендерно невідповідних когорт пубертатного/підліткового віку, в яких учасники, які пройшли тривалу та всебічну гендерну оцінку, продемонстрували постійну гендерну невідповідність і отримали направлення на медичну гендерну допомогу, свідчать про низький рівень розчарування щодо рішення про отримання відповідної медичної допомоги (de Vries et al., 2014; Wiepjes et al., 2018). Важливо те, що ці висновки наразі можуть бути застосовані лише до підлітків, які протягом тривалого часу продемонстрували стійку гендерну невідповідність і заявляли про потреби, пов’язані з гендером, що було встановлено шляхом всебічної та повторної оцінки (див. Рекомендацію 6.3).

Рекомендація 6.12.c

Підліток демонструє емоційну та когнітивну зрілість, необхідну для надання інформованої згоди/згоди на лікування.

Процес інформованої згоди включає спілкування між пацієнтом та МП щодо розуміння пацієнтом сутності потенційного медичного втручання, а також фінальне рішення пацієнта про згоду на це втручання. У більшості ситуацій за участі неповнолітніх законний опікун є невід'ємною частиною процесу інформованої згоди: якщо має бути призначене лікування, законний опікун дає інформовану згоду на це. У більшості ситуацій згода – це певною мірою паралельний процес, у якому неповнолітній і МП обговорюють втручання для оцінки рівня розуміння та намірів.

Необхідним кроком у процесі інформованої згоди для розгляду питання про надання гендерної медичної допомоги є ретельне обговорення з кваліфікованими медичними працівниками, компетентними для оцінювання емоційної та когнітивної зрілості підлітків. Важливими компонентами обговорення є оборотні та незворотні ефекти лікування, а також варіанти збереження фертильності (якщо це можливо), а також усі потенційні ризики та переваги втручання. Оцінка когнітивної та емоційної зрілості є важливою, оскільки вона допомагає групі догляду зрозуміти здатність підлітка сприймати інформацію.

Навички, необхідні для здатності давати згоду на будь-яке медичне втручання чи лікування, включають здатність

1. Розуміти природу лікування;
2. Оцінювати можливі варіанти лікування, враховуючи ризики та переваги;
3. Усвідомлювати характер рішення, враховуючи довгострокові наслідки;
4. Повідомляти про вибір (Grootens-Wiegers та ін., 2017).

У випадку гендерно-підтверджуючих медичних процедур молода людина повинна бути добре поінформована про результати, яких лікування може і не може досягти, типові часові рамки появи змін (наприклад, при проходженні гормональної терапії) та будь-які наслідки припинення лікування. Гендерно різноманітні підлітки повинні повністю розуміти оборотні, частково оборотні та незворотні аспекти лікування, а також межі відомого про методи лікування (наприклад, вплив пригнічення статевого дозрівання на розвиток мозку (Chen and Loshak, 2020)). Гендерно різноманітна молодь також повинна розуміти, що хоча багато пацієнтів, які отримують гендерну медичну допомогу, відчувають, що вона їм підходить у довгостроковій перспективі, існує підгрупа осіб, які з часом виявляють, що ця допомога більше не відповідає їх потребам (Wiepjes et al., 2018). Підлітки повинні знати, що такі зміни іноді пов'язані зі зміною гендерних потреб, а в деяких випадках – зі зміною самої гендерної ідентичності. З огляду на цю інформацію, вони повинні бути в змозі обдумано приймати рішення стосовно варіантів лікування, враховуючи наслідки вибору. Крім того, в якості основи для надання згоди гендерно різноманітна молода людина повинна мати можливість повідомити про свій вибір.

Навички, необхідні для здатності давати згоду, можуть не виникнути у певному віці як такі (Grootens-Wiegers та ін., 2017). Ці навички можуть варіюватись залежно від особливостей розвитку та проявів психічного здоров'я (Shumer & Tishelman, 2015) і залежати від можливостей, які мала молода людина для застосування цих навичок (Alderson, 2007). Оцінка емоційної та когнітивної зрілості повинна проводитися окремо для кожного рішення щодо лікування, пов'язаного з гендерними потребами (Vrouenraets et al., 2021).

Наступні питання можуть бути корисними для розгляду під час оцінювання емоційної та когнітивної готовності молодої людини давати згоду на конкретне гендерно-підтверджуюче лікування:

- Чи може молода людина ретельно продумати майбутнє і розглянути наслідки частково або повністю незворотного втручання?
- Чи має молода людина достатню здатність до саморефлексії, щоб розглянути можливість того, що гендерні потреби та пріоритети можуть розвиватися з часом, а гендерні пріоритети в певний момент часу можуть змінитися?
- Чи думала молода людина про наслідки того, що вона могла б зробити, якби її пріоритети щодо гендерних потреб змінилися в майбутньому?
- Чи здатна молода людина зрозуміти та керувати повсякденними коротко- та довгостроковими аспектами конкретного медичного лікування (наприклад, дотримуватися лікування, прийому ліків, необхідного медичного огляду)?

Оцінка емоційної та когнітивної зрілості може бути виконана протягом проміжку часу, оскільки команда догляду продовжує брати участь у розмовах про варіанти лікування та надає молодій людині можливість потренуватися мислити про майбутнє та гнучко розглядати варіанти і наслідки. У нейровідмінної молоді та/або деякими особливостями психічного здоров'я навички мислення, планування та саморефлексії можуть бути гірше розвинені (Dubbelink & Geurts, 2017). У цих випадках може знадобитися більш ретельний підхід до визначення можливості підлітка давати згоду та згоди, що може включати додатковий час і структуровані можливості для молодої людини у практикуванні навичок, необхідних для прийняття медичних рішень (Strang, Powers et al., 2018).

У виняткових ситуаціях, коли неповнолітній підліток дає згоду на власне лікування без дозволу батьків (див. Рекомендацію 6.11), необхідно приділити особливу увагу підтримці підлітка у прийнятті інформованого рішення. Це, як правило, вимагатиме більшого рівня залучення та співпраці з МП, які працюють з підлітком, щоб надати молодій людині відповідну когнітивну та емоційну підтримку для розгляду варіантів, зважування переваг і потенційних проблем/витрат, а також розробки плану для будь-яких необхідних видів підтримки, пов'язаної з лікуванням.

Рекомендація 6.12.d

Проблеми психічного здоров'я підлітка (якщо такі є), які можуть заважати чіткості діагнозу, здатності давати згоду та медичному лікуванню що підтверджує стать, було розглянуто.

Досвід вказує на те, що ТГР підлітки мають підвищений ризик проблем із психічним здоров'ям, що часто пов'язано з неприйняттям сім'єю/опікуном, несприятливим суспільним середовищем та факторами, пов'язаними з нейрорізноманіттям (наприклад, de Vries et al., 2016; Pariseau et al., 2019; Ryan et al. ін., 2010; Weinhardt et al., 2017). Проблеми психічного здоров'я молодої людини можуть вплинути на її концептуалізацію історії гендерного розвитку та потреб, пов'язаних із гендерною ідентичністю, на здатність підлітка давати згоду та на здатність молодої людини брати участь або отримувати медичне лікування. Крім того, як і цисгендерна молодь, ТГР підлітки можуть мати проблеми з психічним здоров'ям, незалежно від наявності гендерної дисфорії чи гендерної невідповідності. Зокрема, депресія та самоушкодження можуть викликати особливе занепокоєння; багато досліджень показують показники депресії та емоційних і поведінкових проблем, які можна порівняти з такими у групах, які звертаються до психіатричних клінік (Leibowitz & de Vries, 2016). Також повідомлялося про більш високі показники суїцидальних думок, спроб самогубства та самоушкодження (de Graaf et al., 2020). Крім того, розлади

харчової поведінки трапляються частіше, ніж очікувалося, у групах, які не зверталися до психіатричних клінік (Khatchadourian et al., 2013; Ristori et al., 2019; Spack et al., 2012). Важливо, що ТГР підлітки демонструють високий рівень розладів/характеристик спектру аутизму (Øien et al., 2018; van der Miesen et al., 2016; див. також Рекомендацію 6.1d). Можуть також бути присутніми інші порушення нервової системи та/або порушення психічного здоров'я (наприклад, СДУГ, інтелектуальна недостатність і психотичні розлади (de Vries, Doreleijers et al., 2011; Meijer et al., 2018; Parkes & Hall, 2006).

Слід зазначити, що багато трансгендерних підлітків добре почуваються і не відчувають жодних проблем із психічним здоров'ям. Наприклад, підлітки пубертатного віку, які пройшли процес соціального переходу та/або які отримують гендерно-підтверджуюче медичне лікування у спеціалізованих гендерних клініках, можуть мати показники психічного здоров'я, еквівалентні результатам своїх цисгендерних однолітків (наприклад, Vries et al., 2014; van der Miesen et al., 2020). Ключове завдання МП полягає в тому, щоб оцінити напрямок зв'язків, які існують між будь-якими проблемами психічного здоров'я та розумінням молодою людиною власних потреб у гендерному догляді для коректного визначення пріоритетів.

Проблеми з психічним здоров'ям можуть заважати оцінці та лікуванню гендерних потреб підлітків різними способами:

1. По-перше, коли ТГР підліток переживає гостру суїцидальність, самоушкодження, розлади харчової поведінки або інші кризові стани психічного здоров'я, які загрожують фізичному благополуччю, безпека повинна бути пріоритетною. Відповідно до місцевого контексту та існуючих вказівок, відповідна допомога має бути спрямована на пом'якшення загрози чи кризи, для забезпечення достатнього часу для стабілізації, ретельного гендерного оцінювання та прийняття рішень. Наприклад, суїцидальний підліток може бути емоційно не в змозі прийняти обґрунтоване рішення щодо гендерного медичного/хірургічного лікування. Якщо є показання для лікування, втручання, пов'язані з безпекою, не повинні перешкоджати початку догляду з підтвердження гендеру.
2. По-друге, стан психічного здоров'я може ускладнити оцінку гендерного розвитку та потреб, пов'язаних із гендерною ідентичністю. Наприклад, дуже важливо відрізнити гендерну невідповідність від таких симптомів як нав'язливі ідеї та компульсії, особливі інтереси за наявності розладів аутичного спектру, ригідного мислення, ширших проблем ідентичності, труднощі взаємодії між батьками та дитиною, серйозних проблем розвитку (наприклад, страх дорослішання і пубертатних змін, не пов'язані з гендерною ідентичністю), травм або психотичних станів. Проблеми психічного здоров'я, які заважають чіткому розвитку ідентичності та прийняттю рішень, пов'язаних з гендером, мають бути пріоритетними для вирішення.
3. По-третє, прийняття рішень щодо гендерно-підтверджуючих медичних процедур, які мають наслідки протягом усього життя, вимагає від підлітка розвиненого, орієнтованого на майбутнє мислення за підтримки батьків/опікунів, як було зазначено (див. Рекомендацію 6.11). Щоб бути в змозі прийняти таке обґрунтоване рішення, підліток повинен бути в змозі зрозуміти сутність проблеми, висловити вибір, оцінити та ретельно обміркувати бажання стосовно медичного лікування (див. Рекомендацію 6.12c).

Відмінності нервового розвитку, такі як розлади спектру аутизму (див. Рекомендацію 6.1d, наприклад, комунікативні відмінності; перевага конкретному чи ригідному мисленню; відмінності в самосвідомості, здатності міркувати про майбутнє та планувати), можуть заважати оцінці та прийняттю рішень; нейровідмінній молоді може знадобитися додаткова підтримка, структурування, психологічна освіта та додатковий час процесу оцінювання (Strang, Powers et al., 2018). Інші прояви психічного здоров'я, які передбачають знижену здатність до комунікації та самозахисту, труднощі з оцінюванням, проблеми з пам'яттю та концентрацією, почуття безнадійності і труднощі з мисленням, орієнтованим на майбутнє, можуть ускладнити оцінку та прийняття рішень. У таких випадках часто потрібен тривалий час, перш ніж можна буде прийняти будь-яке рішення щодо медичного підтвердження лікування.

4. Нарешті, хоча вирішення проблем з психічним здоров'ям є важливим під час курсу лікування, це не означає, що всі проблеми психічного здоров'я можна або потрібно повністю вирішити. Першочерговому розгляданню підлягають будь-які проблеми з психічним здоров'ям, які заважають забезпеченню оптимального гендерного медичного лікування (наприклад, дотримання курсу лікування, відвідування медичних оглядів і самообслуговування, особливо під час післяопераційного курсу).

Рекомендація 6.12.e

Підліток був проінформований про репродуктивні наслідки, включаючи потенційну втрату фертильності та доступні варіанти збереження фертильності, і вони обговорювалися в контексті стадії статевого дозрівання підлітка.

Рекомендації щодо клінічного підходу, наукового підґрунтя та обґрунтування див. у Розділі 12 — Гормональна терапія та Розділі 16 — Репродуктивне здоров'я.

Рекомендація 6.12.f

Підліток досяг 2 стадії статевого дозрівання за Таннером для початку медикаментозного пригнічення статевого дозрівання.

Початок статевого дозрівання є ключовим моментом для багатьох гендерно різноманітних молодих людей. Для одних це призводить до посилення гендерної невідповідності, а для інших початок статевого дозрівання може призвести до змін гендерної ідентичності (наприклад, перехід від бінарної до небінарної гендерної ідентичності) або навіть послаблення наявної гендерної ідентичності (Drummond et al., 2008; Steensma et al., 2011, Steensma, Kreukels et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Використання препаратів, що блокують статеве дозрівання, таких як аналоги ГнРГ, не рекомендується, доки пацієнт не досягне мінімум 2 стадії статевого дозрівання за Таннером, оскільки досвід фізичного статевого дозрівання може бути критичним для подальшого розвитку гендерної ідентичності для деяких ТГР підлітків (Steensma et al., 2011). Таким чином, прийом блокаторів статевого дозрівання не слід розпочинати в препубертатний період (Waal & Cohen-Kettenis, 2006). Для деяких підлітків агоністи ГнРГ можуть бути доцільними на пізніх стадіях або в постпубертатному періоді (наприклад, 4, або 5 стадія за

Таннером), і це рішення має прийматися індивідуально. Див. Розділ 12 — Гормональна терапія для більш детального огляду використання агоністів ГнРГ .

Різниця в термінах настання статевого дозрівання зумовлена багатьма факторами (наприклад, статтю, визначеною при народженні, генетикою, харчуванням тощо). Стадії Таннера позначають п’ять етапів пубертатного розвитку, починаючи з препубертатного періоду (стадія Таннера 1) до постпубертатного періоду та статевої зрілості (стадія Таннера 5) (Marshall & Tanner, 1969, 1970). Для осіб з визначеною при народженні жіночою статтю початок статевого дозрівання (наприклад, гонадархе) визначається початком брунькування грудей (стадія Таннера 2), а для осіб з визначеною при народженні чоловічою статтю — досягненням об’єму яєчка більше або рівного 4 мл (Roberts & Kaiser, 2020). Слід покластися на досвід МП, для того, щоб відрізнити початок статевого дозрівання від фізичних змін, таких як волосся на лобку та появи апокринного запаху тіла, спричинені статевими стероїдами, що виробляються надниркovими залозами (наприклад, адренархе), оскільки адренархе не вимагає використання блокаторів статевого дозрівання (Roberts & Kaiser, 2020). Інформування батьків і сімей про різницю між адренархе та гонадархе допомагає сім’ям зрозуміти час, протягом якого їхня мультидисциплінарна команда повинна приймати спільні рішення щодо гендерно-підтверджуючих медичних процедур.

Неможливо переоцінити важливість розгляду ризиків і переваг медикаментозного пригнічення статевого дозрівання, як гіпотетичних, так і фактичних. Докази підтверджують наявність хірургічних наслідків для трансгендерних дівчат, які проходили процедуру медикаментозного пригнічення статевого дозрівання (van de Grift et al., 2020). Дані лонгітюдних досліджень демонструють покращення романтичного та сексуального задоволення підлітків, які отримували препарати для пригнічення статевого дозрівання, гормональну терапію та хірургічне втручання (Bungener et al., 2020). Дослідження результатів хірургічного втручання лапароскопічної кишкової вагінопластики (виконаної через обмежені об’єми статевої тканини після використання блокаторів статевого дозрівання) у трансгендерних жінок показало, що більшість з респонденток могли відчувати оргазм після операції (84%), хоча кореляція між результатами сексуального задоволення та часом початку пригнічення статевого дозрівання не розглядалася в дослідженні (Bouman, van der Sluis et al., 2016), а також дослідження не охоплює тих, хто віддав перевагу іншій хірургічній процедурі. Це підкреслює важливість розгляду невизначеності кінцевого результату хірургічного втручання та стану сексуального здоров’я в обговореннях з родинами.

Рекомендація 6.12.g

Підліток мав щонайменше 12 місяців гендерно-підтверджуючої гормональної терапії або більше, якщо потрібно, для досягнення бажаного хірургічного результату гендерно-підтверджуючих процедур, включаючи збільшення грудей, орхіектомію, вагінопластику, гістеректомію, фаллопластику, метоідіопластику та операція на обличчі як частини гендерно-підтверджуючого лікування, якщо тільки гормональна терапія небажана або протипоказана з медичної точки зору.

ГПГТ призводить до анатомічних, фізіологічних і психологічних змін. Початок анатомічних ефектів (наприклад, ріст клітора, ріст грудей, атрофія слизової оболонки піхви) може початися рано після початку терапії, а максимальний ефект очікується через 1–2 роки (T'Sjoen et al., 2019). Щоб забезпечити

достатній час для психологічної адаптації до фізичних змін під час важливого періоду розвитку для підлітка, пропонується 12 місяців гормонального лікування. Залежно від необхідного хірургічного результату період гормонального лікування може бути довшим (наприклад, достатня вірилізація клітора перед метоідіопластикою/фаллопластикою, ріст грудей і розтягування шкіри перед збільшенням грудей, пом'якшення шкіри та зміни в розподілі жиру на обличчі перед операціями) (de Blok et al., 2021).

Для осіб, які не приймають гормональні препарати перед хірургічним втручанням, важливо, щоб хірурги перевірили вплив гормональної терапії на запропоновану операцію. Крім того, для осіб, яким проводиться гонадектомія і які не приймають гормони, перед операцією можна розробити план гормональної заміни разом із фахівцем, який призначає лікування.

Врахування віку підлітків для гендерно-підтверджуючих медичних та хірургічних втручань

Вік має сильну, хоча й неповну, кореляцію з когнітивним і психосоціальним розвитком і може бути корисним об'єктивним маркером для визначення потенційного часу втручання (Ferguson et al., 2021). Досягнення старшого віку може знадобитися для лікування з більшою незворотністю та/або складністю. Такий підхід передбачає продовження когнітивного/емоційного дозрівання, яке може знадобитися підлітку, щоб повністю розглянути та погодитися на дедалі складніше лікування (див. Рекомендацію 6.12c).

Розвиток доказової бази свідчить про те, що надання гендерно-підтверджуючого лікування для гендерно різноманітних підлітків, які відповідають критеріям, призводить до позитивних результатів (Achille et al., 2020; de Vries et al., 2014; Kuper et al., 2020). Однак дані щодо оптимального часу гендерно-підтверджуючого втручання, а також довгострокових ефектів на фізичний, психологічний та нервовий розвиток підлітків є неповними (Chen et al., 2020; Chew et al., 2018; Olson-Kennedy et al., 2016). На даний момент єдині існуючі лонгітюдні дослідження, що оцінюють результати для гендерно різноманітних підлітків та дорослих, базуються на одній конкретній моделі (тобто голландському підході), яка передбачає комплексну початкову оцінку з подальшим спостереженням. У цьому підході медикаментозне пригнічення статевого дозрівання розглядалося у віці 12 років, ГПГТ у віці 16 років і хірургічні втручання після 18 років за винятком у деяких випадках. Незрозуміло, чи призведуть відхилення від цього підходу до схожих чи відмінних результатів. Наразі тривають лонгітюдні дослідження для кращого визначення результатів, а також безпеки та ефективності гендерно-підтверджуючих методів лікування у підлітків (Olson-Kennedy, Garofalo et al., 2019; Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2019). Хоча довгострокові наслідки гендерно-підтверджуючих методів лікування, розпочатих у підлітковому віці, не повністю відомі, потенційні негативні наслідки для здоров'я від затримки лікування також слід враховувати (de Vries et al., 2021). Оскільки доказова база щодо результатів ГПМХВ для підлітків продовжує зростати, рекомендації щодо часу та готовності до цих втручань можуть бути оновлені.

Попередні рекомендації щодо гендерно-підтверджуючого лікування підлітків рекомендували частково оборотну ГПГТ починати приблизно у віці 16 років (Coleman et al., 2012; Hembree et al., 2009). Останні рекомендації свідчать про те, що можуть бути вагомі причини для початку ГПГТ до 16 років, хоча є обмежені дослідження молоді, яка почала прийом гормонів до 14 років (Hembree et al., 2017). Переконливою причиною для раннього початку ГПГТ, може бути уникнення тривалого пригнічення

статевого дозрівання, враховуючи потенційні проблеми зі здоров'ям кісток і психосоціальні наслідки затримки статевого дозрівання, як описано більш детально в Розділі 12 — Гормональна терапія (Klink, Caris et al., 2015; Schagen et al., 2020; Vlot et al., 2017; Zhu & Chan, 2017). Статеве дозрівання - це період значного розвитку мозку та когнітивних функцій. Потенційний вплив тривалого пригнічення пубертатного періоду на розвиток нервової системи у гендерно різноманітних підлітків було визначено як область, що потребує подальших досліджень (Chen et al., 2020). Хоча було доведено, що аналоги ГнРГ є безпечними при використанні для лікування передчасного статевого дозрівання, існує занепокоєння, що відстрочка впливу статевих гормонів (ендогенних або екзогенних) у момент піку мінералізації кісток може призвести до зниження мінеральної щільності кісток. Потенційне зниження мінеральної щільності кісткової тканини, а також клінічне значення будь-якого зниження потребують подальших досліджень (Klink, Caris et al., 2015; Lee, Finlayson et al., 2020; Schagen et al., 2020). Потенційні негативні психосоціальні наслідки затримки початку статевого дозрівання порівняно з однолітками можуть створити додатковий стрес для гендерно різноманітної молоді, хоча окремо це не вивчалося. Розглядаючи час початку прийому гормональних препаратів, постачальники повинні порівнювати потенційні фізичні та психологічні переваги та ризики початку лікування з потенційними ризиками та перевагами його відстрочки. На цей процес також можуть вплинути значущі фактори, які можуть вимагати індивідуального розгляду.

Дослідження, проведені за участю трансмаскулінних підлітків, показали, що дисфорія з приводу грудей пов'язана з вищим рівнем тривожності, депресії та дистресу та може призвести до функціональних обмежень, таких як уникання фізичних вправ або купання (Mehringer et al., 2021; Olson-Kennedy, Warus et al., 2018; Sood et al., 2021). Тестостерон, на жаль, мало полегшує цей дистрес, хоча маскулінізація грудної клітки є варіантом для деяких людей, щоб вирішити цю проблему в довгостроковій перспективі. Дослідження за участю підлітків, які потребували маскулінізуючих операцій грудної клітини для полегшення дисфорії, продемонстрували хороші хірургічні результати, задоволення результатами та мінімальний рівень розчарування протягом періоду моніторингу дослідження (Marinkovic & Newfield, 2017; Olson-Kennedy, Warus et al., 2018). Хірургічну маскулінізацію грудної клітини можна розглядати у неповнолітніх, якщо це клінічно необхідно з точки зору міждисциплінарної команди, яка має досвід в питаннях підліткового та гендерного розвитку (див. відповідні Рекомендації в цьому розділі). Тривалість застосування терапії тестостероном не повинна перешкоджати хірургічному втручанню, якщо є інші показання. Потреби деяких молодих ТГР людей можуть бути задоволені лише хірургічною маскулінізації грудної клітини. Збільшення грудей може знадобитися трансгендерним жінкам, хоча даних про цю процедуру у підлітків менше, можливо, через те, що менше людей звертаються за цією процедурою (Boskey et al., 2019; James, 2016). ГПГТ, зокрема естроген, може допомогти у розвитку тканини молочної залози, тому підліткам рекомендується пройти щонайменше 12 місяців гормональної терапії або більше перед хірургічним втручанням зі збільшення грудей, крім випадків коли гормональна терапія не є клінічно показаною або протипоказана з медичної точки зору. .

Дані щодо оптимальних термінів для початку інших хірургічних методів гендерного лікування підлітків обмежені. Частково це пов'язано з обмеженим доступом до цих методів лікування, який відрізняється в різних країнах (Mahfouda et al., 2019). Існують обмежені дані щодо результатів вагінопластики у підлітків. Дані вказують на те, що з 2000 року кількість гендерно-підтверджуючих

хірургічних втручань зросла, і відбулося збільшення кількості молодих ТГР людей, які бажають провести вагінопластику (Mahfouda et al., 2019; Milrod & Karasic, 2017). У дослідженні 2017 року 20 хірургів, пов'язаних із ВПАТЗ, у США повідомили, що трохи більше половини робили вагінопластику неповнолітнім (Milrod & Karasic, 2017). Невеликі дослідження повідомили про покращення психосоціального функціонування та зменшення гендерної дисфорії у підлітків, які отримали вагінопластику (Becker et al., 2018; Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; Smith et al., 2001). Хоча розміри вибірки невеликі, ці дослідження показують, що для деяких підлітків виконання цих процедур до 18 років може бути корисним. Фактори, які можуть на це впливати включають більшу доступність підтримки з боку членів сім'ї, більшу легкість управління післяопераційним доглядом та полегшення переходу до завдань ранньої дорослості (наприклад, вступ до університету або початок роботи), а також проблеми безпеки в громадських місцях (тобто зменшення трансфобного насильства) (Boskey et al., 2018; Boskey et al., 2019; Mahfouda et al., 2019). Враховуючи складність і незворотність цих процедур, оцінка здатності підлітка дотримуватися рекомендацій щодо післяопераційного догляду та усвідомлювати довгостроковий вплив цих процедур на репродуктивну та сексуальну функцію є надзвичайно важливою (Boskey et al., 2019). Враховуючи складність фаллопластики та поточний високий рівень ускладнень порівняно з іншими хірургічними методами лікування, що підтверджують гендерну ідентичність, не рекомендується розглядати цю операцію у підліткам до 18 років на даний момент (див. Розділ 13 — Хірургія та післяопераційний догляд).

Додаткові ключові фактори, які слід брати до уваги під час обговорення часу втручання з молоддю та сім'ями, детально розглядаються у Рекомендаціях 6.12a-f. Щоб отримати стислий виклад критеріїв/рекомендацій щодо необхідного з медичної точки зору гендерно підтверджуючого лікування підлітків, див. Додаток D.

РОЗДІЛ 7 — Діти

Ці Стандарти Медичної Допомоги стосуються гендерно різноманітних дітей препубертатного віку та базуються на дослідженнях, етичних принципах і накопичених експертних знаннях. Принципи, що лежать в основі цих Стандартів, включають наступне:

1. Гендерна різноманітність у дитинстві є очікуваним аспектом загального розвитку людини (Endocrine Society and Pediatric Endocrine Society, 2020; Telfer et al., 2018);
2. Гендерна різноманітність у дитинстві не є патологією чи розладом психічного здоров'я (Endocrine Society and Pediatric Endocrine Society, 2020; Oliphant et al., 2018; Telfer et al., 2018);
3. Не завжди можна вважати, що різноманітні гендерні прояви у дітей відображають трансгендерну ідентичність або гендерну невідповідність (Ehrensaft, 2016; Ehrensaft, 2018; Rael et al., 2019);
4. Рекомендації спеціалістів з психічного здоров'я (СПЗ), які мають досвід надання гендерної допомоги дітям, можуть бути корисними для підтримки позитивної адаптації, а також визначення подальших потреб, пов'язаних із гендером (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; Telfer et al., 2018);
5. Конверсійна терапія гендерної різноманітності у дітей (тобто будь-які «терапевтичні» спроби змусити гендерно різноманітну дитину за допомогою слів та/або дій ідентифікувати себе або поводитися відповідно до гендеру, пов'язаного зі статтю, визначеною при народженні, є шкідливі, і ми відкидаємо їх використання (APA, 2021; Ashley, 2019b, Paré, 2020; SAMHSA, 2015; Telfer et al., 2018; UN Human Rights Council, 2020).

У цьому тексті термін «медичний працівник» (МП) використовується широко для позначення фахівців, які працюють з гендерно різноманітними дітьми. На відміну від підлітків та дорослих, гендерно різноманітні діти препубертатного віку не мають права на отримання гендерно-підтверджуючого медичного втручання (Pediatric Endocrine Society, 2020); отже, якщо запитується професійна допомога, вона, швидше за все, буде з боку медичного працівника, який спеціалізується на психосоціальній підтримці та гендерному розвитку. Таким чином, цей розділ унікально зосереджений на психосоціальних практиках, які відповідають розвитку, хоча інші медичні працівники, такі як педіатри та сімейні медичні працівники, також можуть вважати ці стандарти корисними, якщо вони займаються професійною роботою з гендерно різноманітними дітьми та їхніми сім'ями.

У цьому розділі використовується термін «гендерна різноманітність», враховуючи те, що гендерний розвиток у дітей препубертатного віку неможливо передбачити та те, що він може бути мінливим (Steensma, Kreukels et al., 2013). У той же час, у цьому розділі визнається, що деякі діти матимуть стабільну гендерну ідентичність, сформовану на ранньому етапі життя, що відрізняється від статі, визначеної при народженні (Olson et al., 2022). Термін «гендерно різноманітний» включає трансгендерних бінарних і небінарних дітей, а також гендерно різноманітних дітей, які зрештою не будуть ідентифікувати себе як трансгендерних в подальшому житті. Термінологія за своєю суттю пов'язана з культурою та розвивається з часом. Таким чином, можливо, що використані тут терміни можуть застаріти, і будуть знайдені кращі дескриптори.

У цьому розділі описано аспекти необхідної медичної допомоги, спрямованої на сприяння благополуччю та задоволенню потреб, пов'язаних з гендерною ідентичністю дітей (див. твердження про медичну необхідність в Розділі 2 — Глобальна застосовність, Рекомендація 2.1). Цей розділ закликає всіх МП використовувати ці стандарти, наскільки це можливо. Можуть виникнути ситуації або місця, у яких рекомендовані ресурси недоступні в повному обсязі. Команди МП, які не мають ресурсів, повинні працювати над реалізацією цих стандартів. Проте, якщо непереборні обмеження перешкоджають використанню компонентів цих рекомендацій, це не повинно перешкоджати наданню найкращих доступних послуг. У тих місцях, де можливе надання деяких, але не всіх рекомендованих послуг, вибір не надавати потенційно корисні послуги з догляду ризикує завдати шкоди дитині (Murchison et al., 2016; Telfer et al., 2018; Riggs et al., 2020). Загалом, важливо віддавати перевагу захисту інтересів дитини.

Велика емпірична психологічна література вказує на те, що досвід раннього дитинства часто закладає основу для довічних моделей ризику та/або стійкості та сприяє напряму розвитку, сприятливому для благополуччя та високої якості життя (Anda et al., 2010; Masten & Cicchetti, 2010; Shonkoff & Garner, 2012). Наявні дослідження вказують, що загалом гендерно різноманітна молодь має більший ризик виникнення психологічних труднощів (Ristori & Steensma, 2016), ніж їх цисгендерні однолітки відповідного віку внаслідок зіткнення з деструктивним досвідом, включаючи травми та насильство, пов'язане з гендерною різноманітністю. неприйняття та інші неприйнятні взаємодії (Barrow & Apostle, 2018; Giovanardi et al., 2018; Gower, Rider, Brown et al., 2018; Grossman & D'Augelli, 2006; Hendricks & Testa, 2012; Reisner, Greytak et al., 2015; Roberts et al., 2014; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). Крім того, література вказує на те, що діти препубертатного віку, які добре сприймають свою гендерно різноманітну ідентичність, загалом показують кращий рівень адаптації (Malpas et al., 2018; Olson et al., 2016). Під час оцінювання та лікування дітей зазвичай наголошується на екологічному підході, визнаючи, що діти потребують безпеки в будь якому місці, де вони знаходяться (Belsky, 1993; Bronfenbrenner, 1979; Kaufman & Tishelman, 2018; Lynch & Cicchetti, 1998; Tishelman et al., 2010; Zielinski & Bradshaw, 2006). Таким чином, склад цього розділу спирається на базову психологічну літературу і знання про унікальні ризики для гендерно різноманітних дітей та наголошує на інтеграції екологічного підходу до розуміння їхніх потреб і сприяння позитивному психічному здоров'ю в усіх видах гендерного догляду.. Ця перспектива надає пріоритет сприянню добробуту та якості життя дитини протягом усього її розвитку. Крім того, цей розділ також охоплює точку зору, підтверджену значними психологічними дослідженнями, процитованими вище, про те, що психосоціальна гендерно-підтверджуюча допомога (Hidalgo et al., 2013) для дітей препубертатного віку пропонує вікно можливостей для створення траєкторії благополуччя, яка буде підтримувати їх під час переходу до підліткового віку. Цей підхід потенційно може зменшити деякі поширені ризики для психічного здоров'я, з якими стикаються трансгендерні та гендерно різноманітні (ТГР) підлітки, як часто описується в літературі (Chen et al., 2021; Edwards-Leeper et al., 2017; Haas et al., 2011; Leibowitz & de Vries, 2016; Reisner, Bradford et al., 2015; Reisner, Greytak et al., 2015).

Дослідження розвитку зосереджено на розумінні різних аспектів гендерного розвитку в перші роки дитинства на основі загальної популяції дітей препубертатного віку. Такі дослідження, як правило, ґрунтуються на припущенні, що діти-учасники дослідження є цисгендерними (Olezeski et al., 2020) і повідомляють, що стабільність гендерної ідентичності встановлюється в дошкільні роки для загальної популяції дітей, більшість з яких, ймовірно, не є гендерно різноманітними (Kohlberg, 1966; Steensma,

Kreukels et al., 2013). Нещодавні дослідження розвитку показали, що гендерну різноманітність можна спостерігати та ідентифікувати також і у дітей препубертатного віку (Fast & Olson, 2018; Olson & Gülgöz, 2018; Robles et al., 2016). Тим не менш, емпіричні дослідження в цій галузі обмежені, і на даний момент немає психометрично обґрунтованих оціночних методик, здатних достовірно та/або повністю визначити саморозуміння дитиною препубертатного віку своєї гендерної ідентичності та/або гендерних потреб і побажань (Bloom et al., 2021). Таким чином, у цьому розділі наголошується на важливості детального та індивідуального клінічного підходу до оцінювання гендеру, який відповідає рекомендаціям із різних настанов та літератури (Berg & Edwards-Leeper, 2018; de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Ehrensaft, 2018; Steensma & Wensing-Kruger, 2019). Дослідження та клінічний досвід показали, що гендерна різноманітність у дітей препубертатного віку може бути мінливою; немає надійних засобів прогнозування розвитку ідентичності конкретної дитини (Edwards-Leeper et al., 2016; Ehrensaft, 2018; Steensma, Kreukels et al., 2013), а також потреби конкретної дитини можуть змінюватися протягом всього періоду дитинства.

Важливо розуміти значення терміна «оцінювання». Існує кілька контекстів для оцінювання (Krishnamurthy et al., 2004), включаючи швидке оцінювання, яке відбувається під час безпосередньої кризи (наприклад, оцінка безпеки, коли дитина може бути суїцидально налаштована), і цілеспрямоване оцінювання, коли сім'я може мати конкретизований запит, часто в умовах відносно короткої консультації (Berg & Edwards-Leeper, 2018). Термін «оцінювання» також часто використовується стосовно «діагностичної оцінки», яку також можна назвати «анамнезом» і має на меті визначити, чи існує проблема, яка піддається діагностиці та/або може допомогти в терапевтичному процесі. Цей розділ зосереджений на комплексному оцінюванні,та є корисним для розуміння потреб і цілей дитини та сім'ї (APA, 2015; de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Srinath et al., 2019; Steensma & Wensing-Kruger, 2019). Цей тип психосоціальної оцінки не є необхідним для всіх гендерно різноманітних дітей, але його можна вимагати з кількох причин. Оцінювання може бути корисною можливістю розпочати процес підтримки гендерно різноманітної дитини та її сім'ї, розуміючи, що для розвитку гендерно різноманітних дітей корисно, коли їх сімейна динаміка включає прийняття їхньої гендерної ідентичності та батьківські настанови, коли це потрібно. Комплексне оцінювання є доцільним, якщо його вимагає сім'я, яка потребує повного розуміння гендеру та потреб психічного здоров'я дитини в контексті її гендерної різноманітності.

За таких обставин слід брати до уваги проблеми психічного здоров'я членів сім'ї, родинну динаміку та соціальні і культурні контексти, які впливають на гендерну різноманітність дитини (Barrow & Apostle, 2018; Brown & Mar, 2018; Cohen-Kettenis et. al., 2003; Hendricks & Testa, 2012; Kaufman & Tishelman, 2018; Ristori & Steensma, 2016; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). Це детальніше описано в тексті нижче.

Важливо, щоб МП, які працюють з гендерно різноманітними дітьми, прагнули зрозуміти різноманітні аспекти ідентичності та досвіду дитини та сім'ї (наприклад, расові, етнічні, статус іммігранта/біженця, релігійні, географічні та соціально-економічні), і бути шанобливими та чуйними. до культурного контексту в клінічних взаємодіях (Telfer et al., 2018). Багато факторів можуть мати відношення до культури та статі, включаючи релігійні переконання, очікування, пов'язані зі статтю, і ступінь сприйняття гендерної різноманітності (Oliphant et al., 2018). Перетин між гендерною різноманітністю, соціокультурною різноманітністю та статусом меншин може бути джерелом сили та/або соціального стресу (Brown & Mar, 2018; Oliphant et al., 2018; Riggs & Treharne, 2016).

Кожна дитина, член сім'ї та сімейна динаміка в цілому є унікальними та потенційно охоплюють різні культури та моделі переконань. Таким чином, медичні працівники всіх дисциплін повинні уникати стереотипів, заснованих на упереджених ідеях, які можуть бути неправильними або упередженими (наприклад, що сім'я, яка належить до релігійної організації, яка виступає проти поваги до гендерної різноманітності, обов'язково не підтримуватиме гендерну різноманітність своєї дитини) (Brown & Mar, 2018). Натомість важливо відкрито підходити до кожної сім'ї та розуміти кожного члена сім'ї та сімейну структуру як унікальні явища.

Усі твердження в цьому розділі були рекомендовані на основі ретельного аналізу доказів, оцінки користі та шкоди, цінностей і переваг постачальників і пацієнтів, а також використання ресурсів і здійсненності. У деяких випадках ми визнаємо, що докази обмежені та/або послуги можуть бути недоступними або небажаними.

Рекомендації

7.1 — Ми рекомендуємо медичним працівникам, які працюють із гендерно різноманітними дітьми, пройти навчання та мати досвід у питаннях гендерного розвитку та гендерному різноманітті дітей, а також володіти загальними знаннями щодо гендерної різноманітності протягом життя.

7.2 — Ми рекомендуємо медичним працівникам, які працюють з гендерно різноманітними дітьми, пройти теоретичну підготовку та підготовку, що ґрунтується на фактичних даних, а також набути досвід щодо загального психічного здоров'я дитини та сім'ї за всім спектром розвитку.

7.3 — Ми рекомендуємо медичним працівникам, які працюють з гендерно різноманітними дітьми, пройти навчання та набути досвід щодо розладів аутичного спектру та інших форм нейрорізноманітності або співпрацювати з експертом із відповідним досвідом під час роботи з гендерно різноманітними дітьми з аутизмом/нейровідмінностями.

7.4 — Ми рекомендуємо медичним працівникам, які працюють з гендерно різноманітними дітьми, брати участь у безперервному навчанні, пов'язаному з гендерно різноманітними дітьми та сім'ями.

7.5 — Ми рекомендуємо медичним працівникам проводити оцінювання гендерно різноманітних дітей з інтегруванням інформації з багатьох джерел як частини процесу оцінювання.

7.6 — Ми рекомендуємо медичним працівникам, які проводять оцінювання гендерно різноманітних дітей, враховувати відповідні фактори розвитку, нейрокогнітивне функціонування та мовні навички.

7.7 — Ми рекомендуємо медичним працівникам, які проводять оцінку гендерно різноманітних дітей, враховувати фактори, які можуть перешкоджати точному повідомленню про гендерну ідентичність/гендерне вираження дитиною та/або сім'єю/опікуном(ами).

7.8 — Ми рекомендуємо медичним працівникам розглянути питання про консультації та/або психотерапію для гендерно різноманітної дитини та сім'ї/опікунів, якщо сім'ї та медичні працівники вважають, що це принесе користь для благополуччя та розвитку дитини та/або сім'ї.

7.9 — Ми рекомендуємо медичним працівникам, які пропонують консультації та/або психотерапію для гендерно різноманітних дітей, та сім'ї/опікунам працювати з іншими середовищами та особами, важливими для дитини, щоб сприяти витривалості та емоційному благополуччю дитини.

7.10 — Ми рекомендуємо медичним працівникам, які пропонують консультації та/або психотерапію для гендерно різноманітних дітей, та сім'ї/опікунам надавати обом сторонам психологічну інформацію щодо гендерного розвитку відповідно до віку.

7.11 — Ми рекомендуємо, щоб медичні працівники надавали інформацію про потенційні гендерно-підтверджуючі медичні втручання, вплив цих методів лікування на майбутню фертильність та варіанти збереження фертильності гендерно різноманітним дітям та їхнім родинам/опікунам, коли дитина наближається до статевого дозрівання.

7.12 — Ми рекомендуємо батькам/опікунам і медичним працівникам підтримувати дітей, які бажають, щоб їх визнавали за гендером, який відповідає їхньому внутрішньому усвідомленню власної гендерної ідентичності.

7.13 — Ми рекомендуємо медичним працівникам і батькам/опікунам підтримувати дітей у тому, щоб вони продовжували досліджувати свою гендерну ідентичність протягом періоду до статевого дозрівання, незалежно від соціального переходу.

7.14 — Ми рекомендуємо медичним працівникам обговорити потенційні переваги та ризики соціального переходу з родинами, які розглядають його.

7.15 — Ми пропонуємо медичним працівникам розглянути можливість співпраці з іншими фахівцями та організаціями для сприяння благополуччю гендерно різноманітних дітей та мінімізації труднощів, з якими вони можуть зіткнутися.

Рекомендація 7.1

Ми рекомендуємо медичним працівникам, які працюють із гендерно різноманітними дітьми, пройти навчання та мати досвід у питаннях гендерного розвитку та гендерному різноманітті дітей, а також володіти загальними знаннями щодо гендерної різноманітності протягом життя.

МП, які працюють з гендерно різноманітними дітьми, повинні здобувати та підтримувати необхідну підготовку та кваліфікацію, що відповідає обсягу їх ролі як професіоналів. Це включає ліцензування та/або сертифікацію відповідними акредитованими національними та/або регіональними органами. Ми визнаємо, що специфіка атестації та регулювання професіоналів різняться в усьому світі. Важливо відзначити, що базова ліцензія та/або сертифікація може бути недостатньою для забезпечення компетентності в роботі з гендерно різноманітними дітьми, оскільки для забезпечення відповідного догляду МП потребують поглибленого навчання та досвіду під наглядом у сфері гендерного розвитку та гендерного різноманіття в дитинстві.

Рекомендація 7.2

Ми рекомендуємо медичним працівникам, які працюють з гендерно різноманітними дітьми, пройти теоретичну підготовку та підготовку, що ґрунтується на фактичних даних, а також набути досвід щодо загального психічного здоров'я дитини та сім'ї за всім спектром розвитку.

МП повинні пройти навчання під наглядом експертів із загального психічного здоров'я дитини та сім'ї в усьому спектрі розвитку від дитинства до підліткового віку, включаючи отримання компетенцій для проведення процесу оцінювання на основі доказів та підходів до втручання. Гендерна різноманітність не є розладом психічного здоров'я; проте, як уже згадувалося вище, ми знаємо, що психічне здоров'я гендерно різноманітних дітей може піддаватися негативному впливу (наприклад, через стрес гендерних меншин) (Hendricks & Testa, 2012), для попередження негативних наслідків якого може бути корисним самопізнання та підтримка; тому настійно рекомендується проходження експертизи психічного здоров'я. Робота з дітьми — це складна робота, яка передбачає розуміння потреб розвитку дитини в різному віці, здатність розуміти чинники, які впливають на благополуччя дитини як у сім'ї, так і поза нею (Kaufman & Tishelman, 2018), а також здатність повною мірою оцінити, коли дитина нещаслива або переживає серйозні проблеми з психічним здоров'ям, пов'язані чи не пов'язані з її гендерною ідентичністю. Дослідження показали високий рівень несприятливого досвіду та травм у спільноті гендерно різноманітній дітей, у тому числі сприйнятливість до відторгнення або навіть насильства (APA, 2015; Barrow & Apostle, 2018; Giovanardi et al., 2018; Reisner, Greytak et al., 2015; Roberts et al., 2012; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). МП повинні усвідомлювати потенційні негативні наслідки та мати можливість ініціювати ефективні заходи для запобігання шкоди та сприяння позитивному самопочуттю.

Рекомендація 7.3

Ми рекомендуємо медичним працівникам, які працюють з гендерно різноманітними дітьми, пройти навчання та набути досвід щодо розладів аутичного спектру та інших форм

нейрорізноманітності або співпрацювати з експертом із відповідним досвідом під час роботи з гендерно різноманітними дітьми з аутизмом/нейровідмінностями.

Досвід гендерної різноманітності дітей з розладами аутичного спектру (РАС), а також дітей з іншими формами нейровідмінності може представляти додаткові клінічні складності (de Vries et al., 2010; Strang, Meagher et al., 2018). Наприклад, дітям з розладами аутичного спектру може бути важко самостійно відстоювати свої гендерні потреби і вони можуть спілкуватися дуже індивідуально (Kuvalanka et al., 2018; Strang, Powers et al., 2018). Вони можуть по-різному інтерпретувати досвід, пов'язаний з гендером, враховуючи загальні відмінності в спілкуванні та стилі мислення. Через унікальні потреби нейрорізноманітних дітей з РАС вони можуть бути піддані високому ризику бути неправильно сприйнято (тобто їх спілкування не отримає вірного розуміння). Таким чином, професіонали, які надають підтримку цим дітям, можуть найкраще обслуговувати їх, пройшовши навчання та напрацювавши досвід з цих питань та/або співпрацюючи з відповідними фахівцями (Strang, Meagher et al., 2018). Таке навчання є особливо актуальним, оскільки дослідження відображають вищі показники РАС серед гендерно різноманітної молоді, ніж серед населення загалом (de Vries et al., 2010; Hisle-Gorman et al., 2019; Shumer et al., 2015).

Рекомендація 7.4

Ми рекомендуємо медичним працівникам, які працюють з гендерно різноманітними дітьми, брати участь у безперервному навчанні, пов'язаному з гендерно різноманітними дітьми та сім'ями.

Безперервний професійний розвиток стосовно гендерно різноманітних дітей та їх сімей можна здобути різними способами, у тому числі через читання (статті в журналах, книги, веб-сайти, пов'язані з організаціями, що обізнані з гендерних питань), відвідування он-лайн та офф-лайн тренінгів, а також приєднання до груп нагляду/консультацій з рівним (Bartholomaeus et al., 2021).

Безперервна освіта включає

1. Підтримку актуальних знань про доступні та відповідні дослідження гендерного розвитку та гендерної різноманітності у дітей препубертатного віку та гендерної різноманітності протягом усього життя;
2. Підтримку поточних знань щодо найкращих практик оцінювання, підтримки та підходів до лікування гендерно різноманітних дітей та їх сімей.

Це відносно нова сфера практики, і МП повинні адаптуватися, оскільки нова інформація з'являється завдяки дослідженням та іншим науковим шляхам (Bartholomaeus et al., 2021).

Рекомендація 7.5

Ми рекомендуємо медичним працівникам проводити оцінювання гендерно різноманітних дітей з інтегруванням інформації з багатьох джерел як частини процесу оцінювання.

Комплексне оцінювання за запитом сім'ї та/або МП може бути корисним для розробки рекомендацій щодо втручання, якщо це необхідно для благополуччя дитини та інших членів сім'ї. Така оцінка може бути корисною в різних ситуаціях, коли дитина та/або її сім'я/опікуни, погоджуються з постачальниками, вважають, що певний тип втручання буде корисним. Ані оцінювання, ані втручання

ніколи не повинні використовуватися як засіб прихованого чи відкритого перешкоджання гендерному різноманіттю, експресії або ідентичності дитини. Натомість, за допомогою належним чином підготовлених МП, оцінювання може бути ефективним засобом кращого розуміння того, як підтримати дитину та її сім'ю, не привілейуючи жодної конкретної гендерної ідентичності чи самовираження. Оцінка може бути особливо важливою для деяких дітей та їхніх сімей через співпрацю для сприяння гендерному здоров'ю, добробуту та самореалізації дитини.

Комплексна оцінка може сприяти формуванню індивідуального плану допомоги гендерно різноманітним дітям препубертатного віку з різною статтю та членам їх сім'ї (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Malpas et al., 2018; Steensma & Wensing-Kruger, 2019; Telfer et al. , 2018; Tishelman & Kaufman, 2018). Під час такої оцінки об'єднання інформації з багатьох джерел є важливим для:

1. Найкращого розуміння гендерних потреб дитини та надання відповідних рекомендацій;
2. Визначення сильних сторін дитини, сім'ї/опікуна та громади, а також можливу підтримку, пов'язану з гендерним статусом і розвитком дитини, а також ризики та проблеми для дитини, її сім'ї/опікунів та оточення.

Джерелами інформації як для оцінки, так і для цілей підтримки/планування втручань можуть включати дитину, батьків/опікунів, членів розширеної родини, братів і сестер, шкільний персонал, медичний персоналу, громаду, ширший культурний і правовий контекст та інші джерела (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Srinath, 2019).

МП, який проводить оцінку гендерно різноманітних дітей, повинен досліджувати питання, пов'язані з гендером, але також повинен мати ширший погляд на дитину та навколишнє середовище відповідно до екологічної моделі, описаної вище (Bronfenbrenner, 1979), щоб повністю зрозуміти фактори, які впливають на дитину, благополуччя та сфери гендерної підтримки і ризику (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Hendricks & Testa, 2012; Kaufman & Tishelman, 2018; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). Це включає розуміння сильних сторін і труднощів, з якими стикається дитина/сім'я, і які присутні в оточенні. Ми радимо МП, які проводять оцінювання, розглянути можливість включення кількох областей оцінювання залежно від потреб дитини, сім'ї та обставин. Хоча деякі з останніх перелічених нижче областей безпосередньо не стосуються статі дитини (див. Рекомендації 7.7–12 нижче), їх необхідно враховувати при оцінюванні гендеру, щоб зрозуміти складну мережу факторів, які можуть комплексно впливати на благополуччя дитини, включаючи гендерне здоров'я, відповідно до найкращих практик оцінювання (APA, 2015; Berg & Edwards-Leeper, 2018; Malpas et al., 2018) і розробити багатостороннє втручання, якщо це необхідно.

Підсумовуючи відповідні дослідження та клінічну експертизу, області оцінювання часто включають

1. Стверджену гендерну ідентичність дитини та її гендерну експресію, як на даний момент, так і в минулому;
2. Ознаки дисфорії та/або гендерної невідповідності;
3. Сильні сторони та проблеми, пов'язані з переконаннями та ставленням дитини, сім'ї, однолітків та інших релевантних осіб щодо гендерної різноманітності, прийняття та підтримки дитини;

4. Переживання дитиною та сім’єю стресу та неприйняття, ворожості або стресу гендерних меншин через гендерну різноманітність дитини;
5. Рівень підтримки, пов’язаної з гендерною різноманітністю в соціальних контекстах (наприклад, школа, релігійна громада, інші родичі);
6. Оцінка конфлікту щодо гендеру дитини та хвилювань батьків/опікуна/сиблінгів щодо поведінки, пов’язаної з гендерною різноманітністю дитини;
7. Психічне здоров’я дитини, комунікативні та/або когнітивні переваги та проблеми, нейровідмінності та/або поведінкові проблеми, що спричиняють значні функціональні труднощі;
8. Релевантна історія хвороби та розвитку;
9. Сфери, які можуть становити ризик (наприклад, історія домашнього та/або громадського насильства, будь-яка форма жорстокого поводження з дитиною; історія травм; безпека та/або віктимізація з боку однолітків чи в будь-якому іншому середовищі; суїцидальність);
10. Супутні серйозні сімейні стресори, такі як хронічна або невиліковна хвороба, бездомність або бідність;
11. Порушення психічного здоров’я та/або поведінки батьків/опікунів та/або сиблінгів, що спричиняють значні функціональні труднощі;
12. Сильні сторони та труднощі дитини та сім’ї.

Ретельна оцінка, що включає численні форми збору інформації, корисна для розуміння потреб, сильних сторін, факторів захисту та ризиків для конкретної дитини та сім’ї в різних середовищах (наприклад, вдома/ у школі). Методи збору інформації часто включають

1. Структуровані та неструктуровані інтерв’ю з дитиною, членами сім’ї та іншими особами (наприклад, вчителями);
2. Проходження опікуном і дитиною стандартизованих методик оцінювання, пов'язаних з гендером; загальним самопочуттям дитини; когнітивними та комунікативними навичками дитини та порушеннями розвитку; підтримкою та прийняттям з боку батьків/опікунів, сиблінгів, інших родичів та однолітків; батьківським стресом; історією труднощів дитинства; та/або інші релевантних питань (APA, 2020; Berg & Edwards-Leeper, 2018; Kaufman & Tishelman, 2018; Srinath, 2019).

Залежно від особливостей сім’ї, профілю розвитку дитини або результатів, отриманих через обидва методи збору інформації також може бути корисним включення наступного:

1. Спостереження за дитиною та/або сім’єю, структуроване та неструктуроване;
2. Структуровані та візуально підтримувані методи оцінювання (робочі аркуші; автопортрети; сімейні малюнки тощо) (Berg & Edwards-Leeper, 2018)

Рекомендація 7.6

Ми рекомендуємо медичним працівникам, які проводять оцінювання гендерно різноманітних дітей, враховувати відповідні фактори розвитку, нейрокогнітивне функціонування та мовні навички.

Враховуючи складність оцінювання дітей молодшого віку, які, на відміну від дорослих, перебувають у процесі розвитку в низці областей (когнітивній, соціальній, емоційній, фізіологічній), важливо враховувати статус розвитку дитини та модальності оцінювання і механізмів взаємодії, адаптуючи їх до індивідуалізованих здібностей дитини. Це включає пристосування оцінювання до етапу розвитку та здібностей дитини (дошкільний період, шкільний вік, раннє статеве дозрівання, підлітковий вік), включаючи використання мови та підходів до оцінювання, які надають пріоритет комфорту дитини, мовним навичкам та засобам самовираження (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Srinath, 2019). Наприклад, під час проведення оцінювання слід враховувати відповідні фактори розвитку, такі як нейрокогнітивні відмінності (наприклад, стани РАС), а також сприйнятливі та експресивні мовні навички. Медичним працівникам може знадобитися консультація фахівців для отримання рекомендацій у випадках, коли вони самі не володіють спеціальними навичками (Strang et al., 2021).

Рекомендація 7.7

Ми рекомендуємо медичним працівникам, які проводять оцінку гендерно різноманітних дітей, враховувати фактори, які можуть перешкоджати точному повідомленню про гендерну ідентичність/гендерне вираження дитиною та/або сім'єю/опікуном(ами).

МП, які проводять оцінювання гендерно різноманітними дітей і сімей, повинні враховувати фактори розвитку та емоційні, а також навколишні умови, які можуть обмежити інформацію з боку дитини, опікуна, сиблінгів чи іншої особи або вплинути на їхні системи переконань, пов'язані з гендером (Riggs & Bartholomaeus, 2018). Як і у випадку будь-якого іншого психологічного оцінювання дитини, необхідно враховувати реакції навколишнього середовища та сім'ї/опікуна (наприклад, покарання), а також когнітивні та соціальні фактори, які можуть впливати на комфорт дитини та/або здатність безпосередньо обговорювати певні фактори, включаючи гендерну ідентичність та пов'язані з нею питання (Srinath, 2019). Через це члени сім'ї можуть відчувати обмеження у вільному вираженні своїх проблем та ідей залежно від сімейних конфліктів або динаміки та/або інших обставин (наприклад, культурних/релігійних; тиск інших родичів) (Riggs & Bartholomaeus, 2018).

Рекомендація 7.8

Ми рекомендуємо медичним працівникам розглянути питання про консультації та/або психотерапію для гендерно різноманітної дитини та сім'ї/опікунів, якщо сім'ї та медичні працівники вважають, що це принесе користь для благополуччя та розвитку дитини та/або сім'ї.

Мета психотерапії ніколи не повинна бути спрямована на зміну гендерної ідентичності дитини (APA, 2021; Ashley, 2019b; Paré, 2020; SAMHSA, 2015; UN Human Rights Council, 2020), приховану чи відкриту. Не всі гендерно різноманітні діти або їхні сім'ї потребують допомоги від СПЗ, оскільки гендерна різноманітність не є розладом психічного здоров'я (Pediatric Endocrine Society, 2020; Telfer et al., 2018). Тим не менш, часто доцільно і корисно звернутися до психотерапевта, коли наявний дистрес або батьки висловлюють занепокоєння, щоб покращити психосоціальне здоров'я та запобігти подальшому дистресу (APA, 2015). Деякі з поширених причин розгляду психотерапії для гендерно різноманітної дитини та сім'ї включають наступне:

1. Дитина демонструє значні внутрішні конфлікти, плутанину, стрес або страждання щодо своєї гендерної ідентичності або потребує безпечного простору для самопізнання свого гендеру (Ehrensaft, 2018; Spivey and Edwards-Leeper, 2019);
2. Дитина відчуває зовнішній тиск спрямований на висловлення нею гендерної ідентичності у спосіб, який суперечить її самопізнанню, бажанням і переконанням (APA, 2015);
3. Дитина бореться з проблемами психічного здоров'я, пов'язаними з її гендером або незалежно від нього (Barrow & Apostle, 2018);
4. Дитина отримує користь від посилення своєї стійкості перед негативними реакціями навколишнього середовища на її гендерну ідентичність або експресію (Craig & Auston, 2018; Malpas et al., 2018);
5. Дитина може відчувати проблеми з психічним здоров'ям та/або навколишнім середовищем, включаючи проблеми сімейної системи, які можуть бути неправильно інтерпретовані як гендерна невідповідність (Berg & Edwards-Leeper, 2018);
6. Дитина висловлює бажання зустрітися з СПЗ, щоб отримати гендерну підтримку. У таких ситуаціях психотерапія буде зосереджена на підтримці дитини з розумінням того, що її батьки/опікуни та, можливо, інші члени сім'ї будуть залучені за необхідності (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; McLaughlin & Sharp, 2018).

Якщо немає протипоказань, батькам/опікунам рекомендується брати певну участь у психотерапевтичному процесі, оскільки сімейні фактори часто відіграють ключову роль у благополуччі дитини. Незважаючи на те, що це відносно мало досліджено про функціонування гендерно різноманітних дітей в сімейній системі, може бути важливим привернення уваги на стосунки між сиблінгами та гендерно різноманітною дитиною (Pariseau et al., 2019; Parker & Davis-McCabe, 2021).

МП повинні застосовувати втручання, розроблені відповідно до індивідуальних потреб дитини, які спрямовані на:

1. Розвиток захисних соціальних та емоційних навичок долаючої поведінки, щоб сприяти стійкості перед потенційними негативними реакціями на гендерну ідентичність дитини та/або її експресію (Craig & Austin, 2016; Malpas et al., 2018; Spencer, Berg et al., 2021);
2. Спільне вирішення проблеми соціальних викликів для зменшення стресу гендерних меншин (Barrow & Apostle, 2018; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018);
3. Посилення екологічної підтримки дитини та/або членів родини (Kaufman & Tishelman, 2018);
4. Надання дитині можливості глибше зрозуміти свій внутрішній гендерний досвід (APA, 2015; Barrow&Apostle, 2018; Ehrensaft, 2018; Malpas et al., 2018; McLaughlin & Sharp, 2018).

Для МП корисно налагодити стосунки з гендерно різноманітною дитиною та сім'єю, які можуть тривати протягом певного часу, якщо це необхідно. Формування цих стосунків дає змогу дитині/сім'ї встановити довгострокові довірливі стосунки, за допомогою яких МП може запропонувати підтримку та керівництво в міру дорослішання дитини та виникнення потенційно різних проблем або потреб у дитини/сім'ї (Spencer, Berg et al., 2021; Murchison et al., 2016). На додаток до вищезазначеного та в межах

наявних ресурсів, коли дитина є нейрорізноманітною, для роботи з нею найкраще підійде медичний працівник, який має компетенції для вирішення як відмінностей у нервовому розвитку, так і у питаннях гендерної ідентичності (Strang et al., 2021).

Як зазначено в літературі, існує багато причин, за якими батьки/опікуни, сиблінги та інші члени родини можуть вважати корисним звернутися за психотерапією для себе (Ehrensaft, 2018; Malpas et al., 2018; McLaughlin & Sharp, 2018). Як підсумовано нижче, деякі з цих поширених каталізаторів звернення за таким лікуванням виникають, коли один або більше членів сім'ї:

1. Бажають отримати освіту щодо гендерного розвитку (Spivey & Edwards-Leeper, 2019);
2. Відчувають почуття сплутаності або стрес щодо гендерної ідентичності дитини та/або її експресії (Ashley, 2019c; Ehrensaft, 2018);
3. Відчувають потребу в консультації, пов'язаній з емоційними та поведінковими проблемами гендерно різноманітної дитини (Barrow & Apostle, 2018);
4. Відчувають потребу в підтримці для створення сприятливого середовища поза домом (наприклад, школа, спорт, табори) (Kaufman & Tishelman, 2018);
5. Пошук допомоги для прийняття обґрунтованих рішень щодо соціального переходу, включно з тим, як це зробити найбільш оптимально для гендерного розвитку та здоров'я дитини (Lev & Wolf-Gould, 2018);
6. Перебувають у пошуку консультацій щодо ситуацій засудження з боку інших, у тому числі політичних організацій і супровідного законодавства, щодо їхньої підтримки гендерно різноманітної дитини (негативні реакції, спрямовані на батьків/опікунів, іноді можуть включати неприйняття та/або переслідування/зловживання з боку соціального середовища, що виникає через підтвердження гендерної ідентичності (Hidalgo & Chen, 2019);
7. Прагнуть проробити власні емоційні реакції та потреби щодо гендерної ідентичності своєї дитини, включно з почуттям суму та/або потенційними страхами чи тривогами щодо нинішнього та майбутнього благополуччя їхньої дитини (Pullen Sansfaçon et al., 2019);
8. Перебувають у емоційному стресі та/або в конфлікті з іншими членами сім'ї щодо гендерної різноманітності дитини (за потреби медичні працівники можуть проводити окремі сеанси для батьків/опікунів, сиблінгів, інших членів родини для підтримки, спрямування та/або психоосвіти) (McLaughlin & Sharp, 2018; Pullen Sansfaçon et al., 2019; Spivey & Edwards-Leeper, 2019).

Рекомендація 7.9

Ми рекомендуємо медичним працівникам, які пропонують консультації та/або психотерапію для гендерно різноманітних дітей, та сім'ї/опікунам працювати з іншими середовищами та особами, важливими для дитини, щоб сприяти витривалості та емоційному благополуччю дитини.

У відповідності з екологічною моделлю, описаною вище, і, якщо це доцільно, МП можуть віддавати пріоритет координації з важливими іншими особами у житті дитини на основі

індивідуальних/сімейних обставин (наприклад, вчителями, тренерами, релігійними лідерами) для сприяння емоційній та фізичній безпеці в будь-якому середовищі (наприклад, шкільні умови, спортивні та інші розважальні заходи, релігійна участь) (Kaufman & Tishelman, 2018). Терапевтичні групи та/або групи підтримки часто рекомендуються як цінний ресурс для сімей/опікунів та/або самих гендерно різноманітних дітей (Coolhart, 2018; Horton та ін., 2021; Malpas та ін., 2018; Murchison та ін., 2016). .

Рекомендація 7.10

Ми рекомендуємо медичним працівникам, які пропонують консультації та/або психотерапію для гендерно різноманітних дітей, та сім'ї/опікунам надавати обом сторонам психологічну інформацію щодо гендерного розвитку відповідно до віку.

Батьки/опікуни та їхні гендерно різноманітні діти повинні мати можливість отримати знання про те, як сім'ї/опікуни можуть найкращим чином підтримати дитину для максимізації стійкості, самосвідомості і функціонування (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; Malpas, 2018; Spivey & Edwards-Leeper, 2019). Неможливо точно передбачити остаточну гендерну ідентичність дитини; натомість завданням МП є створення безпечного простору для розвитку та еволюції особистості дитини з плином часу, не намагаючись визначити пріоритетності будь-якої конкретної траєкторії розвитку з огляду на гендер (APA, 2015; Spivey & Edwards-Leeper, 2019). Гендерно різноманітні діти та підлітки мають різні потреби та досвід і ці відмінності повинні бути відображені в індивідуальному підході, який медичні працівники надають кожній дитині/сім'ї (Keo-Meir & Ehrensaft, 2018; Spencer, Berg et al., 2021).

Батьки/опікуни та їхні діти також повинні мати можливість розвивати знання про ґендерний розвиток і ґендерну грамотність за допомогою психоосвіти відповідно до віку (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021). Ґендерна грамотність передбачає розуміння відмінностей між статтю, визначеною при народженні, гендерною ідентичністю та гендерною експресією, включаючи способи унікального поєднання цих трьох факторів (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021). Коли дитина здобуває гендерну грамотність, вона починає розуміти, що частини її тіла не обов'язково визначають її гендерну ідентичність та/або її гендерну експресію (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021). Гендерна грамотність також передбачає отримання навичок розуміти повідомлення та досвід, пов'язані з гендером у суспільстві. Коли дитина набуває гендерної грамотності, вона може більш позитивно сприймати свою гендерну ідентичність, що розвивається, і гендерну експресію, сприяючи стійкості та самоповазі, зменшуючи ризик сорому перед негативними повідомленнями з боку оточення. Отримання гендерної грамотності через психоосвіту також може бути важливим для сиблінгів та/або інших членів, які важливі для дитини (Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021).

Рекомендація 7.11

Ми рекомендуємо, щоб медичні працівники надавали інформацію про потенційні гендерно-підтверджуючі медичні втручання, вплив цих методів лікування на майбутню фертильність та варіанти збереження фертильності гендерно різноманітним дітям та їхнім родинам/опікунам, коли дитина наближається до статевого дозрівання.

Коли дитина дорослішає та наближається до періоду статевого дозрівання, МП повинні надавати пріоритет роботі з дітьми та їхніми батьками/опікунами, щоб інтегрувати психоосвіту щодо статевого дозрівання, брати участь у спільному прийнятті рішень щодо потенційних гендерно-підтверджуючих медичних втручань, обговорювати наслідки, пов'язані з фертильністю, та інші наслідки для репродуктивного здоров'я (Nahata, Quinn et al., 2018; Spencer, Berg et al., 2021). Хоча існують лише обмежені емпіричні дослідження для оцінки таких втручань, консенсус експертів і література з питань психології розвитку загалом підтримують думку про те, що відкрите спілкування з дітьми про їхнє тіло та підготовка до фізіологічних змін статевого дозрівання в поєднанні з підтвердженням статі сприятиме витривалості та допоможе виховувати позитивну сексуальність, коли дитина дорослішає до підліткового віку (Spencer, Berg et al., 2019). Усі ці обговорення можна розширити (наприклад, розпочати раніше), щоб включити нейровідмінних дітей, щоб забезпечити достатньо часу для роздумів і розуміння, особливо коли потенційно постає вибір щодо майбутнього гендерно-підтверджуючого медичного обслуговування (Strang, Jarin et al., 2018). Ці дискусії можуть включати наступні теми:

- Опис частин тіла та їх різноманітних функцій;
- Способи, якими організм дитини може змінюватися під впливом медичних втручань і без нього;
- Вплив медичних втручань на подальше сексуальне функціонування та фертильність;
- Вплив пригнічення статевого дозрівання на можливі подальші медичні втручання;
- Визнання поточної відсутності клінічних даних у певних областях, пов'язаних із впливом пригнічення статевого дозрівання;
- Важливість відповідного статевого виховання до початку статевого дозрівання.

Ці обговорення мають використовувати мову та стилі викладання, які відповідають розвитку, і бути пристосованими до конкретних потреб кожної окремої дитини (Spencer, Berg et al., 2021).

Рекомендація 7.12

Ми рекомендуємо батькам/опікунам і медичним працівникам підтримувати дітей, які бажають, щоб їх визнавали за гендером, який відповідає їхньому внутрішньому усвідомленню власної гендерної ідентичності.

Гендерний соціальний перехід означає процес, за допомогою якого дитина отримує визнання її гендерної ідентичності з боку інших і має можливість жити публічно, або в усіх ситуаціях, або в певних ситуаціях, у гендерній ідентичності, яку вона стверджує, і не має окремого набору параметрів або дій (Ehrensaft et al., 2018).

Соціальний гендерний перехід у минулому часто розглядався як бінарний — дівчина перетворюється на хлопчика, хлопчик — на дівчинку. Концепція була розширена, щоб охопити дітей, які переходять до небінарної або індивідуально сформованої гендерної ідентичності (Chew et al., 2020; Clark et al., 2018). Новіші дослідження вказують на те, що процес соціального переходу може виконувати захисну функцію для деяких дітей препубертатного віку та сприяти позитивному психічному здоров'ю та благополуччю (Durwood et al., 2017; Gibson et al., 2021; Olson et al., 2016). Таким чином, визнання того, що гендерна ідентичність дитини може змінюватись з часом (Edwards-Leeper et al., 2016; Ehrensaft, 2018; Steensma, Kreukels et al., 2013), не є достатнім виправданням для заперечення або стримування

соціального переходу для препубертатного віку. коли це буде корисно. Еволюція ґендерної ідентичності може тривати навіть після часткового або повного процесу соціального переходу (Ashley, 2019e; Edwards-Leeper et al., 2018; Ehrensaft, 2020; Ehrensaft et al., 2018; Spivey & Edwards-Leeper, 2019). Хоча емпіричні дані залишаються обмеженими, наявні дослідження вказують на те, що діти, які найбільш наполегливо ставляться до своєї гендерної різноманітності, найімовірніше, зберігають різноманітну гендерну ідентичність протягом тривалого часу, включно з дітьми, які перебувають у соціальному переході до статевого дозрівання (Olson et al., 2022; Rae et al., 2019; Steensma, McGuire et al., 2013). Таким чином, розглядаючи соціальний перехід, ми пропонуємо батькам/опікунам і МП звернути особливу увагу на дітей, які наполегливо стверджують свою гендерну ідентичність, що не відповідає статі, визначеній при народженні. Це стосується тих дітей, які можуть явно вимагати або бажати соціального визнання гендеру, який краще відповідає сформульованій гендерній ідентичності дитини, проявляють дистрес, коли гендерна ідентичність, яку вони переживають, сприймається як невідповідна до статі, визначеної при народженні (Rae et al., 2019; Steensma, Kreukels et al., 2013).

Незважаючи на брак емпіричної літератури щодо найкращих практик, пов'язаних із процесом соціального переходу, клінічна література та експертна думка містять наступні вказівки, які надають перевагу найкращим інтересам дитини (Ashley, 2019e; Ehrensaft, 2018; Ehrensaft et al, 2018; Murchison et al., 2016; Telfer et al., 2018):

1. Бажання соціального переходу має походити від дитини та відображати бажання дитини;
2. МП можуть допомогти вивчити переваги/недоліки, а також потенційні проблеми соціального переходу;
3. Соціальний перехід може найкраще відбуватися у всіх або лише в певних контекстах/установках (наприклад, школа, дім);
4. Дитина може вирішувати повідомляти іншим про те, що вона змінилася в суспільстві, або може призначати, як правило, за допомогою своїх батьків/опікунів, обрану групу людей, з якими вона ділиться цією інформацією.

Підводячи підсумок, соціальний перехід, найкраще сприятиме благополуччю дитини, якщо він відбувається продумано та з урахуванням індивідуальних особливостей кожної дитини. Соціальний перехід дитини (як і її гендер) може розвиватися з часом і не обов'язково є статичним, але він найкраще відображає поперечний зріз усталеного самопізнання дитини щодо її теперішньої гендерної ідентичності та бажаних дій для експресії цієї ідентичності (Ehrensaft et al., 2018).

Процес соціального переходу може включати одну або декілька різних дій, які відповідають підтвердженій гендерній ідентичності дитини (Ehrensaft et al., 2018), зокрема:

- Зміна імені;
- Зміна займенників;
- Зміна ознак статі/гендеру (наприклад, свідоцтво про народження; посвідчення особи; паспорт; шкільна та медична документація тощо);
- Участь у гендерно сегрегованих програмах (наприклад, спортивні команди; клуби та табори відпочинку; школи тощо);
- Користування туалетом та роздягальнею;
- Особиста експресія (наприклад, зачіска, вибір одягу тощо);

- Ствердження гендеру іншими особам (наприклад, соціальні мережі; оголошення в класі чи школі; листи до родичів або соціальних контактів тощо).

Рекомендація 7.13

Ми рекомендуємо медичним працівникам і батькам/опікунам підтримувати дітей у тому, щоб вони продовжували досліджувати свою гендерну ідентичність протягом періоду до статевого дозрівання, незалежно від соціального переходу.

Важливо, щоб діти, які брали участь у соціальному переході, мали такі ж можливості, як і інші діти, щоб продовжувати самопізнання та вираження гендеру протягом усього дитинства (Ashley 2019e; Spencer, Berg et al., 2021). Деякі дослідження показали, що діти можуть відчувати гендерну мінливість або навіть детранзицію після початкового соціального переходу. Дослідження не дали переконливих висновків щодо того, коли протягом життя найімовірніше це може відбутися, або який відсоток дітей відчує гендерну мінливість і/або бажання зробити зворотній перехід — через еволюцію гендеру чи, ймовірно, з інших причин (наприклад, безпека, проблеми гендерних меншин) (Olson et al., 2022; Steensma, Kreukels et al., 2013). У нещодавньому дослідницькому звіті в США вказано, що детранзиція відбувається лише у невеликого відсотку молоді через п’ять років після бінарного соціального переходу (Olson et al., 2022). Важливим є подальше спостереження за цими молодими людьми. Відтворення цих результатів також є важливим, оскільки це дослідження проводилося з обмеженою кількістю учасників із самостійної вибірки в США, і, отже, воно може бути застосоване не до всіх гендерно різноманітних дітей. Підводячи підсумок, ми маємо обмежені можливості знати заздалегідь, якими способами гендерна ідентичність і самовираження дитини можуть розвиватися з часом, а також чи може відбутися зворотній перехід, коли і з яких причин. Крім того, не всі гендерно різноманітні діти бажають досліджувати свою ідентичність (Telfer et al., 2018). Від цисгендерних дітей не очікується таке самопізнання, і тому спроби змусити до них гендерно різноманітну дитину, якщо вона сама цього не хоче , можуть сприйматися як патологізація, нав’язування та/або циснормативність (Ansara & Hegarty, 2012; Bartholomaeus et al., 2021; Oliphant et al., 2018).

Рекомендація 7.14

Ми рекомендуємо медичним працівникам обговорити потенційні переваги та ризики соціального переходу з родинами, які розглядають його.

Соціальний перехід у дітей препубертатного віку складається з різноманітних варіантів вибору, може відбуватися як процес з плином часу, індивідуалізується як на основі бажань дитини, так і на основі інших психосоціальних міркувань (Ehrensaft, 2018), і є рішенням, для якого слід враховувати можливі переваги та проблеми

Соціальний перехід може мати потенційні переваги, як описано в клінічній літературі (наприклад, Ehrensaft et al., 2018) і підтверджено дослідженнями (Fast & Olson, 2018; Rae et al., 2019). Вони включають переживання гендерної конгруентності, що одночасно зменшує гендерну дисфорію та покращуючи психосоціальну адаптацію та благополуччя (Ehrensaft et al., 2018). Дослідження вказують на те, що діти, що пройшли соціальний перехід, значною мірою віддзеркалюють характеристики психічного здоров’я цисгендерних сиблінгів та однолітків відповідного віку (Durwood et al., 2017). Ці висновки помітно

відрізняються від даних про проблеми з психічним здоров'ям, які постійно відзначалися в попередніх дослідженнях з гендерно різноманітними дітьми та підлітками (Barrow & Apostle, 2018), і свідчать про те, що вплив соціального переходу може бути позитивним. Крім того, соціальний перехід для дітей, як правило, може відбутися лише за підтримки та прийняття батьків/опікунів, що також було продемонстровано, як фактор, що сприяє благополуччю гендерно різноманітних дітей (Durwood et al., 2021; Malpas et al., 2018; Pariseau et al., 2019), хоча інші форми підтримки, такі як підтримка в школі, також були визначені як важливі (Durwood et al., 2021; Turban, King et al., 2021). МП повинні обговорити потенційні переваги соціального переходу з дітьми та сім'ями в ситуаціях, коли:

1. Існує послідовна, стабільна артикуляція гендерної ідентичності, яка не відповідає статі, визначеній при народженні (Fast & Olson, 2018). Це слід відрізняти від гендерно різноманітних проявів/поведінки/інтересів (наприклад, гра з іграшками, самовираження через вибір одягу чи зовнішнього вигляду та/або участь у діяльності, визначеній у суспільстві та зазвичай пов'язаній з іншою статтю у бінарній моделі) (Ehrensaft, 2018; Ehrensaft et al., 2018);
2. Дитина висловлює стабільне бажання або потребу перейти до гендеру, який вона сформулювала як автентичним для себе (Ehrensaft et al., 2018; Fast & Olson, 2018; Rae et al., 2019);
3. Дитина буде в емоційній і фізичній безпеці під час і після переходу (Brown & Mar, 2018).

Слід враховувати упередження та дискримінацію, особливо в місцевостях, де визнання гендерної різноманітності обмежене або заборонене (Brown & Mar, 2018; Hendricks & Testa, 2012; Turban, King et al., 2021). Слід зазначити, що також можуть бути можливі ризики для гендерно різноманітної дитини, яка не переходить у соціальний стан, включаючи:

1. Остракізм або знущання через те, що гендерно різноманітну дитину сприймають як таку, що не відповідає встановленим у суспільстві гендерним ролям та/або соціально очікуваним моделям поведінки;
2. Життя із внутрішнім стресом через те, що гендер, з яким вони себе асоціюють, не відповідає тому, який вони представляють світу.

Для сприяння гендерному здоров'ю МП мають обговорити потенційні виклики соціального переходу. Одне із частих занепокоєнь пов'язане зі страхом, що перехід буде перешкоджати дитині розглядати можливу еволюції своєї гендерної ідентичності в міру дорослішання, або дитина не бажатиме ініціювати нову гендерну зміну, навіть якщо вона більше не відчуває, що її соціальна зміна відповідає її теперішній гендерній ідентичності (Edwards-Leeper et al., 2016; Ristori & Steensma, 2016). Нещодавні дослідження виявили, що деякі батьки/опікуни дітей, які пройшли соціальний перехід, можуть обговорювати зі своїми дітьми варіанти нових гендерних ітерацій (наприклад, повернення до попередньої експресії статі) і сприймають таку можливість (Olson et al., 2019). Інша проблема соціального переходу, яку часто виявляють, полягає в тому, що дитина може мати негативні наслідки, якщо вона повернеться до колишньої гендерної ідентичності, яка відповідає її статі, визначеній при народженні (Chen et al., 2018; Edwards-Leeper et al., 2019; Steensma & Cohen-Kettenis, 2011). З цієї точки зору батьки/опікуни повинні знати про потенційний вплив соціального переходу на розвиток дитини.

Медичні працівники повинні надавати рекомендації батькам/опікунам і підтримувати дитину, коли розглядається або відбувається соціальний гендерний перехід. Ця допомога може виражатися у:

1. Консультаціях, оцінюванні та гендерній підтримці, коли це необхідно батькам/опікунам;
2. Допомозі членам сім'ї, якщо необхідно, зрозуміти бажання дитини щодо соціального переходу та власні почуття щодо висловлених дитиною бажань;
3. Обговореннях з батьками/опікунами, чи вірять вони, що соціальний перехід принесе користь їхній дитині як зараз, так і в її поточному розвитку;
4. Наданні вказівок, коли батьки/опікуни не згодні щодо соціального переходу, і надання можливості працювати разом над узгодженим розумінням гендерного статусу та потреб дитини;
5. Наданні вказівок щодо безпечних і сприятливих способів розповісти іншим про соціальний перехід своєї дитини та сприяння переходу дитини в різних соціальних середовищах (наприклад, школа, велика сім'я);
6. Сприянні спілкуванню, за бажанням дитини, з однолітками щодо статі та соціального переходу, а також зміцнення позитивних стосунків з однолітками;
7. Наданні вказівок, коли соціальний перехід може бути соціально прийнятним або безпечним, будь-де, чи в конкретних ситуаціях, коли дитина має застереження щодо початку переходу, незважаючи на її бажання це зробити (може бути кілька причин для застережень, включаючи страхи та тривоги);
8. Співпраці з членами сім'ї та СПЗ для сприяння соціальному переходу таким чином, який є оптимальним для подальшого гендерного розвитку дитини, загального благополуччя та фізичної та емоційної безпеки;
9. Забезпеченні психоосвіти щодо багатьох різних траєкторій гендеру дитини, залишаючи шляхи відкритими для майбутніх ітерацій гендеру та наголошуючи на тому, що немає необхідності прогнозувати гендерну ідентичність окремої дитини в майбутньому (Malpas et al., 2018).

Усі ці завдання включають підвищення якості спілкування між дитиною та членами сім'ї та надання можливості дитині бути почутою та вислуханою всіма залученими особами. Ці процеси взаємовідносин, у свою чергу, сприяють успіху батьків/опікунів у прийнятті обґрунтованих рішень щодо доцільності та/або параметрів соціального переходу для їхньої дитини (Malpas et al., 2018).

Однією з ролей МП є надання спрямування та підтримки в ситуаціях, коли діти та батьки/опікуни бажають продовжити соціальний перехід, але дійшли висновку, що соціальне середовище не прийме такий вибір. Це може включати в себе:

1. Допомогу батькам/опікунам визначити та розширити безпечні простори, в яких дитина може вільно виражати свою автентичну стать;
2. Обговорення з батьками/опікунами способи адвокації, які збільшують вірогідність підтримки соціального середовища в майбутньому, якщо ця мета є реалістичною;
3. Втручання, якщо необхідно, для допомогти дитині/сім'ї з будь-яким дистресом та/або соромом, спричиненими постійним пригніченням справжньої гендерної ідентичності та потребою в збереженні таємниці;

4. Формування стійкості як у дитини, так і в сім'ї, прищеплення розуміння того, що якщо соціальне оточення зазнає труднощів з прийняттям соціального переходу дитини та стверджуваної нею гендерної ідентичності, це відбувається не через недоліки дитини, а через недостатню гендерну грамотність соціального середовища (Ehrensaft et al., 2018)

Рекомендація 7.15

Ми пропонуємо медичним працівникам розглянути можливість співпраці з іншими фахівцями та організаціями для сприяння благополуччю гендерно різноманітних дітей та мінімізації труднощів, з якими вони можуть зіткнутися.

Усі діти мають право на підтримку та повагу у своїй гендерній ідентичності (Human Rights Campaign, 2018; Paré, 2020; SAMHSA, 2015). Як зазначалося вище, діти з гендерною різноманітністю є особливо вразливою групою (Barrow & Apostle, 2018; Cohen-Kettenis et al., 2003; Giovanardi et al., 2018; Gower, Rider, Coleman et al., 2018; Grossman & D' Augelli, 2007; Hendricks & Testa, 2012; Reisner, Greytak et al., 2015; Ristori & Steensma, 2016; Roberts et al., 2012; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). Обов'язки МП охоплюють визнання соціальних детермінант здоров'я, які є критично важливими для маргіналізованих меншин (Barrow & Mar, 2018; Hendricks & Testa, 2012). Усі МП беруть на себе адвокацію у формі підтримки дітей і сімей (APA, 2015; Malpas et al., 2018). Деяким МП може бути запропоновано вийти за межі своїх окремих офісів чи програм, щоб захищати гендерно різноманітних дітей у ширшій громаді, часто в партнерстві із зацікавленими сторонами, включаючи батьків/опікунів, союзників та молодь (Kaufman & Tishelman, 2018; Lopez et al., 2017; Vanderburgh, 2009). Ці зусилля можуть відіграти важливу роль у зміцненні гендерного здоров'я дітей і просуванні їхніх громадянських прав (Lopez et al., 2017).

Голос МП може бути важливим у школах, парламентських органах, судах і засобах масової інформації (Kuvalanka et al., 2019; Lopez et al., 2017; Whyatt-Sames, 2017; Vanderburgh, 2009). Крім того, медичні працівники можуть відігравати більш узагальнену адвокаційну роль у визнанні та вирішенні частого навмисного чи ненавмисного заперечення досвіду гендерно різноманітних дітей, який може передаватись або повідомлятися дорослими, однолітками та засобам масової інформації (Rafferty et al., 2018). Професіонали, які володіють набором навичок і опиняються у відповідних ситуаціях, можуть надати чіткі депатологічні заяви про потреби та права гендерно різноманітних дітей, а також про шкоду, яку завдають дискримінаційні та трансфобні правила, закони та норми (Rafferty et al., 2018).

РОЗДІЛ 8 — Небінарні особи

Небінарність використовується як загальний термін, що стосується осіб, які сприймають свою гендерну ідентичність поза гендерною бінарністю. Термін «небінарність» переважно, але не виключно, асоціюється з глобальним північним контекстом і іноді може використовуватися для опису корінних і незахідних гендерів, чия ідентичність охоплює більш ніж один гендер одночасно або в різний час (наприклад, бігендерна ідентичність), які не мають гендерної ідентичності або мають нейтральну гендерну ідентичність (наприклад, агендер або ньютрум), мають гендерну ідентичність які охоплюють або змішують елементи інших гендерів (наприклад, полігендер) та/або мають гендерну ідентичність, що змінюється з часом (наприклад, гендерфлюїдна) (Kuper et al., 2014; Richards et al., 2016; Richards et al., 2017; Vincent, 2019). Небінарні люди можуть різною мірою ідентифікувати себе з бінарними гендерами, наприклад, небінарними чоловіками/жінками, або з декількома гендерними термінами, наприклад, небінарними та гендерфлюїдними (James et al., 2016; Kuper et al., 2012). Небінарність також функціонує як власна гендерна ідентичність (Vincent, 2020). Важливо визнати, що це не вичерпний список, ті самі ідентифікації можуть мати різне значення для різних людей, а використання термінів може змінюватися з часом і залежно від місця.

Термін гендерквір, вперше використаний у 1990-х роках, покриває категорією ідентичностей дещо більшу за небінарність, яка вперше згадується приблизно наприкінці 2000-х років (Nestle та ін., 2002; Wilchins, 1995). Гендерквір іноді може використовуватися як синонім небінарності або може передавати певний свідомо політизований вимір статі людини. Хоча трансгендерність використовується в багатьох культурних контекстах як загальний термін, що включає небінарних людей, не всі небінарні люди вважають себе трансгендерними з ряду причин, у тому числі тому, що вони вважають, що трансгендерність належить виключно до гендерної бінарності, або тому, що вони не вважають себе «достатньо трансгендерними», щоб описати себе цим терміном (Garrison, 2018). Деякі небінарні люди не впевнені або неоднозначно ставляться до того, чи будуть вони описувати себе як трансгендерних (Darwin, 2020; Vincent, 2019).

У контексті англійської мови небінарні люди можуть використовувати займенники they/them/theirs або неозайменники, які включають e/em/eir, ze/zir/hir, er/ers/erself серед інших (Moser & Devereux, 2019; Vincent, 2018). Деякі небінарні люди використовують комбінацію займенників , або вважають за краще повністю уникати гендерних займенників, замість цього вживаючи своє ім’я. Крім того, деякі небінарні люди використовують вона/їй/її або він/його/його, іноді або виключно, тоді як у деяких регіонах світу описова мова для небінарних людей (ще) не існує. У контекстах за межами англійської мови можна спостерігати широкий спектр культурно-специфічних лінгвістичних адаптацій та еволюцій (Attig, 2022; Kirey-Sitnikova, 2021; Zimman, 2020). Також слід зазначити, що в деяких мовах використовується один займенник, який не пов’язаний зі статтю чи родом, тоді як в інших мовах усі іменники відносяться до роду. Ці варіації мови, ймовірно, впливатимуть на те, як небінарні люди відчувають гендер і як вони взаємодіють з іншими.

Нещодавні дослідження показують, що небінарні люди складають приблизно від 25% до понад 50% кількості трансгендерної групи, причому вибірки молоді повідомляють про найвищий відсоток небінарних людей (Burgwal et al., 2019; James et al., 2016; Watson, 2020). У нещодавніх дослідженнях дорослих трансгендерів небінарні люди, як правило, молодші за трансгендерних чоловіків і

трансгендерних жінок, а в дослідженнях як молоді, так і дорослих, небінарні ідентичності, частіше приписують собі люди зі статтю визначеною як жіночою при народженні (ВЖПН). Однак ці висновки слід інтерпретувати з обережністю, оскільки існує ряд складних соціокультурних факторів, які впливають на якість, репрезентативність і точність цих даних (Burgwal et al., 2019; James et al., 2016; Watson, 2020; Wilson & Meyer, 2021) (див. також Розділ 3 — Оцінки чисельності груп).

Розуміння гендерних ідентичностей та гендерної експресії як нелінійного спектру

Небінарні гендери вже давно визнані історично та міжкультурно (Herdt, 1994; McNabb, 2017; Vincent & Manzano, 2017). Багато категорій гендерної ідентичності є культурно специфічними, і їх нелегко перекласти з їхнього контексту, ані лінгвістичного, ані у зв'язку із західною парадигмою гендеру. Історичні колоніальні взаємодії поселенців із корінними жителями незахідних гендерних ідентичностей залишаються дуже актуальними, оскільки культурне стирання та перетин расизму з ненормативністю можуть згубно вплинути на соціальні детермінанти здоров'я гендерно різноманітних корінних людей. З 1950-х років гендер використовувався для позначення соціально сконструйованої категоризації поведінки, діяльності, зовнішнього вигляду тощо у зв'язку з бінарною моделлю чоловіка//чоловічого та жінки//жіночого в сучасному західному контексті. Проте гендер тепер має ширший діапазон можливих значень, що оцінює взаємопов'язані, але відмінні поняття, включаючи гендерну біологію (стать), гендерні ролі, гендерну експресію та гендерну ідентичність (Vincent, 2020). Аспекти гендерного вираження, які традиційно можна розуміти культурно як «чоловічі», «жіночі» або «андрогінні», можуть законно виражатися серед людей будь-якої гендерної ідентичності, незалежно від того, є вони бінарними чи ні. Наприклад, якщо небінарний індивід, який представляється в жіночому образі, не означає, що він обов'язково згодом ідентифікує себе як жінку або матиме доступ до втручань, пов'язаних з трансгендерними жінками, такими як вагінопластика. Гендерну невідповідність людини культурним очікуванням не слід розглядати як причину для занепокоєння чи вказувати на клінічну складність, наприклад, небінарна особа, стать якої визначено як чоловічу при народженні (ВЧПН), носить фемінно-кодований одяг, використовує займенники вона/її, але зберігає чоловіче ім'я.

Моделювання гендеру як спектру пропонує більше нюансів, ніж бінарна модель. Однак у моделі лінійного спектру залишаються значні обмеження, які можуть призвести до некритичних узагальнень щодо гендеру. Наприклад, хоча інтуїтивно зрозуміло розташувати «бінарні варінти» (чоловік, жінка) на обох кінцях такого континууму, це розташовує маскулінність як опозицію до фемінності, не враховуючи гендерну нейтральність, вираження маскулінності. і фемінність одночасно, і гендерквір або незахідні концепції гендеру. Важливо, щоб медпрацівники не розглядали небінарні гендери як «часткові» артикуляції трансгендерної мужності (у небінарних людей ВЖПН) або трансгендерної жінки (у небінарних людей ВЧПН), або остаточно як «десь у спектрі маскулінності/фемінності»; деякі небінарні особи взагалі вважають себе поза дихотомією чоловік/жінка. Нелінійний спектр вказує на те, що відмінності гендерного вираження, ідентичності чи потреб щодо підтвердження гендеру між клієнтами не слід порівнювати з метою розміщення їх уздовж лінійного спектру. Крім того, інтерпретація гендерної експресії є суб'єктивною та культурно визначеною, і те, що може сприйматися або розглядатися як надзвичайно жіночна для однієї людини, може не виглядати таким для іншої (Vincent, 2020). Медичні працівники отримують вигоду від уникнення припущень про те, як кожен клієнт концептуалізує свою

гендерну ідентичність, і від готовності керуватися особистим розумінням гендеру в системі конкретного клієнта, оскільки воно пов'язане з гендерною ідентичністю, експресією та будь-якою потребою в медичній допомозі.

Процес гендерного розвитку, який переживають усі трансгендерні та гендерно різноманітні (ТГР) люди, незалежно від їхнього відношення до гендерної бінарності, здається, має схожі теми (наприклад, обізнаність, самодослідження, створення сенсу, інтеграція), але час, прогрес та особистий досвід пов'язані з кожним із цих процесів різняться як всередині, так і між групами трансгендерних і небінарних людей (Kuper, Wright та ін., 2018; Kuper, Lindley та ін., 2019; Tatum та ін., 2020). Соціокультурні та міжсекторальні перспективи можуть бути корисними для контекстуалізації гендерного розвитку та соціального переходу, включаючи те, як індивідуальний досвід формується соціальним і культурним контекстом і як вони взаємодіють з додатковими сферами ідентичності та особистого досвіду.

Потреба в доступі до гендерно-підтверджуючої допомоги

Деякі небінарні люди шукають гендерно-підтверджуючу допомогу, щоб полегшити гендерну дисфорію чи неконгруентність і підвищити задоволеність своїм тілом за допомогою медично необхідних втручань (див. твердження про медичну необхідність в Розділі 2 — Глобальна застосовність, Рекомендація 2.1). Деякі небінарні люди можуть відчувати, що їм потрібне певне лікування (Beek та ін., 2015; Jones та ін., 2019; Köhler та ін., 2018), а інші — ні (Burgwal). & Motmans, 2021; Nieder, Eyssel та ін., 2020). Через це частка небінарних людей, які шукають гендерно-підтверджуючої допомоги, і конкретні цілі цієї допомоги часто залишаються неясними (див. також Розділ 5 — Оцінювання дорослих). Роль медичного працівника полягає в тому, щоб надавати інформацію про існуючі медичні варіанти (та їх доступність), які можуть допомогти пом'якшити гендерну дисфорію чи невідповідність і підвищити задоволеність тілом, не роблячи припущень щодо того, які варіанти лікування можуть найкраще підійти кожній окремій людині.

Мотиви для доступу (або відсутності доступу) до гендерно-підтверджуючих медичних втручань, включаючи гормональну терапію та/або хірургічні втручання, неоднорідні та потенційно складні (Burgwal & Motmans, 2021; Vincent, 2019, 2020) і повинні досліджуватися спільно, перш ніж приймати рішення щодо фізичних втручання. Потреба особи в доступі до гендерно-підтверджуючих медичних процедур не може бути передбачена її гендерною роллю, експресією чи ідентичністю. Наприклад, деяким трансгендерним жінкам не потрібна вагінопластика, тоді як деяким небінарним особам, ВЧПН може знадобитися самого втручання. Крім того, небінарні люди, які шукають гендерно-підтверджувальної допомоги, тісно пов'язаної з переходом від визначених їм статі/гендеру до іншої бінарно-визнаної категорії (тобто терапія естрогеном і вагінопластика для особи, ВЧПН), не підриває достовірність їхньої небінарної ідентичності.

Незважаючи на те, що бар'єри для догляду залишаються широко поширеними для багатьох трансгендерних осіб, небінарні люди, схоже, стикаються з особливо високими труднощі з доступом як до послуг з психічного здоров'я, так і до гендерно-підтверджуючої медичної допомоги (Clark et al., 2018; James, 2016). Багато небінарних людей повідомляють про досвід взаємодії з медичними працівниками, які не визнавали їхню небінарну гендерну ідентичність, включно з випадками, коли медичні працівники висловлювали переконання, що така ідентичність є недійсною, або їм принципово складніше отримувати

допомогу (Valentine, 2016; Vincent, 2020). Небінарні люди можуть зіткнутися з припущеннями постачальників, що вони не потребують або не хочуть гендерно-підтверджуючого лікування (Kcomt та ін., 2020; Vincent, 2020) і повідомляють, про відчуннz тиску, спрямованого на представлення себе трансгендерними чоловіками або трансгендерними жінками (у бінарній структурі гендеру), щоб отримати доступ до лікування (Bradford et al., 2019; Taylor et al., 2019). Іноді небінарні люди навчають постачальника, від якого вони шукають послуги, незважаючи на те, що покладання МП на своїх пацієнтів для навчання є недоречним (Kcomt та ін., 2020). Порівняно з трансгендерними чоловіками та трансгендерними жінками, Бургвал та Мотманс (Burgwal & Motmans, 2021) виявили, що небінарні люди більше бояться упередженого ставлення з боку постачальників медичних послуг, менше довіряють наданим послугам і менше знають про те, куди можна звернутися за допомогою. Дослідження, проведені як у Європі, так і в США, показали, що небінарні особи, як правило, відкладають допомогу частіше, ніж бінарні трансгендерні чоловіки чи трансгендерні жінки, причому страх перед нечутливим або некомпетентним лікуванням є найбільш згадуваною причиною (Burgwal & Motmans, 2021; Grant et al., 2011). Небінарні люди також рідше розкривають свою гендерну ідентичність своїм МП, ніж інші трансгендерні люди (Kcomt та ін., 2020).

Потреба в необхідному рівні підтримки

Надання гендерно-підтверджуючої допомоги небінарним людям виходить за рамки надання конкретних гендерно-підтверджуючих втручань, таких як гормональна терапія чи хірургічне втручання, і передбачає підтримку загального здоров'я та розвитку небінарних людей. Моделі стресу меншин були адаптовані для концептуалізації того, як гендерні стресори, які відчувають трансгендерні люди, пов'язані з розбіжностями у фізичному та психічному здоров'ї (Delozier та ін., 2020; Testa та ін., 2017). Схоже, що небінарні люди відчувають стресові фактори меншин, які схожі на ті, які відчувають трансгендерні чоловіки та трансгендерні жінки, а також мають ряд стресорів, характерних для їх ідентичностей. Джонсон (Johnsonб 2020) повідомив, що досвід визнання ідентичності недійсною особливо високий серед небінарних людей. Наприклад, твердження чи дії, які передають переконання, що небінарні ідентичності не є «реальними» або є результатом «примхи» чи «фази», також стосовно небінарних людей рідше, ніж стосовно трансгендерних чоловіків та трансгендерних жінок, вживаються їхні правильні займенники. Таким чином небінарні люди описували, що почуваються «невидимими» для інших (Conlin, 2019; Taylor, 2018), а одне дослідження показало, що небінарна молодь повідомляє про нижчий рівень самооцінки порівняно з молодими трансгендерними чоловіками та трансгендерними жінками (Thorne, Witcomb та ін., 2019).

Незважаючи на те, що багато ТГР люди повідомляють про досвід дискримінації, віктимізації та міжособистісного неприйняття (James, 2016), включаючи залякування, серед вибірок молоді (Human Rights Campaign, 2018; Witcomb та ін., 2019) поширеність цього досвіду може відрізнятися залежно від групи та впливу додаткових пересічних характеристик. Наприклад, Ньюкомб (Newcomb, 2020) виявив, що трансгендерні жінки та небінарна молодь, ВЧПН, зазнають вищого рівня віктимізації, ніж трансгендерні чоловіки та небінарна молодь, ВЖПН, причому небінарна молодь, ВЧПН, повідомляла про найвищий рівень травматичного стресу. У іншому дослідженні Поквіз (Poquiz , 2021) виявив, що трансгендерні чоловіки та трансгендерні жінки зазнають вищого рівня дискримінації, ніж небінарні люди. Ця перехресна

складність також, ймовірно, сприяє мінливості результатів досліджень, що порівнюють фізичне та психічне здоров'я небінарних осіб і трансгендерних чоловіків і трансгендерних жінок, причому деякі дослідження вказують на більше проблем фізичного та психічного здоров'я серед небінарних людей, деякі повідомляють про меншу стурбованість, а деякі повідомляють про відсутність різниці між групами (Scandurra, 2019).

Враховуючи, що небінарні наративи ідентичності можуть бути менш доступними, ніж більш бінарно-орієнтовані, небінарні люди можуть мати менше ресурсів для дослідження та формулювання свого гендерного Я. Наприклад, ці ресурси можуть включати доступ до простору спільноти та міжособистісних стосунків, де можливо досліджувати небінарну ідентичність, або доступ до мови та концепцій, які дозволяють детальніше розглядати небінарний досвід (Bradford et al., 2018; Fiani & Han, 2019; Galupo et al. ін., 2019). Зараз розробляються клінічні рекомендації, щоб допомогти постачальникам адаптувати гендерно-підтверджуючу терапевтичну допомогу, щоб відповідати унікальному досвіду небінарних людей (Matsuno, 2019; Rider, Vencill та ін., 2019).

Гендерно-підтверджуючі медичні втручання для небінарних людей

У контекстах, коли конкретне медичне втручання не має встановленого прецеденту, важливо, щоб перед розглядом втручання особа отримала огляд доступної інформації, включаючи визнання потенційних меж знань. Не менш важливо провести та задокументувати всебічне обговорення необхідних фізичних змін і потенційних обмежень у досягненні цих атрибутів, а також наслідків того, що будь-яке втручання може або не може покращити здатність особи виражати свою стать.

Стосовно естрогенної терапії для небінарних людей, ВЧПН, важливо зазначити, що неможливо уникнути зростання грудей (Seal, 2017). Незважаючи на те, що ступінь росту дуже варіабельний, це слід чітко пояснити, якщо небінарна людина прагне інших змін, пов'язаних із терапією естрогеном (таких як пом'якшення шкіри та зменшення росту волосся на обличчі), але не бажає або ставиться до грудей неоднозначно. зростання. Подібним чином, для небінарних людей, ВЖПН, які, можливо, бажають отримати доступ до тестостерону, щоб отримати певні зміни, слід визнати, що якщо потрібен розвиток волосся на обличчі, ріст статевих органів неминучий (Seal, 2017). Прийому тестостерону також супроводжуватимуться незворотним зниженням висоти голосу, хоча конкретна ступінь є індивідуальною (Vincent, 2019; Ziegler et al., 2018). Зниження висоти голосу без появи волосся на тілі — ще одна така проблема. Для деяких небінарних людей видалення волосся є дуже важливою частиною підтвердження їхньої гендерної ідентичності (Cocchetti, Ristori, Romani et al., 2020).

Якщо гормональна терапія припиняється із збереженням статевих залоз, багато фізичних змін повернуться до їх стану до початку гормональної терапії, оскільки гормони статевих залоз знову почнуть діяти, включно з припиненням аменореї та розвитку волосся на тілі в небінарних людей, ВЖПН, і стан зменшення м'язової вираженості та еректильної дисфункції у небінарних людей, ВЧПН. Інші зміни будуть постійними, наприклад облисіння за «чоловічим типом», ріст статевих органів і ріст волосся на обличчі у небінарних людей, ВЖПН, або розвиток грудей у небінарних людей, ВЧПН (Hembree та ін., 2017). Виправлення цих змін вимагатиме подальших втручань, таких як електроліз або мастектомія, тому такі зміни іноді описуються як «частково оборотні» (Coleman et al., 2012). Оскільки наслідки використання низьких доз під час гормональної терапії для цієї групи пацієнтів не задокументовані, важливо розглянути

можливість моніторингу ризику розвитку серцево-судинних хвороб та погіршення здоров'я кісток, якщо використовується низька доза гормональної терапії. Для отримання більш детальної інформації дивіться Розділ 12 — Гормональна терапія.

Якщо експресія ні тестостерону, ні естрогену не потрібна, можливе пригнічення вироблення естрогену та/або тестостерону. Необхідно обговорити наслідки цього щодо підвищення ризику розвитку серцево-судинних хвороб, зниження рівня мінералізації кісток і підвищення ризику депресії та вжити відповідних заходів для зменшення ризику (для отримання додаткової інформації див. також Розділ 9 — Євнухи та Розділ 12 — Гормональна терапія) (Brett та ін., 2007; Vale та ін., 2010; Wassersug & Johnson, 2007). Обговорення медичного та/або соціального переходу є незалежними одне від одного, а також розгляд варіантів гормональної терапії, та/або хірургічних процедур незалежно один від одного мають бути доступні кожному, незалежно від того, чи є особа трансгендерним чоловіком, трансгендерною жінкою чи небінарною особою. Усі твердження в цьому розділі були рекомендовані на основі ретельного аналізу доказів, оцінки користі та шкоди, цінностей і переваг постачальників і пацієнтів, а також використання ресурсів і здійсненності. У деяких випадках ми визнаємо, що докази обмежені та/або послуги можуть бути недоступними або небажаними.

Рекомендації

8.1 — Ми рекомендуємо медичним працівникам проводити з небінарним людьми індивідуалізований процес оцінювання та лікування, яке підтверджує їхній гендерний досвід.

8.2 — Ми рекомендуємо медичним працівникам розглянути гендерно-підтверджуючі медичні втручання (гормональне лікування або хірургічне втручання) для небінарних людей за відсутності «соціального гендерного переходу».

8.3 — Ми рекомендуємо медичним працівникам розглянути можливість проведення хірургічних втручань з підтвердження гендеру за відсутності гормональної терапії, за винятком випадків, коли гормональна терапія потрібна для досягнення бажаного хірургічного результату.

8.4 — Ми рекомендуємо медичним працівникам надати інформацію небінарним людям про вплив гормональної терапії/хірургічного втручання на майбутню фертильність та обговорити варіанти збереження фертильності до початку гормональної терапії або операцій.

Рекомендація 8.1

Ми рекомендуємо медичним працівникам проводити з небінарним людьми індивідуалізований процес оцінювання та лікування, яке підтверджує їхній гендерний досвід.

Індивідуалізована оцінка з небінарною особою починається з розуміння того, як вони відчувають свою гендерну ідентичність і як це впливає на їхні цілі щодо медичної допомоги, яку вони шукають. Те, як люди концептуалізують свій досвід, пов'язаний з гендером, може бути різним для різних соціальних груп і культур і може включати досвід, пов'язаний з іншими перехресними аспектами ідентичності (наприклад, вік, сексуальність, раса, етнічна приналежність, соціально-економічний статус, статус інвалідності) (Kuper et al., 2014; Субраманян та ін., 2016).

Медичні працівники повинні уникати апріорних припущень щодо гендерної ідентичності, самовираження чи потреб у догляді будь-якого клієнта. Вони також повинні пам'ятати, що небінарний досвід клієнта щодо гендеру може як мати, так і не мати відношення до цілей, пов'язаних з процесом оцінювання та лікуванням. Ступінь, узгодження гендеру клієнта цілям його лікування, має визначати рівень деталізації, на якому досліджується його гендерна ідентичність. Наприклад, якщо небінарна особа звертається за допомогою з приводу проблеми, яка не пов'язана з гендерною допомогою, може бути

достатньо просто визначити правильне ім’я та займенники (Knutson et al., 2019). При вирішенні проблеми, для якої має значення поточний або минулий гормональний або хірургічний статус, може знадобитися більше деталей, навіть якщо занепокоєння не пов’язане конкретно зі статтю.

Клінічні умови мають бути привітними, відображати гендерне різноманіття і підтверджувати гендерний досвід небінарних людей, щоб бути культурно компетентними. Забезпечення того, що інформація про клініку та постачальника (наприклад, веб-сайти), форми (наприклад, опитування) та інші матеріали містять небінарні ідентичності та побудовані на небінарному досвіді, свідчить про те, що небінарних людей вітають і визнають (Hagen & Galupo, 2014). Використання вільних текстових полів для гендерної ідентичності та займенників є більш інклюзивним, ніж використання списку варіантів відповіді. Додатковими прикладами є забезпечення конфіденційності на стійці реєстрації, встановлення альтернатив для переліку офіційних імен у цифрових базах даних (у культурному контексті, де це необхідно), встановлення гендерно-нейтральних туалетів та встановлення альтернатив виклику офіційного імені в кімнаті очікування є допоміжними прикладами культурної компетентності у питаннях трансгендерних та гендерно різноманітних (TGD) людей (Burgwal та ін., 2021). У закладах догляду важливо, щоб імена, займенники та інші терміни, пов’язані з гендером, запитувалися та використовувалися як спочатку, так і на регулярній основі, оскільки вони можуть змінюватися з часом та обставинами.

Ми заохочуємо МП до застосування підходу, який зосереджується на сильних сторонах і стійкості. Дедалі частіше з’являється критика щодо надмірної уваги медичних працівників до проблем, пов’язаних із гендером, оскільки також важливо враховувати відчуття підвищеного комфорту, радості та самореалізації, які можуть бути результатом самоствердження та доступу до медичної допомоги (Ashley, 2019a; Benestad., 2010). На додаток до використання діагнозів, коли/там, де це необхідно для полегшення доступу до медичної допомоги, МП рекомендується спільно досліджувати з клієнтами цей ширший діапазон потенційних гендерних переживань і те, як вони можуть відповідати варіантам лікування (Motmans et al., 2019). Для всіх ТГР людей такі фактори стійкості, як стосунки підтримки, участь у спільнотах, які включають подібних інших, і гордість за свою ідентичність є важливими для розгляду, оскільки вони пов’язані з низкою позитивних наслідків для здоров’я (Bowling et al., 2019; Budge, 2015; Джонс та ін., 2018).

Важливо усвідомлювати обмеження інструментів, які постачальники історично використовували для оцінки досвіду дисфорії у трансгендерних осіб, оскільки вони можуть бути особливо вираженими для багатьох небінарних людей. Більшість показників, пов’язаних з гендером, припускають, що клієнти сприймають себе у рамках бінарного гендеру, серед інших недоліків (наприклад, Recalled Gender Identity Scale, Utrecht Gender Dysphoria Scale). Паралельно з розробкою новіших методик для кращого охоплення досвіду небінарних людей (McGuire et al., 2018; McGuire et al., 2020), відкрите обговорення, ймовірно, забезпечить глибше та точніше розуміння кожного індивідуальний досвід дисфорії та пов’язаних з ним потреб в догляді. Таким чином, хоча останні ітерації діагностичних категорій (наприклад, «гендерна дисфорія» в ДСП-5 і «гендерна невідповідність» в МКХ-11) мали на меті включати людей з небінарним гендерним досвідом, вони можуть неадекватно охоплювати повне різноманіття та масштаб досвіду гендерного дистресу, особливо у небінарних людей. На додаток до дистресу, пов’язаного з аспектами фізичного тіла та зовнішнього вигляду людини, дистрес може виникати через те, як гендер особи сприймається в соціальних ситуаціях, а також через переживання стресу меншин. пов’язаного з гендером

людини (Winters & Ehrbar, 2010). Досвід небінарних людей у кожній із цих сфер може бути схожим на досвід трансгендерних чоловіків чи жінок, або бути відмінним від нього.

Особистісно-орієнтований підхід для гендерно-підтверджуючого догляду включає конкретне обговорення того можливостей різних втручання змінити рівень комфорту клієнта як з його власним переживанням гендеру так із тим, як їхню гендерна ідентичність сприймається іншим. Небінарні люди можуть зіткнутися з труднощами в узгодженні своєї особистої ідентичності з обмеженнями доступних медичних процедур, а також можуть зіткнутися з нерозумінням та нетерпимістю з боку суспільства щодо їхньої гендерної презентації (Taylor et al., 2019). Нові дослідження свідчать про те, що потреби в медичному лікуванні небінарних людей особливо різноманітні, включаючи як потреби, які зазвичай пов'язані з такими у трансгендерних чоловіків та жінок, так і альтернативні втручання (наприклад, використання зниженого дозування для гормональної терапії, або хірургічні втручання без гормональної терапії). В цей же час, інші пацієнти повідомляють про відсутність інтересу до медичних втручань, а деякі повідомляють про впевненість у своїх потребах (Burgwal & Motmans, 2021; James et al., 2016). Концептуалізація діагностики як постійного процесу є особливо важливою, враховуючи, що гендерний досвід і пов'язані з ним потреби можуть змінюватися протягом життя. Враховуючи постійну еволюцію варіантів медичної допомоги та інформація про вплив цих процедур, особливо для небінарних людей, клієнтам вигідне професійне зростання МП, які регулярно оновлюють свої знання та втілюють ці наработки своїм клієнтам.

Рекомендація 8.2

Ми рекомендуємо медичним працівникам розглянути гендерно-підтверджуючі медичні втручання (гормональне лікування або хірургічне втручання) для небінарних людей за відсутності «соціального гендерного переходу».

Попередні вимоги щодо доступу до гормональної терапії та хірургічного втручання, такі як «життя в гендерній ролі, що відповідає гендерній ідентичності особи», не відображають життєвий досвід багатьох ТГР людей (Coleman та ін., 2012). Через укорінену природу гендерної бінарності в більшості сучасних західних культур люди, зазвичай, сприймаються іншими лише як чоловік або жінка в більшості ситуацій (Батлер, 1993). Отже, видимість і розуміння небінарності як концепту та її експресія. Це пов'язано з тим, що гендерні ознаки майже завжди категоризуються у рамках бінарного гендеру (Butler, 1993). Зараз небінарним людям важко бути надійно показати свою ідентичність за допомогою візуальних ознак, пов'язаних з їхньою гендерною експресією (наприклад, одяг, волосся). Проте андрогінність або гендерна неконформність можуть бути передані шляхом змішування або поєднання культурних маркерів із традиційно чоловічими чи жіночими конотаціями. Оскільки в більшості сучасних західних, глобально-північних культурах не існує «небінарної категорії», видимість небінарних людей часто вимагає виголошення власної гендерної ідентичності з іншими або використання сигналів, які можна інтерпретувати як гендерну неконформність (але не обов'язково небінарність).

З цих причин розгляд доступу до медичної допомоги в контексті «соціального гендерного переходу», людини коли вона «живе у гендерній ролі, яка відповідає її гендерній ідентичності», не відповідає тому, як багато ТГР людей усвідомлюють себе та власний процес переходу. Для деяких виконання цієї умови не передбачає зміни імені, займенників або гендерної експресії, хоча вони

потребують медичного втручання. Навіть якщо людина здатна жити у спосіб, який відповідає її гендерній ідентичності, сторонньому спостерігачеві може бути важко оцінити це, не дізнавшись безпосередньо від цієї особи, як вона розуміє свій власний гендерний досвід. Очікування «соціального гендерного переходу» може бути марним при розгляді питання про право на ґендерно-підтверджуючий догляд, такий як гормональна терапія та хірургічні процедури, а жорсткі очікування щодо того, як «повинен» виглядати «соціальний гендерний перехід» можуть бути перешкодою для отримання допомоги небінарними людьми. Немає жодної логічної передумови до того, щоб медичне втручання з підтвердження гендеру здійснювалося лише після того, як особа законно змінила своє ім'я, гендерний маркер в документах, що посвідчують особу, або носила певні предмети одягу. Небінарним людям може бути важко отримати доступ до визнання своєї гендерної ідентичності в офіційних документах, що може негативно вплинути на їхнє психічне здоров'я або благополуччя (Goetz & Arcomano, 2021). ТГР люди можуть отримати користь від конкретної підтримки в зміні (або збереженні) свого гендерного маркера. Вимога, щоб хтось розкривав свою гендерну ідентичність у всіх колах свого життя (сім'я, робота, школа тощо), щоб отримати доступ до медичної допомоги, може не відповідати цілям і може поставити їх під загрозу за певних умов.

Рекомендація 8.3

Ми рекомендуємо медичним працівникам розглянути можливість проведення хірургічних втручань з підтвердження гендеру за відсутності гормональної терапії, за винятком випадків, коли гормональна терапія потрібна для досягнення бажаного хірургічного результату.

Шлях «гормональна терапія перед операційним втручанням» є варіантом для ряду хірургічних втручань. Деякі небінарні люди будуть шукати гендерно-підтверджуючого хірургічного лікування, щоб зменшити гендерну невідповідність і підвищити задоволеність тілом (Beek та ін., 2015; Burgwal & Motmans, 2021; Jones та ін., 2019; Koehler та ін., 2018), але не бажають проходити гормональну терапію (або не можуть її пройти гормональну терапію через інші медичні причини) (Nieder, Eyssel et al., 2020). Наразі невідомо, для якої частки небінарних людей застосовуються ці параметри.

Можливо, хірургічне втручання, яке є специфічним для небінарних людей (навідміну від того, яке шукають трансгендерні чоловіки чи деякі цисгендерні жінки), це мастектомія для небінарних людей, ПЖПН, які не приймали тестостерон — хоча тестостерон не є обов'язковою умовою для такого типу хірургічного втручання (McTernan et al., 2020). Прикладом хірургічного втручання, для якого може знадобитися принаймні певний період гормональної терапії, є метоідіопластика, яка проводиться на збільшеному після терапії тестостероном кліторі (Див. Розділ 13 — Хірургія та післяопераційний догляд, щоб дізнатися більше про те, чи потрібна гормональна терапія для різних операцій). Процедури, спрямовані на внутрішню репродуктивну систему, включають гістеректомію, односторонню або двосторонню сальпінгоофоректомію та вагінектомію. Гормональна терапія не потрібна для жодної з цих процедур, але замісна гормональна терапія (естрогенами та/або тестостероном) є доцільною для осіб, які проходять повну гонадектомію, щоб запобігти несприятливому впливу на серцево-судинну та опорно-рухову системи (Hembree et al., 2017; Seal, 2017). Хоча хірургічне втручання для фалопластики не вимагає мінімального періоду лікування тестостероном, вірилізація клітора та малих статевих губ може вплинути на вибір хірургічної техніки та варіанту процедури (для отримання додаткової інформації див. Розділ 13 — Хірургія та післяопераційний догляд).

Небінарні пацієнти, ВЧПН, повинні бути проінформовані перед початком естрогенної терапії після хірургічного втручання (якщо вони не мали попередньої історії естрогенної терапії), про те як вона може вплинути на результат операції (Kanhai, Hage, Asscheman et al., 1999; Kanhai, Hage, Karim et al., 1999). Проведення двосторонньої орхідектомії не потребує естрогенна терапія для досягнення кращого результату (Hembree et al., 2017). У цьому контексті доцільно інформувати клієнтів про ризики та переваги замісної гормональної терапії (естрогени та/або тестостерон) для запобігання несприятливому впливу на серцево-судинну систему та опорно-руховий апарат, а також про альтернативні варіанти лікування, такі як добавки з кальцієм і вітаміном D для запобігання остеопорозу (Hembree et al., 2017; Seal, 2017; Weaver et al., 2016). (Детальніше про відмову від замісної гормональної терапії див. Розділ 9 — Євнухи). У випадку проведення вагінопластики пацієнтам слід повідомити, що відсутність терапії, що блокує тестостерон, може спричинити післяопераційний ріст волосся у піхві, якщо використовувався трансплантат шкіри з волоссям (Giltay & Gooren, 2000).

Додаткові хірургічні процедури для небінарних людей, ВЧПН, можуть включати вагінопластику зі збереженням статевого члена, вагінопластику зі збереженням яєчка(ів) і процедури, що призводять до відсутності зовнішніх первинних статевих ознак (тобто пенектомія, скрототомія, орхіектомія тощо). Хірургу та особі, яка шукає лікування, рекомендується брати участь в обговореннях, щоб зрозуміти цілі та очікування людини, а також переваги та обмеження запланованої (або запитаної) процедури та приймати рішення на індивідуальній основі, співпрацюючи з іншими медичними працівниками залученими в процесі (якщо такі є).

Рекомендація 8.4.

Ми рекомендуємо медичним працівникам надати інформацію небінарним людям про вплив гормональної терапії/хірургічного втручання на майбутню фертильність та обговорити варіанти збереження фертильності до початку гормональної терапії або операцій.

Усім небінарним особам, які шукають гендерно-підтверджуючу гормональну терапію, слід надати інформацію та рекомендації щодо варіантів зберення фертильності (Hembree et al., 2017; De Roo et al., 2016; Defreyne, Elaut et al., 2020; Defreyne, van Schuvlenbergh et al., 2020; Nahata et al., 2017; Quinn et al., 2021). Важливо обговорити потенційний вплив гормональної терапії на фертильність до початку процедури (для отримання додаткової інформації див. Розділ 16 — Репродуктивне здоров'я).

Нещодавні дослідження свідчать про те, що небінарні люди мають меншу ймовірність отримати допомогу та бути почутими в своїх потреба (Beek et al., 2015; Taylor et al., 2019). Таким чином, цілком зрозуміло, що слід надати інформацію про поточні варіанти та методи збереження фертильності будь-якій гендерно різноманітній людині, в ідеалі до початку гормональної терапії, оскільки вплив гормонів може вплинути на якість сперми або яйцеклітин (Hamada et al., 2015; Payer et al., 1979). Однак це ні в якому разі не повинно перешкоджати пошуку додаткової інформації пізніше, оскільки є докази того, що фертильність все ще зберігається у осіб, які отримують терапію естрогеном і тестостероном (Light et al., 2014). Рішення небінарної або гендерно різноманітної особи про те, що збереження фертильності або консультування не потрібні, не повинно використовуватися як підстава для відмови або відстрочки доступу до гормональної терапії.

РОЗДІЛ 9 — Євнухи

Серед багатьох людей, які користуються медичною допомогою, що підтверджує гендер, ті, хто ідентифікує себе як євнухи, є одними з найменш помітних. 8-а версія Стандартів догляду (SOC) включає обговорення осіб-євнухів через їх унікальну презентацію і потребу в медично необхідному гендерно-підтверджуючому догляді (див. Розділ 2 — Глобальна застосовність, Рекомендація 2.1).

Євнухи — це особи, у яких визначено чоловічу стать при народженні (ВЧПН), і вони бажають усунути чоловічі фізичні риси, чоловічі статеві органи або їх функціонування. До них також належать особи, чиї яєчка були видалені хірургічним шляхом або перестали функціонувати через хімічний чи фізичний вплив, і які ідентифікують себе як євнухи. Це визначення засновано на самоідентифікації та не включає осіб, які не ідентифікують себе як євнухів (наприклад чоловіків, які лікувалися від прогресуючого раку передміхурової залози). В цьому розділі ми розглядаємо осіб, які ідентифікують себе як євнухів, як частину гендерно різноманітної парасольки.

Як і інші гендерно різноманітні люди, євнухи також можуть шукати послуги з кастрації, щоб краще узгодити своє тіло зі своєю гендерною ідентичністю. Таким чином, євнухи є гендерно неконформними особами, які мають потреби у медично необхідному догляді, що підтверджує гендер (Brett et al., 2007; Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008).

Євнухи визначають свою гендерну ідентичність різними способами. Багато євнухів бачать свій статус як чітку гендерну ідентичність без жодної іншої гендерної приналежності. Медичні працівники (МП) стикаються у своїй роботі з євнухами, які вимагають гормонального втручання та/або кастрації, щоб підтвердити власну ідентичність. Ці люди також можуть отримати користь від взаємодії зі спільнотою євнухів через ідентифікацію — із фактичною кастрацією чи без неї.

Незважаючи на 4000-річну історію існування євнухів у суспільстві, найбільшим джерелом інформації про сучасних євнухів, міститься у великій онлайн-спільноті, яка збирається на таких сайтах, як Eunuch Archive (www.eunuch.org), який був заснований у 1998 році. Модератори цього сайту намагаються підтримувати як медичну, так і історичну точність на своїх дискусійних форумах, хоча, звичайно, також є і дезінформація. За даними веб-сайту, станом на січень 2022 року було понад 130 000 зареєстрованих учасників з різних частин світу, і часто понад 90% тих, хто читає сайт, є «гостями», а не зареєстрованими членами. Веб-сайт містить понад 23 000 тем і майже 220 000 дописів. Наприклад, дві теми, які містять інструкції щодо самокастрації шляхом ін'єкції різних токсинів безпосередньо в яєчка, мають близько 2500 повідомлень кожна, і кожна була прочитана більше мільйона разів. Починаючи з 2001 року, було 20 щорічних міжнародних зібрань спільноти Eunuch Archive в Міннеаполісі на додаток до багатьох регіональних зібрань в інших місцях. Незважаючи на те, що тема кастрації цікавить більшість людей, які беруть участь в обговореннях, це меншість членів, які прагнуть пройти або пройшли кастрацію. Багато колишніх членів Eunuch Archive досягли своїх цілей і більше не беруть участі в житті спільноти.

Через хибні уявлення та упередження щодо історичних євнухів, невидимість їх сучасників і соціальну стигматизацію, яка впливає на всі гендерні та сексуальні меншини, мало хто з євнухів публічно оголошує про свою ідентичність, і багато хто нікому не скаже про це та поділиться лише з однодумцями. в онлайн-спільноті або лише з близькими родичами і друзями (Wassersug & Lieberman, 2010). Стереотипи щодо євнухів часто дуже негативні (Lieberman 2018), і євнухи можуть зазнавати такого ж стресу меншини,

як і інші стигматизовані групи (Wassersug & Lieberman, 2010). Таким чином, дослідження стресу меншин, що впливає на гендерно різноманітних людей має включати і євнухів.

Поточний набір рекомендацій спрямований на фахівців працюючих з особами, які ідентифікують себе як євнухи (Johnson & Wassersug, 2016; Vale та ін., 2010), які вимагають медично необхідного гендерно-підтверджуючого медичного та/або хірургічного втручання (ГПМХВ). Незважаючи на те, що євнух не розглядаються як конкретна діагностична категорія в МКХ або ДСП, вона є корисною конструкцією, оскільки описує специфіку досвіду, а також пов'язує його з досвідом гендерної невідповідності в ширшому контексті. Особи-євнухи проявляють свою ідентичність клінічно різними способами. Вони бажають мати тіло, сумісне з їх ідентичністю — таке, яке не має функціональних чоловічих статевих органів. Інші особи-євнухи відчувають гострий дискомфорт у своїх чоловічих статевих органах і потребують їх видалення, щоб почуватися комфортно у своєму тілі (Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008). Деякі євнухи байдужі до наявності чоловічих зовнішніх статевих органів, якщо вони присутні лише фізично і не виробляють андрогенів (Brett et al., 2007). Гормональні засоби можуть бути використані для пригнічення вироблення андрогенів, хоча орхіектомія забезпечує постійне рішення в такій ситуації (Wibowo та ін., 2016). Багато осіб в такому випадку обирають певну форму замісної гормональної терапії, щоб запобігти побічним ефектам, пов'язаним з гіпогонадизмом. Більшість тих, хто обирає гормональну терапію, обирають повну або часткову замісну дозу тестостерону. Менша кількість обирає терапію естрогеном.

Усі твердження в цьому розділі були рекомендовані на основі ретельного аналізу доказів, оцінки користі та шкоди, цінностей і переваг постачальників і пацієнтів, а також використання ресурсів і здійсненності. У деяких випадках ми визнаємо, що докази обмежені та/або послуги можуть бути недоступними або небажаними.

Рекомендації

9.1 — Ми рекомендуємо, щоб медичні працівники та інші користувачі Стандартів Медичної Допомоги 8-ї Версії застосовували рекомендації таким чином, щоб відповідати потребам осіб-євнухів.

9.2 — Ми рекомендуємо, щоб медичні працівники розглянули медичне та/або хірургічне втручання для осіб-євнухів, якщо існує високий ризик того, що відмова від лікування завдасть людям шкоди через самостійне хірургічне втручання, хірургічне втручання з боку некваліфікованих лікарями або неконтрольованого використання ліків, які впливають на гормональний фон.

9.3 — Ми рекомендуємо, щоб медичні працівники, які оцінюють євнухів для лікування, продемонстрували компетентність у їх оцінці.

9.4 — Ми пропонуємо медичним працівникам, які надають допомогу особам-євнухам, включати статеве навчання та консультування.

Рекомендація 9.1.

Ми рекомендуємо, щоб медичні працівники та інші користувачі Стандартів Медичної Допомоги 8-ї Версії застосовували рекомендації таким чином, щоб відповідати потребам осіб-євнухів.

Євнухи є частиною групи гендерно різноманітних людей, які відчувають гендерну невідповідність і можуть також шукати гендерно-підтверджуючої допомоги. Як і інші трансгендерні та гендерно різноманітні (ТГР) особи, євнухи потребують доступу до підтверджуючого догляду, щоб посилити комфорт зі своїм гендерним Я. Кожен розділ СМД відповідає потребам різних людей, і євнухи

можуть бути включені до цієї групи. Вони можуть мати спільні риси з деякими небінарними особами в тому, що соціальний перехід може бути не бажаним варіантом, а гормональна терапія може не відігравати такої ж ролі, як у соціальному переході або переході в бінарній гендерній системі (Wassersug & Lieberman, 2010).

Як і інші гендерно різноманітні люди, євнухи можуть усвідомлювати свою ідентичність у дитинстві чи підлітковому віці. Через відсутність досліджень лікування дітей, які можуть ідентифікувати себе як євнухи, ми утримуємося від конкретних пропозицій.

Євнухи можуть звернутися за медичною чи хірургічною допомогою (пригнічення гормонів, орхіектомія та, в деяких випадках, пенектомія), щоб досягти фізичних, психологічних або сексуальних змін (Wassersug & Johnson, 2007). Важливо, щоб усі пацієнти встановлювали та підтримували стосунки з МП, які будуються на довірі та взаєморозумінні. Враховуючи недостатню поінформованість про євнухів у загальній медичній спільноті та страх неприйняття багатьох осіб, які бажають кастрації, багато з них не отримують належної первинної медичної допомоги та скринінгових тестів (Jäggi та ін., 2018). Підвищена обізнаність та освіта серед медичних працівників допоможе задовольнити потребу бути поінформованими про необхідність залучення євнухів до обговорень гендерної різноманітності (Deutsch, 2016a). Само собою зрозуміло, що євнухи потребують і заслуговують на такі ж первинні медичні послуги, як і інші групи населення. Тема скринінгових тестів на рак, наприклад передміхурової залози та молочної залози, є важливою темою для обговорення, оскільки ризики раку, пов'язаного з гормонами, ймовірно, відрізняються серед осіб, ВЧПН, у яких рівні тестостерону та естрогену не відповідають чоловічому діапазону. Через відсутність досліджень поширеності та захворюваності на рак, пов'язаний з гормонами, серед популяції євнухів, немає доказів, які б визначали, як часто необхідно проводити скринінгові заходи за допомогою обстеження простати, вимірювання ПСА, мамографії тощо.

Велика література про пацієнтів з раком передміхурової залози, які були кастровані медичним або хірургічним шляхом, містить інформацію про деякі наслідки постпубертатної кастрації (наприклад, потенційний остеопороз, депресія або метаболічний синдром), але євнухи, як пройшли процедуру добровільно, можуть інтерпретувати результати зовсім інакше, ніж ті, хто були кастрованими за медичними показниками. Хімічна або хірургічна кастрація може сприйматися як джерело страждань для цис-чоловіків з раком передміхурової залози, тоді як те саме лікування може сприйматися позитивно і бути джерелом комфорту для євнухів. Подібним чином трансмаскулінні люди, які мають мастектомію, щоб підвищити комфорт від власного тіла, переживають цю операцію інакше, ніж жінки, яким роблять мастектомію для лікування раку молочної залози (Koçan & Gürsoy, 2016; van de Grift et al., 2016). Інформація про рак передміхурової залози добре узагальнена роботами Вассерсуг та ін. (Wassersug et al., 2021), які надають посилання, що досліджують велику літературу з цього питання. Така інформація про наслідки кастрації має бути доступною для тих, хто бажає пройти цю процедуру.

Після діагностики відповідно до СМД-8 можна розглянути та призначити медичні варіанти, які потребує пацієнт. Ці параметри можна пристосувати до конкретної особи, щоб створити план, який відображає її особливі потреби та вподобання. Кількість і тип застосовуваних втручань, а також порядок їх проведення можуть відрізнятися від людини до людини. Ці параметри узгоджуються з розділами СМД-8 про оцінку та хірургію. Варіанти лікування для євнухів, які слід розглянути, включають:

- Пригнічення гормонів для вивчення наслідків дефіциту андрогенів для осіб-євнухів, які бажають стати асексуальними, несексуальними або андрогінними;
- Орхіектомія для припинення вироблення тестостерону;
- Орхіектомія з пенектомією або без неї, щоб змінити тіло відповідно до самопочуття;
- Орхіектомія із замісною гормональною терапією гормонів тестостероном або естрогеном.

Згідно з Рекомендацією 5.6 у Розділі — 5 Діагностика дорослих, особи-євнухи, які бажають гонадектомії, мають пройти мінімум 6 місяців гормональної терапії, відповідної гендерним цілям ТГР особи, перед незворотними хірургічними втручанню (крім випадків, коли гормональна терапія не показані клінічно для особи).

Рекомендація 9.2.

Ми рекомендуємо, щоб медичні працівники розглянули медичне та/або хірургічне втручання для осіб-євнухів, якщо існує високий ризик того, що відмова від лікування завдасть людям шкоди через самостійне хірургічне втручання, хірургічне втручання з боку некваліфікованих лікарями або неконтрольованого використання ліків, які впливають на гормональний фон.

Процес діагностичного оцінювання, рекомендований у СМД-8, має застосовуватися і до євнухів (див. Розділ 5 — Діагностика дорослих). В Eunuch Archive є велика кількість повідомлень від людей, які відчувають значні труднощі з пошуком медичних працівників, які виконали б операцію з кастрації. Існує велика кількість осіб-євнухів, які зробили хірургічне втручання самостійно або їм зробили операцію люди, які не є атестованими медичними працівниками (Johnson & Irwig, 2014). Є також клінічні звіти про пацієнтів, які ввели в оману медичних працівників, щоб отримати кастрацію (Hermann & Thorstenson, 2015; Mukhopadhyay & Chowdhury, 2009). Немає сумнівів, що коли членам цієї групи населення відмовляють у доступі до якісного медичного лікування, вони вживатимуть дій, які можуть завдати шкоди їх здоров'ю, наприклад, кровотечі та інфекції, що може вимагати госпіталізації (Hay, 2021; Jackowich та ін., 2014; Johnson & Irwig, 2014). Через ці серйозні проблеми та шкоду, спричинену самостійним хірургічним втручанням, хірургічним втручанням некваліфікованими лікарями або неконтрольованим використанням ліків, які впливають на гормональний фон, важливо, щоб постачальники медичних послуг створювали сприятливе середовище та розглядали різні варіанти лікування після ретельного оцінювання, щоб уникнути проблем, які спричиняє відсутність доступу до лікування.

При бажанні кастрація може бути досягнута хімічним або хірургічним шляхом. Для деяких хімічна кастрація може бути відповідним випробуванням перед проведенням хірургічної кастрації, щоб визначити, як людина почувається при гіпогонадії (Vale та ін., 2010). Хімічна кастрація зазвичай є оборотною, якщо лікування припинено (Wassersug et al., 2021). Найпоширенішими типами ліків, які використовуються для зниження рівня тестостерону, є антиандрогени та естрогени.

Два найбільш часто використовуваних антиандрогени, ципротерону ацетат і спіронолактон, є пероральними. Естроген іноді призначають хворим на рак передміхурової залози для зниження рівня тестостерону в сироватці крові через негативний зворотний зв'язок у гіпоталамусі та гіпофізі. Естрогени та антиандрогени можуть не повністю пригнічувати рівень тестостерону до жіночого діапазону або

діапазону при кастрації, а пероральні естрогени підвищують ризик венозної тромбоемболії. Хоча вони не мають широкого використання через вартість, агоністи гонадотропін-рилізинг-гормону (ГнРГ) є дуже ефективним методом пригнічення вироблення статевих стероїдів і фертильності (Hembree et al., 2017). Під час вибору ліків ми рекомендуємо використовувати ті, які були досліджені в багатьох трансгендерних популяціях (тобто естроген, ципротерону ацетат, агоністи ГнРГ), а не ліки без рецензування науковими дослідженнями (тобто бікалутамід, ректальний прогестерон тощо). (Angus et al., 2021; Butler et al., 2017; Efstathiou et al., 2019; Tosun et al., 2019).

Багато євнухів після кастрації проводять замісну гормональну терапію, оскільки вони не бажають повного пригнічення рівня гормонів і відповідних проблем, таких як підвищений ризик остеопорозу. Двома основними варіантами заміни статевих стероїдів є тестостерон і естроген, які можна використовувати в дозах повної або часткової заміни. Більшість обирає тестостерон, оскільки презентуються як чоловіки і не зацікавлені у фемінізації. Меншість обирає достатньо високу дозу естрогену, щоб запобігти остеопорозу, але достатньо низьку, щоб уникнути фемінізації. Вони можуть ідентифікуватися як небінарні, агендерні чи мати іншу ідентичність (Johnson et al., 2007; Johnson & Wassersug, 2016).

Хоча досліджень із замісної гормональної терапії у євнухів бракує, висновки, зроблені на вибірках цисгендерних чоловіків, які лікувалися від раку передміхурової залози, можуть бути інформативними щодо ефектів гормональної терапії. У рандомізованому контрольованому дослідженні за участю 1694 цисгендерних чоловіків, які отримували лікування місцево-поширеного або метастатичного раку передміхурової залози, одна група отримувала агоніст ГнРГ, а інша — трансдермальний естроген (Langley et al., 2021). Цисгендерні чоловіки, які отримували агоніст ГнРГ, розвинули ознаки та симптоми дефіциту як андрогену, так і естрогену, тоді як чоловіки, які отримували естрогенний пластир, розвинули лише симптоми дефіциту андрогенів. Обидві групи мали високі показники побічних ефектів з боку сексуального здоров'я (91%), а збільшення ваги було однаковим у групах. Порівняно з цисгендерними чоловіками, які отримували агоністи ГнРГ, досліджувані, які використовували естрогенові пластирі, мали вищу якість життя, нижчу частоту припливів (35% проти 86%) та вищу частоту гінекомастії (86% проти 38%). Метаболічно досліджувані, які отримували естрогенові пластирі, мали сприятливі зміни з нижчим середнім рівнем глюкози натще, загального холестерину натще, систолічного та діастолічного артеріального тиску. І навпаки, цисгендерні чоловіки, які отримували агоністи ГнРГ, відчували протилежні ефекти. Виходячи з цього дослідження, євнухи можуть розглянути низьку дозу трансдермальної естрогенної терапії, щоб уникнути несприятливих ефектів дефіциту естрогену, які включають припливи, втому, метаболічні ефекти та втрату мінеральної щільності кісткової тканини (Hembree та ін., 2017; Langley та ін. ., 2021) (Для отримання додаткової інформації див. Розділ 12 — Гормональна терапія).

Рекомендація 9.3.

Ми рекомендуємо, щоб медичні працівники, які оцінюють євнухів для лікування, продемонстрували компетентність у їх оцінці.

Частою темою на дошках обговорень Eunuch Archive є труднощі пошуку практиків, які здатні зрозуміти їхні потреби. Євнухи та ті, хто бажає кастрації, зазвичай менш помітні, ніж інші гендерні

меншини (Wassersug & Lieberman, 2010). Через стигматизацію та страх бути проігнорованими медичною спільнотою вони не можуть добровільно розкривати свою особу та бажання своїм МП або СПЗ. У деяких середовищах медичні працівники можуть не знати про існування євнухів і навіть не знати, що вони лікували пацієнтів, які ідентифікувалися як євнухи.

Розділ СМД про оцінку стосується і осіб-євнухів. Як і інші гендерно різноманітні люди, ті, хто бажає отримати кастрацію, можуть брати участь у процесі надання інформованої згоди, під час якого кваліфіковані МП проводять оцінку, щоб переконатися, що особи мають належні компетенції давати згоду перед медичним втручанням і переконатися, що проблема психічного характеру не є етіологією цього бажання. Як і з іншими сексуальними та гендерними меншинами, робота з євнухами вимагає розуміння того, що вони є різноманітною групою населення, і що кожна особа-євнухом має індивідуальні особливості своєї ідентичності (Johnson et al., 2007). Особа, яка шукає послуг, отримує переваги від позиції професіонала, що приймає, відкритого запиту, призупинення власні судження та має гнучких очікування у поєднанні з професійною компетентністю та досвідом.

Щоб забезпечити належне лікування, постачальники повинні встановити довіру та повагу шляхом створення інклюзивного середовища для людей, які ідентифікуються як євнухи. Для таких осіб ідеальною формою прийому було б запитати визначену стать і гендерну ідентичність, із пропозицією кількох варіантів, включаючи «євнух» та «інший». Люди можуть ідентифікувати себе з більш ніж одним варіантом і повинні мати можливість вибрати більше ніж один.

Медичні працівники можуть бути залучені до оцінки, психотерапії (за бажанням), підготовки та подальшого спостереження до медичних і хірургічних втручань, що підтверджують гендер. Вони також можуть надавати підтримку партнерам і сім'ям цих осіб. Особа-євнухам, які потребують підтримки кваліфікованого психіатра, корисна залученість терапевта, який відповідає досвіду та критеріям, викладеним у Розділі 4 — Освіта.

У той час як деякі особи, які шукають або розглядають можливість кастрації, приходять на консультацію або терапію, тому що їм потрібна емоційна підтримка або допомога в прийнятті рішень, багато хто приходить до постачальників для оцінки в рамках підготовки до певних медичних втручань (Vale et al., 2010).

Рекомендація 9.4.

Ми пропонуємо медичним працівникам, які надають допомогу особам-євнухам, включати в програму статеве навчання та консультування.

Декілька досліджень зробили внесок у наші знання про сучасних людей, яких ідентифікуються як євнухів, і дослідили їх демографічні характеристики та сексуальність (Handy et al., 2015; Vale et al., 2013; Wibowo et al., 2012, 2016). МП та СПЗ повинні вважати, що євнухи є сексуальними людьми, здатними до сексуальної активності, задоволення та стосунків, якщо вони не повідомлять про інше (Wibowo та ін., 2021). Дослідження показали, що серед євнухів існує велика різноманітність щодо рівня сексуального бажання, типу бажаного фізичного чи сексуального контакту та характеру бажаних стосунків (Brett et al., 2007; Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008). У той час як деякі віддають перевагу активному статевому життю з романтичними стосунками або без них, інші ідентифікують себе як безстатевих або аромантичних і відчувають полегшення через втрату лібідо, досягнуту хірургічною або

хімічною кастрацією (Brett et al., 2007). Кожна людина індивідуальна, і її генітальний статус не визначає сексуальний чи романтичний потяг (Walton et al., 2016; Yule et al., 2015).

Незалежно від типу хімічного пригнічення гормонального фону чи операції, яку перенесла людина, вона може бути здатною до сексуального задоволення та сексуальної активності. Всупереч поширеній думці, євнухи не обов'язково є асексуальними чи несексуальними (Aucoin & Wassersug, 2006). Навчання щодо безпечного сексу є необхідним для всіх людей, які займаються сексуальною активністю, яка може передбачати обмін рідинами організму. Перегляньте Розділ 17 — Сексуальне здоров'я, щоб отримати інформацію щодо статевого виховання та варіантів безпечного сексу для людей різної статі та сексуальності. Крім того, збереження фертильності слід обговорювати при розгляді медичних втручань, які можуть вплинути на можливості майбутнього батьківства (докладнішу інформацію див. у Розділі 16 — Репродуктивне здоров'я).

РОЗДІЛ 10 — Інтерсексні особи

В 7-у версію Стандартів Медичного Догляду включали розділ про застосовність стандартів до людей із фізичною інтерсексуальністю, які переживають гендерну дисфорію та/або змінюють свою гендерну ідентичність через те, що вони відрізняються від трансгендерних без інтерсексуальності феноменологічними проявами, особливостями життєвого шляху, поширеністю, етіологією. та ризиками стигми. Поточний розділ містить оновлену інформацію та додає рекомендації щодо медично необхідного клінічного підходу до лікування інтерсексних осіб загалом (див. твердження про медичну необхідність у Розділі 2 — Глобальна застосовність, Рекомендація 2.1). Оскільки новонароджені з нетиповою статевою диференціацією вже можуть мати клінічні проблеми, включаючи потребу в сімейному вихованні та підтримці з раннього віку, прийняття рішення про визначення статі, подальше клінічне гендерне лікування, компоненти якого, особливо хірургія статевих органів, можуть бути спірним, а пізніший ризик розвитку гендерної дисфорії та зміни гендерної ідентичності помітно зростає (Sandberg & Gardner, 2022).

Термінологія

«Інтерсексність» (дослівний переклад з латинської «між статями») — це термін, заснований на бінарній системі статі, що лежить в основі розмноження ссавців (включаючи людей). У медицині цей термін застосовується до осіб із помітно атиповими вродженими змінами репродуктивного тракту. Деякі варіації, які часто називають «генітальною неоднозначністю», перешкоджають простому розпізнаванню соматичної статі як чоловічої чи жіночої, і в суспільствах, які забезпечені ресурсами, можуть вимагати всебічної фізичної, ендокринної та генетичної обробки, перш ніж стать/гендер будуть «визначеними». Останніми роками «інтерсекс» також став ярликом ідентичності деяких осіб з інтерсексними особливостями та підмножиною (неінтерсекс) осіб з небінарною гендерною ідентичністю (Tamar-Mattis et al., 2018).

На міжнародній конференції 2005 року з питань лікування інтерсексних персон інтерсексуальні стани були включені в новий стандартний медичний термін «Порушення Статевого Розвитку» (ПСР), що визначається як «вроджені стани, при яких розвиток хромосомної, гонадної або анатомічної статі є нетиповим». (Hughes et al., 2006). ПСР охоплює набагато ширший спектр станів, ніж ті, які традиційно включаються в інтерсексність, і включає такі стани, як синдром Тернера та синдром Клайнфельтера, які є набагато більш поширеними. Проте, багатьом інтерсекс-особам не подобається термін «порушення», оскільки вони вважають його за своєю суттю стигматизуючим (Carpenter, 2018; Griffiths, 2018; Johnson et al., 2017; Lin-Su, et al., 2015; Lundberg et al., 2018; Tiryaki et al., 2018). Широко поширене альтернативне тлумачення ПСР як «Відмінності в Статевому Розвитку» можна розглядати як менш патологізуюче, але семантично незадовільне, оскільки цей термін не відрізняє типові генітальні відмінності між чоловіками та жінками від нетипової статевої диференціації. Інші нещодавні спроби створити менш явно стигматизуючі терміни, такі як Стани, що Впливають на Репродуктивний Розвиток» (CARD; Delimata et al., 2018) або «Варіації Статевих Характеристик» (VSC; Crocetti et al., 2021) також не специфічні для інтерсексуальності.

Враховуючи ці проблеми з визначенням, у цьому розділі ми використовуємо термін «інтерсексність» (або «інтерсекс») лише для вроджених фізичних проявів. Це зроблено як для ясності опису, так і для історичної наступності. Цей вибір не вказує на намір з нашого боку зайняти якусь позицію

в поточній дискусії щодо концепції статі/гендеру як бінарної системи чи континууму, який може змінюватися в залежності від контексту та користі (Meyer-Bahlburg, 2019). У суспільствах 21 століття поняття статі та гендеру перебувають у процесі еволюції.

Поширеність

Поширеність інтерсексних станів залежить від використовуваного визначення. Очевидна атиповість геніталій («неоднозначні геніталії») зустрічається приблизно у 1:2000—1:4500 осіб (Hughes et al., 2007). Найбільш широкі визначення ПСР оцінюють поширеність до 1,7% (Blackless et al., 2000). Хоча в сукупності ці цифри високі, індивідуальні стани, пов'язані з міжстатевими варіаціями, як правило, набагато рідші. Наприклад, синдром нечутливості до андрогенів (СНА) виникає приблизно у 1 із 100 000 пологів 46,XY (Mendoza & Motos, 2013), а класична вроджена гіперплазія надниркових залоз (ВГН) — приблизно у 1 із 15 000 пологів 46,XX (Therrell, 2001). Показники поширеності окремих синдромів можуть різко відрізнятися між країнами та етнічними групами.

Презентація

Презентація індивідуумів з інтерсексними ознаками дуже різниться. Інтерсексність можна розпізнати під час пренатальної ультразвукової візуалізації, хоча більшість осіб буде ідентифіковано під час огляду статевих органів при народженні. У забезпечених ресурсами суспільствах такі діти проходитимуть обширні медичні діагностичні процедури протягом перших тижнів життя. Беручи до уваги конкретний медичний діагноз, фізичні та гормональні дані, а також інформацію про довготривалі подальші дослідження щодо гендерних результатів, спільне прийняття рішень між медичною командою та батьками, як правило, призводить до того, що у новонародженого визначають чоловічу. або жіночу стать/гендер. Деякі особи з інтерсексуальністю привертають увагу фахівців лише у віці статевого дозрівання, наприклад, коли підлітків, які виховуються як жінки, обстежують на наявність первинної аменореї.

Медичні працівники, які надають допомогу особам як з інтерсексністю, так і з гендерною невизначеністю, повинні знати, що медичний контекст, у якому виросли такі особи, як правило, дуже відрізняється від контексту неінтерсексних ТГР людей. Існує багато різних синдромів інтерсексності, і кожен синдром може відрізнятися за ступенем тяжкості. Таким чином, підходи до гормонального та хірургічного лікування відрізняються відповідно.

Деякі фізичні прояви інтерсексності можуть вимагати раннього невідкладного втручання, наприклад у випадках обструкції сечовипускання або надниркового кризу при ВНГ. Більшість фізичних змін серед осіб з інтерсексністю не погіршують функції, принаймні в перші роки, і не загрожують безпеці індивіда. Тим не менш, психосоціальна стигма, пов'язана з нетиповим зовнішнім виглядом геніталій, часто спонукає до ранньої генітальної операції (зазвичай позначеної як «коригуючої» або «нормалізуючої») задовго до того, як особа досягне віку згоди. Цей підхід є дуже суперечливим, оскільки він суперечить етичним принципам, що підтримують автономію людини (Carpenter, 2021; Kon, 2015; National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979). Крім того, серед проявів, які не мають безпосередніх занепокоєнь щодо безпеки, деякі люди в старшому віці можуть обрати низку медичних втручань для оптимізації функції та зовнішнього вигляду. Специфіка

медикаментозного лікування виходить далеко за рамки того, що може бути розглянуто в цьому розділі, і зацікавлений читач повинен звернутися до відповідної літератури з ендокринології та хірургії.

Деякі інтерсексуальні умови пов'язані з більшою варіабельністю гендерної ідентичності, ніж інші (Dessens et al., 2005). Наприклад, частота нецисгендерної гендерної ідентичності у 46,XX осіб із з ВНГ, ВЖПН, може досягати 5–10% (Furtado et al., 2012). Суттєвий біологічний компонент, що лежить в основі гендерної ідентичності, є критичним фактором, який необхідно враховувати, пропонуючи психосоціальне, медичне та хірургічне втручання для осіб з інтерсексуальними станами.

Існує також багато доказів того, що інтерсекс-особи та їхні сім'ї можуть відчувати психосоціальний дистрес (de Vries et al., 2019; Rosenwohl-Mack et al., 2020; Wolfe-Christensen et al., 2017), частково пов'язаний із психосоціальною стигмою (Meyer-Bahlburg, Khuri et al., 2017; Meyer-Bahlburg, Reyes-Portillo et al., 2017; Meyer-Bahlburg et al., 2018).

Інтерсексність в психіатричній номенклатурі

З 1980 року американська психіатрична номенклатура визнавала інтерсекс-осіб, які відповідають критеріям варіантів гендерної ідентичності; однак їх діагностична категорія змінилася з наступними редакціями ДСП. Наприклад, у ДСП-3 (American Psychiatric Association, 1980) категорія Ось-I «транссексуалізм» не могла бути застосована до таких осіб у дорослому віці, але таких дітей називали «розладом гендерної ідентичності в дитинстві» з інтерсексними медичними особливостями, які необхідно вказати в Осі-III. У ДСП-4-РТ (American Psychiatric Association, 2000) інтерсекс-особи були виключені з категорії Ось-I «розлад гендерної ідентичності» незалежно від віку та натомість згруповані з іншими захворюваннями в категорії «Розлади гендерної ідентичності невизначені». У ДСП-5 (American Psychiatric Association, 2013), яка відійшла від багатовісної системи, «розлад гендерної ідентичності» було перевизначено як «гендерна дисфорія» та застосовувалося незалежно від віку та інтерсекс-статусу, але особи з інтерсексністю отримали додаткову специфікацію «з порушенням статевого розвитку» (Zucker et al., 2013). Опублікована редакція тексту ДСП-5 (American Psychiatric Association, 2022) зберігає термін "гендерна дисфорія". Зверніть увагу, однак, на нещодавній перегляд Міжнародної Класифікації Хвороб (ICD-11; World Health Organization, 2019a) перемістила «гендерну невідповідність» із розділу «Психічні розлади, розлади поведінки або нервового розвитку» до нового розділу «Стани, пов'язані з сексуальним здоров'ям».

Усі твердження в цьому розділі були рекомендовані на основі ретельного аналізу доказів, оцінки користі та шкоди, цінностей і переваг постачальників і пацієнтів, а також використання ресурсів і здійсненності. У деяких випадках ми визнаємо, що докази обмежені та/або послуги можуть бути недоступними або небажаними.

Рекомендації

10.1 — Ми пропонуємо надання допомогу особам з інтерсексністю та їхнім сім'ям з боку мультидисциплінарної команди, яка має знання про різноманітність гендерних ідентичностей та експресії, а також про інтерсексність.

10.2 — Ми рекомендуємо медичним працівникам, які надають допомогу трансгендерній молоді та дорослим, шукати навчання та навчання з аспектів догляду за інтерсекс-особами, що відповідають їхній професійній дисципліні.

10.3 — Ми пропонуємо медичним працівникам навчати та консультувати сім'ї інтерсекс-дітей з

моменту встановлення діагнозу щодо особливого інтерсексуального стану дитини та його можливих психосоціальних наслідків.
10.4 — Ми пропонуємо як постачальникам, так і батькам залучати інтерсекс-дітей/осіб з до спілкування про їхній інтерсексуальний стан та його психосоціальні наслідки, відповідно до розвитку.
10.5 — Ми пропонуємо медичним працівникам і батькам підтримувати інтерсекс-дітей/осіб у дослідженні своєї гендерної ідентичності протягом усього життя.
10.6 — Ми пропонуємо медичним працівникам сприяти добробуту та мінімізувати потенційну стигматизацію інтерсекс-осіб через наявність інтерсексного стану, співпрацюючи як з медичними, так і з немедичними особами/організаціями.
10.7 — Ми пропонуємо медичним працівникам направляти інтерсекс-дітей/осіб та їхні родини до спеціалістів з психічного здоров'я, а також заохочувати спілкування з однолітками та інші форми психосоціальної підтримки.
10.8 — Ми рекомендуємо медичним працівникам консультувати інтерсекс-людей та їхні родини щодо пригнічення статевого дозрівання та/або варіантів гормональної терапії в контексті гендерної приналежності, віку та унікальних медичних станів.
10.9 — Ми пропонуємо медичним працівникам порадити інтерсекс-дітям та їх батькам відкласти операцію на статевих органах, щоб оптимізувати самовизначення та здатність дітей брати участь у прийнятті рішень на основі інформованої згоди.
10.10 — Ми пропонуємо оперувати інтерсекс-осіб лише хірургам, які мають досвід інтерсексної хірургії геніталій або гонад.
10.11 — Ми рекомендуємо медичним працівникам, які призначають або направляють на гормональну терапію/хірургію, консультувати інтерсекс-осіб з потенціалом фертильності та їхні родини щодо: а) відомого впливу гормональної терапії/хірургічного втручання на майбутню фертильність; б) потенційних ефектів терапії, які недостатньо вивчені та оборотність яких невідома; в) варіантів збереження родючості; г) психосоціальних наслідків безпліддя.
10.12 — Ми пропонуємо медичним працівникам, які доглядають за інтерсекс-людьми та вродженим безпліддям, рано та поступово знайомити їх та їхні родини з різними альтернативними варіантами батьківства.

Рекомендація 10.1

Ми пропонуємо надання допомогу особам з інтерсексністю та їхнім сім'ям з боку мультидисциплінарної команди, яка має знання про різноманітність гендерних ідентичностей та експресії, а також про інтерсексність.

Інтерсексуальність, підкатегорія ПСР, є складним вродженим станом, який вимагає залучення експертів з різних медичних і поведінкових дисциплін (Hughes et al., 2006). Склад і функції команди можуть змінюватися залежно від місцевих умов, ресурсів, діагнозу та потреб інтерсекс-особи та її/його/їх сім'ї. Ідеальна команда включає спеціалістів-педіатрів з ендокринології, хірургії та/або урології, психології/психіатрії, гінекології, генетики та, якщо це можливо, персонал, який пройшов підготовку з соціальної роботи, медсестринства та медичної етики (Lee et al., 2006). Структура бригади може відповідати

1. Традиційній мультидисциплінарній медичній моделі;
2. Міжпрофесійній моделі;
3. Трансдисциплінарній моделі.

Хоча ці структури можуть виглядати схожими, насправді вони істотно різняться і можуть по-різному впливати на роботу команди (Sandberg & Mazur, 2014). Заява про Консенсус 2006 року не приймає рішення про те, яка модель найкраща — мультидисциплінарна, міжпрофесійна чи трансдисциплінарна — і лише зазначає, що моделі «передбачають різні ступені співпраці та професійної автономії» (Lee, Nordenström et al., 2016). З моменту публікації Заяви про Консенсус у 2006 році такі групи були створені як у Європі, так і в США. Перелік команд у США можна знайти на веб-сайті DSD-Translational Network

(DSD-TRN). Є також команди в ряді європейських країн (Thyen et al., 2018). Хоча існують перешкоди для створення команд, як відзначають Сендберг і Мазур (Sandberg and Mazur, 2014), мультидисциплінарні групи допомагають вирішити низку проблем, які перешкоджають успішному догляду за інтерсекс-особами та їхніми родинами, наприклад, розпорошений характер послуг. обмеженість або відсутність спілкування між професіоналами та, як результат, фрагментарний характер пояснень, які отримують люди, що викликає більше плутанини, ніж ясності.

Більшість індивідуумів, які народилися з інтерсексністю, будуть ідентифіковані при народженні або незабаром після цього, тоді як інші - на більш пізніх етапах життєвого циклу, наприклад, у період статевого дозрівання (див. Brain et al., 2010, Table 1). Коли це станеться, командний підхід буде змінено на основі діагнозу та віку людини. У деяких випадках склад команди може бути розширений за допомогою інших спеціалістів, якщо це необхідно.

Повідомлялося, що діти, яких спостерігала мультидисциплінарна команда, мали значно більшу ймовірність отримати майже повний спектр послуг, а не лише ті послуги, які пропонує один МП (Crerand et al., 2019). Батьки, які отримали таку допомогу, позитивно схвалили психосоціальні послуги та командний підхід і повідомили, що отримали більше інформації, ніж ті, хто не взаємодіяв з такою командою (Crerand et al., 2019).

Рекомендація 10.2

Ми рекомендуємо медичним працівникам, які надають допомогу трансгендерній молоді та дорослим, шукати навчання та навчання з аспектів догляду за інтерсекс-особами, що відповідають їхній професійній дисципліні.

Результати інтерв'ю з медичними стажерами (Liang et al., 2017; Zelin et al., 2018) та програмних самоперевірок та опитувань (DeVita et al., 2018; Khalili et al., 2015) свідчать про те, що програми медичної підготовки не адекватні для надання компетентної допомоги особам із гендерною дисфорією та інтерсексністю. Професіонали та зацікавлені сторони, які відвідують заходи, присвячені інтерсекс-особам, визначили постійну освіту та співпрацю як важливу потребу професійного розвитку (Bertalan et al., 2018; Mazur et al., 2007). Це може бути особливо актуальним для постачальників послуг з догляду за дорослими, які можуть мати менше клінічних рекомендацій або підтримки в допомозі тим особам, які переходять від отримання педіатричної допомоги до допомоги дорослим (Crouch & Creighton, 2014).

Однак існує мала кількість вказівок щодо навчання або оцінки компетентності практикуючого лікаря в управлінні цими темами, а ті, що доступні, в основному стосуються спеціалістів з питань психічного здоров'я (СПЗ) (Hollenbach et al., 2014), за винятком посібника з первинної медичної допомоги (National LGBTQIA+Health Education Center, 2020).

Для МП, які бажають підвищити свою компетентність, звернення за консультацією до експертів може бути варіантом, коли формальна освіта чи емпіричні рекомендації з інших джерел недоступні. Враховуючи відносно широке застосування мультидисциплінарних груп експертів у лікуванні інтерсекс-осіб (Pasterski et al., 2010), фахівці, які працюють у цих командах, мають хороші можливості для консультацій та навчання іншого медичного персоналу, який, можливо, не пройшов належної підготовки (Hughes et al., 2006). Таким чином, рекомендується, щоб підготовка інших спеціалістів була центральним компонентом розвитку команди (Auchus et al., 2010), а члени мультидисциплінарних команд отримують

підготовку, специфічну для командної роботи, включаючи стратегії участі в міжпрофесійному навчанні (Bisbey, et al., 2019; Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011).

Рекомендація 10.3

Ми пропонуємо медичним працівникам навчати та консультувати сім'ї інтерсекс-дітей з моменту встановлення діагнозу щодо особливого інтерсексуального стану дитини та його можливих психосоціальних наслідків.

Повне розкриття медичної інформації сім'ям інтерсекс-дітей через освіту та консультування має починатися під час встановлення діагнозу та має відповідати вказівкам багатьох міжнародних консенсусних рекомендацій. Однією з найскладніших проблем, які постають перед новонародженим з інтерсексністю, особливо коли це пов'язано з помітною неоднозначністю статевих органів, є визначення статі та, з точки зору батьків, гендер виховання (Fisher, Ristori et al., 2016). Враховуючи, що це дуже стресова ситуація для більшості батьків, зазвичай рекомендується приймати рішення щодо статі/гендеру так швидко, як це дозволяє ретельна діагностична оцінка (Houk & Lee, 2010). Однак критерії прийняття рішень щодо статі/гендеру з часом змінилися. У другій половині 20-го століття рішення були спрямовані на жіноче призначення, оскільки фемінізуюча генітальна хірургія вважалася легшою та менш схильною до побічних ефектів, ніж маскулінізуюча хірургія. Тим не менш, за певних інтерсексуальних станах, наприклад, дефіцит 46,XY 5α-RD-2, виявлено, що визначення жіночої статі/статі пов'язане з високими показниками пізнішої гендерної дисфорії та зміни гендерної ідентичності (Yang et al., 2010). Тому, починаючи з Міжнародної Консенсусної Конференції з Інтерсексності в 2005 році, визначення статі/гендеру враховує поступово накопичені дані про довгострокові гендерні результати в різноманітних умовах інтерсексуальності.

Практика розкриття інформації спрямована на те, щоб забезпечити більш обґрунтоване прийняття рішень щодо догляду. Крім того, хоча сором і стигма, пов'язані з інтерсексністю, пов'язані з гіршими психосоціальними результатами, тому відкрите та проактивне повідомлення інформації про здоров'я було запропоновано як стратегію зменшення цих ризиків (de Vries et al., 2019). Залежно від діагнозу та стадії розвитку людини інтерсексні стани можуть по-різному впливати на людей та їхні потреби в охороні здоров'я. Тому спілкування про інтерсексне здоров'я, має бути безперервним і адаптованим до конкретної особи. Дослідження щодо прийняття рішень у сфері догляду за інтерсекс-особами свідчать про те, що на сім'ї впливає те, як спілкуються клінічні команди (Timmermans et al., 2018). Відповідно до СМД, ми заохочуємо постачальників використовувати нормалізовану, підтверджуючу мову та ставлення під час виконання освітніх і консультаційних функцій. Наприклад, опис генітальної атипії як «варіації» або «відмінності» є більш ствердним, ніж використання термінів «вроджений дефект» або «аномалія».

Усі МП, які займаються доглядом за окремими особами, можуть надати необхідну освіту та інформацію сім'ям. У мультидисциплінарних командах тип освіти може узгоджуватись зі сферою компетенції МП, наприклад, хірург розповідає людині особливості їхньої анатомії, ендокринолог навчає специфіці гормонального розвитку або СПЗ надає інформацію про спектри гендерної та сексуальної ідентичності. Іншим МП, можливо, знадобиться забезпечити всебічну освіту. Сім'ї повинні отримувати інформацію, яка стосується конкретної інтерсексної варіації особи, якщо вона відома. Усі МП можуть доповнити цю інформацію ресурсами, орієнтованими на пацієнта, доступними в групах підтримки.

Інтерсекс-люди також можуть приймати участь в роботі команди, щоб надавати освіту, використовуючи свій життєвий досвід.

Консенсусні рекомендації також наголошують на підтримці з боку однолітків та професійній психосоціальній підтримці (Hughes et al., 2006), яка може включати консультування з акцентом на розв'язанні проблем та рекомендаціями на упередження (Hughes et al., 2006). Наприклад, сім'ї можуть шукати поради щодо обговорень з іншими людьми — сиблінгами, іншими родичами та опікунами — щодо особливого інтерсексного стану особи. Іншим сім'ям може знадобитися підтримка або психіатрична допомога, щоб впоратися зі стресом, викликаним інтерсексними особливостями. Підліткам можуть бути корисні поради щодо того, як розкривати цю інформацію одноліткам, а також підтримка під час знайомств і сексуальних контактів. Надання консультацій може також включати як родину в цілому, та і окремих осіб будь-якого віку через спільний процес прийняття рішень щодо медичної чи хірургічної допомоги. МП можуть використовувати допоміжні засоби прийняття рішень для підтримки цього процесу (Sandberg et al., 2019; Weidler et al., 2019).

Рекомендація 10.4

Ми пропонуємо як постачальникам, так і батькам залучати інтерсекс-дітей/осіб з до спілкування про їхній інтерсексуальний стан та його психосоціальні наслідки, відповідно до розвитку.

Надання інформації про здоров'я – це багатоспрямований процес, який включає передачу інформації від постачальників до пацієнтів, від батьків до пацієнтів, а також від пацієнтів назад до МП (Weidler & Peterson, 2019). Незважаючи на те, що велика увага приділяється спілкуванню з батьками щодо питань діагностики та прийняття рішень про хірургічні втручання, молоді люди з ПСР повідомляють про перешкоди для взаємодії з МП і не завжди можуть звертатися до батьків за підтримкою (Callens та ін., 2021). Щоб підготувати людей до повної залученості та автономності в лікуванні, дуже важливо, щоб як МП, так і батьки постійно спілкувалися з дітьми/особами.

Постачальники повинні якнайшвидше розраховувати на безперервне, відкрите спілкування між усіма сторонами, особливо тому, що батьки можуть відчувати страждання через невизначеність, пов'язану з DSD, і можуть шукати швидких рішень (Кріссман et al., 2011; Робертс et al., 2020). Моделі спільного прийняття рішень, а також відповідні інструменти прийняття рішень були розроблені для підтримки постійного спілкування між медичними працівниками та сім'ями/окремими особами (Karkazis et al., 2010; Sandberg et al., 2019; Siminoff & Sandberg, 2015; Weidler et al., 2019). Окрім встановлення очікувань щодо діалогу, МП також можуть встановлювати тон спілкування. З віком діти/індивіди можуть мати запитання або потребувати відповідної віку інформації щодо статі, менструації, фертильності, потреби в гормональній терапії (надниркових/статі залоз), здоров'я кісток і ризиків онкології.

Батьки також відіграють важливу роль у навчанні своїх дітей і можуть бути першими, хто розкриє інформацію про здоров'я своїй дитині (Callens et al., 2021). Як частина встановлення очікувань щодо спілкування, МП повинні підготувати батьків до навчання своєї дитини та членів системи підтримки щодо інтерсексних діагнозів та медичних процедур. Деякі батьки повідомляють, що їм важко зрозуміти, як багато розкрити іншим, а також власним дітям (Crissman et al., 2011; Danon & Kramer, 2017). Стрес, який відчувають батьки під час виховання дітей з інтерсексним станом посилюється коли батьки застосовують

підхід, який мінімізує розголошення/обговорення діагнозу їхньої дитини (Crissman et al., 2011). Рівень стресу також залежить від стадії розвитку, причому батьки підлітків повідомляють про вищі показники стресу (Hullman et al., 2011). Таким чином, медичні працівники повинні допомагати батькам у розробці стратегій, специфічних для етапу розвитку їхньої дитини, які вирішують їхні психосоціальні чи культурні проблеми на основі їх цінностей (Danon & Kramer, 2017; Weidler & Peterson, 2019). Нарешті, ширші дослідження сексуальності та гендерних відмінностей виявили — всупереч зв'язкам між соромом/стигмою та негативними наслідками для здоров'я — підтримуюча сімейна поведінка (зокрема розмова з дітьми про їхню ідентичність та спілкування з однолітками) передбачає підвищення самооцінки та краще здоров'я результати в окремих осіб (Ryan et al., 2010).

Рекомендація 10.5

Ми пропонуємо медичним працівникам і батькам підтримувати інтерсекс-дітей/осіб у дослідженні своєї гендерної ідентичності протягом усього життя.

Психологічні, соціальні та культурні конструкції перетинаються з біологічними факторами для формування гендерної ідентичності індивіда. Як група, інтерсекс-індивіди демонструють підвищені показники гендерно неконформної поведінки, активності гендерного самопізнання і крос-гендерних бажань у дитинстві, що частково залежить від невідповідності між внутрішньоутробним статево-гормональним середовищем, в якому мозок плода диференціювався, і статтю, визначеною при народження (Callens et al., 2016; Hines, et al., 2015; Meyer-Bahlburg et al., 2016; Pasterski et al., 2015). Проблеми гендерної ідентичності спостерігаються з різною частотою в осіб з різними інтерсексними станами (de Vries et al., 2007). Нещодавно було задокументовано, що деякі люди розвивають небінарну ідентичність, принаймні приватно (Kreukels et al., 2018). Незважаючи на те, що більшість інтерсекс-людей можуть не відчувати гендерної дисфорії або бажання зробити гендерний перехід, вони все ще можуть відчувати невизначеність і мати питання щодо своє гендерної ідентичності (Kreukels et al., 2018). Ці питання можуть виникати через такі фактори, як зовнішній вигляд статевих органів, пубертатний розвиток і знання таких питань, як діагностичний термін захворювання, статус статевих залоз, статус статевих хромосом та історія операцій на статевих органах. Таким чином, медичні працівники мають бути доступними для клієнтів, щоб обговорювати такі питання та почуття, відкрито говорити про гендерне розмаїття та застосовувати менш бінарний підхід до гендеру. МП рекомендується також направляти батьків у підтримці їхніх дітей у дослідженні гендеру.

Крім того, така підтримка не повинна обмежуватися дитинством. Навпаки, людям слід надати можливість досліджувати свою гендерну ідентичність протягом усього життя, тому що на різних етапах можуть виникнути нові запитання (наприклад, статеве дозрівання/підлітковий вік, дітородний вік). У дітей загалом можуть виникати питання щодо їхньої гендерної ідентичності в важливі моменти їх дорослішання та еволюції. Коли інтерсекс-люди стикаються з додатковими стресовими факторами, наприклад, невизначеністю геніталій, обстеженням і процедурами, а також взаємозв'язком культурних упереджень і впливів, їм може знадобитися підтримка, і їх слід заохочувати шукати кваліфіковану професійну допомогу, коли це необхідно. Крім того, медпрацівники повинні регулярно запитувати, чи потребують їхні інтерсекс-пацієнти такої підтримки. Коли люди відчувають гендерну невідповідність,

можна розглянути втручання, що підтверджують гендер. Процедури, які слід застосовувати при таких втручаннях, описані в інших розділах.

Рекомендація 10.6

Ми пропонуємо медичним працівникам сприяти добробуту та мінімізувати потенційну стигматизацію інтерсекс-осіб через наявність інтерсексного стану, співпрацюючи як з медичними, так і з немедичними особами/організаціями.

Повідомляється, що люди з інтерсексністю відчувають стигму, почуття сорому, провини, гніву, смутку та депресії (Carroll et al., 2020; Joseph et al., 2017; Schützmann et al., 2009). У цій популяції спостерігається вищий рівень психологічних проблем, ніж у генеральній сукупності (Liao & Simmonds, 2014; de Vries et al., 2019). Крім того, клінічна команда не повинна ігнорувати батьківський страх стигматизації та час на пристосування до діагнозу своєї дитини. Батькам може бути корисно підтримуюче консультування, яке допоможе їм як у прийнятті клінічних рішень (Fleming et al., 2017; Rolston et al., 2015; Timmermans et al., 2019), так і в розумінні впливу клінічних рішень на їхню думку. своєї дитини (Crissman et al., 2011; Fedele et al., 2010).

Тьєн та ін. (Thyen et al., 2005) виявили, що повторні огляди геніталій пов'язані зі соромом, страхом і болем та можуть збільшити ймовірність розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у подальшому житті (Alexander et al., 1997; Money & Lamacz, 1987). Повторні огляди статевих органів, страх перед медичним втручанням, а також таємниця батьків і лікарів щодо інтерсексності зрештою підривають самооцінку людини (Meyer-Bahlburg et al., 2018; Thyen et al., 2005; Tishelman et al., 2017; van de Grift, Cohen-Kettenis et al., 2018). Рекомендації щодо того, як проводити обстеження статевих органів, щоб мінімізувати несприятливі психологічні побічні ефекти, див. Disorders of sex development: Pediatric psychology and the genital exam (Tishelman et al.,2017).

У інтерсекс-спільноті існує активний рух за пом'якшення стигматизації та повернення прав людини та гідності інтерсекс-людям, замість розгляду їх як медичної аномалії (Yogyakarta Principles, 2007, 2017). Чейз (Chase, 2003) підсумовує основні причини руху за захист інтересів інтерсекс-осіб і описує, як стигматизація та емоційна травма є результатом невігластва та уявної потреби в секретності. Громадська обізнаність про стани інтерсексності дуже обмежена, а видимість та історії людей з інтерсексністю все ще представляють як «аномалії природи». Тому ми радимо медичним працівникам активно навчати своїх колег, людей з інтерсексністю, їхні родини та громади, підвищувати обізнаність громадськості та розширювати знання про це явище. Суспільна обізнаність і знання щодо інтерсексності можуть допомогти зменшити дискримінацію та стигматизацію. Інструменти та освітні/інформаційні матеріали також можуть допомогти особам з інтерсексністю розкрити свій стан іншим людям, якщо це необхідно (Ernst et al., 2016).

МП повинні вміти розпізнавати та усувати стигматизацію стосовно своїх клієнтів (Meyer-Bahlburg et al., 2018) і повинні заохочувати людей з інтерсексністю різного віку спілкуватися через групи підтримки. Існує потреба в розробці спеціальних технік/методів для надання допомоги клієнтам у подоланні стигми, пов'язаної з інтерсексністю.

Рекомендація 10.7

Ми пропонуємо медичним працівникам направляти інтерсекс-дітей/осіб та їхні родини до спеціалістів з психічного здоров'я, а також заохочувати спілкування з однолітками та інші форми психосоціальної підтримки.

Майже для всіх батьків народження дитини з інтерсексністю є абсолютно несподіваним і шоковим. Їхня нездатність негайно відповісти на всюдисуще запитання: «Ваша дитина хлопчик чи дівчинка?», їхня недостатня обізнаність про стан дитини, невизначеність щодо майбутнього дитини та поширена інтерсекс стигматизація, ймовірно, іноді спричиняють страждання. До рівня ПТСР і може призвести до тривалої тривоги та депресії (Pasterski et al., 2014; Roberts et al., 2020; Wisniewski & Sandberg, 2015). Ця ситуація може вплинути на батьківську опіку та довгостроковий результат інтерсекс-дитини (Schweizer et al., 2017). Коли ці діти виростають, вони також ризикують зіткнутися зі стигмою у трьох її основних формах (установлена, очікувана, інтерналізована) у всіх сферах життя (Meyer-Bahlburg et al., 2018), а також інші потенційні труднощі, такі як проблеми із образом тіла, гендерно-нетипова поведінка та запитання щодо гендерної ідентичності. Багато хто може зіткнутися з додатковою проблемою, пов'язаною з усвідомленням невідповідності між визначеною статтю та біологічними характеристиками, такими як статевий каріотип, статеві залози, минуле та/або поточне статевий гормональний фон та конфігурація репродуктивного тракту. Ця ситуація також може негативно вплинути на психічне здоров'я людей (Godfrey, 2021; Meyer-Bahlburg, 2022). Нещодавнє онлайн-дослідження великої вибірки ЛГБТК-молоді показало, що ЛГБТК-молодь, яка класифікувала себе як таку, що має фізичні інтерсексні варіації, мала певний рівень проблем із психічним здоров'ям, який був вищий, ніж серед ЛГБТК-молоді без інтерсексності (Trevor Project, 2021). Оскільки інтерсексуальні умови зустрічаються рідко, батьки таких дітей, а пізніше й самі люди можуть відчувати свою ситуацію як унікальну та дуже складну для розуміння іншими. Таким чином, виходячи з клінічного досвіду, серед МП, які мають досвід догляду за інтерсекс-особами, існує консенсус, що соціальна підтримка є ключовим компонентом догляду не лише через професійну підтримку з боку СПЗ (Pasterski et al., 2010), але також через групи підтримки осіб з інтерсексними станами (Baratz et al., 2014; Cull & Simmonds, 2010; Hughes et al., 2006; Lampalzer et al., 2021). Детальний міжнародний перелік ПСР та інтерсексуальних груп підтримки та адвокації з їхніми веб-сайтами надали Лі, Норденстрем та ін. (Lee, Nordenström et al., 2016). Враховуючи неоднорідність інтерсексних станів і схем лікування, індивіду може бути найбільш корисним об'єднання з групою підтримки, до якої входять члени з тим самим або подібним станом, що й у цієї особи. Важливо, щоб МП, які спеціалізуються на догляді за інтерсекс-особами, також тісно співпрацювали з такими групами підтримки, щоб випадкові розбіжності у думках щодо конкретних аспектів догляду можна було вирішити шляхом детальних обговорень. Тісні контакти між МП та групами підтримки також сприяють спільному дослідженню на рівні громади, яке приносить користь обом сторонам.

Рекомендація 10.8

Ми рекомендуємо медичним працівникам консультувати інтерсекс-людей та їхні родини щодо пригнічення статевого дозрівання та/або варіантів гормональної терапії в контексті гендерної приналежності, віку та унікальних медичних станів.

Хоча багато людей з інтерсексуальністю мають гендерну ідентичність відповідно до каріотипу XX або XY, існує достатня гетерогенність, щоб медичні працівники могли запропонувати індивідуальні

підходи. Наприклад, серед XX осіб із вірилізуючою САН більша, ніж очікувалося, меншість має чоловічу гендерну ідентичність (Dessens та ін., 2005). Серед XY осіб із синдромом часткової нечутливості до андрогенів гендерна ідентичність може значно відрізнятися (Babu & Shah, 2021). Крім того, серед осіб XY з дефіцитом 5α-редуктази-2 (5α-RD-2) і з дефіцитом 17-бета-гідроксистероїддегідрогенази-3, яким при народженні присвоєно жіночу стать, велика частка (56–63% і 39– 64%, відповідно) з віком змінюють типову жіночу гендерну роль на типову чоловічу (Cohen-Kettenis, 2005).

While many people with intersexuality have a gender identity in line with their XX or XY karyotype, there is sufficient heterogeneity that HCPs should be able to provide customized approaches. For example, among XX individuals with virilizing CAH, a larger than expected minority have a male gender identity (Dessens et al., 2005). Among XY individuals with partial androgen insensitivity syndrome, gender identity can vary significantly (Babu & Shah, 2021). Furthermore, among XY individuals with 5α-reductase-2 (5α-RD-2) deficiency and with 17-beta-hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency who are assigned the female sex at birth, a large fraction (56–63% and 39–64%, respectively) change from a typical female gender role to a typical male gender role as they age (Cohen-Kettenis, 2005).

Люди з інтерсексуальністю мають широкий спектр медичних можливостей, відкритих для них залежно від їхньої гендерної ідентичності та її узгодження з анатомією. Ці варіанти включають препарати для пригнічення статевого дозрівання, гормональне лікування та хірургічні втручання, пристосовані до унікальних обставин людини (Weinand & Safer, 2015; Safer & Tangpricha, 2019) (для отримання додаткової інформації див. Розділ 6 — Підлітки та Розділ 12 — Гормональна терапія).). Зокрема, коли наявні функціональні гонади, статеве дозрівання може бути тимчасово призупинено за допомогою аналогів гонадотропін-рилізинг-гормону (ГнРГ). Таке втручання може полегшити необхідний час, потрібний індивіду для вивчення гендерної ідентичності та активної участі у визначенні статі, особливо в умовах, коли зміна статевої ролі є звичайним явищем (тобто в осіб, вихованих жінками, з дефіцитом 5α-RD-2 ; Коккетті, Ріторі, Маццолі та ін., 2020; Фішер, Кастелліні та ін., 2016).

People with intersexuality have a wide range of medical options open to them depending on their gender identity and its alignment with anatomy. These options include puberty suppression medication, hormonal treatment, and surgeries, all customized to the unique circumstances of the individual (Weinand & Safer, 2015; Safer & Tangpricha, 2019) (for further information see Chapter 6—Adolescents and Chapter 12— Hormone Therapy). Specifically, when functional gonads are present, puberty may be temporarily suspended by using gonadotropin-releasing hormone (GnRH) analogues. Such intervention can facilitate the necessary passage of time needed by the individual to explore gender identity and to actively participate in sex designation, especially for conditions in which sex role change is common (i.e., in female-raised individuals with 5α-RD-2 deficiency; Cocchetti, Ristori, Mazzoli et al., 2020; Fisher, Castellini et al., 2016).

Медичні працівники можуть консультувати окремих осіб та їхні сім'ї безпосередньо, якщо постачальники мають достатній досвід і можуть використати досвід, необхідний для визначення як курсу лікування, який підходить для особи, так і матеріально-технічного забезпечення, пов'язаного з впровадженням обраного терапевтичного варіанту.

HCPs can counsel individuals and their families directly if the providers have sufficient expertise and can leverage expertise needed to determine both a course of treatment appropriate for the individual and the logistics involved in implementing the chosen therapeutic option.

Рекомендація 10.9

Ми пропонуємо медичним працівникам порадити інтерсекс-дітям та їх батькам відкласти операцію на статевих органах, щоб оптимізувати самовизначення та здатність дітей брати участь у прийнятті рішень на основі інформованої згоди.

Міжнародні правозахисні організації дедалі частіше висловлюють занепокоєння тим, що операції, проведені до того, як дитина зможе суттєво брати участь у прийнятті рішень, можуть поставити під загрозу права дитини на автономію, самовизначення та відкрите майбутнє (наприклад, Human Rights Watch, 2017). Численні медичні та інтерсексні правозахисні організації, а також кілька країн приєдналися до цих міжнародних правозахисних груп, рекомендуючи відкласти операцію, коли це можливо з медичної точки зору (Dalke et al., 2020; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020). Однак важливо зазначити, що деякі анатомічні зміни, такі як обструкція сечовипускання або оголення тазових органів, становлять безпосередній ризик для фізичного здоров'я (Mouriquand et al., 2016). Інші, такі як менструальна обструкція або тривалий ризик злоякісного новоутворення неопущених яєчок, мають тривалі фізичні наслідки. Третя група варіацій, тобто варіації зовнішнього вигляду зовнішніх статевих органів або глибини піхви, не становлять негайного чи довгострокового фізичного ризику. Наведена вище рекомендація стосується лише тих анатомічних змін, які, якщо їх не лікувати, не мають негайних несприятливих фізичних наслідків і де відстрочка хірургічного лікування не становить ризику для фізичного здоров'я.

Нетермінова хірургічна допомога особам із цими варіаціями є складною та часто оскаржуваною, особливо коли особа є немовлям або маленькою дитиною та ще не може брати участь у процесі прийняття рішень. Літні люди з інтерсексуальністю повідомляли про психосоціальні та сексуальні проблеми зі здоров'ям, включаючи депресію, тривогу та сексуальну та соціальну стигматизацію (de Vries et al., 2019; Rosenwohl-Mack et al., 2020). Деякі дослідження показали, що особи з певною варіацією (наприклад, 46,XX ВГН) погоджуються на проведення операції до підліткового віку (Bennecke et al., 2021). Недавні дослідження показують, що деякі підлітки та дорослі задоволені зовнішнім виглядом і функцією статевих органів після хірургічного втручання в дитинстві (Rapp et al., 2021). Особливості статевих органів дитини також може стати джерелом стресу для батьків, і є дослідження, яке повідомляє про кореляцію операції зі створення бінарних статевих органів із обмеженим зменшенням батьківського дистресу (Wolfe-Christensen et al., 2017), хоча меншість батьків можуть повідомити про те, що шкодують про рішення (Ellens та ін., 2017). Тому деякі організації рекомендують пропонувати операцію у дуже ранньому віці (American Urological Association, 2019; Pediatric Endocrine Society, 2020).

Це демонструє поділ в галузі медицини щодо керівних принципів ранньої генітальної хірургії. Автори цього розділу також не досягли повного консенсусу. Деякі інтерсекс-спеціалісти вважають потенційно шкідливим наполягати на загальній відстрочці ранньої операції на статевих органах у зв'язку з змінами статевих органів без наявного медичного ризику. Причини, що підтверджують цю точку зору, включають:

1. Інтерсексні стани є дуже неоднорідними щодо типу та тяжкості симптомів, а також пов'язаної структурою гонад, функцією та ризиком злоякісносних новоутворень;
2. Суспільства та сім'ї надзвичайно відрізняються щодо гендерних норм та потенціалу інтерсекс стигми;
3. Рання операція може мати певні технічні переваги;
4. Аналіз опитувань інтерсекс-осіб (більшість із яких раніше перенесли хірургічні втручання на статевих органах) показує, що більшість схвалює хірургічне втручання до досягнення віку згоди, особливо у випадку осіб із 46,XX ВГН та менш сильно для осіб із XY інтерсексними станами (Meyer-Bahlburg, 2022).

Експерти, які підтримують цю точку зору, закликають до індивідуального підходу до рішень щодо генітальної операції та часу її проведення. Цей підхід був прийнятий медичними товариствами з високим рівнем інтерсекс-спеціалістів (Bangalore Krishna et al., 2021; Pediatric Endocrine Society, 2020; Speiser et al., 2018; Stark et al., 2019) і певними організаціями підтримки (CARES Foundation; Krege et al., 2019).

Тим не менш, дослідження довгострокових результатів обмежені, і в більшості досліджень, які повідомляють про позитивні результати, не вистачає нехірургічної групи для порівняння (Dalke, et al., 2020; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020). Також немає доказів того, що хірургічне втручання захищає інтерсекс-дітей від стигми (Roen, 2019). Дорослі з інтерсексними станами справді відчувають стигму, депресію та тривогу, пов'язану з їхніми геніталіями, але також можуть відчувати стигму незалежно від того, чи роблять вони операцію чи ні (Ediati et al., 2017; Meyer-Bahlburg, Khuri et al., 2017; Meyer-Bahlburg et al., 2018). Є також докази того, що хірургічні втручання можуть призвести до значних косметичних, сечовивідних і статевих ускладнень, які поширюються на доросле життя (Gong & Cheng, 2017; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020). Недавні дослідження показують, що деякі групи осіб можуть мати особливо негативний досвід гонадектомії, хоча цей ризик слід порівнювати з ризиком злоякісної пухлини гонад (Duranteau et al., 2020; Rapp et al., 2021). Люди з інтерсексними станами також набагато частіше, ніж загальна популяція, є трансгендерними, гендерно різноманітними або мають гендерну дисфорію (Almasri et al., 2018; Pasterski et al., 2015). Таким чином, операції на статевих органах маленьких дітей можуть незворотно посилити бінарне визначення статі, яке не узгоджується з майбутнім людей. Ці висновки разом із поглядами на права людини підтверджують заклик до відстрочки прийняття рішення про хірургічне втручання, поки людина не зможе прийняти рішення за себе.

Терміново необхідні систематичні довгострокові подальші дослідження для порівняння осіб з однаковими інтерсексними станами, які відрізняються віком на момент операції або не мали операції щодо гендерної ідентичності, психічного здоров'я та загальної якості життя.

Рекомендація 10.10

Ми пропонуємо оперувати інтерсекс-осіб лише хірургам, які мають досвід інтерсексної хірургії геніталій або гонад.

Інтерсексні стани є рідкісними, а анатомія статевих органів і гонад неоднорідною. Хірургічні операції пов'язані з ризиком значних довгострокових ускладнень (наприклад, National Academies of

Sciences, Engineering, and Medicine, 2020), і більшість хірургічних навчальних програм не готують слухачів до надання такої спеціалізованої допомоги (Grimstad, Kremen et al., 2021). Визнаючи складність хірургічного лікування протягом усього життя, стандарти, розроблені експертами та міжнародним консенсусом, рекомендують, щоб цей догляд надавався міждисциплінарними групами експертів (Krege et al, 2019; Lee, Nordenström et al., 2016; Pediatric Endocrine Society, 2020). Тому ми рекомендуємо обмежувати хірургічне лікування інтерсекс-спеціалізованими міждисциплінарними установами, які включають хірургів, які мають досвід надання такої медичної допомоги.

Рекомендація 10.11

Ми рекомендуємо медичним працівникам, які призначають або направляють на гормональну терапію/хірургію, консультувати інтерсекс-осіб з потенціалом фертильності та їхні родини щодо: а) відомого впливу гормональної терапії/хірургічного втручання на майбутню фертильність; б) потенційних ефектів терапії, які недостатньо вивчені та оборотність яких невідома; в) варіантів збереження родючості; г) психосоціальних наслідків безпліддя.

Особи з певними інтерсексними станами можуть мати репродуктивно функціональні статеві органи, але бути безплідними через атиповий розвиток гонад. Інші можуть мати функціонуючі статеві залози з життєздатними статевими клітинами, але нездатність досягти природної фертильності через невідповідність внутрішніх або зовнішніх статевих органів (van Batavia & Kolon, 2016). Пригнічення статевого дозрівання, гормональна терапія статевими стероїдними гормонами та хірургічні втручання для підтвердження гендеру можуть мати негативний вплив на майбутню фертильність. Тому потенційні наслідки лікування та варіанти збереження фертильності слід переглянути та обговорити.

Особам із функціонуючими яєчками слід рекомендувати тривале лікування естрогенами та пригніченням тестостерону, як досліджено у ТГР людей без інтерсексності, що може спричинити атрофію яєчок та зменшення кількості сперматозоїдів (Mattawanon et al., 2018). Хоча переривання такого гендерно-підтверджуючого гормонального лікування може покращити якість сперми, повне усунення порушення сперми не може бути гарантовано (Sermondade et al., 2021). Основним варіантом збереження фертильності для осіб із функціонуючими яєчками є кріоконсервація сперми, зібраної шляхом мастурбації або вібраційної стимуляції (de Roo et al., 2016). Хоча немає даних про успіх у людей, існує пропозиція запропонувати пряме вилучення яєчок і кріоконсервацію незрілої тканини яєчок підліткам, які ще не пройшли спермарше (Mattawanon et al., 2018).

Особам із функціонуючими яєчниками слід рекомендувати терапію тестостероном, яка зазвичай призводить до припинення менструації та овуляції, часто протягом кількох місяців після початку терапії. Існують великі прогалини в знаннях щодо потенційного впливу тестостерону на ооцити та подальшу фертильність. У трансгендерних людей одне дослідження показало, що лікування тестостероном може бути пов’язане з розвитком морфології полікістозу яєчників (Grynberg et al., 2010). Однак інші дослідники не знайшли доказів синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ) серед чоловіків-трансгендерів, які отримують гендерно-підтверджуючу гормональну терапію на основі метаболічних (Chan et al., 2018) або гістологічних параметрів (de Roo et al., 2017). Особи з неушкодженою маткою та функціонуючими яєчниками можуть відновити свій потенціал фертильності, якщо терапію тестостероном припинити.

Варіанти збереження фертильності у людей після статевого дозрівання з інтерсексними станами та функціонуючими яєчниками включають гормональну стимуляцію для кріоконсервації зрілих ооцитів або кріоконсервації тканини яєчників. Крім того, повідомлялося про стимульовану екстракцію ооцитів навіть у трансгендерних чоловіків, які продовжували терапію тестостероном (Greenwald, 2021). Подібним чином повідомлялося про кріоконсервацію ооцитів після стимуляції яєчників у трансгендерного хлопчика, який отримував терапію ГнРГ (Rothenberg et al., 2019). Слід зазначити, що стимуляція яєчників, тимчасове припинення ГнРГ та/або лікування тестостероном або те й інше, а також гінекологічні процедури можуть бути психологічним стресом для людей, причому на реакцію стресу впливають психічне здоров'я, гендерна ідентичність та інший медичний досвід. Застосовність певних втручань може залежати від підтримки інших людей у соціальній мережі особи, включаючи потенційних партнерів.

Рекомендація 10.12

Ми пропонуємо медичним працівникам, які доглядають за інтерсекс-людьми та вродженим безпліддям, рано та поступово знайомити їх та їхні родини з різними альтернативними варіантами батьківства.

Для людей з інтерсексними характеристиками ймовірність безпліддя може бути визначена в дитинстві, підлітковому віці, а також у зрілому віці, без попередніх спроб завагітніти. Для багатьох людей діагноз безпліддя супроводжує інтерсексний діагноз (Jones, 2019). Для деяких осіб допоміжне гетерологічне запліднення (наприклад, донорство ооцитів або сперми) може бути варіантом. Існує також декілька шляхів усиновлення. Деякі можуть вимагати значних витрат часу та зусиль. Особи, які або не зацікавлені в заходах для досягнення фертильності, описаних раніше, або для яких фертильність неможлива, можуть отримати користь від раннього ознайомлення з доступними варіантами усиновлення та альтернативного батьківства. Хоча трансплантація матки мала попередній успіх у людей з агенезією Мюллера (Richards et al., 2021), на сьогоднішній день не існує протоколу, який би уникав впливу на плід, що розвивається, ризиків, пов'язаних із застосуванням ліків, щоб уникнути відторгнення трансплантата.

РОЗДІЛ 11 — Інституційне середовище

У цьому Розділі йдеться про догляд за трансгендерними гендерно різноманітними (ТГР) особами, які проживають в установах. За визначенням, інституції – це заклади, в яких люди живуть і отримують догляд у скупченні або великій групі, де люди можуть мати або не мати свободи пересування, індивідуальної згоди чи волі. Карцеральні заклади (виправні заклади, центри утримання імміграції, в'язниці, центри ув'язнення для неповнолітніх) і некарцеральні заклади (заклади тривалого догляду, стаціонарні психіатричні заклади, хосписи/паліативна допомога, заклади для проживання) – це інтернатні установи, де можливо надавати доступ до медичної допомоги для трансгендерних осіб. Значна частина доказів на підтримку належного догляду за ТГР особами, надходить з пенітенціарних закладів. Проте наведені тут рекомендації стосуються всіх установ, у яких перебувають ТГР особи, як карцеральних, так і некарцеральних (Porter et al., 2016). Усі рекомендації Стандартів Медичного Догляду однаково стосуються людей, які проживають в установах обох типів. Люди повинні мати доступ до цих медично необхідних методів лікування незалежно від їхньої житлової ситуації в закладі (Brown, 2009). Догляд за особою, яка перебуває в інституціональному середовищі, повинні враховуватись можливість особа отримати доступу до догляду самостійно. З цієї причини особам, які перебувають у стаціонарі, необхідно підтримувати можливість отримати стандарти догляду, встановлені Всесвітньою Професійною Асоціацією Трансгендерного Здоров'я (ВПАТЗ).

ТГР мешканці пенітенціарних закладів повідомляють про відсутність доступу до медично необхідної допомоги трансгендерам (див. Розділ 2 — Глобальна застосовність, Рекомендація 2.1), що вважається їхньою проблемою номер один під час ув'язнення (Brown, 2014; Emmer et al., 2011). Системна расова нерівність, притаманна багатьом пенітенціарним середовищам (Sawyer, 2020), расові відмінності в стані здоров'я (Nowotny та ін., 2017), а також надмірне представництво ТГР осіб кольору у деяких закладах (Reisner та ін., 2014) підкреслюють потреба в тому, щоб керівництво закладу приділяло увагу питанням доступу до догляду в цей тимчасовий період. Контрольовані дослідження показують клінічно значущі відмінності в стані здоров'я та психічного здоров'я трансгендерних людей, які мали досвід взаємодії з пенітенціарною системою, порівняно з відповідними групами трансгендерних людей, які не були ув'язнені (Brown and Jones, 2015). Дуже часто агентствам, структурам і персоналу, які надають допомогу, не вистачає знань, підготовки та можливостей для догляду за людьми різної статі (Clark et al., 2017). Дискримінація ТГР осіб у закладах паліативної допомоги, включаючи хосписи, є поширеною, а потреби таких пацієнтів у цих закладах ігноруються (Stein et al., 2020). Це одна з причин, чому пацієнти-лесбійки, геї, бісексуали та трансгендерні особи (ЛГБТ) можуть прийняти рішення приховати свою сексуальну та/або гендерну ідентичність, коли вони потрапляють у будинок престарілих, незважаючи на те, що до їх надходження в заклад вони жили публічно. як ЛГБТ-ідентифіковані особи (Carroll, 2017; Serafin et al., 2013).

Усі твердження в цьому розділі були рекомендовані на основі ретельного аналізу доказів, оцінки користі та шкоди, цінностей і переваг постачальників і пацієнтів, а також використання ресурсів і здійсненності. У деяких випадках ми визнаємо, що докази обмежені та/або послуги можуть бути недоступними або небажаними. Більшість доступної літератури, пов'язаної з установами, зосереджена на тих, хто перебуває у в'язницях, в'язницях чи інших місцях позбавлення волі. Література про інші інституційні типи також розглядалася та посилалася там, де була доступна. Ми сподіваємося, що майбутні

розслідування вирішать цю відносну нестачу даних із некарцеральних установ. Рекомендації, підсумовані вище, можна узагальнити для різноманітних інституційних умов, які мають спільні характеристики, включаючи тривалі періоди перебування, втрату або обмежену свободу волі, а також залежність від персоналу інституції для деяких або всіх основних життєвих потреб.

Рекомендації

11.1 — Ми рекомендуємо медичним працівникам, відповідальним за надання гендерно-підтверджувальної допомоги особам, які проживають в установах (або пов'язаних з установами чи інституціями), визнати, що весь перелік рекомендацій СМД-8 рівною мірою стосується людей, які проживають в установах.

11.2 — Ми пропонуємо установам забезпечити весь персонал навчанням щодо гендерної різноманітності.

11.3 — Ми рекомендуємо медичним працівникам, яким доручено призначати та контролювати медично необхідну гормональну терапію для ТГР осіб, які живуть у закладах, та робити це без зайвої затримки та відповідно до СМД-8.

11.4 — Ми рекомендуємо персоналу та фахівцям, відповідальним за надання медичної допомоги ТГР особам, які живуть в установах, рекомендувати та проводити гендерно-підтверджуючі хірургічні втручання відповідно до СМД-8 та без невиправданої затримки.

11.5 — Ми рекомендуємо адміністраторам, медичним працівникам та всім іншим особам, які працюють в установах, відповідальним за догляд за ТГР особами, дозволяти їм отримувати за вимогою відповідний гендеру одяг та предметів догляду.

11.6 — Ми рекомендуємо всьому персоналу закладу завжди звертатися до ТГР осіб за обраними іменами та займенниками.

11.7 — Ми рекомендуємо адміністраторам закладів, медичним працівникам та іншим посадовим особам, відповідальним за прийняття рішень щодо житла для ТГР мешканців, враховувати переваги житла, гендерної ідентичності і самовираження, а також міркування щодо безпеки, а не лише їхню анатомію чи стать, визначену при народженні.

11.8 — Ми рекомендуємо персоналу установи розробити житлову політику, яка гарантувала б безпеку ТГР мешканців без сегрегації чи ізоляції цих осіб.

11.9 — Ми рекомендуємо персоналу установи дозволяти ТГР мешканцям приватне користування душем і туалетом за запитом.

Рекомендація 11.1

Ми рекомендуємо медичним працівникам, відповідальним за надання гендерно-підтверджувальної допомоги особам, які проживають в установах (або пов'язаних з установами чи інституціями), визнати, що весь перелік рекомендацій СМД-8 рівною мірою стосується людей, які проживають в установах.

Ми визнаємо, що так само, як люди, які живуть в установах, потребують і заслуговують на психічне та медичне обслуговування в цілому та в спеціальних сферах, ТГР люди, які перебувають у цих установах, заслуговують задоволення потреб в спеціальній гендерій допомозі. Ми рекомендуємо застосовувати Стандарти Медичного Догляду (СМД) для людей, які знаходяться в інституціях, як виконання основного принципу охорони здоров'я та етики (Beauchamp & Childress, 2019; Pope & Vasquez, 2016). Крім того, численні суди вже давно підтримали необхідність надання медичної допомоги ТГР особам на базі СМД ВПАТЗ людям, які знаходяться в установах (наприклад, Koselik v. Massachusetts, 2002; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020). Агенції, які надають персонал для довгострокових послуг на дому, також повинні знати про застосування Стандартів Медичної Допомоги.

Рекомендація 11.2

Ми пропонуємо установам забезпечити весь персонал навчанням щодо гендерної різноманітності.

У той час як рівень підготовки буде різнитися в залежності від ролі співробітника в інституційному середовищі, весь персонал потребуватиме навчання належному зверненню до резидентів, у той час як іншому клінічному персоналу може знадобитися більш інтенсивне навчання та/або консультації. Ці рекомендації щодо навчання також стосуються агенцій, які надають персонал для довгострокового догляду. Неправильна гендерна поведінка мешканців інституційних установ, заборона одягу, що відповідає гендерній приналежності, душових кабін чи житла, а також відмова від використання вибраних імен та займенників свідчить про відсутність поваги до ТГР мешканців, які можуть відчувати такі неодноразові образи як емоційно травматичні, сприяючі погіршенню депресивному та тривожному стану. Цій шкоді можна запобігти, забезпечивши для всього персоналу закладу навчання з гендерної різноманітності та базову компетенцію в питаннях охорони здоров'я, пов'язаних із трансгендерними особами (Hafford-Letchfield et al., 2017). Опитування свідчать про значні прогалини в знаннях осіб, які працюють з ув'язненими, а також серед працівників некарцеральних установ, таких як паліативна допомога (Stein et al., 2020; White et al., 2016). Хеффорд-Летчфід та ін. (Hafford-Letchfied et al., 2017) показали користь від навчання персоналу закладів довгострокового догляду, коли таке навчання починалося з «розпізнавання проблем ЛБГТ» і існувало в «будинках з догляду». Якщо призначені МП не мають досвіду для оцінки та/або лікування осіб із гендерними відмінностями, слід звернутися за зовнішньою консультацією до професіоналів, які мають досвід у наданні медичної допомоги з урахуванням гендерної ознаки (Brömdal et al., 2019; Sevelius and Jenness, 2017)

Рекомендація 11.3

Ми рекомендуємо медичним працівникам, яким доручено призначати та контролювати медично необхідну гормональну терапію для ТГР осіб, які живуть у закладах, та робити це без зайвої затримки та відповідно до СМД-8.

ТГР особи можуть потрапити до інституцій, перебуваючи в процесі обстеження для надання гендерно-підтверджуючої гормональної допомоги, або така потреба може виникнути після того, як вони проживали в установі протягом певного проміжку часу. Нерідкі випадки, коли ТГР особам відмовляють у доступі до гормональної допомоги протягом місяців або років після того, як вони повідомили про такі потреби, або їх не лікують і погано контролюють, затримуючи необхідне титрування ліків (Keohane, 2018; Kosilek v. Massachusetts, 2002; Monroe v. Baldwin et al., 2019). Це може призвести до значних негативних наслідків для психічного здоров'я, включно з депресією, тривожністю, суїцидальністю та ризиком самолікування (Brown, 2010). Як і у випадку будь-якої медично необхідної допомоги, доступ до гендерно-підтверджуючої гормональної терапії повинен бути наданий своєчасно, якщо це показано для ТГР особи, як у карцеральних, так і в позакарцеральних установах. Медичні працівники повинні належним чином титрувати гормональні препарати на основі лабораторних і клінічних результатів, щоб переконатися, що результати відповідають рекомендованим стандартам у галузі ендокринології. Такі лабораторні аналізи слід проводити з частотою, щоб не затримувати відповідне титрування.

ТГР люди похилого віку, які живуть у закладах тривалого догляду, мають унікальні потреби (Boyd, 2019; Caroll, 2017; Porter, 2016). Коли люди похилого віку вимагають гормонального лікування,

лікарі повинні оцінити наявні захворювання, хоча такі стани рідко є абсолютними протипоказаннями до введення гормональних препаратів у цій популяції (Ettner, 2013). Люди з гендерною невідповідністю в установах також можуть мати супутні психічні захворювання (Brown and Jones, 2015; Cole et al., 1997). Ці умови слід оцінювати та розглядати належним чином у рамках загальної оцінки. Особи, які отримують гормональну терапію, повинні перебувати під ретельним медичним наглядом, щоб уникнути потенційної взаємодій препаратів і поліпрагмазії (Hembree et al., 2017).

ТГР особи, які перебувають у інституції та мають відповідну схему гендерно-підтверджуючої гормональної терапії, повинні продовжувати отримувати ту саму або подібну терапію та контролюватись відповідно до 8-ої Версії СМД. Підхід «заморожування» є недоречним і небезпечним (Kosilek v. Massachusetts, 2002) оскільки це застаріла практика відмови в наданні гормональних препаратів людям, які їх ще не приймають, або утримання ТГР пацієнтів на тій самій дозі гормонів, яку вони отримували під час госпіталізації, протягом усього періоду інституціоналізації, навіть якщо ця доза була початковою. ТГР особи, які вважаються відповідними для нової гендерно підтверджуючої гормональної терапії, повинні розпочинати таку терапію так само, як і поза межами закладу (Adams v. Federal Bureau of Prisons, No. 09-10272 [D. MO June 7, 2010]; Brown 2009). Наслідки раптової відміни гормонів або відсутності початку гормональної терапії, коли це необхідно з медичної точки зору, включають значну ймовірність негативних результатів (Brown, 2010; Sundstrom and Fields v. Frank, 2011), таких як хірургічне самолікування шляхом автокастрації, депресивний настрій, посилення гендерної дисфорії та/або суїцидальності (Brown, 2010; Maruri, 2011).

Якщо особа в установі отримує гормони, що підтверджують гендер, та/або хірургічні втручання, рішення щодо розміщення в установах із сегрегацією за статтю може потребувати переоцінки для безпеки та благополуччя ТГР особи (Ministry of Justice [UK], 2016).

Рекомендація 11.4

Ми рекомендуємо персоналу та фахівцям, відповідальним за надання медичної допомоги ТГР особам, які живуть в установах, рекомендувати та проводити гендерно-підтверджуючі хірургічні втручання відповідно до СМД-8 та без невиправданої затримки.

ТГД люди з гендерною дисфорією повинні мати відповідний план лікування, щоб забезпечити медично необхідні хірургічні втручання, такої самої якості, як і таке, що надаються особам, які проживають поза межами установ (Adams v. Federal Bureau of Prisons, No. 09-10272 [D. MO June 7, 2010]; Brown 2009; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020). Наслідки відмови або відсутності доступу до гендерно-підтверджуючих хірургічних операцій для мешканців закладів, які не мають доступу до такої допомоги поза межами своїх закладів, можуть бути серйозними, включаючи значне погіршення симптомів гендерної дисфорії, депресії, тривоги, суїцидальності та ймовірності самолікування (наприклад, аутокастрація або аутопенектомія; Brown, 2010; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020; Maruri, 2011). Нерідкі випадки, коли мешканцям установ відмовляють у доступі до гендерно-підтверджуючої операції, а також відмовляють у самому лікуванні, навіть якщо це необхідно з медичної точки зору (Kosilek v. Massachusetts/ Dennehy, 2012; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020). Відмова в необхідному з медичної точки зору обстеженні та наданні хірургічного лікування з підтвердження гендеру

та необхідного післяопераційного лікування є недоречним і несумісним із цими Стандартами Медичної Допомоги.

Рекомендація 11.5

Ми рекомендуємо адміністраторам, медичним працівникам та всім іншим особам, які працюють в установах, відповідальним за догляд за ТГР особами, дозволяти їм отримувати за вимогою відповідний гендеру одяг та предметів догляду.

Гендерна експресія стосується зачісок, засобів догляду, одягу, імені та займенників, пов'язаних з гендерною ідентичністю в культурі та/або спільноті, до якої належить ТГР особа (American Psychological Association, 2015; Hembree et al., 2017). Гендерна експресія є нормою для людей у будь-якій культурі чи спільноті. Соціальний перехід — це процес, у якому ТГР особи починають і продовжують виражати свою гендерну ідентичність у спосіб, який є автентичним і соціально сприйнятим. Часто соціальний перехід передбачає поведінку та публічну презентацію, які відрізняються від того, що зазвичай очікується від людей, яким при народженні присвоєно певний юридичний гендерний маркер. Гендерний маркер — це юридична позначка статі/гендеру людини, яка зазвичай призначається або позначається при народженні в офіційних документах (American Psychological Association, 2015). Найчастішими позначками є «чоловік» або «жінка», але також «інтерсекс» або «X» у деяких країнах і юрисдикціях. ТГР особи потребують тих самих прав на гендерне самовираження, які надаються цисгендерним людям, які живуть як поза, так і в інституційних умовах. Прийняття персоналом соціального переходу також задає тон поваги та схвалення, що може посилити соціальну інтеграцію з іншими особами, які проживають в закладі, тим самим підвищуючи безпеку та зменшуючи деякі аспекти гендерної невідповідності.

Дослідження показують, що соціальний перехід і конгруентне гендерне самовираження мають значний сприятливий вплив на психічне здоров'я ТГР людей (Bockting & Coleman, 2007; Boedecker, 2018; Devor, 2004; Glynn et al., 2016; Russell et al., 2018). Ці рекомендації включають дозвіл носити одяг і зачіски, що відповідають гендерній ідентичності, отримувати та використовувати засоби гігієни та догляду, звертання за вибраним іменем або офіційним прізвищем (навіть якщо неможливо змінити ім'я ще законно присвоєно), і обраними займенниками для реалізації вираження гендерної ідентичності. Ці елементи гендерної експресії та соціального переходу, залежно від потреб особи, зменшують гендерну дисфорію/неконгруентність, депресію, тривожність, думки та поведінку, спрямовані на самоушкодження, суїцидальні думки та спроби (Russell et al., 2018). Крім того, ці елементи конгруентної гендерної експресії покращують добробут і функціонування особи (Glynn et al., 2016).

Рекомендація 11.6

Ми рекомендуємо всьому персоналу закладу завжди звертатися до ТГР осіб за обраними іменами та займенниками.

Враховуючи те, що зростаючий відсоток людей відкрито ідентифікує себе як гендерно різноманітних, існує потреба в розробці та впровадженні практик і політики, які відповідають потребам цих людей, незалежно від місця їх проживання (McCauley et al., 2017). Наприклад, установи повинні використовувати системи медичних та адміністративних записів для своїх мешканців, які використовують гендерні маркери, що відповідають гендерній ідентичності, а не лише стать, визначену при народженні.

Під час розробки цих рекомендацій було визнано, що гендерна експансивність може кинути виклик деяким інституційним нормам. Проте всі установи зобов'язані забезпечувати безпеку та благополуччя всіх осіб, які в них проживають (Australia, 2015; Corrective Services New South Wales, 2015; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020; Kosilek v. Massachusetts, 2002; NCCHC, 2015). Севеліус та його колеги (Sevelius et al., 2020) продемонстрували, що правильне вживання займенників є гендерно-підтверджуючим для трансгендерних жінок і корелює з позитивним психічним здоров'ям і наслідками для здоров'я, пов'язаними з ВІЛ. Якщо мешканець закладу юридично змінив ім'я, інституційні записи повинні бути змінені, щоб відобразити ці зміни.

Рекомендація 11.7

Ми рекомендуємо адміністраторам закладів, медичним працівникам та іншим посадовим особам, відповідальним за прийняття рішень щодо житла для ТГР мешканців, враховувати переваги житла, гендерної ідентичності і самовираження, а також міркування щодо безпеки, а не лише їхню анатомію чи стать, визначену при народженні.

Розділення людей за статтю, визначеною при народженні, політика, яка майже повсюдно реалізується в інституційних умовах (Brown and McDuffie, 2009; Routh et al., 2017), може створити надзвичайно небезпечне середовище (Ledesma & Ford, 2020). Гендерно різноманітні люди надзвичайно вразливі до стигматизації, віктимізації, нехтування їх потребами та різних видів насильства (Banbury, 2004; Beck, 2014; Jenness and Fenstermaker, 2016; Malkin & DeJong, 2018; Oparah, 2012; Stein et al., 2020) . Ця системна жорсткість, розділена за статтю, часто не забезпечує безпеку ТГР людей і може перешкоджати доступу до медичної допомоги, яка підтверджує гендерну ознаку (Stohr, 2015). Як наслідок, заклади повинні дотримуватися процедур, які регулярно оцінюють потреби ТГР ув'язнених (наприклад, Federal Bureau of Prisons, 2016). Подібним чином, Закон Про Ліквідацію Зґвалтувань У В'язницях конкретно називає ТГР осіб вразливою групою населення, і наказує в'язницям в США враховувати потреби в житлі цих ув'язнених (Bureau of Justice Assistance, 2017).

Рекомендація 11.8

Ми рекомендуємо персоналу установи розробити житлову політику, яка гарантувала б безпеку ТГР мешканців без сегрегації чи ізоляції цих осіб.

Визначення місця проживання ТГР резидента виключно на основі анатомії його статевих органів або статі, визначеної при народженні, є помилковим і створює ризик фізичної та/або психологічної шкоди для людей (Scott, 2013; Simopoulos & Khin, 2014; Yona & Katri, 2020). У пенітенціарних установах добре відомо, що трансгендерні особи набагато частіше, ніж інші ув'язнені, піддаються сексуальним домаганням та/або насильству (James et al., 2016; Jenness & Fenstermaker, 2016; Malkin & DeJong, 2019). У той час як рішення про розміщення повинні орієнтуватися на питання безпеки, спільне прийняття рішень, яке включає і внесок ТГР особи, має прийматися в кожному індивідуальному випадку (Federal Bureau of Prisons, 2016; Jenness and Smyth, 2011). Деякі трансгендерні жінки вважають за краще проживати в чоловічому закладі, тоді як інші почуваються безпечніше в жіночому закладі. Враховуючи, що діапазон гендерних ідентичностей, самовираження та варіантів переходу настільки неоднорідний серед гендерно різноманітних людей, забезпечення безпеки мешканців вимагає гнучких процесів прийняття рішень (Yona

& Katri, 2020). Один із страхів літніх ЛБГТ людей, які живуть під довгостроковим доглядом, – погане поводження з боку сусідів по кімнаті (Jablonski et al., 2013). Отже, під час розміщення в будинках літніх людей і закладах соціального проживання слід передбачити виділення кімнат на основі їх самовизначеної статі без урахування статі, визначеної при народженні чи історії хірургічної операції та у співпраці з самим ТГР пацієнтом.

Одиночне ув'язнення, яке в пенітенціарних установах іноді називають адміністративною сегрегацією, означає фізичну ізоляцію осіб, під час якої вони перебувають у своїх камерах протягом приблизно двадцяти трьох годин щодня. Ізоляція використовується в деяких пенітенціарних закладах як дисциплінарний захід, а також як засіб захисту ув'язнених, які вважаються небезпечними для себе чи інших, або яким загрожує сексуальне насильство з боку інших ув'язнених. Проте ізоляція ув'язнених із міркувань безпеки, якщо це необхідно, має бути короткою, оскільки вона може спричинити серйозну психологічну шкоду та серйозні порушення функціонування (Ahalt et al., 2017; Scharff Smith, 2006). Національні організації зі стандартизації пенітенціарних установ, а також Організація Об'єднаних Націй вважають ізоляцію тривалістю понад 15 днів катуванням (NCCHC, 2016; United Nations, 2015).

Рекомендація 11.9

Ми рекомендуємо персоналу установи дозволяти ТГР мешканцям приватне користування душем і туалетом за запитом.

Необхідність і важливість конфіденційності є універсальною, незалежно від гендерної ідентичності. ТГР особи повідомляють, що уникають громадських туалетів, обмежують кількість їжі та напоїв, щоб не відвідувати громадські заклади, що часто призводить до інфекцій сечовивідних шляхів і проблем, пов'язаних із нирками (James et al., 2016). ТГР-особи в установах часто позбавлені приватності під час користування туалетом та душем, що може призвести до психологічної шкоди та/або фізичного та сексуального насильства (Bartels and Lynch, 2017; Brown, 2014; Cook-Daniels, 2016; Mann, 2006). Подібним чином у місцях позбавлення волі обшуки, в тому числі з роздяганням і огляд порожнин тіла, повинні проводитися співробітниками однієї статі, розуміючи, що це може бути неможливо в екстремальних випадках. Слід уникати випадкового перегляду обшуків іншими співробітниками (Bureau of Justice Assistance, 2017). Деякі закони також вимагають приватного користування душем і туалетом для ув'язнених трансгендерних людей, у тому числі, наприклад, федеральний Закон США про заборону зґвалтувань у в'язницях.

Збільшується популяція старіючих/старших ТГР осіб, які потребують обслуговування в установах (Carroll, 2017; Witten & Eyler, 2016). Багато закладів довгострокового догляду та інших закладів, які задовольняють потреби людей похилого віку, повинні враховувати потреби своїх мешканців, які не є цигендерами (Ettner, 2016; Ettner & Wiley, 2016). Опитування медичних працівників, які працюють із літніми людьми в хоспісах і закладах паліативної допомоги, а також в інших установах довгострокового догляду, повідомляють, що пацієнти, які ідентифікуються як ТГР, часто не отримують задоволення свої основні потреби, зазнають дискримінації в доступі до медичної допомоги або фізично та/або піддавалися емоційному насильству (Stein et al., 2020). Опитування МП, які працюють з особами пенсійного віку в інтернатних закладів в Австралії, виявило недостатній досвід або розуміння проблем, з якими стикається ця група населення. Дійсно, багато літніх ТГР мешканців зізналися, що приховували свою гендерну

ідентичність, підкоряючись страху нечутливого поводження чи відвертої дискримінації (Cartwright et al., 2012; Cook-Daniels, 2016; Grant et al., 2012; Horner et al., 2012; Orel & Fruhauf, 2015).

РОЗДІЛ 12 — Гормональна терапія

Трансгендерним і гендерно різноманітним (ТГР) особам може знадобитися медично необхідна гендерно-підтверджуюча гормональна терапія (ГПГТ) для досягнення змін, які відповідають їхнім цілям втілення гендерної ідентичності (про медичну необхідність детальніше див. в Розділі 2 — Глобальна застосовність, Рекомендація 2.1). У цьому розділі описані рекомендації щодо гормональної терапії для ТГР дорослих і підлітків (критерії оцінки, пов'язані з початком гормональної терапії для дорослих і підлітків, див. у Розділі 5 — Діагностика дорослих і Розділі 6 — Підлітки відповідно. Короткий виклад рекомендацій і критеріїв оцінки можна знайти в Додатку D).

Відтоді як у 1979 році були опубліковані перші Стандарти Медичної Допомоги (СМД) Всесвітньої Професійної Асоціації Трансгендерного Здоров'я (ВПАТЗ) і в наступних версіях СМД, включаючи версію СМД-7, ГПГТ було прийнято як медично необхідну процедуру (Coleman et al., 2012). У 2009 та 2017 роках ВПАТЗ схвалив рекомендації Ендокринного Товариства щодо ГПГТ для ТГР осіб (Hembree et al., 2009; Hembree et al., 2017). Європейське Товариство Сексуальної Медицини також опублікувало заяву щодо гормонального менеджменту у ТГР підлітків і дорослих (T'Sjoen et al., 2020). Проведення ГПГТ у дорослих під медичним наглядом вважається безпечною процедурою (Tangpricha & den Heijer, 2017; Safer & Tangpricha, 2019). Однак існують певні потенційні довгострокові ризики, і для зменшення побічних ефектів необхідні ретельний моніторинг і скринінг (Hembree et al., 2017; Rosenthal, 2021).

Загалом мета полягає в тому, щоб рівні статевих стероїдів у сироватці крові відповідали рівню, пов'язаному з гендерною ідентичністю особи, хоча оптимальні цільові діапазони не встановлені (Hembree et al., 2017). Медичні працівники (МП) можуть використовувати рівні тестостерону та/або естрадіолу в сироватці крові для моніторингу більшості статевих стероїдів. Однак використання кон'югованих або синтетичних естрогенів не можна контролювати таким чином. Припущення про те, що співвідношення естрон/естрадіол слід контролювати, не було підтверджено в нещодавньому когортному дослідженні, оскільки не було жодного зв'язку між концентрацією естрону та зміною жиру в організмі або розвитком грудей у європейській когорті з 212 дорослих трансгендерних жінок при медичних оглядах протягом 1 року після початку гормонального лікування (Tebbens et al., 2021). Це дослідження продемонструвало, що високі концентрації естрону або вищі співвідношення естрон/естрадіол не пов'язані з антагоністичним впливом на фемінізацію (відсоток жиру та розвиток грудей) (Tebbens et al., 2021). Таким чином, поточні опубліковані дані не підтверджують необхідність моніторингу співвідношення естрону та естрадіолу. Від раніше використовуваних кон'югованих естрогенів відмовилися на користь біоідентичних. Навіть якщо декілька досліджень показали значно більший ризик тромбоемболічних і серцево-судинних ускладнень при застосуванні пероральних кон'югованих естрогенів порівняно з пероральним естрадіолом у жінок у постменопаузі, жодних рандомізованих контрольованих досліджень не проводилося ні у жінок у постменопаузі, ні у трансгендерних осіб, які проходять терапію естрогенами (Smith et al., 2014).

Підхід до ГПГТ відрізняється і залежить від стадії розвитку людини на момент початку гормональної терапії, а також від цілей лікування. Гормональна терапія не рекомендована дітям, у яких не почалося ендогенне статеве дозрівання. У підлітків, які відповідають вимогам (згідно з Розділом 6 — Підлітки), які досягли ранніх стадій статевого дозрівання, зазвичай основна увага приділяється затримці подальшого статевого дозрівання за допомогою агоністів гонадотропін-рилізинг-гормону (ГнРГ) до

відповідного моменту, коли можна буде почати ГПГТ. У цих випадках пригнічення статевого дозрівання вважається необхідним з медичної точки зору. Дорослі особи, які відповідають вимогам, можуть ініціювати ГПГТ, якщо вони відповідають критеріям, наведеним у Розділі 5 — Оцінювання для дорослих. Крім того, медичні працівники повинні обговорити цілі пацієнтів щодо фертильності та процедури збереження фертильності до початку ГПГТ (див. Розділ 16 — Репродуктивне здоров'я).

ГПГТ з цілями фемінних змін зазвичай складається з естрогену та препараті, що знижують рівень андрогенів (Hembree et al., 2017). Хоча є неофіційні повідомлення про використання прогестерону для розвитку грудей і управління настроєм, наразі недостатньо доказів того, що потенційні переваги введення прогестерону переважають потенційні ризики (Iwamoto, T'Sjoen et al., 2019). Маскулінізуюча ГПГТ зазвичай складається з прийому тестостерону. І ВПАТЗ, і Ендокринне Товариство рекомендують контролювати рівень статевих гормонів. Хоча ГПГТ налаштований відповідно до індивідуальних потреб ТГР людини зазвичай рівні гормонів підтримуються в концентрації, достатній для підтримки здоров'я кісток, яка не перевищує фізіологічні норми (Hembree et al., 2017; Rosen et al., 2019).

У більшості випадків ГПГТ продовжується протягом усього життя. Невідомо, чи слід зменшувати дози ГПГТ у ТГР людей похилого віку. Припинення гормональної терапії може призвести до втрати кісткової маси в ТГР осіб і, безумовно, призведе до втрати статевих гормонів у осіб, у яких були видалені гонади (Wiepjes та ін., 2020). Необхідно також проводити звичайну первинну медичну допомогу (див. Розділ 15 — Первинна медична допомога). Епідеміологічні дослідження повідомили про підвищення частоти серцево-судинних захворювань і венозної тромбоемболії (ВТЕ) у ТГР людей, які отримували терапію естрогеном, особливо у людей похилого віку та в поєднанні з іншими препаратами (Irwig, 2018; Maraka та ін., 2017). ТГР особи, які отримували тестостерон, також можуть мати підвищені несприятливі серцево-судинні ризики та, наприклад, збільшення ризику інфаркту міокарда, артеріального тиску, зниження холестерину ЛПВЩ та надмірна вага (Alzahrani та ін., 2019; Irwig, 2018; Kyinn та ін., 2021).). Медичні працівники (МП) повинні обговорити спосіб життя та фармакологічну терапію з пацієнтами, які мають найвищий ризик розвитку серцево-судинних захворювань (див. Розділ 15 — Первинна допомога). Поліцитемія є ще одним розладом, який може спостерігатися у ТГР людей, які приймають тестостерон (Antun та ін., 2020). Тому важливо постійно спостерігати за розвитком станів, які можуть посилюватися від ГПГТ протягом життя (Hembree та ін., 2017).

Усі твердження в цьому розділі були рекомендовані на основі ретельного аналізу доказів, оцінки користі та шкоди, цінностей і переваг постачальників і пацієнтів, а також використання ресурсів і здійсненності. У деяких випадках ми визнаємо, що докази обмежені та/або послуги можуть бути недоступними або небажаними.

Гендерно-підтверджуюча гормональна терапія для підлітків

Далі буде обговорено гормональну терапію у ТГР молоді. Залежно від стадії розвитку підлітка ця гормональна терапія зазвичай включає дві фази, а саме пригнічення статевого дозрівання з подальшим переходом до ГПГТ. Під час першої фази пубертатний розвиток зупиняється, щоб дати підлітку змогу дослідити свою гендерну ідентичність і цілі переходу, щоб підготуватися до наступної фази, яка може включати ГПГТ. У цьому розділі обговорюватимуться рекомендації щодо використання агоністів гонадотропін-рилізинг-гормону (ГнРГ), а також альтернативні підходи до пригнічення пубертатного

періоду, після чого будуть надані рекомендації щодо ГПГТ. Інформація, яка стосуються підлітків та дорослих, буде наведена в наступних секціях.

Рекомендації

12.1 — Ми рекомендуємо медичним працівникам розпочинати пригнічення гормонів статевого дозрівання у трансгендерних і гендерно різноманітних підлітків, які відповідають критеріям* після того, як у них вперше виявилися фізичні зміни статевого дозрівання (стадія Таннера 2).

12.2 — Ми рекомендуємо медичним працівникам використовувати агоністи гонадотропін-рилізинг-гормону (ГнРГ) для пригнічення ендогенних статевих гормонів у трансгендерних і гендерно різноманітних людей, яким показано блокування статевого дозрівання*.

12.3 — Ми пропонуємо медичним працівникам призначати прогестини (пероральні або ін'єкційні депо) для призупинення статевого дозрівання у трансгендерних і гендерно різноманітних підлітків, які відповідають критеріям*, якщо агоністи ГнРГ або недоступні, або коштують непомірно.

12.4 — Ми пропонуємо медичним працівникам призначати агоністи ГнРГ для пригнічення статевих стероїдів без супутньої заміни статевих стероїдних гормонів у трансгендерних і гендерно різноманітних підлітків, які відповідають критеріям такого втручання* та які вже досягли або завершили пубертатний розвиток (пройшли 3 стадію Таннера), але не планують починати терапію статевими стероїдними гормонами.

12.5 — Ми рекомендуємо медичним працівникам призначати схеми лікування статевими гормонами як частину гендерно-підтверджуючого лікування для трансгендерних і гендерно різноманітних підлітків, які мають щонайменше 2 стадію за Таннером, за участю батьків/опікунів, якщо їхня участь не буде визнана шкідливою або непотрібною до підлітка*.

12.6 — Ми рекомендуємо медичним працівникам вимірювати рівень гормонів під час гендерно-підтверджуючого лікування, щоб переконатися, що ендогенні статеві стероїди знижені, а введені статеві стероїди підтримуються на рівнях, відповідних цілям лікування трансгендерних і гендерно різноманітних людей відповідно до стадії Таннера.

12.7 — Ми рекомендуємо медичним працівникам призначати прогестагени або агоністи ГнРГ трансгендерних і гендерно різноманітним підліткам з маткою, щоб зменшити дисфорію, спричинену їх менструальним циклом, коли використання тестостерону ще не показано*.

12.8 — Ми рекомендуємо постачальникам медичних послуг залучати професіоналів з багатьох дисциплін, які є експертами в галузі охорони трансгендерного здоров'я і в спрямуванні догляду, необхідного для трансгендерних і гендерно різноманітних підлітків.

12.9 — Ми рекомендуємо медичним працівникам проводити регулярні клінічні оцінки фізичних змін і потенційних побічних реакцій на статеві стероїдні гормони, включаючи лабораторний моніторинг статевих стероїдних гормонів кожні 3 місяці протягом першого року гормональної терапії або зі зміною дози до досягнення стабільної дози для дорослих. з подальшим клінічним і лабораторним тестуванням один або два рази на рік після досягнення підтримуючої дози для дорослих.

12.10 — Ми рекомендуємо медичним працівникам інформувати та консультувати всіх осіб, які шукають медичної допомоги з підтвердження гендеру, щодо доступних варіантів збереження фертильності до початку пригнічення статевого дозрівання та гормональної терапії.

12.11 — Ми рекомендуємо медичним працівникам перед початком лікування трансгендерних і гендерно різноманітних людей оцінити та вирішити проблеми зі здоров'ям, які можуть посилитися через зниження концентрації ендогенних статевих гормонів і лікування екзогенними статевими гормонами.

12.12 — Ми рекомендуємо медичним працівникам навчати трансгендерних і гендерно різноманітних людей, які проходять гендерно-підтверджуюче лікування, щодо початку та тривалості фізичних змін, викликаних лікуванням статевими гормонами.

12.13 — Ми рекомендуємо медичним працівникам не призначати етинілестрадіол трансгендерним і гендерно різноманітним людям як частину гормонального лікування, яке підтверджує гендер.

12.14 — Ми пропонуємо медичним працівникам призначати трансдермальний естроген трансгендерним і гендерно різноманітним людям з вищим ризиком розвитку венозної тромбоемболії на основі віку > 45 років або попередньої історії венозної тромбоемболії, коли рекомендовано терапію естрогеном*.

12.15 — Ми пропонуємо медичним працівникам не призначати кон'юговані естрогени трансгендерним і гендерно різноманітним людям, якщо естрадіол є доступним в якості компоненту гендерно-підтверджуючої гормональної терапії.

12.16 — Ми рекомендуємо медичним працівникам призначати ліки, що знижують рівень тестостерону (або ципротерону ацетат, спіронолактон, або агоністи ГнРГ) для трансгендерних і гендерно

різноманітних людей з яєчками, які приймають естроген як частину плану гормональної терапії, якщо метою людини є досягнення приблизної концентрації статевих гормонів у цисгендерних жінок.
12.17 — Ми рекомендуємо медичним працівникам контролювати гематокрит (або гемоглобін) у трансгендерних і гендерно різноманітним людей, які отримують тестостерон.
12.18 — Ми пропонуємо медичним працівникам співпрацювати з хірургами щодо використання гормонів до та після операції з підтвердження гендеру.
12.19 — Ми пропонуємо медичним працівникам консультувати трансгендерних і гендерно різноманітних людей щодо різних доступних варіантів хірургічного втручання з підтвердження гендеру, якщо операція не показана або протипоказана з медичної точки зору.
12.20 — Ми рекомендуємо медичним працівникам розпочати та продовжити гендерно-підтверджуючу гормональну терапію для трансгендерних і гендерно різноманітних людей, які потребують цього лікування з продемонстрованим покращенням психосоціального функціонування та якості життя*.
12.21 — Ми рекомендуємо медичним працівникам продовжувати наявну гормональну терапію, якщо психічне здоров'я трансгендерної і гендерно різноманітної особи погіршується, і оцінити причину погіршення.

**Критерії прийнятності для підлітків і дорослих див. у Розділі 5 — Оцінювання для дорослих і Розділі 6 — Підлітки та Додатку D.*

Statement 12.1

Ми рекомендуємо медичним працівникам розпочинати пригнічення гормонів статевого дозрівання у трансгендерних і гендерно різноманітних підлітків, які відповідають критеріям* після того, як у них вперше виявилися фізичні зміни статевого дозрівання (стадія Таннера 2).

Загалом мета застосування ГнРГ у ТГР підлітків полягає в запобіганні подальшого розвитку ендогенних вторинних статевих ознак, що відповідають статі, визначеній при народженні. Оскільки таке лікування є повністю оборотним, воно розглядається як продовження часу для підлітків, щоб дослідити свою гендерну ідентичність за допомогою раннього соціального переходу (Ashley, 2019e). Лікування ГнРГ також має терапевтичну користь, оскільки воно часто призводить до значного зниження рівня дистресу, спричиненого фізичними змінами, які відбуваються з початком ендогенного статевого дозрівання (Rosenthal, 2014; Turban, King et al., 2020).

Для тих дітей препубертатного віку з ТГД, які проявляють стабільну гендерну ідентичність, будь-яка ступінь незворотного розвитку вторинних статевих ознак може призвести до значного рівня ментального дистресу. Хоча можна розглянути можливість використання ГнРГ для запобігання початку статевого дозрівання у таких осіб, які залишаються на стадії 1 за Таннером, така терапевтична стратегія не рекомендована (Hembree et al., 2017). Коли дитина досягає віку, коли зазвичай починається статеве дозрівання (зазвичай від 7-8 до 13 років для дітей з яєчниками та від 9 до 14 років для дітей з яєчками), доцільно проводити скринінг дитини частіше (наприклад, у 4-місячні інтервали) для визначення ознак статевого дозрівання (об'єм грудей або яєчок > 4 см3). Враховуючи типовий темп статевого дозрівання (3,5–4 роки для завершення), малоймовірно, що незворотні зміни встигнуть розвинутися, якщо статеве дозрівання триватиме лише 4 місяці або менше. Таким чином, при регулярному подальшому обстеженні початок статевого дозрівання можна легко виявити до того, як відбудуться незворотні фізичні зміни, і в цей час можна розпочати терапію ГнРГ з високою ефективністю. Слід зазначити, що після початку введення ГнРГ зазвичай спостерігається регрес однієї стадії Таннера. Таким чином, якщо підліток знаходиться на 2 стадія розвитку грудей за Таннером, ці зміни зазвичай повністю регресують до препубертатної стадії 1 шкали Таннером; те ж саме характерно для розвитку яєчок на 2 стадії Таннера (часто навіть не помітних для пацієнта та не пов'язаних з розвитком вторинних статевих ознак).

Враховуючи, що терапія ГнРГ діє через десенсибілізацію ГнРГ рецептора, якщо немає посилення ендогенної стимуляції гіпофіза (перша біохімічна ознака статевого дозрівання), немає потреби в десенсибілізації рецептора ГнРГ. Крім того, через велику варіабельність часу початку статевого дозрівання (як зазначено вище), важко виправдати використання цієї терапії, яка може мати певні рівень непередбачених ризиків, до настання статевого дозрівання, якщо немає фізіологічної користі для пацієнта.

Проте використання терапії ГнРГ можна розглядати у випадку конституційної затримки росту та статевого дозрівання через початок ГПГТ на 1 стадії шкали Таннера. Початок ГПГТ може активувати гіпоталамо-гіпофізарну гонадну вісь, але може також замаскувати вплив на організм цієї активації. Щоб уникнути змін в організмі, які потенційно можуть посилити гендерну невідповідність індивідуума, ГнРГ можна розпочинати як додаткову терапію до ГПГТ, щоб забезпечити пубертатний розвиток за визначеним фенотипом.

Крім того, пригнічення розвитку вторинних статевих ознак є найбільш ефективним, коли лікування статевими гормонами розпочинається на початку або в середині статевого дозрівання порівняно з початком лікування після завершення статевого дозрівання (Bangalore-Krisha et al., 2019) . Відповідно, для підлітків, які вже завершили ендогенне статеве дозрівання та розглядають можливість початку ГПГТ, ГнРГ можна використовувати для пригнічення фізичних функцій, таких як менструація або ерекція, і можуть служити мостом між підлітком, опікуном(ами) (якщо підліток є не в змозі самостійно давати згоду на медичне втручання), і командою лікування зможуть прийняти рішення (Bangalore-Krishna et al., 2019; Rosenthal, 2021).

Початок статевого дозрівання відбувається через реактивацію гіпоталамо-гіпофізарно-гонадної осі. Клінічна оцінка стадій статевого дозрівання базується на фізичних особливостях, які відображають цю реактивацію. У осіб із функціонуючими яєчниками 2 стадія Таннера характеризується розвитком молочних залоз, який відбувається від впливу естрогену, що виробляється яєчниками. У осіб із функціонуючими яєчками 2 стадія Таннера характеризується збільшенням об’єму яєчок (зазвичай понад 4 мл). Ріст яєчок опосередковується гонадотропінами лютеїнізуючого гормону (ЛГ) і фолікулостимулюючого гормону (ФСГ). На пізніх стадіях яєчка виробляють достатньо тестостерону, щоб викликати маскулінізацію тіла

Statement 12.2

Ми рекомендуємо медичним працівникам використовувати агоністи гонадотропін-рилізинг-гормону (ГнРГ) для пригнічення ендогенних статевих гормонів у трансгендерних і гендерно різноманітних людей, яким показано блокування статевого дозрівання. Для підтверджуючого тексту див. Рекомендацію 12.4.

Statement 12.3

Ми пропонуємо медичним працівникам призначати прогестини (пероральні або ін’єкційні депо) для призупинення статевого дозрівання у трансгендерних і гендерно різноманітних підлітків, які відповідають критеріям*, якщо агоністи ГнРГ або недоступні, або коштують непомірно. Для підтверджуючого тексту див. Рекомендацію 12.4.

Statement 12.4.

Ми пропонуємо медичним працівникам призначати агоністи ГнРГ для пригнічення статевих стероїдів без супутньої заміни статевих стероїдних гормонів у трансгендерних і гендерно різноманітних підлітків, які відповідають критеріям такого втручання* та які вже досягли або завершили пубертатний розвиток (пройшли 3 стадію Таннера), але не планують починати терапію статевими стероїдними гормонами.

Терапія ГпРГ знижують концентрацію гонадотропіну та статевих стероїдів у ТГР підлітків і таким чином зупиняють подальший розвиток вторинних статевих ознак (Schagen et al., 2016). Її використання вважається безпечним, оскільки розвиток гіпертензії є єдиною короткостроковим побічним ефектом, про який повідомляється в літературі (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006; Klink, Bokenkamp et al., 2015). ГнРГ перешкоджають гіпофізу виділяти ЛГ і ФСГ (Gava et al., 2020). Коли рівень гонадотропінів знижуються, статеві залози більше не стимулюються до вироблення статевих гормонів (естрогенів або андрогенів), і рівень статевих гормонів у крові знижується до препубертатного рівня. Терапія ГнРГ призводить до часткової регресії початкових стадій уже розвинених вторинних статевих ознак (Bangalore et al., 2019). У ТГР підлітків із функціонуючими яєчниками буде сповільнюватися ріст тканини молочної залози, і якщо лікування розпочато на 2 стадії за Таннером, об'єм тканини молочної залози може помітно зменшитися (Shumer et al., 2016). Менархе можна запобігти або припинити після початку ГнРГ у підлітків з маткою. У ТГР підлітків із функціонуючими яєчками їх об'єм зменшиться об'єму, який відповідає попередній стадії розвитку за Таннером.

Коли терапія ГнРГ розпочинається у підлітків на пізніх стадіях статевого дозрівання, деякі фізичні зміни статевого розвитку (наприклад, пізня стадія розвитку грудей у підлітків з функціонуючими яєчниками та низький голос і ріст волосся на обличчі у підлітків з функціонуючими яєчками) не регресують повністю, хоча будь-яке подальше прогресування розвитку буде зупинено (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006). Терапія ГнРГ використовуються з 1981 року для лікування передчасного статевого дозрівання (Comite et al., 1981; Laron et al., 1981), і вважається безпечною та ефективною без відомих довгострокових побічних ефектів (див. Рекомендації в Розділі 6 — Підлітки) (Carel et al., 2009). Однак використання ГнРГ у ТГР підлітків вважається як використання не за призначенням, оскільки ця терапія не була розроблена для цієї мети. Тим не менш, дані підлітків, яким призначали ГнРГ у подібних дозах, демонструють ефективність у відстроченні настання статевого дозрівання, хоча довгостроковий вплив на кісткову масу не був остаточно визначеним (Klink, Caris et al., 2015). Хоча довгострокові дані більш обмежені щодо ТГР підлітків, ніж для підлітків із передчасним статевим дозріванням, збір даних саме щодо цієї популяції триває (Klaver et al., 2020; Lee, Finlayson et al., 2020; Millington et al., 2020; Olson-Kennedy, Garofalo et al., 2019).

Ми усвідомлюємо, що незважаючи на медичну необхідність використання терапії ГнРГ, вона може бути недоступною для ТГР підлітків, тому що це не покривається планами медичного страхування в деяких країнах або може бути непомірно дорогим. Тому в цих випадках слід розглянути інші підходи (наприклад, пероральні або ін'єкційні форми прогестину). Крім того, для підлітків, які старше 14 років, наразі немає даних, які б інформували медичних працівників про можливість застосування ГнРГ як монотерапії без значного ризику для здоров'я кісткової тканини. Це пояснюється тим, що скелет не буде піддаватися впливу адекватних рівнів статевих стероїдних гормонів (Розенталь, 2021).

Тривалий гіпогонадний стан у підлітковому віці, викликаний такими захворюваннями, як гіпергонадотропний гіпогонадизм, ятрогенними причинами, такими як монотерапія ГнРГ, або фізіологічними станами, такими як умовна затримка росту та розвитку, часто пов'язаний із підвищеним ризиком погіршення здоров'я кісток у подальшому житті (Bertelloni et al., 1998; Finkelstein et al., 1996). Нарощування кісткової маси є багатофакторним процесом, який включає складну взаємодію між ендокринними, генетичними факторами та факторами способу життя (Anai et al., 2001). При прийнятті рішення про тривалість монотерапії ГнРГ слід враховувати всі сприяючі фактори, включаючи такі, як кісткова маса до лікування, кістковий вік, стадія статевого дозрівання з ендокринної точки зору та збільшення зросту, а також психосоціальні фактори, такі як розумова зрілість і стадія психологічного розвитку. відносно підліткової когорти та індивідуальних цілей лікування підлітка (Rosenthal, 2021). З цих причин на початку лікування ГнРГ слід підтримувати контакт між міждисциплінарною командою та підлітком і сім'єю (див. Рекомендації 6.8, 6.9 та 6.12 у Розділі 6 — Підлітки). Клінічний перебіг лікування, наприклад, розвиток кісткової маси під час терапії ГнРГ та реакція підлітка на лікування, може допомогти визначити тривалість монотерапії.

Statement 12.5

Ми рекомендуємо медичним працівникам призначати схеми лікування статевими гормонами як частину гендерно-підтверджуючого лікування для трансгендерних і гендерно різноманітних підлітків, які мають щонайменше 2 стадію за Таннером, за участю батьків/опікунів, якщо їхня участь не буде визнана шкідливою або непотрібною до підлітка. Для підтверджуючого тексту див. Рекомендацію 12.6.

Statement 12.6

Ми рекомендуємо медичним працівникам вимірювати рівень гормонів під час гендерно-підтверджуючого лікування, щоб переконатися, що ендогенні статеві стероїди знижені, а введені статеві стероїди підтримуються на рівнях, відповідних цілям лікування трансгендерних і гендерно різноманітних людей відповідно до стадії Таннера.

Терапія статевими стероїдними гормонами зазвичай складається з двох схем лікування залежно від часу терапії ГнРГ. Коли терапія розпочинається на ранніх стадіях ендогенного пубертатного розвитку, статеве дозрівання відповідне гендерній ідентичності або експресії індукується дозами статевих стероїдних гормонів, подібних до тих, що застосовуються у гіпогонадальних підлітків у перипубертатному періоді. У цьому випадку дози статевих стероїдних гормонів, характерні для дорослих, зазвичай досягаються протягом приблизно 2-річного періоду (Chantrapanichkul et al., 2021). Коли терапія ГнРГ розпочинається у трансгендерних підлітків у пізньому або постпубертатному віці, статеві стероїдні гормони можна призначати у вищій початковій дозі та збільшувати швидше до досягнення підтримуючої дози, подібно до протоколів лікування, що застосовуються для дорослих трансгендерних осіб (Hembree et al., 2017). . Додатковою перевагою терапії ГнРГ є те, що статеві стероїдні гормони не потрібно вводити в надфізіологічних дозах, які в іншому випадку були б необхідні для пригнічення ендогенного виробництва статевих стероїдів (Safer & Tangpricha, 2019). Для ТГР осіб із функціонуючими яєчками використання ГнРГ (або іншої терапії, що блокує тестостерон) слід продовжувати до тих пір, поки ТГР підліток не

пройде гонадектомії, якщо ця хірургічна процедура проводиться як медично необхідна частина гендерно-підтверджуючої допомоги. Після досягнення дорослих рівнів тестостерону в ТГР осіб із яєчниками, функціонування яких спочатку було пригнічено за допомогою ГнРГ, зазвичай достатньо використання тестостерону лише у фізіологічних дозах для зниження секреції естрогену яєчниками, і ГнРГ можна припинити, як описано нижче (Hembree et al., 2017).

Гендерно-підтверджуюча терапія стероїдними статевими гормонами індукує розвиток вторинних статевих ознак гендерної ідентичності. Крім того, швидкість мінералізації кісток, яка знижується під час терапії ГнРГ, швидко відновлюється (Klink, Caris et al., 2015), оскільки у підлітків, які знаходяться на ранніх стадіях статевого дозрівання, кісткові епіфізарні пластинки все ще не зрощені (Kvist та ін., 2020; Schagen та ін., 2020). Після початку лікування статевими стероїдними гормонами може відбутися стрибок росту та продовження дозрівання кісток (Vlot et al., 2017). У підлітків постпубертатного періоду лікування статевими стероїдними гормонами не вплине на зріст, оскільки епіфізарні пластинки зрослися, і дозрівання кісток завершено (Vlot et al., 2017).

У ТГР підлітків із функціонуючими яєчками перевага віддається використанню 17-ß-естрадіолу для індукції статевого дозрівання, ніж синтетичним естрогенам таким, як більш тромбогенний етинілестрадіол (для отримання детальнішої інформації див. Додаток D) (Asscheman et al., 2015). Все ще необхідно продовжувати використання ГнРГ, або перейти на інший препарат, який пригнічує ендогенне виробництво тестостерону (Rosenthal et al., 2016). Розвиток грудей і типовий для жінок розподіл жиру є одними з ряду фізичних змін, які відбуваються у відповідь на естроген (див. Додаток C — Таблиця 1).

Для ТГР підлітків, які шукають маскулінізуючої допомоги, андрогени доступні у вигляді ін'єкційних препаратів, трансдермальних форм і підшкірних гранул. Для індукції статевого дозрівання більшість експертів зазвичай рекомендують спочатку використання ін'єкцій ефіру тестостерону через вартість, доступність і ефективність (Shumer et al., 2016). Рекомендується продовжувати прийом ГнРГ принаймні до досягнення підтримувального рівня доз тестостерону. У відповідь на лікування андрогенами відбувається вірилізація тіла, включаючи зниження голосу, більший розвиток м'язової тканини, особливо у верхній частині тіла, ріст волосся на обличчі та тілі та збільшення клітора (Див. Додаток C — Таблиця 1) (Rosenthal et al., 2016).

Майже в усіх ситуаціях необхідно отримати згоду батьків/опікунів. Винятки з цієї рекомендації (зокрема, коли визначається, що участь опікуна чи батьків є шкідливою для підлітка), описані більш детально в Розділі 6 — Підлітки (див. Рекомендацію 6.11), де також обґрунтовується залучення батьків/опікунів до процесу отримання згоди.

Statement 12.7

Ми рекомендуємо медичним працівникам призначати прогестагени або агоністи ГнРГ трансгендерних і гендерно різноманітним підліткам з маткою, щоб зменшити дисфорію, спричинену їх менструальним циклом, коли використання тестостерону ще не показано.

Пригнічення менструального циклу є варіантом лікування, який зазвичай необхідний ТГР особам, які відчувають дистрес, пов'язаний з менструацією або початком менархе. Рекомендація 6.7 у Розділі 6 — Підлітки описує це більш детально. Щоб досягти аменореї, пригнічення менструального циклу можна розпочати як окремий варіант перед початком терапії тестостероном або разом з нею (Carswell & Roberts,

2017). Деякі молоді люди, які не готові до терапії тестостероном або ще не перебувають на відповідній стадії статевого дозрівання, щоб почати таке лікування, отримають користь від індукції аменореї (Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2018). Підлітки, які відчувають загострення дисфорії, пов'язане з початком статевого дозрівання, можуть обрати лікування гонадотропін-рилізинг-гормоном (ГнРГ) для пригнічення статевого дозрівання (див. також розділ Розділ 6 — Підлітки).

Гестагени можуть бути ефективними для підлітків, метою яких є виключно пригнічення менструального циклу. Для індукції аменореї можна використовувати безперервний прийом пероральних таблеток, що містять тільки прогестин (включаючи контрацептивні та неконтрацептивні засоби), ін'єкції медроксипрогестерону або внутрішньоматкові спіралі з левоноргестрелом (Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). ТГР особи із функціонуючими яєчниками, які починають терапію тестостероном, можуть мати 1–5 менструальних циклів до досягнення аменореї (Taub et al., 2020). Після досягнення аменореї деякі ТГР пацієнти із функціонуючими яєчниками також можуть вибрати продовження лікування прогестином для контролю над репродуктивною функцією, якщо це стосується їх сексуальних практик.

ТГР пацієнтам із функціонуючими яєчниками та маткою слід проконсультувати щодо можливості проривної менструальної кровотечі в перші кілька місяців після початку припинення менструального циклу. При терапії ГнРГ проривна кровотеча може виникнути через 2–3 тижні після початку лікування. Для осіб, які шукають засоби контрацепції, або для тих, у кого продовжуються менструальні кровотечі під час терапії прогестинами, можна розглянути комбінацію естрогену з прогестином для підтримки аменореї, але їх слід проконсультувати щодо можливого побічного ефекту розвитку грудей (Schwartz та ін., 2019).

Statement 12.8

Ми рекомендуємо постачальникам медичних послуг залучати професіоналів з багатьох дисциплін, які є експертами в галузі охорони трансгендерного здоров'я і в спрямуванні догляду, необхідного для трансгендерних і гендерно різноманітних підлітків.

Як і у випадку з доглядом за цисгендерними підлітками, ми пропонуємо, де це можливо, зібрати міждисциплінарну експертну групу медичних працівників (МП) та спеціалістів із психічного здоров'я (СПЗ) для проведення цього лікування. У підлітків, які проходять ГПГТ (враховуючи, що це частково незворотне лікування), ми пропонуємо розпочинати терапію за схемою поступового збільшення доз після того, як мультидисциплінарна група МП і СПЗ підтвердить стійкість гендерної дисфорії/ невідповідності та встановить, що особа має розумову здатність давати інформовану згоду (Hembree та ін., 2017). Конкретні аспекти, що стосуються оцінки підлітків, залучення опікунів і мультидисциплінарної команди, описані більш детально в Розділі 6 — Підлітки.

Якщо це можливо, ТГР підлітки повинні мати доступ до експертів із педіатричного трансгендерного здоров'я з багатьох дисциплін, включаючи первинну медичну допомогу, ендокринологію, репродуктивне здоров'я, психічне здоров'я, соціальну роботу, духовну підтримку та хірургію (Chen, Hidalgo et al., 2016; Eisenberg et al., 2020; Keo-Meier & Ehrensaft, 2018). Окремих МП заохочують до створення спільних робочих стосунків з МП інших дисциплін, щоб полегшити спрямування втручань, якщо це необхідно (Tishelman et al., 2015). Однак відсутність експертів і ресурсів не повинна бути перешкодою для надання допомоги (Rider, McMorris et al., 2019). Корисна підтримка для

підлітків включає доступ до точної, культурно обґрунтованої інформації, пов'язаної з гендерною та сексуальною ідентичністю, варіантами переходу, впливом підтримки сім'ї та зв'язками з іншими людьми з подібним досвідом через онлайнові та особисті групи підтримки (Rider, McMorris et al., 2019)

Було виявлено, що у багатьох ТГР підлітків спостерігаються розлади в психічного здоров'ї, тому за показаннями можна застосувати первинний скринінг психічного здоров'я (наприклад, використання діагностичних методик PHQ-2, GAD та ін.) (Rider, McMorris et al., 2019). МПповинні пам'ятати, що стан трансгендерності, або сумніви щодо своєї ідентичності не є патологією чи розладом. Тому осіб не слід направляти на лікування в психіатричні клініки виключно на основі трансгендерної ідентичності. МП та СПЗ, які лікують таких молодих людей і направляють їх, повинні бути знайомі з впливом травми, гендерної дисфорії та факторів гендерного стресу, пов'язаних із гендерними меншинами, на будь-яку потенційну симптоматику психічного здоров'я, таку як невпорядковане харчування, суїцидальні думки, соціальна тривожність. Ці постачальники медичних послуг також повинні бути обізнані щодо рівня готовності стаціонарних служб психічного здоров'я у своєму регіоні надавати компетентну, гендерно-підтверджуючу допомогу ТГР молоді (Barrow & Apostle, 2018; Kuper, Wright et al., 2018; Kuper, Mathews та ін., 2019; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). Рекомендації 6.3, 6.4 та 6.12d у Розділі 6 — Підлітки розглядають це більш детально. Оскільки батьки цих підлітків зазвичай відчувають високий рівень тривоги відразу після того, як дізнаються про ТГР статус своїх дітей, і їх реакція передбачають довгострокові наслідки для фізичного та психічного здоров'я підлітка, відповідний супровід батьків може бути дуже корисним для збдереження ментального здоров'я ТГР пацієнта (Coolhart et al., 2017; Pullen Sansfaçon et al., 2015; Taliaferro et al., 2019).

Statement 12.9

Ми рекомендуємо медичним працівникам проводити регулярні клінічні оцінки фізичних змін і потенційних побічних реакцій на статеві стероїдні гормони, включаючи лабораторний моніторинг статевих стероїдних гормонів кожні 3 місяці протягом першого року гормональної терапії або зі зміною дози до досягнення стабільної дози для дорослих. з подальшим клінічним і лабораторним тестуванням один або два рази на рік після досягнення підтримуючої дози для дорослих.

Терапія статевими стероїдними гормонами пов'язана з широким спектром фізичних і психологічних змін (Irwig, 2017; Tangpricha & den Heijer, 2017) (див. Додаток C — Таблиця 1). Після початку терапії статевими стероїдними гормонами медичний працівник повинен регулярно оцінювати прогрес і реакцію пацієнта на лікування (також див. Розділ 6 — Підлітки). Ця оцінка повинна виявити наявність будь-яких фізичних змін, а також вплив лікування на гендерну дисфорію (якщо вона є) і психологічний стан (див. Додаток C — Таблиця 1). Відвідування клініки надають МП важливу можливість ознайомити пацієнтів із типовим часом, необхідним для прояву фізичних змін, і стимулювати реалістичні очікування. Протягом першого року гормональної терапії дози статевих стероїдних гормонів часто збільшуються. Основним фактором, що визначає дозу, є рівень відповідного статевого стероїдного гормону в сироватці крові. Загалом мета полягає в тому, щоб рівні статевих стероїдів у сироватці крові відповідали рівню, пов'язаному з гендерною ідентичністю особи, хоча оптимальні цільові діапазони не встановлені (Hembree et al., 2017).

На додачу до оцінки позитивних змін, пов'язаних із терапією статевими стероїдними гормонами, МП повинен регулярно оцінювати, чи спричинило лікування будь-які побічні ефекти (див. Додаток С — Таблиця 2). Приклади несприятливих ознак і симптомів включають андрогенне акне, небажану сексуальну дисфункцію (Braun et al., 2021; Kerckhof et al., 2019). GAHT або негативний вплив на результати лабораторних тестів. Наприклад, спіронолактон може викликати гіперкаліємію, хоча такі випадки є поодинокими (Millington et al., 2019). Тестостерон збільшує кількість червоних кров'яних тілець (гематокрит), що іноді може викликати еритроцитоз (Antun et al., 2020) (див. Рекомендацію 12.17) (Hembree et al., 2017). Як естроген, так і тестостерон можуть змінювати ліпідні параметри, такі як холестерин і тригліцериди білків білків високої щільності (ЛПВЩ), (Maraka et al., 2017). Див. Додаток С—таблиці 3 і 4.

Частота клінічних оцінок має бути індивідуальною та керуватися індивідуальною реакцією на лікування. Ми пропонуємо проводити клінічні оцінки приблизно кожні 3 місяці протягом першого року гормональної терапії у пацієнтів, які стабільні та не відчувають значних побічних ефектів (Додаток С — Таблиця 5). Ми пропонуємо, а не рекомендуємо таку частоту, щоб забезпечити певну гнучкість у розкладі цих тестів, оскільки немає переконливих доказів або доказів з опублікованих досліджень, які підтверджують конкретні інтервали тестування. Враховуючи потенційну шкоду, пов'язану з рівнями статевих гормонів, які перевищують очікувані діапазони у людей, ми наполегливо рекомендуємо проводити регулярне тестування як стандартну практику на початку ГПГТ для ТГР осіб. Після досягнення людиною стабільної дорослої дози статевих стероїдних гормонів без значних побічних ефектів частоту відвідувань клініки можна зменшити до одного-двох на рік (Hembree et al., 2017).

Statement 12.10

Ми рекомендуємо медичним працівникам інформувати та консультувати всіх осіб, які шукають медичної допомоги з підтвердження гендеру, щодо доступних варіантів збереження фертильності до початку пригнічення статевого дозрівання та гормональної терапії.

Пригнічення статевого дозрівання та гормональна терапія статевими стероїдними гормонами може мати потенційний негативний вплив на майбутню фертильність людини (Cheng et al., 2019) (див. також Розділ 6 — Підлітки та Розділ 16 — Репродуктивне здоров'я). Незважаючи на те, що деякі ТГР пацієнти, можливо, не дуже думали про свій майбутній репродуктивний потенціал під час первинної оцінки, щоб розпочати медикаментозну терапію, потенційні наслідки лікування та варіанти збереження фертильності повинні бути розглянуті лікарем, який призначає гормональну терапію, та обговорені з особою, яка шукає лікування (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine et al., 2015; De Roo et al., 2016).

Особам з яєчками слід пояснити, що тривале лікування естрогенами часто спричиняє атрофію яєчок і зниження кількості сперматозоїдів та інших параметрів сперми (Adeleye et al., 2018). Тим не менш, існують значні прогалини в знаннях, і висновки щодо фертильності трансжінок, які приймають естроген і антиандрогени, є суперечливими (Cheng et al., 2019). В одному дослідженні гетерогенність гістології яєчок була очевидною незалежно від того, припиняли або продовжували лікування пацієнти перед орхіектомією (Schneider et al., 2015). Наприклад, припинення прийому естрогенів і антиандрогенів на шість тижнів призвело до повного сперматогенезу у 45% осіб, у решти спостерігалася зупинка мейозу або

сперматогоніальна зупинка (Schneider et al., 2015). Однак рівень тестостерону в сироватці крові, який знаходиться в межах контрольних діапазонів для жінок, призводить до повного пригнічення сперматогенезу у більшості трансгендерних жінок (Vereecke et al., 2020). Основним варіантом збереження фертильності для пацієнтів із функціонуючими яєчками є кріоконсервація сперми, також відома як банк сперми (Mattawanon et al., 2018). У пацієнтів препубертатного періоду пригнічення статевого дозрівання за допомогою ГнРГ призупиняє дозрівання сперми (Finlayson et al., 2016).

Особам із функціонуючими яєчниками слід пояснити, що терапія тестостероном зазвичай призводить до припинення менструації та овуляції протягом кількох місяців після початку (Taub et al., 2020). Існують також великі прогалини в знаннях щодо потенційного впливу тестостерону на ооцити та подальшу фертильність ТГР пацієнтів (Eisenberg et al., 2020; Stuyver et al., 2020). Одне дослідження виявило, що лікування тестостероном може бути пов'язане з морфологією полікістозу яєчників, тоді як інші дослідження не повідомляли про метаболічні (Chan et al., 2018) або гістологічні (De Roo et al., 2017; Grynberg et al., 2010) докази синдрому полікістозних яєчників. (СПКЯ) після лікування тестостероном, і деякі дослідження виявили більшу поширеність СПКЯ у трансгендерних пацієнтів з яєчниками (Baba, 2007; Gezer et al., 2021). ТГР пацієнти з функціонуючою маткою та яєчниками часто відновлюють свій потенціал для зачаття, в разі припинення терапії тестостероном (Light et al., 2014). Також було зареєстровано живонародження з використанням допоміжних репродуктивних технологій після гормонально-стимульованого вилучення яйцеклітини у ТГР особи, яка не припинила терапію тестостероном (Greenwald et al., 2021; Safer and Tangpricha, 2019). Інші варіанти збереження фертильності для ТГР пацієнтів із яєчниками — кріоконсервація ооцитів і кріоконсервація ембріонів зі спермою партнера чи донора. Перераховані вище варіанти вимагають гормональної стимуляції для отримання яйцеклітини та використання допоміжних репродуктивних технологій.

Для ТГР осіб в ранньому пубертатному періоді пригнічення статевого дозрівання за допомогою ГнРГ призупиняє дозрівання статевих клітин, хоча в нещодавньому звіті зазначено, що стимуляція яєчників у ТГР підлітків, які отримували терапію ГнРГ на початку статевого дозрівання (і продовжували лікування під час стимуляції яєчників), призвела до невеликої кількості зрілих ооцитів, які були кріоконсервовані (Rothenberg та ін., 2019). ТГР підлітки, які отримували ГнРГ терапію, із функціонуючими яєчками не тільки призупиняли дозрівання статевих клітин, але й підтримували розмір пеніса в стані препубертатного віку. Це може вплинути на хірургічне втручання, якщо ця особа зрештою пройде вагінопластику з інверсією статевого члена, оскільки буде менше тканин статевого члена для використання. У цих випадках існує підвищена ймовірність того, що для вагінопластики знадобиться більш складна хірургічна процедура, наприклад кишкова вагінопластика (Dy et al., 2021; van de Grift et al., 2020). Такі міркування слід включати в будь-які обговорення з пацієнтами та сім'ями, які розглядають можливість використання пубертатних блокаторів у підлітків раннього статевого дозрівання з функціонуючими яєчками.

Statement 12.11

Ми рекомендуємо медичним працівникам перед початком лікування трансгендерних і гендерно різноманітних людей оцінити та вирішити проблеми зі здоров'ям, які можуть посилитися

через зниження концентрації ендогенних статевих гормонів і лікування екзогенними статевими гормонами.

ТГР людей, які прагнуть маскулінізації, необхідно проінформувати про можливості, наслідки, обмеження та ризики, пов'язані з лікуванням тестостероном. Терапія тестостероном протипоказана під час вагітності або під час спроби завагітніти через її потенційну ятрогенну дію на плід. Відносні протипоказання до терапії тестостероном включають тяжку артеріальну гіпертензію, апное уві сні та поліцитемію, оскільки ці стани можуть посилюватися тестостероном. Моніторинг артеріального тиску та ліпідного профілю слід проводити до та після початку терапії тестостероном. Підвищення артеріального тиску зазвичай відбувається протягом 2-4 місяців після початку терапії тестостероном (Banks et al., 2021). Пацієнтам, у яких розвивається гіперхолестеринемія та/або гіпертригліцеридемія, може знадобитися лікування за допомогою модифікації дієти та/або прийому ліків або обох.

ТГР пацієнти, які потребують фемінізуючого лікування з тромбоемболічними станами в анамнезі, такими як тромбоз глибоких вен і емболія легеневої артерії, повинні пройти обстеження та лікування до початку гормональної терапії. Це пояснюється тим, що терапія естрогенами сильно пов'язана з підвищеним ризиком тромбоемболії, потенційно небезпечного для життя ускладнення. Крім того, слід змінити фактори ризику, які можуть збільшити ризик тромбоемболічних станів, такі як куріння, ожиріння та малорухливий спосіб життя. У пацієнтів із незмінними факторами ризику, такими як відома історія тромбофілії, історія тромбозу в анамнезі або серйозна сімейна історія тромбоемболії, лікування трансдермальним естрогеном разом із антикоагулянтами може зменшити ризик тромбоемболії. Однак дані для прийняття рішень щодо лікування є обмежені. Перед початком ГПГТ слід оцінити наявність таких захворювань, як гормоночутливий рак, ішемічна хвороба серця, цереброваскулярні захворювання, гіперпролактинемія, гіпертригліцеридемія та жовчнокам'яна хвороба, оскільки відносні ризики можуть бути зміщені у зв'язку з екзогенними факторами. (Hembree et al., 2017).

Statement 12.12

Ми рекомендуємо медичним працівникам навчати трансгендерних і гендерно різноманітних людей, які проходять гендерно-підтверджуюче лікування, щодо початку та тривалості фізичних змін, викликаних лікуванням статевими гормонами.

Наслідки лікування тестостероном численні і можуть включати розвиток волосся на тілі та обличчі, облисіння за чоловічим типом, збільшення м'язової маси та сили, зменшення жирової маси, поглиблення голосу, переривання менструації (якщо вона все ще є), збільшення поширеності та тяжкості акне, збільшення клітора та посилення сексуального бажання (Defreyne, Elaut et al., 2020; Fisher, Castellini et al., 2016; Giltay & Gooren, 2000; T'Sjoen et al., 2019; Yeung et al., 2020). Інші зміни, пов'язані з тестостероном, включають збільшення сухої маси тіла, жирність шкіри (de Blok et al., 2020; Hembree et al., 2017; Kuper, Mathews et al., 2019; Taliaferro et al., 2019; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018) (див. Додаток С—Таблиця 1).

Лікування естрогеном стимулює розвиток грудей. Однак менше ніж 20% осіб досягають 4–5 стадій молочної залози за Таннером після 2 років лікування (de Blok et al., 2021). Додаткові зміни включають зменшення об'єму яєчок, нежирної маси тіла, жирність шкіри, сексуальний потяг, спонтанних ерекції, розту волосся на обличчі та тілі, а також збільшення підшкірного жиру) (див. Додаток С —

Таблиця 1). У дорослих пацієнтів естроген не змінює голос або зріст людини (Iwamoto, Defreyne et al., 2019; Wiepjes et al., 2019).

Хід і ступінь фізичних змін різняться в окремих людей і пов'язані з такими факторами, як генетика, вік втручання та загальний стан здоров'я (Deutsch, Bhakri et al., 2015; van Dijk et al., 2019). Знання ступеня та часу змін, спричинених статевими гормонами, якщо такі є, можуть запобігти потенційній шкоді та витратам непотрібних змін у лікуванні, збільшення дозування та передчасних хірургічних процедур (Dekker et al., 2016).

Statement 12.13

Ми рекомендуємо медичним працівникам не призначати етинілестрадіол трансгендерним і гендерно різноманітним людям як частину гормонального лікування, яке підтверджує гендер. Для підтверджуючого тексту див. Рекомендацію 12.15.

Statement 12.14

Ми пропонуємо медичним працівникам призначати трансдермальний естроген трансгендерним і гендерно різноманітним людям з вищим ризиком розвитку венозної тромбоемболії на основі віку > 45 років або попередньої історії венозної тромбоемболії, коли рекомендовано терапію естрогеном. Для підтверджуючого тексту див. Рекомендацію 12.15.

Statement 12.15

Ми пропонуємо медичним працівникам не призначати кон'юговані естрогени трансгендерним і гендерно різноманітним людям, якщо естрадіол є доступним в якості компоненту гендерно-підтверджуючої гормональної терапії.

Визначення найбезпечнішої та найефективнішої естрогенної сполуки та способу введення для ТГР пацієнтів є важливою темою. Рекомендовані схеми лікування на основі естрогену представлені в Додатку С—Таблиця 4. Амстердамський Медичний Центр (АМЦ) вперше повідомив про 45 випадків ВТЕ, що виникли у 816 трансгендерних жінок, зокрема, очікуваний коефіцієнт частоти ВТЕ був у 20 разів вищим, ніж той, про який повідомлялося в контрольній популяції (van Kesteren et al., 1997). Після цього звіту клініка АМЦ рекомендувала використання трансдермального естрадіолу для трансгендерних жінок старше 40 років, що згодом знизило частоту ВТЕ (Nota et al., 2019; Toorians et al., 2003). Інші дослідження показали, що етинілестрадіол пов'язаний із вищим ризиком згортання крові через підвищену стійкість до антикоагулянтних ефектів активованого протеїну С (АПС) і підвищених концентрацій факторів згортання крові протеїну С і протеїну S (Toorians et al., 2013). . Інші дослідження, опубліковані за останні 15 років в інших клініках, повідомляють, що трансгендерні жінки, які приймали інші форми естрогену, мали нижчий рівень ВТЕ, ніж трансгендерні жінки, які приймали етинілестрадіол (Asscheman et al., 2013). Крім того, у систематичному огляді 2019 року було зроблено висновок, що застосування етинілестрадіолу було пов'язане з найвищим ризиком ВТЕ у трансгендерних жінок, а також було виявлено зв'язок між використанням прогестерону та ВТЕ (Goldstein et al., 2019).

Рекомендації Ендокринного Товариства 2017 року не рекомендували кон'юговані кінські естрогени (ККЕ) як варіант лікування, оскільки рівень кон'югованих естрогенів у крові трансгендерних

жінок неможливо виміряти, що ускладнює запобігання надфізіологічному дозування естрогену та, таким чином, підвищує потенційний ризик ВТЕ (Hembree et al., 2017). У ретроспективному дослідженні, проведеному у Великій Британії, вивчалися ризики перорального ККЕ проти перорального естрадіолу валерату проти перорального етинілестрадіолу та виявлено до 7-кратного збільшення відсотка розвинувся ВТЕ у трансгендерних жінок у групі перорального ККЕ, порівняно з трансгендерними жінками, які застосовували інші форми естрогену (Seal et al., 2012). У гніздовому дослідженні типу «випадок-контроль» понад 80 000 цисгендерних жінок віком 40–79 років, у яких розвинулася ВТЕ, зіставили з приблизно 390 000 цисгендерних жінок без ВТЕ; результати показали, що пероральне застосування естрадіолу мало менший ризик ВТЕ, ніж кон'югованих естрогенів, а трансдермальний естроген не був пов'язаний із підвищеним ризиком ВТЕ (Vinogradova et al., 2019).

У систематичному огляді було оцінено кілька форм естрогену в ретроспективному та перехресному дослідженні, у якому порівнювалися ризики, пов'язані із застосуванням різнимих форм (Wierckx, Mueller et al., 2012; Wierckx et al., 2013). Жодне ідентифіковане дослідження з оцінкою ризику різних форм естрогену не використовувало проспективний інтервенційний дизайн. У ретроспективному дослідженні було вивчено 214 трансгендерних жінок, які приймали трансдермальний естрадіол (гель 17β-естрадіолу 1,5 мг/день або пластир з естрадіолом 50 мкг/день) або щоденний прийом пероральних естрогенів (естрадіол 2 мг/день, естріол 2 мг/день з етинілестрадіолом 50 мкг/добу або 30–50 мкг етинілестрадіолу в пероральному контрацептиві) (Wierckx et al., 2013). Протягом 10-річного періоду спостереження у 5% когорти розвинувся ВТЕ, у 1,4% (3 з 214) – інфаркт міокарда (ІМ), а у 2,3% (5 з 214) – транзиторна ішемічна атака або порушення мозкового кровообігу (ТІА/ ПМК). Поширеність ВТЕ, ІМ та ТІА/ПМК зросла після початку терапії естрогенами. Проте дослідники не повідомили про відмінності між режимами естрогену з точки зору цих кінцевих точок.

Та сама група дослідників провела перехресне дослідження, в якому взяли участь 50 трансгендерних жінок (середній вік 43 ± 10 років), які приймали пероральний естроген (естрадіолу валерат 2 мг/день, естріол 2 мг/день або етинілестрадіол 50–120 мкг/день) або використовували трансдермальний естрадіол (17β-естрадіол 1,5 мг/день або естрадіол 50 мкг/день) протягом періоду спостереження в 9,2 року (Wierckx, Mueller et al., 2012). У дванадцяти відсотків (n = 6) розвинувся ВТЕ, ІМ або ТІА/ПМК. Двоє учасників приймали кон'югований естроген 0,625 мг/добу (одна особа в комбінації з ципротерону ацетатом), 2 учасниці приймали етинілестрадіол 20–50 мкг/добу, 1 приймала ципротерон ацетат 50 мг/добу, тоді як використовувався режим естрогену. шостою учасницею не визначено. Жоден із суб'єктів, які приймали пероральний або трансдермальний естрадіол, не розвинув ВТЕ, ІМ або ТІА/ПМК.

В одному проспективному дослідженні вивчався шлях введення естрогену 53 трансгендерним жінкам у багатоцентровому дослідженні, проведеному по всій Європі. Трансгендерні жінки віком до 45 років (n = 40) отримували естрадіолу валерат 4 мг/день у комбінації з ципротерону ацетатом (CPA) 50 мг/день, а трансгендерні жінки старше 45 років (n = 13) отримували трансдермальний 17β-естрадіол, також з CPA. Жодних випадків ВТЕ, ІМ або ТІА/ПМК не було зареєстровано після 1 року спостереження ні в групі перорального, ні в трансдермального естрогену. Додаткове ретроспективне дослідження, проведене у Відні, не виявило випадків ВТЕ серед 162 трансгендерних жінок, які застосовували трансдермальний естрадіол, за якими спостерігали в середньому протягом 5 років (Ott et al., 2010).

Ми твердо впевнені в нашій рекомендації проти використання етинілестрадіолу на основі історичних даних клініки Амстердама, які демонструють зниження частоти ВТЕ після припинення використання етинілестрадіолу, а також нещодавнього систематичного огляду, який демонструє підвищений ризик ВТЕ у трансгендерних жінок, які приймали етинілестрадіол (Weinand & Safer, 2015). Ми впевнені в нашій рекомендації проти використання ККЕ на основі дослідження 2012 року Seal et al. демонструючи підвищений ризик ВТЕ у жінок-трансгендерів, які приймають ККЕ, порівняно з іншими формами естрогену та з даними, отриманими від жінок цисгендерів, які отримували замісну гормональну терапію (Canonico et al., 2007; Seal et al., 2012). Проспективні та ретроспективні дослідження за участю трансгендерних жінок повідомляли про випадки ВТЕ/ІМ/ЦВА лише у тих, хто приймав ККЕ або етинілестрадіол. Оскільки естрадіол є недорогим, більш доступним і здається безпечнішим, ніж ККЕ в обмежених дослідженнях, комітет рекомендує не використовувати ККЕ, коли естрадіол є доступним варіантом лікування.

Ми також впевнені в нашій рекомендації щодо введення трансдермальних препаратів естрогену літнім трансгендерним жінкам (віком > 45 років) або тим, у кого в анамнезі є ВТЕ. Впевненість у нашій рекомендації базується на зниженні частоти ВТЕ, про яке повідомляють у клініці Амстердама, коли трансгендерні жінки переходять на використання трансдермальних препаратів після 40 років (van Kesteren et al., 1997). Крім того, проспективне багатоцентрове когортне дослідження ENIGI не виявило випадків ВТЕ/ІМ/ЦВА у трансгендерних жінок, які регулярно приймають трансдермальний естроген у віці 45 років (Dekker та ін., 2016). Крім того, дослідження Отту і команди продемонстрували відсутність випадків ВТЕ у 162 трансгендерних жінок, які отримували пластирі з естрадіолом (Ott et al., 2010).

За винятком ципротерону ацетату (зауважте, що він не схвалений для використання в США через побоювання стосовно потенційної гепатотоксичності), використання прогестинів у схемах гормональної терапії залишається суперечливим. На сьогоднішній день не було якісних досліджень, які б оцінювали роль прогестерону в гормональній терапії для трансгендерних пацієнтів.

Ми знаємо, що деякі лікарі, які призначають прогестини, включаючи мікронізований прогестерон, вважають, що таким чином можуть бути покращені результати розвитку грудей та/або ареол, настрій, лібідо та загальна форма для тих, хто цього шукає, разом з іншими потеційними перевагами (Deutsch, 2016a; Wierckx, van Caenegem et al., 2014). Однак ці покращення залишаються анекдотичними, і немає якісних даних, які підтверджують таке використання прогестину. Спроба систематичного огляду, яку ми замовили для цієї версії СМД, не змогла виявити достатньо даних, щоб дати рекомендацію на користь будь-яких прогестинів. Натомість наявні дані свідчать про те, що тривала дія прогестину може бути пов’язана з негативними побічними ефектами (Safer, 2021).

Для цисгендерних жінок, які мають матку, використання прогестину в поєднанні з естрогеном є необхідним, щоб уникнути ризику раку ендометрія, пов’язаного з введенням естрогену без протидії. Для цисгендерних жінок, які не мають матки, прогестини не застосовуються. Найкращі дані щодо занепокоєнь, пов’язаних із застосуванням прогестину, надходять із порівнянь між двома зазначеними вище популяціями цисгендерів, які, як ми визнаємо, не обов’язково можна узагальнити. Незважаючи на те, що медроксипрогестерон, доданий до комбінованих кінських естрогенів, не має остаточного визначення класового ефекту для всіх прогестинів, він пов’язаний із більшим ризиком раку молочної залози та серця (Chlebowski 2020; Manson, 2013). Важливо зазначити, що дані досліджень Ініціативи Жіночого Здоров’я

(WHI) не можна узагальнити для трансгендерних груп населення. Порівняно з цисгендерними жінками в дослідженнях, трансгендерні групи, які шукають гормональну терапію, як правило, молодші, не використовують кінських естрогенів, і гормональна терапія в цих випадках спрямована на поточне психічне здоров'я та якість життя, а не лише на запобігання ризику (Deutsch, 2016a).

Потенційні побічні ефекти прогестинів включають збільшення ваги, депресію та зміни ліпідів. Мікронізований прогестерон може краще переноситися і мати більш сприятливий вплив на ліпідний профіль, ніж медроксипрогестерон (Fitzpatrick et al., 2000). У поєднанні з естрогенами для трансгендерних жінок прогестин ципротерону ацетат асоціюється з підвищеним рівнем пролактину, зниженням холестерину ЛПВЩ і рідкісними менінгіомами — жодного з них не спостерігається, коли естрогени поєднуються з агоністами ГнРГ або спіронолактоном (Bisson, 2018; Borghei-Razavi, 2014; Defreyne, Nota et al., 2017; Sofer et al., 2020).

Таким чином, дані на сьогоднішній день не містять якісних доказів, що підтверджують користь терапії прогестинами для трансгендерних жінок. Однак література свідчить про потенційну шкоду деяких прогестинів, принаймні в умовах багаторічної дії. Якщо після обговорення ризиків і переваг лікування прогестероном було прийнято спільне рішення розпочати випробування терапії прогестероном, лікар, який призначає препарат, повинен оцінити пацієнтку протягом року, щоб переглянути відповідь пацієнтки на це лікування.

Statement 12.16

Ми рекомендуємо медичним працівникам призначати ліки, що знижують рівень тестостерону (або ципротерону ацетат, спіронолактон, або агоністи ГнРГ) для трансгендерних і гендерно різноманітних людей з яєчками, які приймають естроген як частину плану гормональної терапії, якщо метою людини є досягнення приблизної концентрації статевих гормонів у цисгендерних жінок.

Більшість гендерних клінік у США та Європі призначають естроген у поєднанні з препаратами, що знижують рівень тестостерону (Mamoojee et al., 2017) (див. Додаток С — Таблиця 5). У США спіронолактон є найбільш часто призначеним препаратом для зниження рівня тестостерону, тоді як ГнРГ зазвичай використовуються у Великобританії, а ципротерону ацетат найчастіше призначають у решті країн Європи (Angus et al., 2021; Kuijpers et al., 2021). Обґрунтування додавання препарату, що знижує рівень тестостерону, є подвійним:

1) знижується рівень тестостерону до норми для цисгендерних жінок;

2) зменшується кількість естрогену, необхідного для досягнення адекватного фізичного ефекту.

Кожен препарат, що знижує рівень тестостерону, має різний профіль побічних ефектів. Спіронолактон є антигіпертензивним і калійзберігаючим діуретиком, тому може призвести до гіперкаліємії, збільшення частоти сечовипускань і зниження артеріального тиску (Lin et al., 2021). Ципротерону ацетат асоціюється з розвитком менінгіоми та гіперпролактинемії (Nota et al., 2018). ГнРГ, хоч і дуже ефективні в зниженні рівня тестостерону, можуть призвести до остеопорозу, якщо дози естрогену, що вводяться одночасно, є недостатніми (Klink, Caris et al., 2015).

В одному систематичному огляді виявлено одне дослідження, яке повідомило про результати прямого порівняння препаратів ципротерону ацетату та лейпроліду для зниження рівня тестостерону

(Gava et al., 2016). Два дослідження порівнювали групу трансгендерних жінок, які приймали естроген плюс ліки, що знижують рівень тестостерону, з групою, яка отримувала тільки естроген. Систематичний огляд не надав достатніх доказів того, що будь-який із трьох розглянутих препаратів мав кращий профіль безпеки з точки зору покращення результатів щодо здоров'я кісток, рівня тестостерону, калію або захворюваності на гіперпролактинемію чи менінгіоми (Wilson et al., 2020). Таким чином жодних рекомендацій щодо вибору антиандрогенного препарату надати не можна. В огляді схеми лікування на основі спіронолактону асоціювалися з підвищенням рівня пролактину на 45%, тоді як схеми на основі ципротерону підвищували рівень пролактину більш ніж на 100%. Однак клінічне значення підвищених рівнів пролактину не є ясним, оскільки рівень пролактину не був значно підвищеним ні в групі спіронолактону, ні в групі лікування ЦПА (Wilson et al., 2020). В ретроспективному когортному дослідженні, проведеному в центрі в США, не було виявлено клінічно значущого підвищення рівня пролактину у 100 трансгендерних жінок, які отримували естроген плюс спіронолактон (Bisson et al., 2018). Ретроспективне дослідження, проведене в Нідерландах за участю 2555 трансгендерних жінок, які приймали в основному ЦПА з різними формами естрогену, показало підвищений стандартизований коефіцієнт захворюваності на менінгіоми у пацієнтів, які застосовували ципротерон ацетат після гонадектомії протягом багатьох років, порівняно із загальною популяцією Голландії (Nota et al., 2018). Крім того, у більш короткому дослідженні в Бельгії 107 трансгендерних жінок мали тимчасове підвищення рівня пролактину після лікування ципротерон ацетатом, який знизився до норми після припинення (Defreyne, Nota et al., 2017). У нещодавній публікації, яка не включена до систематичного огляду, було досліджено 126 трансгендерних жінок, які приймали спіронолактон, ГнРГ або ципротерон, і було зроблено висновок, що ципротерон був пов'язаний з вищими рівнями пролактину та гіршим ліпідним профілем, ніж спіронолактон або ГнРГ (Sofer et al., 2020). Після порівняння вартості та доступності вимірювання рівня пролактину з клінічною значущістю підвищеного рівня було прийнято рішення не давати рекомендації за або проти моніторингу рівня пролактину на даний момент. Тому медичні працівники повинні приймати індивідуальні клінічні рішення щодо необхідності вимірювання рівня пролактину на основі типу гормонального режиму та/або наявності симптомів гіперпролактинемії чи пухлини гіпофіза (наприклад, галакторея, зміни поля зору).

Ципротерон також був пов'язаний з розвитком менінгіом. У літературі повідомлялося про дев'ять випадків менінгіоми серед трансгендерних жінок, які переважно приймали ципротерону ацетат (Mancini et al., 2018). Цей підвищений ризик також був виявлений у цисгендерних популяціях. У 2020 році Європейське Агентство з Лікарських Засобів опублікувало звіт, в якому рекомендувалося обмежити препарати ципротерону з добовими дозами 10 мг або більше через ризик розвитку менінгіоми (European Medicines Agency, 2020). Швидше за все, цей зв'язок є специфічним ефектом ципротерону ацетату і не був екстрапольований для включення інших препаратів, що знижують рівень тестостерону. У США, де ципротерону ацетат недоступний, база даних Північноамериканської Асоціації Центральних Реєстрів Раку не виявила підвищеного ризику пухлин головного мозку (не характерних для менінгіом) серед трансгендерних жінок (Nash et al., 2018). Крім того, не спостерігалося підвищення коефіцієнта ризику пухлин головного мозку в когорті з 2791 трансгендерної жінки, яка обслуговувалася в Кайзер Перманенте порівняно з цисгендерною контрольною групою (Silverberg et al., 2017). Жодних довгострокових

досліджень не повідомлялося про ризик менінгіом і пролактином у трансгендерних жінок, які приймають GnRH.

Наша жорстка рекомендація щодо використання ліків, що знижують рівень тестостерону, як частини гормонального режиму для трансгендерних осіб з яєчками, ґрунтується на глобальній практиці використання цих препаратів на додаток до терапії естрогенами, а також на відносно мінімальному ризику, пов'язаному з цією терапією. Однак на даний момент ми не можемо дати рекомендації щодо переваги одного препарату над іншим. Опубліковані дані викликають певні занепокоєння щодо ризику менінгіом при тривалому застосуванні (> 2 років) і високих дозах (> 10 мг на добу) ципротерону ацетату (Nota et al., 2018; Ter Wengel et al., 2016; Weill et al., 2021).

Бікалутамід є антиандрогеном, який використовується для лікування раку простати. Він конкурентно зв'язується з рецептором андрогенів, щоб блокувати зв'язування андрогенів. Даних про використання бікалутаміду в популяції трансжінок дуже мало, а також відсутні дані щодо безпеки. В одному невеликому дослідженні розглядалося використання бікалутаміду в дозі 50 мг на день як блокатора статевого дозрівання у 23 трансфемінних підлітків, які не могли отримати лікування аналогом ГнРГ (Neyman et al., 2019). У всіх підлітків спостерігався розвиток грудей, що також часто спостерігається у чоловіків з раком простати, які лікуються бікалутамідом. При застосуванні бікалутаміду була описана фульмінантна гепатотоксичність, яка потенційно може призвести до до смерті, хоча такі випадки є рідкісними (O'Bryant et al., 2008). Враховуючи, що бікалутамід не був належним чином вивчений у популяціях трансфемінів, ми не рекомендуємо його використання.

Введення інгібіторів 5α-редуктази блокує перетворення тестостерону в більш потужний андроген дигідротестостерон. Схвалені Управлінням з Контролю за Продуктами та Ліками (FDA) показання до застосування фінастериду включають доброякісну гіпертрофію передміхурової залози та андрогенну алопецію. Даних про використання інгібіторів 5α-редуктази в популяціях трансфемінів дуже мало (Irwig, 2021). Незрозуміло, чи може цей клас ліків представляти будь-яку клінічну проблему для трансфемінних осіб, у яких рівні тестостерону та дигідротестостерону вже були знижені за допомогою естрогену та антиандрогену. Тому ми не рекомендуємо їх використання трансжінками. Фінастерид може бути доцільним варіантом лікування трансмаскулінних осіб, які відчувають алопецію, спричинену високим рівнем дигідротестостерону. Тим не менш, лікування інгібітором 5α-редуктази може призвести до росту клітора та розвитку волосся на обличчі та тілі у трансмаскулінних осіб. Необхідні додаткові дослідження для оцінки ефективності та безпеки інгібіторів 5α-редуктази у трансгендерних популяціях.

Statement 12.17

Ми рекомендуємо медичним працівникам контролювати гематокрит (або гемоглобін) у трансгендерних і гендерно різноманітним людей, які отримують тестостерон.

Існують якісні дані, які свідчать про те, що підвищення гематокриту (або гемоглобіну) пов'язане з прийомом тестостерону пацієнтами (Defreyne et al., 2018). Схеми тестостерону в систематичному огляді включали прийом ефірів тестостерону або еквівалентів в дозах від 25–250 мг ПШ/ВМ щотижня, 1000 мг тестостерону ундеканоату кожні 12 тижнів або 50 мг тестостеронового гелю щодня (Defreyne et al., 2018; Gava et al., 2018; Giltay et al., 2000; Meriggiola et al., 2008; Pelusi et al., 2014; T'Sjoen et al., 2005; Wierckx,

van Caenegem et al., 2014; Wierckx, van de Peer et al., 2014). Очікуване підвищення має відповідати референтним нормам у цисгендерних чоловіків

Statement 12.18

Ми пропонуємо медичним працівникам співпрацювати з хірургами щодо використання гормонів до та після операції з підтвердження гендеру. Для підтверджуючого тексту див. Рекомендацію 12.19.

Statement 12.19

Ми пропонуємо медичним працівникам консультувати трансгендерних і гендерно різноманітних людей щодо різних доступних варіантів хірургічного втручання з підтвердження гендеру, якщо операція не показана або протипоказана з медичної точки зору.

Незважаючи на відсутність доказів, післяопераційні клінічні стандарти для операцій з підтвердження статі включали припинення гормональної терапії на 1–4 тижні до та після операції, найчастіше операцій на статевих органах (Hembree et al., 2009). Така практика була призначена для зменшення ризику венозної тромбоемболії (ВТЕ), пов'язаних з введенням екзогенного естрогену (Hembree et al., 2009). Терапія естрогеном та/або тестостероном може бути відновлена в після операції.

Після ретельного обстеження дослідники не виявили періопераційного підвищення частоти ВТЕ серед трансгендерних осіб, які перенесли хірургічне втручання та продовжували лікування статевими стероїдами протягом усього періоду, порівняно з пацієнтами, чиє лікування статевими стероїдами було припинено перед операцією (Gaither et al., 2018; Hembree et al., 2009; Kozato et al., 2021; Prince & Safer, 2020). Лікування статевими стероїдами особливо важливо після гонадектомії, щоб уникнути наслідків гіпогонадизму, ризику розвитку остеопорозу, а також для підтримки психічного здоров'я та якості життя (Fisher, Castellini et al., 2016; Rosen et al., 2019). Таким чином, постачальники гормонів і хірурги повинні пояснити пацієнтам необхідність безперервної екзогенної гормональної терапії після гонадектомії.

Щоб мати можливість підвищувати обізнаність пацієнтів і проводити клінічну адвокацію, медичні працівники повинні бути обізнані про ризики та переваги операцій з підтвердження гендеру, а також повинні бути обізнані про показники ефективності хірургів, до яких вони можуть спрямувати пацієнтів (Beek, Kreukels et al., 2015; Colebunders et al., 2017; Wiepjes et al., 2018). Загалом можна вважати, що більшість медично необхідних операцій включають три області: обличчя, грудну клітину/молочні залози та статеві органи (внутрішні та зовнішні). Додаткові процедури, необхідні з медичної точки зору, включають корекцію тіла та хірургію голосу (див. твердження про медичну необхідність у Розділі 2 — Глобальна застосовність, Рекомендація 2.1).

Доступні численні гендерно-підтверджуючі процедури для обличчя, які включають:

- Хондроланрингопластику;
- Ринопластику;
- Контурну корекцію або збільшення щелепи, підборіддя та чола;
- Підтяжку обличчя;
- Епіляцію та трансплантацію волосся.

Процедури, доступні для хірургії грудної клітину/молочних залоз, включають:

- Збільшення грудей;
- Подвійну мастектомію з трансплантацією сосків;
- Періареолярну мастектомію;
- Ліпосакцію.

Найпоширенішою операцією з підтвердження гендеру для ТГР осіб з ендогенним розвитком грудей є маскулінізуюча операція на грудній клітці (мастектомія) (Horbach et al., 2015; Kailas et al., 2017).

- Операції на внутрішніх статевих органах включають:
- Орхіектомію;
- Гістеректомію;
- Сальпінгоофоректомію;
- Вагінопластику та кольпектомію/вагінектомію (Horbach et al., 2015; Jiang et al., 2018).

Внутрішня оболонка під час вагінопластики зазвичай складається зі шкіри статевого члена, шкірних трансплантатів, їх комбінації або сегмента кишки. Видалення матки/яєчників може бути виконане окремо або відразу (гістеректомія, сальпінгоовариектомія, кольпектомія). Якщо виконується кольпектомія, необхідно також виконати гістеректомію. За бажанням пацієнтки яєчники можуть залишатися на місці. Потенційною перевагою залишення одного або обох яєчників є збереження фертильності, тоді як недоліком є потенційна можливість розвитку патології яєчників, включаючи рак (De Roo et al., 2017).

Операції на зовнішніх статевих органах включають:

- Вульвопластику;
- Метоідіопластику;
- Фаллопластику (Djordjevic et al., 2008; Frey et al., 2016).

Видалення волосся зазвичай необхідно перед виконанням процедур на зовнішніх статевих органах (Marks et al., 2019). Вульвопластика може включати створення моса, статевих губ, клітора та отвору уретри. Подовження уретри є варіантом як для метоідіопластики, так і для фаллопластики, але пов’язане зі значно підвищеним рівнем ускладнень (Schechter & Safa, 2018). Післяопераційний догляд та фізіотерапія є необхідними для лікування після фаллопластики на донорських ділянках (van Caenegem, Verhaeghe et al., 2013). Фізіотерапія органів малого таза також може бути важливим допоміжним втручанням після операції для контролю сечовипускання та статевої функції (Jiang et al., 2019). Діалог, взаєморозуміння та чітке спілкування спільною мовою між пацієнтами, медпрацівниками та хірургами сприятимуть зваженим рішенням щодо доступних хірургічних процедур (див. Розділ 13 — Хірургія та післяопераційний догляд).

Statement 12.20

Ми рекомендуємо медичним працівникам розпочати та продовжити гендерно-підтверджуючу гормональну терапію для трансгендерних і гендерно різноманітних людей, які потребують цього лікування з продемонстрованим покращенням психосоціального функціонування та якості життя. Для підтверджуючого тексту див. Рекомендацію 12.21.

Statement 12.21

Ми рекомендуємо медичним працівникам продовжувати наявну гормональну терапію, якщо психічне здоров'я трансгендерної і гендерно різноманітної особи погіршується, і оцінити причину погіршення.

Були задокументовані невідповідності у психічному здоров'ї трансгендерної популяції та загальної вибірки, в проявах депресії, суїцидальності, тривожності, зниження самооцінки та посттравматичного стресового розладу (Arcelus et al., 2016; Becerra-Culqui et al, 2018; Bouman et al., 2017; Eisenberg et al., 2017; Heylens, Elaut et al., 2014; Witcomb et al., 2018). Модель стресу гендерних меншин надає докази кількох посередників і модераторів цих невідповідностей (Hendricks & Testa, 2012; Meyer, 2003), характерних лише для трансгендерних людей, включно з досвідом дискримінації, віктимізації, місгендерінгу, відторгнення сім'єю та інтерналізовану трансфобію (Hendricks & Testa, 2012). Фактори, які позитивно впливають на психічне здоров'я, включають прийняття сім'єю, підтримуючі соціальні та романтичні стосунки, взаємозв'язок з трансгендерною спільнотою, захист шляхом ствердження та інклюзії, наявність оновлених персональних документів з обраним іменем/гендерним маркером та досягнення ознак фізичної статі на основі індивідуалізованих гендерних потреб (Bauer et al., 2015; Bockting et al., 2013; Bouman et al., 2016; Davey et al., 2014; de Vries et al., 2014; Du Bois et al., 2018 ; Gower, Rider, Brown et al., 2018; Hendricks & Testa, 2012; Keo-Meier et al., 2015; Meier et al., 2013; Pflum et al., 2015; Ryan et al., 2010; Smith et al. ін., 2018).

Встановлено, що гормональна терапія позитивно впливає на психічне здоров'я та якість життя ТГР молоді та дорослих, які проходять це лікування (Aldridge et al., 2020; Allen et al., 2019; Bauer et al., 2015; Nobili et al., 2018; Russell et al., 2018; Ryan, 2009). У багатьох випадках гормональна терапія вважається втручанням, що рятує життя (Allen et al., 2019; Grossman & D'Augelli, 2006; Moody et al., 2015). Кілька досліджень виявили зв'язок між початком гормональної терапії та покращенням психічного здоров'я молоді та дорослих (Aldridge et al., 2020; Costa et al., 2016; de Vries et al., 2014; Kuper et al., 2020; Nguyen. et al., 2018; White Hughto & Reisner, 2016), включаючи покращення якості життя (Gorin-Lazard et al., 2012; Gorin-Lazard et al., 2013; Murad et al., 2010; Newfield et al., 2006; Nobili et al., 2018; White Hughto & Reisner, 2016), зниження проявів тривожності та депресії (Aldridge et al., 2020; Colizzi et al., 2014; Davis & Meier, 2014; de Vries, Steensma et al., 2011; Gómez-Gil et al., 2012; Rowniak et al., 2019), зниження стресу та параної (Keo-Meier & Fitzgerald, 2017). Проспективне контрольоване дослідження з використанням Міннесотського Багатопрофільного Опитувальника Особистості 2 (MMPI-2) продемонструвало значне покращення в багатьох сферах психологічного функціонування трансгендерних чоловіків лише через 3 місяці терапії тестостероном (Keo-Meier et al., 2015). Незважаючи на те, що серед трансгендерної популяції спостерігаються вищі показники симптомів РАС, посилення цих симптомів після початку гормональної терапії не виявлено (Nobili et al., 2020).

Оскільки полегшення симптомів депресії може корелювати зі зниженням ризику суїциду, відмова від гормональної терапії на основі наявності депресії або схильності до суїциду може завдати шкоди (Keo-Meier et al., 2015; Levy et al., 2003). Турбан, Кінг та інші виявили зниження ймовірності суїцидальних думок у підлітків, які бажали почали пригнічення статевого дозрівання та мали доступ до цього лікування, порівняно з тими, хто мав подібне бажання і не мав такого доступу (Turban, King et al., 2020). Нещодавній систематичний огляд виявив, що пригнічення статевого дозрівання у ТГР підлітків корелює з покращенням соціального життя, зниженням суїцидальності в дорослому віці, покращенням

психологічного функціонування та якості життя (Rew et al., 2020). Оскільки дані свідчать про те, що гормональна терапія безпосередньо пов’язана зі зменшенням симптомів депресії та тривожності, вважається, що практика відмови від гормональної терапії до лікування цих симптомів за допомогою традиційної психіатрії має ятрогенний ефект (Keo-Meier et al., 2015). Якщо показано психіатричне лікування, його можна розпочати або скорегувати одночасно, не припиняючи гормональну терапію.

**Щоб дізнатися про критерії початку лікування для підлітків і дорослих, зверніться до Розділу 5 — Діагностика дорослих і Розділу 6 — Підлітки, а також Додатку D.*

РОЗДІЛ 13 — Хірургія та післяопераційний догляд

Медична необхідна гендерно-підтверджуюча хірургічні втручання (ГПХВ) стосується сукупності процедур, призначених для приведення тіла людини в відповідність з її гендерною ідентичністю (див. твердження про медичну необхідність в Розділі 2 — Глобальна застосовність, Рекомендація 2.1). У цьому розділі описано хірургічне втручання та рекомендації щодо післяопераційного догляду за ТГР дорослими та підлітками. Будь ласка, зверніться до Розділу 5 — Діагностика дорослих і Розділу 6 — Підлітки щодо критеріїв оцінки, пов'язаних з хірургічним втручанням для дорослих і підлітків відповідно. Короткий виклад рекомендацій і критеріїв оцінки можна знайти в Додатку D

Визнаючи різноманітне та гетерогенне співтовариство осіб, які ідентифікують себе як трансгендерних та гендерно різноманітних (ТГР), гендерно-підтверджуючі хірургічні втручання можна класифікувати за спектром процедур для осіб, визначених чоловіками при народженні, (ВЧПН) та визначених жінками при народженні (ВЖПН).

Сучасна література підтверджує переваги проведення ГПХВ у ТГР осіб, яким це необхідно. У той час як ускладнення після ГПВХ є можливими, багато з них або незначні, або їх можна лікувати амбулаторно (Canner et al., 2018; Gaither et al., 2018; Morrison et al., 2016). Крім того, частота ускладнень узгоджується з частотою подібних процедур, які виконуються для інших діагнозів (тобто процедур, які не підтверджують гендерну ідентичність).

В окремих осіб, ВЖПН, вивчали вплив гендерно підтверджувальної операцію на грудній клітці або «верхню хірургію» (тобто «підшкірну мастектомію») в проспективних дослідженнях (Agarwal et al., 2018; Frederick et al., 2017; Top & Balta, 2017; van de Grift, Elaut et al., 2017; van de Grift et al., 2016), ретроспективних (Bertrand et al., 2017; Claes et al., 2018; Esmonde et al., 2019; Lo Russo et al., 2017; Marinkovic & Newfield, 2017; Poudrier et al., 2019; Wolter et al., 2015; Wolter et al., 2018), а також перехресних когортних дослідженнях (Olson-Kennedy, Warus et al., 2018; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018; van de Grift, Elfering et al., 2018). Ефективність високоякісної хірургії була продемонстрована в багатьох областях, включаючи послідовне та пряме підвищення якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, значне зменшення гендерної дисфорії та послідовне підвищення задоволеності тілом і зовнішнім виглядом. Крім того, рівень розчарування залишається дуже низьким і коливається від 0 до 4%. Незважаючи на те, що вплив верхньої хірургічної операції на додаткові показники, такі як депресія, тривожність та сексуальна функція, також продемонстрував користь, результати дослідження були недостатніми для того, щоб зробити остаточні висновки. Хоча необхідні подальші дослідження, щоб зробити більш надійні висновки, докази демонструють, що хірургічне втручання є безпечним і ефективним.

Стосовно проведення операцій на особах, ВЧПН, було опубліковано менше досліджень щодо хірургії грудей («збільшення грудей»), що підтверджує гендер, і включає 2 проспективних (Weigert et al., 2013; Zavlin et al., 2018), 1 ретроспективне когортне (Fakin et al., 2019) та 3 перехресних когортних дослідження (Kanhai et al., 2000; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018). Усі дослідження повідомляли про постійне та пряме покращення задоволеності пацієнтів, включаючи загальну задоволеність, задоволеність образом тіла та зображенням тіла після операції. Оуен-Сміт та ін. (Owen-Smith et al., 2018) продемонстрували позитивну тенденцію до покращення показників як депресії, так і

тривожності зі збільшенням рівня втручань, що підтверджують гендерну ідентичність. Однак не було статистичного порівняння між особами, які перенесли верхню операцію, та будь-якою іншою групою.

Гендерно-підтверджуюча вагінопластика є одним із найчастіших зареєстрованих хірургічних втручань. На даний момент наявні 8 перспективних (Buncamper et al., 2017; Cardoso da Silva et al., 2016; Kanhai, 2016; Manero Vazquez et al., 2018; Papadopulos, Zavlin et al., 2017; Tavakkoli Tabassi et al., 2015; Wei et al., 2018; Zavlin et al., 2018), 15 ретроспективних когортних (Bouman, van der Sluis et al., 2016; Buncamper et al., 2015; Hess et al., 2016; Jiang et al., 2018; LeBreton et al., 2017; Manrique et al., 2018; Massie et al., 2018; Morrison et al., 2015; Papadopulos, Lelle et al., 2017; Raigosa et al., 2015; Salgado et al., 2018; Seyed-Forootan et al., 2018; Sigurjonsson et al., 2017; Simonsen et al., 2016; Thalaivirithan et al., 2018), а також нещодавно було повідомлено про 3 перехресні когортні дослідження (Castellano et al., 2015; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018).

Незважаючи на те, що використовувалися різні процеси оцінювання, результати всіх досліджень постійно повідомляли як про високий рівень задоволеності пацієнтів (78–100%), так і про задоволеність сексуальною функцією (75–100%). Це було особливо очевидно при використанні новітніх хірургічних методик. Гендерно-підтверджуюча вагінопластика також була пов’язана з низьким рівнем ускладнень і низькою частотою жалю (0–8%).

Остання література відображає підвищений клінічний інтерес до метоідіопластики та фаллопластики, що відображено у 3 проспективних когортних (Garaffa et al., 2010; Stojanovic et al., 2017; Vukadinovic et al., 2014), 6 ретроспективних когортних (Cohanzad, 2016; Garcia et al., 2014; Simonsen et al., 2016; van de Grift, Pigot et al., 2017; van der Sluis et al., 2017; Zhang et al., 2015), а також 4 перехресних дослідженнях (Castellano et al., 2015; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018; Wierckx, Van Caenegem et al., 2011), які розглянули ризики та переваги цих процедур.

Що стосується функції сечовипускання, від 75% до 100% учасників дослідження могли випускати сечу стоячи. З точки зору сексуальної функції, від 77% до 95% учасників дослідження повідомили про задоволення своєю сексуальною функцією. Більшість із цих досліджень повідомляють про високі загальні рівні післяопераційного задоволення (діапазон 83–100%), з вищими показниками задоволення в дослідженнях із застосуванням нових хірургічних методів. Два проспективних і два ретроспективних когортних дослідження спеціально оцінювали розчарування після операції та виявили, що жоден трансгендерний чоловік не відчував розчарування в результатах операцій. Незважаючи на те, що обмеження дослідження були визначені авторами, отримані результати були послідовними та прямими.

Останніми роками ГПХВ на обличчі (ГПХВО) приділяється підвищена увага, і сучасна література підтверджує їх переваги. Вісім останніх публікацій включають 1 проспективне когортне (Morrison et al., 2020), 5 ретроспективних когортних (Bellinga et al., 2017; Capitán et al., 2014; Noureai et al., 2007; Raffaini et al., 2016; Simon et al., 2022), а також 2 перехресних дослідження (Ainsworth & Spiegel, 2010; van de Grift, Elaut et al., 2018). Усі 8 досліджень чітко продемонстрували, що люди були дуже задоволені результатами хірургічного втручання (від 72% до 100% досліджуваних). Крім того, люди були значно більше задоволені зовнішнім виглядом свого обличчя порівняно з особами, які не проходили ці операції. Одне проспективне міжнародне багатоцентрове когортне дослідження показало, що ГПХВО значно покращує як середньострокову, так і віддалену якість життя (Morrison et al., 2020). Результати були прямими та послідовними, але дещо неточними через певні обмеження дослідження. Незважаючи на те,

що операція на обличчі з підтвердження гендеру для осіб, ВЖПН є новою областю, поточні обмежені дані вказують на однакову користь для окремих пацієнтів. Рекомендуються майбутні дослідження.

Додаткові процедури та/або втручання, такі як видалення волосся (перед операцією на обличчі та/або статевих органах), можуть знадобитися як частина передопераційного процесу. Див. Розділ 15 — Первинна допомога. Крім того, консультація з фізіотерапевтом тазового дна може бути важливою (або необхідною) як до, так і після операції.

Типові хірургічні втручання включають (повний список див. у додатку E та в кінці цього розділу):

Для осіб, ВЧПН:

- Хірургічна фемінізація обличчя (включаючи хондроларингопластику/хірургію на голосових зв'язках);
- Хірургія молочних залоз із підтвердження гендеру;
- Процедури корекції контуру тіла;
- Орхіектомія;
- Вагіно/вульвопластика (з/без глибини);
- Естетичні процедури;
- Процедури, призначені для підготовки осіб до хірургічного втручання (тобто видалення волосся).

Для осіб, ВЧПН:

- Хірургічна маскулінізації обличчя;
- Хірургія грудної клітини з підтвердженням статі;
- Гістеректомія/овариектомія;
- Метоідіопластика (включаючи встановлення протезів яєчок);
- Фаллопластика (включаючи встановлення протезів яєчок/статевого члена);
- Процедури корекції контуру тіла;
- Естетичні процедури;
- Процедури, призначені для підготовки осіб до хірургічного втручання (тобто видалення волосся).

Важливо, щоб хірурги розуміли показання(я) та час для призначення ГПХВ. Це особливо важливо під час надання медичної допомоги підліткам (див. Розділ 6 — Підлітки).

Важливо, щоб хірург і пацієнт брали участь у спільному підході до прийняття рішень, який включає:

1. Мультидисциплінарний підхід;
2. Розуміння цілей і очікувань пацієнта;
3. Обговорення варіантів хірургічного втручання та пов'язаних ризиків і переваг;
4. Інформований план подальшого догляду (див. Розділ 5 — Діагностика дорослих).

Ці рекомендації створені для полегшення індивідуального підходу до догляду.

Належний догляд є важливим для оптимізації результатів (Buncamper et al., 2015; Lawrence, 2003), і важливо, щоб пацієнти були поінформовані про післяопераційні потреби (включаючи місцевий догляд

за ранами, обмеження активності, відгул на роботі чи навчанні тощо). Крім того, важливо, щоб хірург був готовий забезпечити та полегшити післяопераційний догляд та/або направити до спеціалізованих служб, якщо це необхідно. Це може включати потребу в постійній підтримці (тобто як від опікуна, так і від постачальника первинної медичної допомоги, спеціалістів з питань психічного здоров'я (СПЗ) та ні.), а також потребу в звичайній первинній медичній допомозі (тобто медичні скринінг и на рак грудей/грудної клітини, урологічна/гінекологічна допомога та ін).

Із зростанням громадського інтересу та збільшенням кількості хірургічних процедур, що підтверджують гендерну ознаку (Canner et al., 2018; Ross, 2017; Shen et al., 2019), додаткове навчання, відстеження результатів і безперервна медична освіта для хірургів є необхідними (Schechter et al., 2017).

Усі твердження в цьому розділі були рекомендовані на основі ретельного аналізу доказів, оцінки користі та шкоди, цінностей і переваг постачальників і пацієнтів, а також використання ресурсів і здійсненності. У деяких випадках ми визнаємо, що докази обмежені та/або послуги можуть бути недоступними або небажаними.

Рекомендації

13.1 — Ми рекомендуємо хірургам, які виконують гендерно-підтверджуючі хірургічні втручання, мати наступні компетенції:

13.1.a — Навчання та задокументований нагляд за процедурами підтвердження статі;

13.1.b — Підтримка активної практики проведення хірургічних процедур, що підтверджують гендерну ознаку;

13.1.c — Знання про гендерно різноманітні ідентичності та варіанти експресії;

13.1.d — Безперервна освіта в галузі гендерно-підтверджуючої хірургії;

13.1.e — Відстеження результатів хірургічного втручання.

13.2 — Ми рекомендуємо хірургам перед збільшенням грудей або мастектомією оцінювати трансгендерних і гендерно різноманітних людей на наявність факторів ризику, пов'язаних із раком молочної залози.

13.3 — Ми рекомендуємо хірургам інформувати трансгендерних і гендерно різноманітних людей, які проходять хірургічні процедури з підтвердженням гендеру, про вимоги до догляду, проїзд і розміщення, а також важливість до- і післяопераційного спостереження.

13.4 — Ми рекомендуємо хірургам впевнитися, що репродуктивні варіанти обговорювалися перед гонадектомією у трансгендерних і гендерно різноманітних людей.

13.5 — Ми пропонуємо хірургам розглянути можливість пропонувати гонадектомію трансгендерним і гендерно різноманітним людям*, якщо вони пройшли щонайменше 6 місяців гормональної терапії (за винятком випадків, коли замісна гормональна терапія чи пригнічення роботи статевих залоз не є клінічно показаними та/або несумісними з бажаннями, цілями або експресією індивідуальної гендерної ідентичності пацієнта).

13.6 — Ми пропонуємо медичним працівникам розглянути гендерно-підтверджуючі процедури на статевих органах для трансгендерних і гендерно різноманітних людей*, які бажають цього втручання, якщо особа перебуває на стабільному поточному режимі лікування (який може включати щонайменше 6 місяців гормональної терапії або більш тривалий період, якщо це необхідно для досягнення бажаного хірургічного результату, за винятком випадків, коли гормональна терапія небажана та/або протипоказана з медичної точки зору).

13.7 — Ми рекомендуємо хірургам розглядати гендерно підтверджуючі хірургічні втручання для трансгендерних і гендерно різноманітних підлітків*, після обстеження мультидисциплінарною командою, яка включає спеціалістів з психічного здоров'я та медичних працівників, які були залучені до процесу прийняття рішень.

13.8 — Ми рекомендуємо хірургам проконсультуватися з комплексною міждисциплінарною командою професіоналів у сфері охорони трансгендерного здоров'я, коли трансгендерні і гендерно різноманітні люди* потребують індивідуально підібраних (або нестандартними) операцій у рамках хірургічного втручання, що підтверджує гендер.

13.9 — Ми пропонуємо хірургам, які доглядають за трансгендерними і гендерно різноманітними чоловіками, які пройшли метоідіопластику/фаллопластику, заохочувати подальше урологічне

спостереження у свого основного хірурга, лікаря первинної медичної допомоги або уролога.
13.10 — Ми рекомендуємо хірургам, які доглядають за трансгендерними і гендерно різноманітними жінками, які пройшли вагінопластику, заохочувати подальше спостереження у свого основного хірурга, лікаря первинної медичної допомоги або гінеколога.
13.11 — Ми рекомендуємо пацієнтам, які шкодують про проходження гендерно-підтверджуючого хірургічного втручання, перебувати під наглядом міждисциплінарної команди експертів.

**Щодо критеріїв прийнятності процедур для підлітків і дорослих див. Розділ 5 — Діагностика дорослих і Розділ 6 — Підлітки і Додаток D.*

Рекомендація 13.1

Ми рекомендуємо хірургам, які виконують гендерно-підтверджуючі хірургічні втручання, мати наступні компетенції:

- **a. Навчання та задокументований нагляд за процедурами підтвердження статі;**
- **b. Підтримка активної практики проведення хірургічних процедур, що підтверджують гендерну ознаку;**
- **c. Знання про гендерно різноманітні ідентичності та варіанти експресії;**
- **d. Безперервна освіта в галузі гендерно-підтверджуючої хірургії;**
- **e. Відстеження результатів хірургічного втручання.**

Хірурги, які проводять ГПХВ, можуть мати різноманітну хірургічну підготовку та досвід. Найпоширеніші хірургічні спеціальності включають пластичну хірургію, урологію, гінекологію, отоларингологію та оро-щелепно-лицеву хірургію (Jazayeri et al., 2021). Відповідно до інших хірургічних областей, ми рекомендуємо лише хірургам, які сертифіковані або мають право бути сертифікованими відповідними національними професійними радами, пропонувати проведення ГПХВ. Крім того, рекомендовано, щоб хірурги, які надають допомогу ТГР пацієнтам, пройшли задокументовану підготовку щодо гендерно-підтверджуючих процедур і принципів гендерно-підтверджуючої допомоги (Schechter et al., 2017; Schechter & Schechter, 2019). Останнє включає, але не обмежується знаннями про гендерно різноманітні ідентичності та варіанти експресії, а також про те, як вони впливають на цілі, очікування та результати пацієнтів. Важливо, щоб хірурги, які пропонують ГПХВ, були знайомі з доступними процедурами та могли надати інформовану згоду. Очікується, що хірурги, які пропонують ГПХВ, братимуть участь у безперервних навчальних заходах у відповідній сфері ГПХВ (тобто зустрічі, конференції, семінари тощо), щоб підтримувати поточні знання. Крім того, ми рекомендуємо відстежувати результати хірургічного втручання та повідомляти пацієнтів у рамках інформованої згоди (Schechter et al., 2017).

Крім того, лікарні, установи та кабінети лікарів, які пропонують послуги з ГПХВ, повинні бути обізнаними щодо культурних навичок (тобто мови, термінології тощо). Це може вимагати постійного та регулярного навчання персоналу.

Рекомендація 13.2

Ми рекомендуємо хірургам перед збільшенням грудей або мастектомією оцінювати трансгендерних і гендерно різноманітних людей на наявність факторів ризику, пов'язаних із раком молочної залози.

Перед хірургічним збільшенням грудей або мастектомією необхідно оцінити наявність факторів ризику раку молочної залози, включаючи генетичні мутації (наприклад, BRCA1, BRCA2), сімейний анамнез, вік, радіацію, вплив естрогену та очікувану кількість тканини молочної залози. залишатися після операції та повідомити цю інформацію пацієнту (Brown, Lourenco et al., 2021; Brown & Jones, 2015; Colebunders et al., 2014; Gooren et al., 2013; Salibian et al., 2021; Weyers et al., 2010). Скринінг раку молочної залози збалансовує ідентифікацію раку з вибором відповідних засобів візуалізації, тестів і процедур. На даний момент не існує доказових рекомендацій щодо скринінгу, специфічних для ТГР осіб (Salibian et al., 2021), однак нещодавні рекомендації були запропоновані Американським Коледжем Радіології (Brown, Lourenco et al., 2021). Оскільки ризик розвитку раку в осіб, які бажають збільшити груди або мастектомію для підтвердження гендеру, подібний до ризику в загальній популяції (навіть за умови використання гормональної терапії), необхідно дотримуватися існуючих рекомендацій щодо скринінгу на рак (Brown & Jones, 2015; Gooren et al., 2013; Salibian et al., 2021; Weyers et al., 2010). Професіонали мають бути ознайомлені з оновленнями цих інструкцій, оскільки вони можуть змінюватися. Особи, які проходять операцію ГПХВ на грудній клітці, повинні проходити регулярні обстеження на рак молочної залози, які мають контролюватися їхніми постачальниками первинної медичної допомоги.

Рекомендація 13.3

Ми рекомендуємо хірургам інформувати трансгендерних і гендерно різноманітних людей, які проходять хірургічні процедури з підтвердженням гендеру, про вимоги до догляду, проїзд і розміщення, а також важливість до- і післяопераційного спостереження.

Деталі щодо вимог до часу, техніки та тривалості післяопераційного лікування повідомляються пацієнтам у передопераційний період, щоб можна було здійснити відповідне планування. Це включає в себе обговорення щодо очікуваних етапів хірургічних процедур (і пов'язаних з ними вимог щодо акомодацій). Враховуючи невелику кількість хірургів, які спеціалізуються на ГПХВ, пацієнти зазвичай самостійно подорожують для проходження цих процедур. Перед операцією хірурги повинні надати пацієнтам графік післяопераційного спостереження. Хірург повинен обговорити тривалість дат поїздки пацієнта, очікуване стаціонарне чи амбулаторне перебування та потенційну потребу в гнучкості організації поїздки (особливо, якщо виникають ускладнення). Враховуючи складність і вартість подорожі та проживання, про зміни в плані догляду слід повідомити пацієнта якомога раніше. Після повернення додому хірурги повинні забезпечити безперервність лікування у місцевого лікаря.

Важливе значення має післяопераційний догляд та подальші огляди. ГПХВ часто мають особливі вимоги до догляду, такі як післяопераційні ресурси (стабільне, безпечне житло; ресурси для подорожей і подальшого догляду), інструкції щодо здорових звичок (наприклад, вимоги до особистої гігієни, здоровий спосіб життя, профілактика захворювань сечовивідних шляхів). інфекцій (ІМП та ІПСШ) (Wierckx, Van Caenegem et al., 2011)), післяопераційні запобіжні заходи або обмеження в повсякденному житті (наприклад, купання, фізична активність, фізичні вправи, рекомендації щодо харчування, відновлення статевої активності) (Capitán et al., 2020), післяопераційне відновлення прийому ліків (тобто антикоагулянтів, гормонів тощо), а також детальні післяопераційні заходи з самообслуговування (наприклад, післягінопластикова дилатація та режими спринцювання, активація протеза статевого члена, стратегії для оптимізування сечовипускання після фалопластики, рекомендації щодо догляду за

пересадженим волоссям) (Capitán et al., 2017; Falcone et al., 2018; Garcia, 2018; Hoebeke et al., 2005). Деякі аспекти післяопераційної діяльності з самообслуговування можуть бути введені до операції та посилені після операції (Falcone et al., 2018). Оскільки можуть виникнути такі проблеми, як пошкодження швів, труднощі з дилатацією та інфекціями (Dy et al., 2019), період спостереження дає можливість втрутитися, пом'якшити та запобігти ускладненням (Buncamper et al., 2016; Garcia, 2021).

Рекомендація 13.4

Ми рекомендуємо хірургам впевнитися, що репродуктивні варіанти обговорювалися перед гонадектомією у трансгендерних і гендерно різноманітних людей.

Безпліддя часто є наслідком як гендерно-підтверджуючої гормональної терапії (тимчасовим), так і ГПХВ (постійним), і збереження фертильності обговорюється перед медичними та/або хірургічними втручаннями (Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Jahromi et al., 2021; Jones et al., 2021). Хірургічні втручання, які змінюють репродуктивну анатомію або функцію, можуть різною мірою обмежити майбутні репродуктивні можливості (Nahata et al., 2019). Тому надзвичайно важливо обговорити ризик безпліддя та варіанти збереження фертильності (ЗФ) з трансгендерними особами та їхніми родинами до початку будь-якого з цих втручань (конкретні рекомендації щодо репродуктивних можливостей див. у Розділі 16 — Репродуктивне здоров'я.) (Hembree et al., 2017).

Рекомендація 13.5

Ми пропонуємо хірургам розглянути можливість пропонувати гонадектомію трансгендерним і гендерно різноманітним людям*, якщо вони пройшли щонайменше 6 місяців гормональної терапії (за винятком випадків, коли замісна гормональна терапія чи пригнічення роботи статевих залоз не є клінічно показаними та/або несумісними з бажаннями, цілями або експресією індивідуальної гендерної ідентичності пацієнта). Для підтримуючого тексту див. Рекомендацію 13.6.

Рекомендація 13.6

Ми пропонуємо медичним працівникам розглянути гендерно-підтверджуючі процедури на статевих органах для трансгендерних і гендерно різноманітних людей*, які бажають цього втручання, якщо особа перебуває на стабільному поточному режимі лікування (який може включати щонайменше 6 місяців гормональної терапії або більш тривалий період, якщо це необхідно для досягнення бажаного хірургічного результату, за винятком випадків, коли гормональна терапія небажана та/або протипоказана з медичної точки зору).

ГПГТ призводить до анатомічних, фізіологічних і психологічних змін. Початок анатомічних ефектів (наприклад, ріст клітора, атрофія слизової оболонки піхви) може початися рано після початку терапії, а максимальний ефект очікується через 1–2 роки (T'Sjoen et al., 2019). Залежно від необхідного результату хірургічного втручання може знадобитися період гормонального лікування (наприклад, достатня вірилізація клітора перед метоідіопластикою/фаллопластикою) або бажано з психологічних причин та/або анатомічних причин (ріст грудей і розширення шкіри перед хірургічним збільшенням

грудей, пом'якшення шкіри та зміни в розподілі жиру на обличчі до початку ГПХВ на обличчі) (de Blok et al., 2021).

Для осіб, які не приймають гормональну терапію перед хірургічним втручанням, важливо, щоб хірурги перевірили її вплив на запропоновану операцію. Для осіб, які проходять гонадектомію та не приймають гормони, перед операцією можна розробити план замісної гормональної терапії разом із компетентним ендокринологом.

Рекомендація 13.7

Ми рекомендуємо хірургам розглядати гендерно підтверджуючі хірургічні втручання для трансгендерних і гендерно різноманітних підлітків*, після обстеження мультидисциплінарною командою, яка включає спеціалістів з психічного здоров'я та медичних працівників, які були залучені до процесу прийняття рішень.

Суттєві докази отримані за допомогою обсерваційних досліджень (Monstrey et al., 2001; Stojanovic et al., 2017), оглядів літератури та висновки експертів (Esteva de Antonio et al., 2013; Frey et al., 2017; Hadj-Moussa et al., 2019; Pan & Honig, 2018), встановлених рекомендацій (Byne et al., 2018; Chen, Fuqua et al., 2016; Hembree et al., 2017; Karasic & Fraser, 2018; Klein, Paradise et al., 2018; Weissler et al., 2018) тематичним контент-аналізом () підтверджують важливість мультидисциплінарного підходу до охорони здоров'я трансгендерів.

Мультидисциплінарний підхід особливо важливий у вирішенні проблем психічного здоров'я, якщо вони виникають у ТГР людини, яка проходить ГПХВ (de Freitas et al., 2020; Dhejne et al., 2016; van der Miesen et al., 2016). Крім того, постачальники первинної медичної допомоги та медичні спеціалісти можуть допомогти прийняти рішення щодо термінів хірургічного втручання, його очікуваних результатів, періопераційного гормонального менеджменту та оптимізації медичних умов (Elamin et al., 2010; Hembree et al., 2017).

Конкретні рекомендації щодо передопераційної оцінки у підлітків див. у Розділі 6 «Підлітки».

For specific recommendations regarding presurgical assessment in adolescents, see Chapter 6—Adolescents.

Рекомендація 13.8

Ми рекомендуємо хірургам проконсультуватися з комплексною міждисциплінарною командою професіоналів у сфері охорони трансгендерного здоров'я, коли трансгендерні і гендерно різноманітні люди* потребують індивідуально підібраних (або нестандартними) операцій у рамках хірургічного втручання, що підтверджує гендер.

Гендерна ідентичність може бути представлена в спектрі, і вираження ідентичності людини може досить сильно відрізнятися серед окремих індивідів (Beek et al., 2015; Koehler et al., 2018). Хоча загальна мета конкретної процедури зазвичай включає зменшення гендерної дисфорії (van de Grift, Elaut et al., 2017) або досягнення гендерної конгруентності, гендерно різноманітна експресія може призвести до індивідуальних хірургічних запитів, які деякі спеціалісти можуть вважати «нестандартними» (Beek et al., 2015; Bizic et al., 2018). Індивідуально налаштовані хірургічні запити можна визначити як

1. Процедури, які змінюють гендерну експресію особи без обов'язкової мети вираження альтернативного, бінарного гендеру;
2. «Нестандартне» поєднання усталених процедур;
3. Комбінація цих варіантів.

Обговорення цих налаштувань призначено для надання консультації пацієнту, а також для забезпечення досягнення його цілей. Пацієнт і його хірург повинні працювати разом, щоб переконатися, що очікування пацієнта є реалістичними та досяжними, а запропоновані втручання безпечні та технічно здійсненні. Пацієнт і хірургічна бригада, яка з ним працює, повинні брати участь у спільному процесі прийняття рішень (Cavanaugh et al., 2016). Цей процес отримання інформованої згоди має враховувати усвідомлення незворотності деяких процедур, новий характер деяких процедур і обмежену доступну інформацію про довгострокові результати деяких процедур.

Рекомендація 13.9

Ми пропонуємо хірургам, які доглядають за трансгендерними і гендерно різноманітними чоловіками, які пройшли метоідіопластику/фаллопластику, заохочувати подальше урологічне спостереження у свого основного хірурга, лікаря первинної медичної допомоги або уролога.

Післяопераційні ускладнення після метоідіопластики/фаллопластики стосуються сечовивідних шляхів і статевої функції (Kang et al., 2019; Monstrey et al., 2009; Santucci, 2018; Schardein et al., 2019). Зареєстровані ускладнення уретри (пов'язані з подовженням уретри) включають стриктури уретри 35–58%, уретральні фістули 15–70% (Monstrey et al., 2009; Santucci, 2018; Schardein et al., 2019), дивертикули, мукоцеле через залишки піхви, і ріст волосся в неоуретрі (Berli et al., 2021; Veerman et al., 2020). Ускладнення, пов'язані зі статевою функцією, включають обмежену відсутність тактильних та/або ерогенних відчуттів, труднощі з функцією оргазму та ускладнення після протезування статевого члена (Kang et al., 2019; Santucci, 2018). За оцінками, ускладнення, пов'язаних з протезуванням статевого члена, включають інфекції (частота 8–12%), несправність, ерозію уретри, екструзію шкіри та зміщення її кісткової фіксації (Falcone et al., 2018; Kang et al., 2019; Morrison et al., 2016). Незважаючи на те, що більшість уретральних і протезних ускладнень виникають в найближчий і проміжний післяопераційний період, ускладнення можуть виникнути в будь-який час. Раннє виявлення може зменшити захворюваність (наприклад, стриктури уретри, що призводять до фістул, очікуваної ерозії протеза статевого члена, що призводить до інфекції та потребує тотальної експлантації) (Blecher et al., 2019).

Звичайне спостереження для оцінки ранніх доказів стриктури уретри (або інших проблем із сечовипусканням) включає ультразвукове вимірювання залишкового об'єму постоїду сечового міхура (для скринінгу стадії неоуретральної стриктури), флюороскопічну уретрографію (для виявлення та стадії неоуретральних стриктур, фістул і дивертикул), а також цистоуретроскопію для огляду уретри та сечового міхура. ТГР чоловіки також можуть мати регулярні урологічні проблеми, які не обов'язково пов'язані з процесом переходу (сечові конкременти, гематурія та злоякісні новоутворення сечостатевої системи; збереження фертильності) (Sterling & Garcia, 2020a, 2020b).

Рекомендація 13.10

Ми рекомендуємо хірургам, які доглядають за трансгендерними і гендерно різноманітними жінками, які пройшли вагінопластику, заохочувати подальше спостереження у свого основного хірурга, лікаря первинної медичної допомоги або гінеколога.

Вагінопластика є безпечною процедурою (Hontscharuk, Alba, Hamidian Jahromi et al., 2021). Хоча ускладнення можуть виникнути, більшість з них проходять самостійно або їх можна лікувати незначними подальшими втручаннями (Hontscharuk, Alba, Hamidian Jahromi et al., 2021). Незначні ускладнення включають такі проблеми, як утворення грануляційної тканини, інтравагінальний ріст волосся, уповільнене загоєння та/або пошкодження рани, естетичні проблеми та інтроїтальний стеноз (Ferrando, 2020; Kloer et al., 2021). Хоча ці ускладнення зазвичай проходять самостійно, вони можуть вплинути на самопочуття пацієнта після операції. Крім того, ці проблеми можуть залишатися недіагностованими або неправильно діагностованими, якщо пацієнти не мають доступу до професіональної допомоги сфері охорони трансгендерного здоров'я. Ми рекомендуємо спостерігати за пацієнтами їх основним хірургам через регулярні проміжки часу — наприклад, через два тижні, три місяці, шість місяців і один рік після операції — хоча деяким особам можуть бути показаним частіші огляди.

Додаткова гінекологічна допомога проводиться протягом усього життя ТГР людини, і її можна контролювати в багатьох ситуаціях. Обстеження в дзеркалі для перевірки грануляційної тканини, волосся та уражень може проводитися постачальником первинної медичної допомоги, гінекологом або хірургом ГПХВ, і це може знадобитися під час післяопераційного періоду (Grimstad, McLaren et al., 2021; Suchak et al., 2015; van der Sluis et al., 2020). Після підтвердження лабораторними дослідженнями наявності ІСШ, ІПСШ та інших змін вагінального мікробіому, можна починати лікування відповідно до існуючих рекомендацій, сформульованих для цисгендерних популяцій (Hooton, 2012; Sherrard et al., 2018). Ручні перевірки простати проводяться на основі відповідних рекомендацій, сформульованих для цисгендерних популяцій через вагінальний канал, оскільки простата розташована на передній стінці піхви (Carter et al., 2013).

Інші ускладнення включають такі проблеми, як стеноз неовагінального каналу, ректовагінальні фістули та запалення (найпоширеніші після використання кишкової вагінопластики) (Bustos et al., 2021). Вони вимагають поєднання нехірургічного та хірургічного лікування з консультацією та можливим направленням до основного хірурга з іншими консультантами-хірургами (тобто колоректальним хірургом), якщо потрібно. Крім того, оскільки дисфункція тазового дна може вплинути на 30–40% пацієнтів як до, так і після вагінопластики, наявність фізіотерапевтів тазового дна є важливим доповненням у післяопераційному періоді (Jiang et al., 2019).

Рекомендація 13.11

Ми рекомендуємо пацієнтам, які шкодують про проходження гендерно-підтверджуючого хірургічного втручання, перебувати під наглядом міждисциплінарної команди експертів.

Відсоток людей, які шкодують про результати ГПХВ, дуже низький (від 0,3% до 3,8%) (De Cuypere & Vercruysse, 2009; Defreyne, Motmans et al., 2017; Hadj-Moussa et al., 2019; Hadj-Moussa, Agarwal et al., 2018; Hadj-Moussa, Ohl et al., 2018; Landén et al., 1998; Narayan et al., 2021; van de Grift, Elaut et al., 2018; Wiepjes et al., 2018). Найвища кількість випадків розчарування була зареєстрована в той час, коли хірургічна техніка була менш досконалою, роль мультидисциплінарної допомоги була менш

встановленою, а Стандарти Медичної Допомоги не існували або були маловідомими (Landén et al., 1998). Стан розчарування може бути тимчасовим або постійним (Narayan et al., 2021) і може класифікуватися як:

- Соціальне розчарування (спричинене труднощами в сімейному, релігійному, соціальному чи професійному житті);
- Розчарування у стані здоров'я (через довгострокові медичні ускладнення);
- Розчарування в результати хірургічного втручання або неадекватному передопераційному прийнятті рішень;
- Розчарування, пов'язане з гендерною ідентичністю (здебільшого на основі помилкового діагнозу та/або недостатнього розуміння особою власної гендерної ідентичності).

Ця класифікація відповідає раніше розглянутим позитивним і негативним факторам прогнозування (De Cuypere & Vercruysse, 2009; Gils & Brewaeys, 2007; Pfäfflin & Junge, 1998).

Мультидисциплінарна команда може допомогти визначити етіологію розчарування, а також часову стабільність запиту на хірургічне втручання (Narayan et al., 2021). Після цієї оцінки та з огляду на обставини особи їх можуть бути показані медичні та/або хірургічні втручання з метою продовження переходу або виконання хірургічних процедур для повернення анатомії до статі, визначеної при народженні. Для отримання додаткової інформації дивіться Розділ 5 — Діагностика дорослих.

**Щодо критеріїв прийнятності процедур для підлітків і дорослих див. Розділ 5 — Діагностика дорослих і Розділ 6 — Підлітки і Додаток D.*

РОЗДІЛ 14 — Постановка голосу та комунікативна терапія

Люди беруть участь у комунікаційних практиках не лише для того, щоб обмінюватися думками про зовнішній світ, але й для того, щоб виразити себе як соціокультурну істоту та домовитися про форми звернення та поводження з іншими, які дозволяють їм відчувати безпеку та повагу (Azul et al., 2022). Людський голос широко вважається одним із ключових способів, що сприяє комунікації гендеру як одного з вимірів людського різноманіття. Однак інші аспекти та способи спілкування (наприклад, артикуляція, вибір слів, жести, сприйняття слухачів та атрибуція) також повинні враховуватися (Azul, 2015; Azul & Hancock, 2020). У цьому розділі «голос і комунікація» використовується як фраза, що охоплює практики формування сенсу, в якій кожен із учасників соціальної зустрічі бере участь відповідно до власних потреб, побажань, ідентифікації та можливостей.

Хоча бінарне розуміння гендеру домінувало в дослідницькій літературі в цій галузі, підхід, рекомендований у цьому розділі, передбачає широке всеохоплююче уявлення про гендерну ідентичність (наприклад, трансфемінна, трансмаскулінна, гендерфлюїдна, небінарна, гендерквірна, агендерна) і розуміння що ґендер існує не ізольовано, а перетинається з іншими аспектами людського розмаїття (наприклад, статус корінної народності, етнічна/расова приналежність, сексуальність, вади/недієздатність, віра/релігія/духовність). Рекомендації в цьому розділі стосуються всіх трансгендерних і гендерно різноманітних (ТГР) людей, які шукають професійну допомогу з постановки голосу та комунікаційної підтримки, включно з дітьми, підлітками, дорослими та літніми людьми, а також людей, які бажають перейти зворотній перехід, незалежно від вибору втручання.

Не кожна ТГР особа стикається з труднощами або потребує професійної підтримки стосовно власного голосу та спілкування, але ті, хто бажають професійної допомоги, часто стикаються з перешкодами в доступі до цих послуг. Хоча відсотки різняться залежно від країни та субпопуляції, статистика підтверджує занепокоєння ТГР людей щодо неможливості отримати доступ до голосових і комунікаційних послуг, коли і як вони хочуть (Eyssel et al., 2017; James et al., 2016; Oğuz et al., 2021; Södersten et al., 2015; Veale et al., 2019). У цих дослідженнях відсоток ТГР людей, які бажають пройти постановку голосу та комунікації або хірургічну операцію на голосових зв'язках, як правило, вищий, ніж відсоток людей, які пройшли ці втручання. За кількома винятками, доступ до корекції голосу зазвичай ширший, ніж доступ до голосової хірургії. Групи ТГР людей, які є ще більш маргіналізованими у своїх суспільствах, такі як ТГР особи маргіналізованої раси/етнічної приналежності, частіше зазнають дискримінації та обмеженого доступу до медичної допомоги (James et al., 2016; Xavier et al., 2005).

Серед найпоширеніших перешкод, на які скаржаться учасники досліджень, – вартість послуг, незнання, де їх можна отримати, і їх недоступність. Відповідно до досліджень у США (Hancock & Downs, 2021; Kennedy & Thibeault, 2020), Туреччині (Oğuz et al., 2021) та Аотеароа/Новій Зеландії (Veale et al., 2019), відсутність точної інформації про варіанти голосових та комунікаційних послуг серед ТГР людей, є значною та розповсюдженою перешкодою для догляду. Примітно, що у Швеції всім ТГР особам пропонується підтримка голосу та спілкування, коли діагностується гендерна невідповідність (Södersten et al., 2015). Крім того, культурна реакція постачальників покращується повільно (Hancock & Haskin, 2015; Jakomin et al., 2020; Matthews et al., 2020; Sawyer et al., 2014). Хенкок і Даунс (Hancock & Downs, 2021) провели попередню роботу, щоб визначити конкретні перешкоди для голосових і комунікаційних послуг і розробити ефективні засоби для їх усунення.

Цей розділ має на меті надати вказівки для медичних працівників (МП) щодо підтримки та сприяння благополуччю всіх ТГР людей, які зазнають труднощів або страждань, пов'язаних із власним голосом і способами спілкування та/або щодо відповідей і атрибуцій, які вони отримують від інших (Azul et al., 2022).

Низка різних підходів, які ТГР люди можуть використовувати для зміни свого голосу та/або спілкування, включають:

- Зміни, ініційовані власними силами, спрямовані на керування своїм голосом та практикою спілкування;
- Зміна поведінки за підтримки спеціалістів з голосу та зв'язку (надалі – «навчання з голосу та комунікації»);
- Зміни в результаті гормонального лікування андрогенами та/або хірургічного втручання на гортані.

«Спеціаліст з голосу та комунікації» — це особа, яка володіє знаннями щодо постійної та динамічної діяльності мовця та слухача, відповідних професійних втручань, включаючи поведінкові, гормональні та хірургічні, а також відповідних процесів, пов'язаних із біофізіологією, соціокультурним формуванням сенсу та зовнішніх впливів (Azul & Hancock, 2020). Цей фахівець здатний проводити відповідне оцінювання, щоб інформувати ТГР осіб про можливості процедур, і підтримувати самопізнання особою цілей і варіантів втручання, надаючи вказівки в культурно-чутливому, особистісно-орієнтованому підході. Такий фахівець володіє знаннями та навичками щодо поведінкових підходів до голосового та комунікаційного втручання.

Практики, що піддаються зміні поведінки, включають:

- Розмову та спів голосом;
- Уважність;
- Розслаблення;
- Дихання;
- Діапазон висоти;
- Якість голосу;
- Резонанс/тембр;
- Гучність;
- Проекцію;
- Вираз обличчя;
- Жестикуляцію;
- Пози;
- Рухи;
- Представлення себе іншим;
- Опис ідентичності
- Асертивність стосовно форм звернення з боку інших;
- Наполегливі і стійкі реакцій на неправильні звертання (наприклад, Hancock & Siegfriedt, 2020; Mills & Stoneham, 2017).

Голосові та комунікаційні послуги пропонуються як частина комплексного та скоординованого підходу до охорони здоров'я, включаючи підтримку медичних, психологічних та соціальних потреб (Södersten et al., 2015); однак немає жодних передумов (наприклад, вживання гормонів, бажання операцій або тривалість життя в гендерній ролі). Загальні цілі голосової та комунікаційної підтримки для ТГР людей включають:

- Навчити клієнтів факторам, які впливають на функціонування голосу і комунікаційні практики для передання ідентичності мовця (мовець, слухач, професійна практика, зовнішній матеріал, біофізіологічні та соціокультурні фактори);
- Щоб дати клієнтам можливість передати своє почуття соціокультурної приналежності (наприклад, з точки зору гендеру) у повсякденних зустрічах у спосіб, який відповідає бажаній самопрезентації клієнта, а також розвивати, підтримувати та звикнути до голосу, вокальних якостей і практик спілкування, які підтримують цілі клієнтів без завдання шкоди механізму виробництва голосу;
- Забезпечити навчання створенню голосу для клієнтів, у яких наявні обмеженнями голосових функцій (наприклад, у результаті надмірного розтягування механізму створення голосу);
- Підтримувати клієнтів у розвитку здатності наполегливо обговорювати бажані форми звернення та рекомендації з боку інших (наприклад, імена, займенники, та ін.) і вміло реагувати на неправильне звертання, що сприяє збереженню добробуту клієнта;
- Підтримати клієнтів у розвитку навичок вирішення проблем, необхідних для управління тривогою, стресом і дисфорією у співпраці з постачальниками послуг з психічного здоров'я; а також долати бар'єри на шляху практики чи використання в реальному житті бажаного голосу та спілкування.
- Надавати або направляти клієнтів до допоміжних ресурсів, які сприяють розвитку голосу та навичок спілкування, вокальної обізнаності та благополуччя.
- Направляти клієнтів або співпрацювати з іншими фахівцями, такими як психіатри, хірурги гортані та ендокринологи, які можуть бути більш оснащеними для задоволення конкретних потреб цього клієнта. Це може бути особливо актуальним у випадках, коли клієнти стикаються з унікальними проблемами через численні перешкоди для отримання послуг, або коли клієнт бажає провести операцію на гортані чи гормональну терапію.

Існують два типи хірургічних операцій на гортані, які актуальні для ТГР популяції:

- Операції для підвищення тональності голосу (наприклад, глоттопластика з ретро-зміщенням передньої спайки, апроксимація крикотиреоїдної залози (АКЗ), фемінізуюча ларингопластика, лазерна корекція голосу (ЛКГ)) (Anderson, 2007; Anderson, 2014; Brown, 2000; Casado, 2017; Geneid, 2015; Gross, 1999; Kelly et al., 2018; Kanagalingam, 2005; Kim, 2017; Kim, 2020; Kocak, 2010; Kunachak, 2000; Mastronikolis, 2013; Mastronikolis et al., 2013; Matai, 2003; Meister, 2017; Mora, 2018; Neumann, 2004; Nuyen et al., 2022; Orloff, 2006; Pickuth, 2000; Remacle, 2011; Thomas & MacMillan, 2013; Tschan, 2016; Van Borsel, 2008; Wagner, 2003; Wendler, 1990; Yang, 2002)

- Операції для зниження висоти голосу (наприклад, тиреопластика III типу, збільшення голосової складки) (Bultynck et al, 2020; Isshiki et al., 1983; Kojima, et al. 2008; Webb et al., 2021).

Дослідження повідомляють про позитивні акустичні ефекти хірургічного втручання включають підвищення висоти голосу (середня частота (fo)) і підвищення Min fo (найнижча частота у фізіологічному діапазоні голосу). Аналіз самооцінювань ТГР людей показує загальну задоволеність голосом після хірургічного втручання, хоча особам, які зацікавлені в більш комплексних змінах голосової самопрезентації, може знадобитися поведінкові корекції, проведені спеціалістом з голосу і комунікації на додаток до операції на гортані (Brown, Chang et al. 2021; Kelly et al., 2018; Nuyen et al., 2022). Потенційна шкода хірургічного втручання з підвищення висоти голосу може бути оцінена та розглянута фахівцем під час навчання. Повідомляється про шкідливість хірургічного втручання, пов'язаного з підвищенням тону голосу, такі як дисфонія, слабкість голосу, обмеження мовного діапазону, особливо верхнього діапазону (знижений Max fo, у фізіологічному діапазоні голосу), хрипоту, нестабільність голосу та зниження значень частоти з часом (Kelly et al., 2018; Song & Jiang, 2017), хоча рівень цих результатів суперечливий.

Дослідження операцій зі зниження тону голосу обмежені. Однак дослідження, включно з вісьмома ТГР пацієнтами, які вирішили пройти тиреопластику III типу після тривалого незадоволення гормональним лікуванням (Bultynck et al., 2020), і одну особу, яка отримала ін'єкційну аугментацію після терапії тестостероном і тренування голосу (Webb et al., 2020), повідомили про статистично значуще зниження основної частоти, що сприймається як висота тону.

Не було виявлено кореляції між лікування естрогеном ТГР людей з вимірними змінами голосу (Mészáros et al., 2005), тоді як було виявлено, що лікування тестостероном ТГР людей призводить як до бажаних, так і до небажаних змін у гендерних та функціональних аспектах постановки голосу (Azul, 2015; Azul et al., 2017, 2018, 2020; Azul & Neuschaefer-Rube, 2019; Cosyns et al., 2014; Damrose, 2008; Deuster, Di Vicenzo et al., 2016; Deuster, Matulat et al. 2016; Hancock et al., 2017; Irwig et al., 2017; Nygren et al., 2016; Van Borsel et al., 2000; Yanagi et al., 2015; Ziegler et al., 2018). Бажані зміни, пов'язані з лікуванням тестостероном, включають зниження висоти голосу, посилення чоловічої атрибуції голосу та підвищення задоволеності голосом. Повідомлення про незадоволеність лікуванням тестостероном включають відсутність або недостатнє зниження висоти голосу, дисфонію, слабкий голос, обмежений діапазон висоти співу та вокальну нестабільність. Ці області можуть бути оцінені та розглянуті під час навчання голосу фахівцем з голосу та зв'язку.

Усі твердження в цьому розділі були рекомендовані на основі ретельного аналізу доказів, оцінки користі та шкоди, цінностей і переваг постачальників і пацієнтів, а також використання ресурсів і здійсненності. У деяких випадках ми визнаємо, що докази обмежені та/або послуги можуть бути недоступними або небажаними.

Рекомендації

14.1 — Ми рекомендуємо фахівцям з голосу та комунікації оцінити поточну та бажану голосову та комунікативну функцію трансгендерних гендерно різноманітних людей та розробити відповідні плани втручання для осіб, які незадоволені своїм голосом та спілкуванням.

14.2 — Ми рекомендуємо фахівцям із голосу та комунікації, які працюють з трансгендерними і гендерно різноманітними людьми, отримати спеціальну освіту, щоб отримати досвід у підтримці вокального функціонування, спілкування та благополуччя цієї групи населення.

14.3 — Ми рекомендуємо медичним працівникам у галузі охорони трансгендерного здоров'я, які працюють з трансгендерними і гендерно різноманітними людьми, які незадоволені своїм голосом або спілкуванням, розглянути питання про те, щоб запропонувати направлення до спеціалістів з голосу та комунікації для підтримки, оцінки та навчання.
14.4 — Ми рекомендуємо медичним працівникам розглянути можливість роботи з трансгендерними і гендерно різноманітними людьми, які розглядають можливість пройти операцію на голосі, розглянути питання про те, щоб запропонувати направлення до спеціаліста з голосу та комунікації, який може надати до- та/або післяопераційну підтримку.
14.5 — Ми рекомендуємо медичним працівникам із питань охорони трансгендерного здоров'я інформувати трансгендерних і гендерно різноманітних людей, які починають терапію тестостероном, про потенційні ефекти цього лікування на голос і спілкування.

Рекомендація 14.1.

Ми рекомендуємо фахівцям з голосу та комунікації оцінити поточну та бажану голосову та комунікативну функцію трансгендерних гендерно різноманітних людей та розробити відповідні плани втручання для осіб, які незадоволені своїм голосом та спілкуванням.

Спеціалісти з голосу та комунікації (СГК) можуть оцінювати задоволення від презентації соціокультурних позицій у комунікації, включаючи гендерну та інші дотичні ідентичності, беручи до уваги, що вони можуть бути або не бути статичними; гендерні атрибуції з боку інших, і те, як вони пов'язані з гендерною ідентичністю, бажаннями та благополуччям особи; оцінювати природність голосу та мовлення; і функції голосу та спілкування у зв'язку з голосовими вимогами особи. Ці оцінки можуть відрізнятися за своєю природою (наприклад, показники результатів, про які повідомляють клієнти, перцептивні, акустичні, аеродинамічні, ендоскопічні) відповідно до їх мети (Davies et al., 2015; Leyns et al., 2021; Oates & Dacakis, 1983). Наприклад, візуалізація гортані використовується, коли люди мають супутні проблеми з голосом (наприклад, дисфонія через перенапруження м'язів) (Palmer et al., 2011) або відчувають труднощі з голосом, які можуть бути вторинними щодо гендерно-підтверджуючих медичних втручань. андрогенної терапії або хірургії гортані (Azul et al., 2017).

СГК інформують клієнтів про доступні втручання. Характер кожного варіанту представляється об'єктивно, включно з потенційними результатами та постійністю, для забезпечення поваги та самостійності у прийнятті рішень ТГР особою. Відповідні плани втручання мають бути індивідуальними та здійсненними та повинні включати будь-які доступні професійні послуги. Цілі клієнтів можуть змінюватися протягом періоду підтримки, оскільки ТГР особа вивчає модифікації голосу та спілкування, оцінює свій рівень задоволення досягнутими змінами та уточнює наступні кроки.

Рекомендація 14.2.

Ми рекомендуємо фахівцям із голосу та комунікації, які працюють з трансгендерними і гендерно різноманітними людьми, отримати спеціальну освіту, щоб отримати досвід у підтримці вокального функціонування, спілкування та благополуччя цієї групи населення.

Академічні та ліцензійні сертифікати СГК (наприклад, логопедів, терапевтів мовлення, викладачів вокалу, тренерів голосу) відрізняються залежно від локальних умов, але зазвичай не мають конкретних критеріїв для роботи з певними групами населення. Стандартні навчальні програми формальної освіти для цих професій часто не включають спеціальної або адекватної підготовки для роботи з ТГР групами (Jakomin et al., 2020; Matthews et al., 2020). Загальні знання та навички, пов'язані з

вокальним механізмом і міжособистісним спілкуванням, є основоположними, але недостатніми для проведення культурно- та особистісно-орієнтованої допомоги ТГР людям, яка є ефективною, результативною, інклюзивною та доступною (Hancock, 2017; Russell & Abrams, 2019).

Професіонали в цій сфері повинні отримати всебічну освіту, яка заохочує їх розвивати самосвідомість, культурну скромність і культурну чуйність, щоб бути уважними до гендерної різноманітності та інших аспектів ідентичності клієнта, які можуть мати різноманітні форми та потребувати різних потреб у підтримці (Azul, 2015; Azul et al., 2022). Необхідно поважати бажання клієнта щодо використання імені, офіційних форм звертання, гендеру та займенників у спілкуванні з клієнтом (включаючи медичні записи, звіти, електронні листи). Процес навчання також має створювати навчальний простір, який є прийнятний для ТГР людей і дозволяє їм почуватися в безпеці та повазі, коли вони висловлюють власні занепокоєння чи проблеми команді голосової та комунікаційної підтримки.

СГК, які працюють з ТГР людьми, знадобляться практичні знання щодо застосовуваних принципів, механізмів та ефективності втручання, компетентність у навчанні та моделюванні навичок модифікації голосу та спілкування, а також базове розуміння трансгендерного здоров'я, включно з гормональною терапією та хірургічними втручаннями, а також трансспецифічними методами лікування і психосоціальними проблемами. Навчання має включати методології та практику, які були розроблені в ТГР спільнотах і показали свою ефективність. В ідеалі вони повинні бути представлені ТГР людьми, які мають досвід голосової та комунікаційної підтримки, або у співпраці з ними.

Рекомендація 14.3.

Ми рекомендуємо медичним працівникам у галузі охорони трансгендерного здоров'я, які працюють з трансгендерними і гендерно різноманітними людьми, які незадоволені своїм голосом або спілкуванням, розглянути питання про те, щоб запропонувати направлення до спеціалістів з голосу та комунікації для підтримки, оцінки та навчання.

СГК має хороші можливості для надання інформації та вказівок ТГР особі, яка виражає незадоволення власним голосом або спілкуванням, якщо це можливо. Є докази того, що надання СГК належної підтримку, підвищуючи задоволеність клієнтів власним голосом та спілкуванням, зменшує тяжкість гендерної дисфорії та покращує якість життя, пов'язану зі спілкуванням (Azul, 2016; Block, 2017; Deuster, Di Vincenzo et al., 2016; Hancock, 2017; Hancock et al., 2011; Hardy et al., 2013; Kelly et al., 2018; McNamara, 2007; McNeill et al., 2008; Owen & Hancock, 2010; Pasricha et al., 2008; Söderpalm et al., 2004; Watt et al., 2018).

Існують емпіричні докази того, що поведінкова підтримка голосу для ТГР людей, ВЧПН, є ефективною у досягнення цільових змін голосу (Oates, 2019). Сім досліджень, проведених до 2020 року, надають емпіричні докази ефективності навчання голосу, хоча вони є дещо слабкими (Carew et al., 2007; Dacakis, 2000; Gelfer & Tice, 2013; Hancock et al., 2011;Hancock & Garabedian, 2013; McNeill et al., 2008; Mészáros et al., 2005). Методи тренування голосу в цих семи дослідженнях були подібними, і вказано, що тренування голосу може бути ефективним для підвищення середньої основної частоти (середньої висоти), діапазону основних частот (діапазон висоти), задоволення від голосу, самосприйняття та сприйняття слухачем вокальної жіночності голосу. Слабкі сторони виявлених досліджень включають відсутність рандомізованих контрольованих дослідів, що оцінюють тренування голосу, невеликі розміри вибірки,

неадекватне довгострокове спостереження та відсутність контролю змішуючих змінних. У 2021 році в іншому систематичному огляді ефектів поведінкового мовленнєвого тренінгу для людей, ВЧПН, також дійшли подібних висновків (Leyns et al., 2021).

До недавнього часу майже не було досліджень, які б вивчали ефективність тренування голосу з ТГР людьми, ВЖПН. Однак існує кілька багатообіцяючих, хоча й слабких доказів ефективності з тематичного дослідження (Buckley et al., 2020) та одного неконтрольованого проспективного дослідження групового навчання голосу (Mills et al., 2019).

Рекомендація 14.4.

Ми рекомендуємо медичним працівникам розглянути можливість роботи з трансгендерними і гендерно різноманітними людьми, які розглядають можливість пройти операцію на голосі, розглянути питання про те, щоб запропонувати направлення до спеціаліста з голосу та комунікації, який може надати до- та/або післяопераційну підтримку.

У цій заяві не йдеться про те, що ТГР люди повинні проходити передопераційну підготовку голосу. Натомість рекомендується пропонувати будь-яку доступну підтримку та індивідуальних інформаційних консультацій, які мають вирішальне значення для особистісно-орієнтованої допомоги. Рекомендується, щоб ТГР особа, за необхідності отримувала інформацію за допомогою індивідуального інформаційного консультування на основі оцінки голосу, пробного навчання голосу та обговорення очікуваних результатів голосу та ризиків операції з СГК

Для більшості типів хірургічних втручань на гортані тренування голосу рекомендується як до операції, щоб забезпечити підготовку голосового механізму до хірургічного втручання, так і після, щоб забезпечити повернення до функціонального голосоутворення (Branski et al., 2006; Park et al., 2021). Зокрема, щодо хірургії підвищення висоти, ще одна причина, з якої рекомендується спробувати тренування голосу, полягає в тому, що є докази, які вказують на те, що певні показники покращуються саме під час навчання, а не під час операції підвищення висоти (наприклад, фактори, пов’язані з інтонацією та природністю, максимальна висота f0 у діапазон мовлення) (Kelly et al., 2018).

Кількість і якість досліджень, які оцінюють операції зі зниження голосу, наразі недостатні, особливо щодо порівняння результатів з іншими втручаннями (наприклад, впливом терапії тестостероном) і без них (Bultynck et al., 2020). Існує більше методів і досліджень операцій з підвищення тону, але якість доказів все ще низька. Результати хірургічних операцій з підвищення тону порівнювали з результатами людей, які не проходили операції (Anderson, 2007, 2014; Brown et al., 2000; Geneid et al., 2015; Gross, 1999; Kim, 2017; Kocak et al., 2010; Kunachak et al., 2000; Matai et al., 2003; Meister et al., 2017; Neumann & Welzel, 2004; Orloff et al., 2006; Pickuth et al., 2000; Remacle et al., 2011; Thomas & Macmillan, 2013; Tschan et al., 2016; Van Borsel et al., 2008; Yang et al., 2002), інший тип хірургічної техніки (Mora, 2018), лише тренування голосу (Kanagalingam, 2005; Mastronikolis, 2013; Wagner, 2003) і хірургія в поєднанні з тренуванням голосу (Casado, 2017; Kelly et al., 2018).

В 11 дослідженнях, які повідомляли про те, чи проходили учасники тренування голосу перед операцією з підвищення тону, більшість учасників пройшли попередні тренування голосу, але залишилися незадоволені голосом і звернулися до хірургічного втручання. Таким чином, більшість досліджень результатів хірургічного втручання відображають комбінований ефект тренування голосу та хірургічного

втручання. Атрибути, що передбачають, які клієнти пануватимуть операцію після навчання, наразі невідомі.

Рекомендація 14.5.

Ми рекомендуємо медичним працівникам із питань охорони трансгендерного здоров'я інформувати трансгендерних і гендерно різноманітних людей, які починають терапію тестостероном, про потенційні ефекти цього лікування на голос і спілкування.

Дослідження впливу андрогенної терапії на голос і комунікацію ТГР людей вказують на різноманітні та непередбачувані ефекти для окремих пацієнтів. У той час як ряд досліджень виявили вплив на голос, який відповідав очікуванням і бажанням ТГР людей, існують високоякісні докази того, що пацієнти не завжди задоволені вокальними результатами терапії тестостероном, і багато хто відчуває труднощі, такі як неадекватне зниження тону, гнучкості, витривалості голосу, діапазону висоти та ін. (Azul, 2015, 2016, 2017, 2018; Cosyns et al., 2014; Nygren et al., 2016; Ziegler et al., 2018). Нещодавній мета-аналіз 19 досліджень, що вивчали вплив принаймні 1 року терапії тестостероном, показав, що 21% учасників не досягли цисгендерних чоловічих нормативних частот, 21% учасників і повідомили про неповну гендерну конгруентність голосу та проблеми з голосом, а 16% були не зовсім задоволені своїм голосом (Ziegler, 2018).

Для людей, які бажають проходити терапію андрогенами, точне інформаційне консультування перед початком лікування має сприяти розвитку реалістичних очікувань, щоб уникнути розчарування щодо постійного впливу гормонального лікування на голос і спілкування. Крім того, ТГР пацієнти, які не мають доступу або не бажають проходити лікування тестостероном, але хочуть змінити свій голос, а також ті, хто незадоволений результатами лікування тестостероном, можуть отримати консультацію СГК з альтернативних і додаткових варіантів підтримки.

РОЗДІЛ 15 — Первинна медична допомога

Первинна медична допомога є найширшою з дисциплін охорони здоров'я і визначається як «надання інтегрованих, доступних медичних послуг медичними працівниками, які відповідають за задоволення переважної більшості особистих потреб у медичній допомозі, розвиток сталого партнерства з пацієнтами та які практикуючи у контексті сім'ї та громади». (Institute of Medicine, 1996).

Постачальники первинної медичної допомоги (ППМД) охоплюють широкий спектр медичних працівників (МП), які надають цю допомогу, включаючи лікарів загальної та сімейної практики, практикуючих медсестер, медсестер передової практики, помічників/асистентів лікарів та терапевтів. ПМД представлені різною освітою, підготовкою та спеціальностями. Враховуючи тип ступеню та характер спеціальності, обсяг практики може бути різним, і не всі постачальники можуть бути навчені або кваліфіковані для безпосереднього надання повного спектру медичних послуг, необхідних трансгендерним особам, таких як підтримка психічного здоров'я, догляд за статевими органами/органами таза або післяопераційний догляд, дотримуючись гендерно-підтверджуючих процедур. Лікарі та інші постачальники послуг отримують незначну освіту в галузі охорони здоров'я трансгендерних та гендерно різноманітних (ТГР) людей під час навчання (Dubin et al., 2018), і, таким чином, більшість навичок зараз набуваються на практиці, або неофіційно, або через можливості безперервної освіти (див. також Розділ 4 — Освіта). Однак, якщо постачальники послуг компетентні в наданні подібної допомоги цисгендерним пацієнтам, вони повинні розвивати компетентність у догляді і за ТГР пацієнтами. Усі наведені нижче компетенції слід розуміти як такі, що входять до сфери ліцензування та практики постачальника. Однак усі МП повинні мати можливість контролювати стан здоров'я ТГР пацієнтів безпосередньо або шляхом відповідного направлення до компетентних спеціалістів. Немає доказів, що компетентність у догляді за ТГР пацієнтами може бути досягнута лише через формальний процес або процес сертифікації. Однак, чітко вказуючи рекомендовані компетенції, ППМД та ТГР особи у всіх медичних закладах можуть поділяти стандартний набір очікувань щодо знань, навичок та культурної обізнаності, необхідних для догляду за ТГР людьми.

З огляду на унікальні медичні, хірургічні та соціальні умови, з якими стикаються ТГР люди, ППМД потребують чіткої розуміти специфічні аспекти догляду за такими пацієнтами, окрім стандартних очікувань від усіх лікарів-персоналів, які можуть піклуватися про різноманітне населення, включаючи етнічні, расові чи сексуальні меншини. Професійні організації з низки загальних дисциплін оприлюднили рекомендації та вказівки, що стосуються догляду за ТГР пацієнтами (American College of Obstetricians and Gynecology, 2021; Italian Society of Gender, Identity and Health (SIGIS); the Italian Society of Andrology and Sexual Medicine (SIAMS); the Italian Society of Endocrinology (SIE), 2021; Polish Sexological Society, 2021; the Southern African HIV Clinicians' Society, 2021). Вайлі та ін. (Wylie et al., 2016) стверджують: «Здебільшого, загальний рівень здоров'я та благополуччя трансгендерних людей має надаватися в рамках закладу первинної медичної допомоги, без відмінностей від послуг, що пропонуються цисгендерним (не трансгендерним) людям для фізичних, психологічних і сексуальних проблеми зі здоров'ям. Спеціальний гендерний догляд також можливий у рамках первинної медичної допомоги». Є багато прикладів безпечного та ефективного надання цих послуг поза спеціалізованою допомогою в різних містах, таких як Торонто та Ванкувер у Канаді, Нью-Йорк і Бостон у США та Сідней, Австралія (Radix & Eisfeld, 2014; Reisner, Radix et al., 2016; Spanos et al., 2021).

Гормональна терапія

Те, чи отримають ТГР пацієнти необхідну з медичної точки зору гендерно-підтверджуючу гормональну терапію (ГПГТ) від спеціаліста, наприклад, ендокринолога або основного терапевта, може залежати від наявності досвідчених і доброзичливих постачальників і факторів на рівні країни, таких як правила надання послуг охорони здоров'я та їх фінансування (див. твердження про медичну необхідність в Розділі 2 — Глобальна застосовність, Рекомендація 2.1). У більшості країн світу спеціалізовані послуги для ТГР людей можуть бути частково або повністю недоступними, що посилює потребу для всіх МП проходити навчання з надання медичної допомоги з урахуванням гендерної ознаки. У деяких країнах ППМД можуть бути зобов'язані направляти ТГР пацієнтів до спеціалізованих служб (наприклад, гендерних клінік), що призводить до неприйнятних затримок у доступі до ГПГТ (Royal College of General Practitioners, 2019).

Гормональна терапія охоплює низку втручань, таких як пригнічення статевого дозрівання та початок або підтримка введення гормональних препаратів. Після навчання більшість ППМД можуть контролювати гормональною терапією, що підтверджує гендерну ознаку. Незалежно від того, чи є вони основними лікарями, які призначають гормональні препарати, усі терапевти повинні бути знайомі з ліками, рекомендованим режимом моніторингу та потенційними побічними ефектами, пов'язаними з ГПГТ (див. Розділ 12 — Гормональна терапія). ППМД повинні мати можливість направити пацієнта до всіх відповідних постачальників послуг, пов'язаних з переходом.

У цьому розділі підтверджується аргумент, що ГПГТ може бути призначена ППМД або іншим неспеціалістом: «Враховуючи перешкоди для доступу до медичної допомоги та важливість отримання ГПГТ для цієї групи населення, вкрай важливо, щоб лікарі могли і хотіли надавати ГПГТ ТГР пацієнтами». (Shires, 2017).

Зазвичай ППМД надають допомогу при різноманітних захворюваннях і потребах, у тому числі тих, з якими у них був обмежений або відсутній попередній досвід. Часто це включає доступ до широко використовуваних і легкодоступних довідкових джерел, таких як рекомендації професійного товариства, або отримання підписки на онлайн-бази знань. ППМД рекомендується використовувати подібний підхід, коли їх просять надати базову медичну допомогу з ГПГТ, використовуючи Стандарти Медичної Допомоги, а також інші доступні ресурси (Cheung et al., 2019; Hembree et al., 2017; Oliphant et al., 2018; T'Sjoen et al., 2020). Слід зазначити, що більшість ліків, які зазвичай використовуються в гендерно-підтверджуючих схемах, знайомі в повсякденній практиці первинної медичної допомоги, включаючи, але не обмежуються ними, тестостерон, естрадіол, прогестерон та інші прогестагени, а також спіронолактон.

Психічне здоров'я

ППМД повинні бути в змозі оцінювати та надавати підтримку психічному здоров'ю ТГР людей під час ГПГТ, що може полегшити гендерну дисфорію та дозволити більший спектр гендерної експресії. Принаймні, вони повинні знати про потреби своїх ТГР пацієнтів та за потреби звертатися до додаткової спеціалізованої підтримки.

Профілактична допомога

Лікарі загальної практики вміють надавати комплексну первинну та вторинну профілактику раку як частину звичайної первинної медичної допомоги. Рекомендації щодо профілактики раку, засновані на фактичних даних, відрізняються в усьому світі через відмінності в національних рекомендаціях і рівнях доступу до методів скринінгу на місцевому рівні. На сьогоднішній день дослідження довгострокового впливу ГПГТ на ризик раку обмежені (Blondeel et al., 2016; Braun et al., 2017). У нас недостатньо доказів для оцінки поширеності раку молочної залози або репродуктивних органів серед ТГР популяцій (Joint et al., 2018). Проте скринінг на рак загалом має розпочинатися відповідно до місцевих рекомендацій. Деякі модифікації детально обговорюються нижче, залежно від типу та тривалості використання гормональних препаратів та/або хірургічних втручань. Надаючи допомогу трансгендерним пацієнтами, ППМД повинен вести оновлений запис про те, які органи наявні у ТГР пацієнтів, щоб можна було запропонувати відповідний рутинний скринінг.

Цей перелік органів слід оновлювати на основі історії хірургічних втручань або будь-яких подій, що відбулися через гендерно-підтверджуючі медичні та/або хірургічні втручання (ГПМХВ). Не всі ППМД забезпечують догляд протягом усього життя. Проте, якщо вони регулярно надають допомогу дітям, підліткам або літнім цисгендерним людям, вони повинні розвивати компетентність у догляді і за трансгендерними пацієнтами цих вікових груп. Якщо вони не в змозі цього зробити, то лікарі повинні мати можливість направити ТГР пацієнтів до компетентних лікарів відповідної спеціальності.

Усі твердження в цьому розділі були рекомендовані на основі ретельного аналізу доказів, оцінки користі та шкоди, цінностей і переваг постачальників і пацієнтів, а також використання ресурсів і здійсненності. У деяких випадках ми визнаємо, що докази обмежені та/або послуги можуть бути недоступними або небажаними.

Рекомендації

15.1 — Ми рекомендуємо медичним працівникам отримати детальну історію хвороби від трансгендерних і гендерно різноманітних людей, яка включає минуле та теперішнє використання гормональних препаратів, операцій на статевих органах, а також наявність серцево-судинних і цереброваскулярних факторів ризику з метою забезпечення оцінки відповідно до встановлених місцевих рекомендацій.

15.2 — Ми рекомендуємо медичним працівникам оцінювати серцево-судинні фактори здоров'я трансгендерних і гендерно різноманітних людей, використовуючи індивідуальну оцінку факторів ризику та оптимальних методів лікування.

15.3 — Ми рекомендуємо медичним працівникам пристосувати калькулятори ризику, які використовуються для оцінки медичних станів, до потреб трансгендерних і гендерно різноманітних людей, беручи до уваги тривалість гормональної терапії, дозування, рівень гормонів у сироватці крові, поточний вік і вік у якому гормональна терапія була розпочата.

15.4 — Ми рекомендуємо медичним працівникам консультувати трансгендерних і гендерно різноманітних людей щодо вживання ними тютюну та радити утримуватися від вживання нікотину перед гендерно-підтверджуючими операціями.

15.5 — Ми рекомендуємо медичним працівникам обговорювати та вирішувати психологічні, медичні та соціальні проблеми трансгендерних і гендерно різноманітних людей, які пов'язані зі старінням.

15.6 — Ми рекомендуємо медичним працівникам дотримуватися місцевих рекомендацій щодо скринінгу раку молочної залози, розроблених для цисгендерних жінок під час догляду за трансгендерними і гендерно різноманітними людьми, які отримують терапію естрогеном, беручи до уваги тривалість використання гормонів, дозування, поточний вік і вік у якому була розпочата терапія.

15.7 — Ми рекомендуємо медичним працівникам дотримуватися місцевих рекомендацій щодо скринінгу раку молочної залози, розроблених для цисгендерних жінок під час догляду за трансгендерними і гендерно різноманітними людьми з грудьми з періоду статевого дозрівання, які не робили гендерно-підтверджуючі операції на грудній клітці.

15.8 — Ми рекомендуємо медичним працівникам застосовувати місцеві рекомендації щодо скринінгу (включно з рекомендацією не проводити скринінг), розроблені для цисгендерних жінок із середнім і підвищеним ризиком розвитку раку яєчників або ендометрія під час догляду за трансгендерними і гендерно різноманітними людьми, які належать до схожих груп ризику.
15.9 — Ми рекомендуємо відмовитися від рутинної овариектомії або гістеректомії виключно з метою запобігання раку яєчників або матки для трансгендерних і гендерно різноманітних людей, які проходять терапію тестостероном і мають середній ризик злоякісних новоутворень.
15.10 — Ми рекомендуємо медичним працівникам пропонувати скринінг на рак шийки матки трансгендерним і гендерно різноманітним людям, які зараз або раніше мали шийку матки, дотримуючись місцевих рекомендацій для цисгендерних жінок.
15.11 — Ми рекомендуємо медичним працівникам консультувати трансгендерних і гендерно різноманітних людей про те, що використання антиретровірусних препаратів не є протипоказанням до гормональної терапії, що підтверджує гендер.
15.12 — Ми рекомендуємо медичним працівникам отримати детальну історію хвороби від трансгендерних і гендерно різноманітних людей, яка включає використання гормонів у минулому та зараз, операції на статевих залозах, а також наявність традиційних факторів ризику остеопорозу, щоб оцінити оптимальний вік і необхідність скринінгу на остеопороз.
15.13 — Ми рекомендуємо медичним працівникам обговорювати здоров'я кісток з трансгендерними і гендерно різноманітними людьми, включаючи потребу в активних фізичних вправах, здоровому харчуванні, добавках кальцію та вітаміну D.
15.14 — Ми рекомендуємо, щоб медичні працівники пропонували трансгендерним і гендерно різноманітним людям направлення на видалення волосся з обличчя, тіла та геніталій для підтвердження гендеру або як частину передопераційного процесу підготовки.

Рекомендація 15.1

Ми рекомендуємо медичним працівникам отримати детальну історію хвороби від трансгендерних і гендерно різноманітних людей, яка включає минуле та теперішнє використання гормональних препаратів, операцій на статевих органах, а також наявність серцево-судинних і цереброваскулярних факторів ризику з метою забезпечення оцінки відповідно до встановлених місцевих рекомендацій. Для перегляду допоміжного тексту див. Рекомендацію 15.3.

Рекомендація 15.2

Ми рекомендуємо медичним працівникам оцінювати серцево-судинні фактори здоров'я трансгендерних і гендерно різноманітних людей, використовуючи індивідуальну оцінку факторів ризику та оптимальних методів лікування. Для перегляду допоміжного тексту див. Рекомендацію 15.3.

Рекомендація 15.3

Ми рекомендуємо медичним працівникам пристосувати калькулятори ризику, які використовуються для оцінки медичних станів, до потреб трансгендерних і гендерно різноманітних людей, беручи до уваги тривалість гормональної терапії, дозування, рівень гормонів у сироватці крові, поточний вік і вік у якому гормональна терапія була розпочата.

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) та інсульт є основними причинами смертності в усьому світі (World Health Organization, 2018). Обширні дані серед расових, етнічних і сексуальних меншин у різних середовищах демонструють значні відмінності в поширеності серцево-судинних захворювань та їх факторів ризику, а також у результатах медичних втручань. Структурні фактори, такі як доступ до догляду, соціально-економічний статус і алостатичне навантаження, пов'язане зі стресом меншини,

сприяють цим відмінностям (Flentje et al., 2020; Havranek et al., 2015; Streed et al., 2021). ТГР люди часто переживають соціальні, економічні та дискримінаційні умови, подібні до інших меншин із відомим підвищеним ризиком розвитку ССЗ (Carpenter et al., 2020; James et al., 2016; Reisner, Radix et al., 2016). Було показано, що ТГР особи, які належать до расових, етнічних і сексуальних меншин, відчувають посилений вплив, пов'язаний із міжсекторальним стресом. Навпаки, доступ до гендерно-підтверджуючої допомоги, включаючи ГПГТ, може запобігти підвищенню ризику ССЗ завдяки покращенню якості життя та зменшенню гендерної дисфорії та неконгруентності (Defreyne et al., 2019; Martinez et al., 2018). ППМД можуть значно покращити здоров'я ТГР людей шляхом скринінгу та профілактики ССЗ та пов'язаних з ними станів ризику, таких як вживання тютюну, цукровий діабет, гіпертонія, дисліпідемія та ожиріння

Декілька досліджень, в основному проведених у США, що оцінюють поширеність ССЗ, інсульту чи ризику серцево-судинних захворювань у ТГР осіб незалежно від ГПГТ, вказують на підвищений серцево-судинний ризик, включаючи високі показники недіагностованих і нелікованих факторів серцево-судинного ризику з неадекватною профілактикою серцево-судинних захворювань у порівнянні з цисгендерними популяціями (Denby et al., 2021; Malhotra et al., 2022; Nokoff et al., 2018). В одному популяційному дослідженні ТГР люди мали більшу ймовірність дискримінації, психологічного стресу та несприятливого досвіду дитинства, і це було пов'язано з підвищеною ймовірністю наявності ССЗ (Poteat et al., 2021).

У дослідженнях, проведених в США, які базуються на даних Системи Моніторингу Поведінкових Факторів Ризику, як трансгендерні чоловіки, так і трансгендерні жінки демонструють вищу поширеність інфаркту міокарда (ІМ), інсульту чи будь-яких ССЗ порівняно з цисгендерними популяціями. Результати змінюються залежно від коригування даних для додаткових змінних, включаючи расову приналежність, дохід або фактори ризику ССЗ (Alzahrani et al., 2019; Caceres et al., 2020; Nokoff et al., 2018). Небінарні люди також мають вищі шанси на ССЗ (Downing & Przedworski, 2018). Дані про використання гормональних препаратів не збиралися в цих дослідженнях. У США ТГР особи, які звертаються за ГПГТ, можуть мати вищі показники недіагностованих і нелікованих факторів ризику ССЗ порівняно з цисгендерною популяцією (Denby et al., 2021), хоча це може бути незастосовним у всьому світі.

Велике дослідження типу «випадок-контроль» у 2018 році, проведене кількома центрами США, де використовувався цисгендерний контроль 10:1, не виявило статистично значущої різниці в частоті ІМ чи інсульту між трансгендерними жінками та цисгендерними чоловіками, а також жодної різниці в частоті ІМ, інсульту чи венозної тромбоемболії (ВТЕ) між трансгендерними чоловіками та цисгендерними чоловіками чи жінками. Був статистично значущий коефіцієнт ризику 1,9 для ВТЕ серед трансгендерних жінок у порівнянні з цисгендерними чоловіками. Підкогорта трансгендерних жінок, які розпочали ГПГТ під час 6-річного вікна дослідження (а не до нього), показала підвищений ризик інсульту. Підвищення частоти ВТЕ в загальній когорті трансгендерних жінок та частоти інсульту в початковій підкогорті трансгендерних жінок продемонструвало розрахункові цифри необхідної шкоди між 71-123 (Getahun et al., 2018). Інші дослідження не продемонстрували збільшення вірогідності ССЗ або інсульту серед трансгендерних чоловіків, які проходять терапію тестостероном, хоча дослідження обмежені невеликим розміром вибірки, відносно коротким періодом спостереження та молодшим віком вибірки (Martinez et al., 2020; Nota et al., 2019).

Європейські та американські дослідження за участю трансгендерних жінок, які пройшли фемінізуючу ГПГТ, дедалі частіше вказують на вищий ризик ССЗ та/або інсульту у порівнянні з цисгендерними жінками та, в деяких дослідженнях, цисгендерними чоловіками (Getahun et al., 2018; Nota et al., 2019; Wierckx et al., 2013). Багато з цих досліджень мали значні обмеження, такі як змінне коригування факторів ризику, пов'язаних із ССЗ, невеликі розміри вибірки, особливо за участю літніх трансгендерних жінок, а також неоднорідна тривалість і схеми ГПГТ (Connelly et al., 2019; Defreyne et al., 2019, Martinez et al., 2020). Крім того, загальне підвищення ризику було невеликим. У багатьох із цих досліджень більшість трансгендерних жінок, які перенесли серцеві напади або інсульт, були старше 50 років, мали один або більше факторів ризику ССЗ і приймали різні гормональні препарати, включаючи етинілестрадіол та синтетичний естроген, які значно підвищують ризик тромбозу і не рекомендовані для використання для фемінізуючої терапії (Gooren et al., 2014; Martinez et al., 2020). Поточні обмежені дані свідчать про те, що ГПГТ на основі естрогену пов'язана з підвищеним ризиком інфаркту міокарда та інсульту, але чи є цей невеликий ризик результатом власне ГПГТ чи ефектом на існуючі серцево-судинні ризики, неясно. Немає відомих досліджень, які б окремо розглядали ССЗ та пов'язані з ними стани у небінарних осіб, осіб, які приймають субфізіологічні дози гендерно-підтверджуючих гормонів, або у дорослих, які раніше отримували лікування для пригнічення статевого дозрівання.

ППМД можуть найкраще контролювати ризик серцево-судинних захворювань під час ГПГТ шляхом оцінки ТГР пацієнтів на наявність серцево-судинних захворювань та модифікованих факторів ризику серцево-судинних захворювань, таких як цукровий діабет, гіпертонія, гіперліпідемія, ожиріння та куріння, а також шляхом аналізу впливу стресу меншини на серцево-судинний ризик (Streed et al., 2021). Крім того, ППМД можуть пом'якшити серцево-судинні захворювання трансгендерних осіб, забезпечуючи своєчасну діагностику та лікування станів ризику та адаптуючи їх лікування таким чином, щоб підтримувати поточні гендерно-підтверджуючі втручання.

Інструкції з оцінки ризиків відрізняються залежно від національного чи міжнародного контексту та наукової приналежності розробників інструкцій. Рекомендації щодо профілактики ССЗ також різняться з точки зору характеру та частоти оцінки ризиків для здорових дорослих людей віком до 40 років (Arnett et al., 2019; Piepoli et al., 2020; Précoma et al., 2019; Streed et al., 2021; WHO, 2007). У віці старше 40 років, коли серцево-судинний ризик зростає, рекомендовано провести оцінку ризику з використанням розрахованого прогнозу загального десятирічного ризику серцево-судинних захворювань на основі рівнянь прогнозування ризику за великими вибірками населення. Приклади калькуляторів ризику включають:

- Система SCORE (рекомендована Європейськими Рекомендаціями щодо Запобігання ССЗ),
- Рівняння на Базі Зведених Когортних Досліджень (Рекомендації AHA ACC щодо Оцінки Ризику ССЗ),
- Оцінка Ризику за Фремінгемом та Діаграми Прогнозування Ризиків Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).

Діаграми ВООЗ були розроблені на основі інформації з країн кожного субрегіону ВООЗ. У багатьох місцях з обмеженими ресурсами немає засобів для вимірювання холестерину або глюкози в сироватці крові, тому існують альтернативні діаграми прогнозування без цих вимірювань.

Слід зазначити, що всі поточні калькулятори ризику ССЗ є гендерними, використовуючи стать як значущу змінну ризику. Проте, наразі недостатньо даних щодо ризику серцево-судинних захворювань протягом життя в ТГР осіб з медичними та хірургічними втручаннями, щоб скоригувати ці прогностичні рівняння. Тим не менш, очевидно, що як стать, визначена при народженні, так і медичний перехід можуть впливати на параметри, які використовуються для розрахунку серцево-судинного ризику (Connelly et al., 2019; Defreyne et al., 2019; Maraka et al., 2017; Martinez et al., 2020). Постачальники можуть застосувати різноманітні підходи до адаптації використання калькуляторів серцево-судинного ризику для ТГР осіб, включаючи використання калькулятора ризику для статі, визначеної при народженні, підтвердженого гендеру або усередненого значення обох варіантів, беручи до уваги загальний вплив ГПГТ протягом усього життя. Хоча даних бракує, використання підтвердженого генднру для дорослих трансгендерних осіб з історією початку ГПГТ у пубертатному віці, ймовірно, буде найбільш прийнятним. Пацієнти з анамнезом субмаксимального використання ГПГТ або тривалих періодів часу після гонадектомії без замісної гормональної терапії приблизно до 50 років можуть потребувати більших корекцій до обчислення ризиків. Постачальники повинні знати про характеристики та обмеження використовуваного калькулятора ризику та повинні залучати пацієнтів до спільного прийняття рішень щодо цих конкретних міркувань.

Наразі немає досліджень, які б порівнювали поширеність дисліпідемії між трансгендерними та цисгендерними зразками, з огляду на використання гормональних препаратів. Як зазначалося раніше, дані в інших популяціях демонструють наявність психосоціального стресу в дитинстві та далекому дорослому віці на користь ожиріння та порушення нормального ліпідного обміну. ГПГТ на основі тестостерону та естрогену впливає на метаболізм ліпідів, хоча докази обмежені різними гормональними схемами та додатковими змінними (Connelly et al., 2019; Defreyne et al., 2019; Deutsch, Glidden et al., 2015; Maraka et al., 2017; Martinez et al., 2020). Загалом, естроген має тенденцію підвищувати рівень холестерину ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ) і тригліцеридів із змінним впливом на холестерин ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), тоді як тестостерон по-різному впливає на тригліцериди, знижує рівень холестерину ЛПВЩ і підвищує рівень холестерину ЛПНЩ. Спосіб введення також може вплинути на цю картину, особливо у випадку використання пероральних і трансдермальних естрогенів через їх вплив на тригліцериди (Maraka et al., 2017). Загалом розмір ефекту цих відмінностей мінімальний, а загальний вплив на серцево- та цереброваскулярні наслідки неясний. Наразі немає досліджень, які б вивчали вплив гормонів у ТГР людей із наявною дисліпідемією, які почали гормональну терапію у віці старше 50 років, або вивчали вплив після 2–5 років терапії..

Досліджень, які б порівнювали поширеність гіпертензії між ТГР та цисгендерними вибірками, які контролювалися на використання гормонів, наразі відсутні. Дані в інших популяціях демонструють, що хронічний і гострий психосоціальний стрес, включаючи досвід дискримінації, може бути посередником гіпертонії (Din-Dzietham et al., 2004; Spruill, 2010). У дослідженнях США, які базувалися на Системі моніторингу поведінкових факторів ризику, великому національному дослідженні охорони здоров’я США, не було виявлено відмінностей у зареєстрованих гіпертензіях між трансгендерними чоловіками та жінками порівняно з цисгендерними вибірками (Alzahrani et al., 2019; Nokoff et al., 2018).

Дослідження ГПГТ на основі тестостерону та естрогену показали суперечливий вплив на систолічний і діастолічний артеріальний тиск. Ретроспективне дослідження впливу схем ГПГТ на основі

естрогену та тестостерону на артеріальний тиск виявило незначне зниження систолічного артеріального тиску з початком схем на основі естрогену. Тривалого спостереження за схемами на основі тестостерону показало, що спостерігалося невелике підвищення (4 мм рт. ст.) середнього систолічного артеріального тиску, проте ця різниця була на межі статистичної значущості та обмеженої клінічної значущості (Banks et al., 2021). Таким чином, систематичний аналіз досліджень показав, що враховуючи обмежену якість досліджень, недостатньо даних, щоб зробити висновки про вплив гендерно-підтверджуючої гормональної терапії, на артеріальний тиск (Connelly et al., 2021). Спіронолактон, який часто використовується як блокатор андрогенів при фемінізуючій ГПГТ, є калійзберігаючим діуретиком і може підвищувати калій у поєднанні з інгібіторами АПФ або блокаторами рецепторів ангіотензину, а також із замінниками солі. Немає досліджень, які б вивчали вплив гормонів у ТГР людей із наявною артеріальною гіпертензією, які почали прийом гормональної терапії у віці старше 50 років, або вивчали вплив після 2–5 років терапії. Трансгендерним особам, які отримують ГПГТ, рекомендується пройти будь-який додатковий скринінг артеріального тиску або моніторинг, передбачений рекомендаціями ВПАТЗ для ГПГТ.

Існують обмежені дані щодо порівняння поширеності цукрового діабету між ТГР та цисгендерними вибірками незалежно від прийому гормонів. Останні дані когортного дослідження STRONG (Islam et al., 2021) показали, що поширеність і захворюваність на цукровий діабет 2 типу є більш поширеними в когорті трансгендерних жінок порівняно з цисгендерними жінками, але не серед цисгендерних чоловіків у контрольній групі. Жодних істотних відмінностей у поширеності або захворюваності на цукровий діабет 2 типу не спостерігалося в трансмаскулінній когорті та в ТГР осіб загалом після початку гормональної терапії. Однак середній термін спостереження для обох когорт становив 2,8 і 3,1 року відповідно (Islam et al., 2021). Дані щодо інших груп населення, включаючи сексуальні меншини, вказують на те, що хронічний і гострий психосоціальний стрес може бути посередником у розвитку та контролі діабету 2 типу (Beach et al., 2018; Kelly & Mubarak, 2015).

Дослідження в США, засновані на Системі моніторингу поведінкових факторів ризику, не виявили відмінностей у зареєстрованому діабеті між трансгендерними чоловіками, трансгендерними жінками та небінарними особами порівняно з цисгендерними особами (Alzahrani et al., 2019; Caceres et al., 2020; Nokoff et al., 2018). Кілька невеликих досліджень показали вищу, ніж очікувалося, поширеність синдрому полікістозних яєчників або гіперандрогенемії серед трансгендерних чоловіків (Feldman et al., 2016), станів, пов’язаних із резистентністю до інсуліну та ризиком діабету. У той час як дослідження ГПГТ на основі тестостерону та естрогену показують різний вплив на вагу/жир, метаболізм глюкози та резистентність до інсуліну (Defreyne et al., 2019), більшість з них не демонструють жодного збільшення ризику переддіабету чи діабету (Chan et al., 2018; Connelly et al., 2019). Немає досліджень, які б вивчали такі теми, як вплив гормональної терапії на ТГР людей, в яких уже наявний діабет, вплив на ризик розвитку діабету у ТГР осіб, які почали гормональну терапію після 50 років, або досліджували ефект після 2–5 років терапії. На даний момент також немає досліджень, присвячених діабету у дорослих, які раніше отримували препарати для пригнічення статевого дозрівання.

У той час як дослідження проміжних результатів впливу ГПГТ на артеріальний тиск і ліпіди є корисними для формування гіпотез і для вивчення етіології, майбутні дослідження повинні зосередитися на серцево-судинних результатах з особливим акцентом на індивідуальних предикторах, таких як вік, спосіб застосування і доза гормональних препаратів, а також загальний вплив ГПГТ протягом життя.

Рекомендація 15.4

Ми рекомендуємо медичним працівникам консультувати трансгендерних і гендерно різноманітних людей щодо вживання ними тютюну та радити утримуватися від вживання нікотину перед гендерно-підтверджуючими операціями.

Вживання тютюну є головним джерелом серцево-судинних захворювань, захворювань легенів і раку в усьому світі (World Health Organization, 2020). ТГР особи мають вищу поширеність вживання тютюну порівняно з цисгендерними особами (Azagba et al., 2019; Buchting et al., 2017). Ця модель узгоджується з іншими групами населення, які відчувають стрес меншин (Gordon et al., 2021). ППМД можуть популяризовувати захисні фактори проти вживання тютюну, включаючи зменшення впливу особистісної або структурної дискримінації, підтвердження гендерної ідентичності та наявність медичного страхування (Kidd et al., 2018; Shires & Jafee, 2016).

Ризики для здоров'я, пов'язані з вживанням тютюну, непропорційно впливають на ТГР людей головним чином через обмежений доступ до культурно компетентних, доступних скринінгів та лікування пов'язаних з тютюнопалінням захворювань (Shires & Jafee, 2016). Паління може ще більше підвищити ризик ССЗ і ВТЕ для ТГР осіб, які приймають фемінізуючу ГПГТ (Hontscharuk, Alba, Manno et al., 2021). Куріння також подвоює або потроює ризик загальних хірургічних ускладнень, таких як загоєння ран, рубцювання та інфекція (Yoong et al., 2020) і збільшує ці ризики для тих, хто звертається до операцій, які підтверджують стать. Дані в цисгендерних популяціях показують, що відмова від куріння перед операцією та дотримання абстиненції протягом шести тижнів після операції значно зменшує кількість ускладнень (Yoong et al., 2020).

На даний момент існує кілька досліджень програм відмови від куріння, спеціально зосереджених на ТГР осіб (Berger & Mooney-Somers, 2017). Однак обмежені дані свідчать про те, що ППМД можуть посилити зусилля спрямовані на припинення куріння шляхом усунення наслідків стресу меншин (Gamarel et al., 2015) і включення заходів, що підтверджують гендерну ознаку, таких як ГПГТ (Myers & Safer, 2016).

Медичні працівники повинні брати до уваги значні перешкоди, з якими стикаються залежні від нікотину люди, які намагаючись припинити його вживання. Нікотинзамісна терапія та/або інші додаткові засоби для припинення прийому нікотину мають бути доступними, з акцентом на індивідуальних уподобаннях і визнанні основних поведінкових факторів здоров'я, які сприяють тривалому вживанню нікотину. Прийняття рішень щодо підходів до ГПГТ або хірургічного втручання має включати врахування принципу медичної практики «спочатку не нашкодь» в поєднані з реальними можливостями та потребами окремого пацієнта.

Рекомендація 15.5

Ми рекомендуємо медичним працівникам обговорювати та вирішувати психологічні, медичні та соціальні проблеми трансгендерних і гендерно різноманітних людей, які пов'язані зі старінням.

Старіння створює певні соціальні, фізичні та психічні проблеми для ТГР людей. Хоча література про старіння та трансгендерних людей похилого віку обмежена, багато літніх ТГД осіб протягом усього життя зазнавали стигми, дискримінації та репресій щодо їх ідентифікованого гендеру (Fabbre & Gaveras,

2020; Witten, 2017). Цей досвід впливає на взаємодію літніх ТГР людей з системами охорони здоров'я (Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Kattari & Hasche, 2016; Walker et al., 2017). Трансгендери похилого віку частіше, ніж цисгендерні ЛГБ однолітки, повідомляють про погане фізичне здоров'я, навіть якщо взяти до уваги соціально-демографічні фактори (Fredriksen-Goldsen 2011; Fredriksen-Goldsen et al., 2014). Менший доступ до культурно компетентного догляду та наслідки стресу меншин часто призводять до затримки догляду, потенційно загострюючи хронічні захворювання, характерні для старіння (Bakko & Kattari, 2021; Fredriksen-Goldsen et al., 2014).

Незважаючи на те, що існує небагато досліджень щодо гендерно-підтверджуючих медичних втручань серед літніх, дані свідчать про те, що вони відчувають значно вищу якість життя після медичного переходу, навіть у порівнянні з молодшими ТГР людьми (Cai et al., 2019). Хоча вік сам по собі не є абсолютним протипоказанням або обмеженням для гендерно-підтверджуючих медичних чи хірургічних втручань, старші ТГД особи можуть не знати про поточний діапазон доступних соціальних, медичних чи хірургічних варіантів, які можуть допомогти їм задовольнити їхні індивідуальні гендерні потреби (Hardacker et al., 2019; Houlberg, 2019).

У той час як дослідження психічного здоров'я серед ТГР людей похилого віку обмежені, у людей старше 50 років спостерігається значно вищий рівень симптомів депресії та відчуття стресу порівняно з цисгендерними ЛГБ та гетеросексуальними літніми людьми (Fredriksen-Goldsen 2011, Fredriksen-Goldsen et al., 2014). До факторів ризику, характерних для літніх ТГР людей, належать дискримінація за статтю та віком, загальний стрес, приховування особистої ідентичності, віктимізація та інтерналізована стигма, тоді як соціальна підтримка та приналежність до громади розглядаються як позитивні фактори (Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Hoy-Ellis & Fredriksen-Goldsen, 2017; White Hughto & Reisner, 2018). ППМД можуть допомогти пацієнтам, заохочуючи розвиток духовності, самосприйняття та самозахисту, а також активний здоровий спосіб життя, що пов'язано зі стійкістю та успішним старінням (McFadden et al., 2013; Witten, 2014).

Літні ТГР люди часто стикаються із соціальною ізоляцією, втратою систем підтримки та відривом від близьких друзів і дітей (Fredriksen-Goldsen 2011; Witten, 2017). Найпоширенішими проблемами старіння серед ТГР осіб є втрата здатності доглядати за собою, що супроводжується необхідністю переїзду до будинку догляду за літніми людьми або допоміжних закладів (Henry et al., 2020). У той час як перебування у закладах довгострокового догляду пропонує необхідну корисну допомогу, існують також ризики фізичного чи емоційного насильства, відмови від надання ГПГТ і звичайного догляду після "аутингу" (небажаного розкриття ТГР статусу особи), і перешкод для життя в обраній гендерній ролі (Auldridge et al., 2012; Pang et al., 2019; Porter et al., 2016). Літні ТГР люди визначають житло для людей похилого віку, транспорт, соціальні заходи, групи підтримки як найбільш необхідні для них послуги (Auldridge et al., 2012; Witten, 2014).

Незважаючи на бар'єри, більшість ТГР осіб успішно старіють, зміцнюючи самоприйняття, турботливі стосунки та підтримку (Fredriksen-Goldsen 2011; Witten, 2014). Головні медичні працівники мають вирішувати основні проблеми зі здоров'ям, з якими стикаються люди похилого віку, включаючи проблеми з психічним здоров'ям, гендерно-підтверджуючі медичні втручання, соціальну підтримку та догляд у кінці життя/тривалий догляд.

Рекомендація 15.6

Ми рекомендуємо медичним працівникам дотримуватися місцевих рекомендацій щодо скринінгу раку молочної залози, розроблених для цисгендерних жінок під час догляду за трансгендерними і гендерно різноманітними людьми, які отримують терапію естрогеном, беручи до уваги тривалість використання гормонів, дозування, поточний вік і вік у якому була розпочата терапія.

У ТГР осіб, які проходять ГПГТ на основі естрогену, спостерігається ріст молочних залоз, тому варто розглянути можливість скринінгу на рак молочної залози. Екзогенний естроген може бути одним із багатьох факторів, які сприяють ризику раку грудей у цисгендерних людей. Було опубліковано два когортних дослідження з оцінкою поширеності раку молочної залози серед трансгендерних жінок у Нідерландах (Gooren et al., 2013) та США (Brown & Jones, 2015). Обидва були ретроспективними когортними дослідженнями на базі клінічних зразків. Жодне дослідження не передбачало проспективного скринінгу раку молочної залози, і обидва мали значні методологічні обмеження. Було опубліковано численні рекомендації (Deutsch, 2016a), у яких розглядалися певні комбінації «вік плюс тривалість впливу естрогену» як визначальний фактор необхідності розпочати скринінг. Ці рекомендації базуються лише на консенсусі експертів і мають слабку доказову базу.

Мутації BRCA 1 і 2 збільшують ризик раку молочної залози, однак роль впливу статевих гормонів, якщо така є, у цьому процесі залишається невизначеною (Rebbeck et al., 2005). Ступінь збільшення ризику, якщо такий є, через гендерно-підтверджуючу терапію естрогеном невідома. Пацієнтів з виявленою мутацією BRCA 1 слід консультувати щодо цієї невизначеності для того, щоб вони могли давати інформовану згоду стосовно проходження ГПГТ.

Скринінг раку молочної залози серед трансгендерних жінок також повинен брати до уваги ймовірність того, що груди трансгендерної жінки можуть бути більш щільними на мамографії. Щільність тканин, історія ін’єкцій наповнювачами, такими як силікон, та грудні імплантати можуть ускладнити інтерпретацію результатів мамографії (Sonnenblick et al., 2018). В таких випадках слід застосовувати допоміжні спеціальні методики. У людей, які вводили наповнювачі, такі як силікон або інші речовини для збільшення грудей, також можуть розвинутися такі ускладнення, як склерозуючі ліпогранульоми, які затьмарюють нормальні тканини на мамографії чи ультразвуковому дослідженні.

Рекомендація 15.7

Ми рекомендуємо медичним працівникам дотримуватися місцевих рекомендацій щодо скринінгу раку молочної залози, розроблених для цисгендерних жінок під час догляду за трансгендерними і гендерно різноманітними людьми з грудьми з періоду статевого дозрівання, які не робили гендерно-підтверджуючі операції на грудній клітці.

Для ТГР людей, визначених жінками при народженні, та у яких груди розвинулися під час статевого дозрівання, існують теоретичні сумніви щодо того, чи є прямий вплив тестостерону та вплив ароматизованого естрогену, утвореного в результаті цієї терапії, на фактори ризику розвитку раку молочної залози. Обмежені ретроспективні дані не продемонстрували підвищеного ризику раку молочної залози серед трансгендерних чоловіків (Gooren et al., 2013; Grynberg et al., 2010), однак дані проспективних та порівняльних досліджень відсутні. У більшості людей у цій групі залишиться тканина молочної залози,

тому постачальникам важливо знати, що ризик раку в цій популяції не дорівнює нулю. Терміни та підхід до скринінгу раку молочної залози в цій групі наразі не встановлені, проте проведення скринінгу за допомогою МРТ або УЗД може бути доцільним так само, як і у цисгендерних чоловіків із факторами ризику у сімейному анамнезі або мутацією гена BRCA. Оскільки корисність і результативність цих підходів не вивчалися, а скринінгові обстеження грудної клітки/молочної залози не рекомендуються цисгендерним жінкам через потенційну шкоду як хибнопозитивних результатів, так і надмірного виявлення (виявлення раку, який би регресував сам по собі без необхідності втручання), будь-який підхід до скринінгу в цій групі має відбуватися в контексті спільного прийняття рішень пацієнтами та постачальниками щодо потенційної шкоди, переваг та невідомих.

Рекомендація 15.8

Ми рекомендуємо медичним працівникам застосовувати місцеві рекомендації щодо скринінгу (включно з рекомендацією не проводити скринінг), розроблені для цисгендерних жінок із середнім і підвищеним ризиком розвитку раку яєчників або ендометрія під час догляду за трансгендерними і гендерно різноманітними людьми, які належать до схожих груп ризику.

Поточні консенсусні рекомендації не рекомендують рутинний скринінг раку яєчників для цисгендерних жінок. Повідомлялося про випадки раку яєчників серед трансгендерних чоловіків (Dizon et al., 2006; Hage et al., 2000). Наразі немає доказів того, що терапія тестостероном підвищує ризик раку яєчників, хоча довгострокових проспективних досліджень бракує (Joint et al., 2018).

Рекомендація 15.9

Ми рекомендуємо відмовитися від рутинної оваріектомії або гістеректомії виключно з метою запобігання раку яєчників або матки для трансгендерних і гендерно різноманітних людей, які проходять терапію тестостероном і мають середній ризик злоякісних новоутворень.

ТГР люди, які мають яєчники та приймають ГПГТ на основі тестостерону, часто перебувають у оліго- або ановуляторному стані або іншим чином відчувають зміни у функції лютеїнової фази та виробленні прогестерону. Цей стан у поєднанні з можливим підвищеним впливом естрогену внаслідок ароматизації екзогенного тестостерону викликає занепокоєння щодо надмірного або безперешкодного впливу естрогену на ендометрій, хоча клінічне значення цього впливу невідоме. Гістологічні дослідження ендометрію у ТГР людей, які приймають тестостерон, виявили атрофію, а не гіперплазію (Grimstad et al., 2018; Grynberg et al., 2010; Perrone et al., 2009). У великому когортному дослідженні трансмаскулінних людей, які перенесли гістеректомію з овариектомією, доброякісна гістопатологія яєчників була відзначена в усіх випадках (n = 85) (Grimstad et al., 2020). Хоча даних про проспективні результати бракує, наразі недостатньо доказів на підтримку рекомендації трансгендерним чоловікам пройти планову гістеректомію або оваріектомію виключно для запобігання раку ендометрія чи яєчників. Безумовно, незрозумілі ознаки/симптоми раку ендометрію або яєчників повинні бути оцінені належним чином.

Рекомендація 15.10

Ми рекомендуємо медичним працівникам пропонувати скринінг на рак шийки матки трансгендерним і гендерно різноманітним людям, які зараз або раніше мали шийку матки, дотримуючись місцевих рекомендацій для цисгендерних жінок.

Особи з шийкою матки повинні проходити регулярний скринінг раку шийки матки та профілактику відповідно до регіональних практик і рекомендацій, що залежать від віку. Це включає вакцинацію проти вірусу папіломи людини (ВПЛ) і скринінг відповідно до місцевих рекомендацій, включаючи цитологічне спільне тестування з високим вмістом ВПЛ, якщо воно доступне. Важливо, щоб медичні працівники пам'ятали про проведення огляду за допомогою тазового дзеркала таким чином, щоб мінімізувати біль і страждання для трансгендерних чоловіків.

ТГР людям із шийкою матки з меншою вірогідністю проходили звичайний скринінг на рак шийки матки через те, що процедура обстеження може спричинити погіршення дисфорії та/або через те, що лікарі загальної практики та пацієнти неправильно інформовані про необхідність цього скринінгу (Agenor et al., 2016; Potter et al., 2015). та ін., 2015). Крім того, терапія тестостероном може призвести до атрофічних змін статевих шляхів, а тривалість використання тестостерону асоціюється з більшою ймовірністю отримання неадекватного зразка для цитологічного скринінгу раку шийки матки (Peitzmeier et al., 2014). Альтернативи обстеженням шийки матки, такі як мазки на ВПЛ високого ризику, зібрані лікарем або самостійно, можуть бути особливо корисними для скринінгу людей із шийкою матки. Дослідження, що проводяться в США, вивчають використання вагінальних тестів на ВПЛ високого ризику, зібраних самостійно, серед трансгендерних чоловіків. Було встановлено, що мазки з ВПЛ вважалися більш прийнятними серед чоловіків-трансгендерів із чутливістю до ВПЛ високого ризику 71,4% (негативне прогностичне значення 94,7%) і специфічністю 98,2% (Reisner et al., 2018). Потрібні подальші дослідження для оцінки шкоди первинного скринінгу на ВПЛ у чоловіків-трансгендерів з точки зору потенційного збільшення шкоди, пов'язаної з інвазивними обстеженнями та кольпоскопією.

Рекомендація 15.11

Ми рекомендуємо медичним працівникам консультувати трансгендерних і гендерно різноманітних людей про те, що використання антиретровірусних препаратів не є протипоказанням до гормональної терапії, що підтверджує гендер.

Поширеність вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) є непропорційно високою серед ТГР популяцій. ППМД мають унікальні можливості для надання важливої інформації та реалізації стратегій профілактики, пов'язаних зі зменшенням розповсюдженості ВІЛ серед ТГР людей. Проте, недовіра до постачальників первинних медичних послуг через минулий досвід дискримінації та трансфобії впливає на профілактику ВІЛ і порушує можливості догляду (Sevelius et al., 2016). Стигматизація, відсутність належної підготовки та властива медичним установам ієрархічність сприяє амбівалентності та невизначеності серед медичних працівників під час догляду за ТГР людьми (Poteat et al., 2013). Нарешті, відсутність інклюзивності та гендерно-підтверджуючих практик у закладах охорони здоров'я може призвести до того, що ТГР люди не почуватимуться у безпеці під час обговорення делікатних тем, такі як діагностика ВІЛ та уникатимуть пошуку допомоги через страх (Bauer et al., 2014; Gibson et al., 2016; Seelman et al., 2017).

Медичні працівники повинні знати про цей ширший контекст, у якому багато ТГР людей шукають допомоги або для отримання гендерно-підтверджуючої медичних послуг та/або доконтактної хіміопрофілактики/лікування ВІЛ (PrEP). Можуть існувати різні помилкові уявлення про безпеку прийому гормональних препаратів, одночасно з антиретровірусною терапією для хіміопрофілактики або лікування ВІЛ.

Дослідження взаємодій антиретровірусної терапії та гендерно-підтверджуючої гормональної терапії (АРТ/ГАГТ) були обмеженими. Піданаліз трансгендерних жінок і трансфемінних осіб у багатонаціональному дослідженні iPrEx виявив низьку ефективність у цій групі в аналізі намірів до лікування, хоча ефективність була подібною до такої у цисгендерних геїв, що свідчить про те, що дотримання PrEP залишаються складними для цієї популяції. Два дослідження впливу ГПГТ на тенофовір дифосфат (Grant et al., 2021) та тенофовір дифосфат із емтрицитабіном (Shieh et al., 2019) показали, що знижені рівні препаратів АРТ навряд чи мають клінічне значення. Загалом дані про взаємодію між гормональними контрацептивами та антиретровірусними препаратами є обнадійливими щодо впливу гормонів на АРТ (Nanda et al., 2017). Оскільки естрадіол частково метаболізується ферментами цитохрому P450 (CYP) 3A4 і 1A2, потенційна взаємодія ліків з іншими препаратами, які індукують або пригнічують ці шляхи, такими як ненуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (ННІЗТ, наприклад, ефавіренц (EFV) і невірапін (NVP))), може існувати (Badowski et al., 2021). Однак у більшості країн перевага схем АРТ першого ряду включає інгібітори інтегрази, які мають мінімальну взаємодію з ГПГТ, або взагалі не взаємодіють із нею та можуть використовуватися безпечно (Badowski, 2021; Department of Health and Human Services. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2021). Якщо існують занепокоєння щодо потенційної взаємодії, МП повинні контролювати рівень гормонів у крові. Таким чином, ТГР людям, які живуть з ВІЛ і приймають антиретровірусні препарати, слід повідомити, що прийом антиретровірусних препаратів разом із ГПГТ є безпечним.

Рекомендація 15.12

Ми рекомендуємо медичним працівникам отримати детальну історію хвороби від трансгендерних і гендерно різноманітних людей, яка включає використання гормонів у минулому та зараз, операції на статевих залозах, а також наявність традиційних факторів ризику остеопорозу, щоб оцінити оптимальний вік і необхідність скринінгу на остеопороз. Для допоміжного тексту див. Рекомендацію 15.13.

Рекомендація 15.13

Ми рекомендуємо медичним працівникам обговорювати здоров'я кісток з трансгендерними і гендерно різноманітними людьми, включаючи потребу в активних фізичних вправах, здоровому харчуванні, добавках кальцію та вітаміну D.

Естроген і тестостерон підтримують формування та оновлення кісток. Зниження рівня статевих гормонів пов'язане з більшим ризиком остеопорозу в літньому віці (Almeida et al., 2017). ТГР особи можуть отримати медичне та/або хірургічне втручання, яке потенційно може вплинути на здоров'я кісток, наприклад лікування статевими гормонами, блокаторами андрогенів та гонадектомію. Таким чином, для

встановлення необхідності скринінгу на остеопороз необхідний детальний анамнез, включаючи використання гормонів у минулому та в даний час разом із операціями на гонадах.

Кілька обсерваційних досліджень порівнювали мінеральну щільність кісткової тканини (МЩКТ) у ТГР дорослих до та після гендерно-підтверджуючої гормональної терапії, а також у ТГР осіб у порівнянні з цисгендерною контрольною групою відповідної статі, визначеної при народженні.

Низька МЩКТ може існувати до початку прийому гормонів. Одне дослідження показало нижчу середню ареальну МЩКТ шийки стегнової кістки, всього стегна та хребта у трансгендерних жінок, ніж у цисгендерних чоловіків відповідного віку (Van Caenegem, Taes et al., 2013). Інше дослідження виявило високу поширеність низьких показників МЩКТ серед ТГР молоді до початку прийому блокаторів статевого дозрівання (Lee, Finlayson et al., 2020). Автори обох досліджень дійшли висновку, що низькі показники фізичної активності можуть бути важливим фактором для цих висновків.

Прискорення втрати кісткової маси може статися після гонадектомії, якщо гормональна терапія припиняється або якщо рівень гормонів неоптимальний. В одному дослідженні 30% трансгендерних жінок, які перенесли гонадектомію, мали низьку кісткову масу, і це корелювало з нижчими рівнями 17-ß-естрадіолу та дотриманням ГПГТ (Motta et al., 2020).

Дослідження впливу ГПГТ на МЩКТ показало, що ТГР жінки, які отримували естрогенну терапію, демонструють покращення МЩКТ. Систематичний огляд і мета-аналіз впливу статевих гормонів на здоров'я кісток трансгендерів включали 9 відповідних досліджень за участю трансгендерних жінок (n = 392) і 8 відповідних досліджень за участю трансгендерних чоловіків (n = 247), опублікованих між 2008 і 2015 роками. Мета-аналіз показав, що трансгендерні жінки продемонстрували статистично значуще збільшення МЩКТ поперекового відділу хребта (але не шийки стегнової кістки) порівняно з базовими показниками. Серед трансгендерних чоловіків не було статистично значущих змін у МЩКТ поперекового відділу хребта, шийки стегнової кістки та загальної МЩКТ стегна через 12 і 24 місяці після початку прийому тестостерону порівняно з вихідними показниками (Singh-Ospina et al., 2017). З моменту публікації цього дослідження дослідження Європейської Мережі з Вивчення Гендерної Невідповідності (ЄМВГН), опублікувало багатоцентрове проспективне обсерваційне дослідження (Бельгія, Норвегія, Італія та Нідерланди), результати якого показали дані щодо МЩКТ для 231 трансгендерної жінки та 199 трансгендерних чоловіків через рік після початку ГПГТ (Wiepjes et al., 2017). У трансгендерних жінок спостерігалося збільшення МЩКТ поперекового відділу хребта, стегна та шийки стегна, а у трансгендерних чоловіків спостерігалося збільшення МЩКТ стегна. Одне дослідження повідомило про відсутність переломів через 12 місяців після початку гормонального лікування у 53 трансгендерних чоловіків і 53 трансгендерних жінок (Wierckx, van Caenegem et al., 2014). Жодне дослідження не свідчить про те, що ГПГТ має бути показанням для посиленого скринінгу остеопорозу. Напроти, прогалини в ГПГТ у пацієнтів, які пройшли попередню гонадектомію, будуть показанням для такого скринінгу

Рекомендації з клінічної практики включають рекомендації щодо скринінгу на остеопороз у ТГР осіб (Deutsch, 2016a; Hembree et al., 2017; Rosen et al., 2019). Міжнародне Товариство Клінічної Денситометрії та Ендокринне Товариство пропонують ТГР людям розглянути базовий скринінг МЩКТ перед початком прийому гормонів. Подальші рекомендації щодо скринінгу МЩКТ ґрунтуються на кількох факторах, включаючи стать, визначену при народженні, вік, а також наявність традиційних факторів ризику остеопорозу, таких як попередні переломи, використання певних ліків, стани, пов'язані з

втратою кісткової маси, та низька маса тіла (Rosen et al., 2019). Зокрема, у рекомендаціях МТКД зазначено, що скринінг МЩКТ показан ТГР особам, якщо вони мають в анамнезі гонадектомію або терапію, яка знижує рівень ендогенних гонадних стероїдів без плану починати ГПГТ, або інші показання для тестування МЩКТ (Rosen et al., 2019). Однак доказова база цих рекомендацій слабка.

Рекомендованим методом скринінгу на остеопороз є двоенергетична рентгенівська абсорбціометрія (ДРА) поперекового відділу хребта, всього стегна та шийки стегнової кістки (Kanis, 1994). Однак у багатьох країнах із низьким і середнім рівнем доходу тести МЩКТ із застосуванням ДРА недоступні, а рутинний скринінг на основі цього методу проводиться лише в кількох країнах окрім США.

Ведучі ППМД повинні обговорити шляхи оптимізації здоров'я кісток з ТГР людьми. Крім того, ППМД мають надавати інформацію про важливість правильного харчування та фізичних вправ для підтримки здоров'я кісток. Особи, які страждають від остеопорозу (або мають ризик розвитку остеопорозу), повинні бути проінформовані про переваги вправ з навантаженнями разом із силовими вправами та вправами на опір для обмеження втрати кісткової маси (Benedetti et al., 2018). Правильне харчування є невід'ємною частиною здоров'я кісток. Дефіцит харчування, включаючи недостатнє споживання кальцію та низький рівень вітаміну D, може призвести до низької мінералізації кісток. Доведено, що добавки вітаміну D і кальцію знижують частоту переломів стегна, а також загальну частоту переломів (Weaver et al., 2016). Незважаючи на те, що ця дискусія актуальна для всіх популяцій, вона є доречною, оскільки висока поширеність гіповітамінозу D спостерігалася в ТГР популяціях (Motta et al., 2020; Van Caenegem, Taes et al., 2013).

Рекомендація 15.14

Ми рекомендуємо, щоб медичні працівники пропонували трансгендерним і гендерно різноманітним людям направлення на видалення волосся з обличчя, тіла та геніталій для підтвердження гендеру або як частину передопераційного процесу підготовки.

Видалення волосся необхідне як для усунення волосся на обличчі та тілі як для підтвердження гендерної ідентичності (Marks et al., 2019), так і для підготовки до певних гендерно-підтверджуючих хірургічних втручань (ГПХВ), таких як вагінопластика, фаллопластика та метоідіопластика (Zhang et al., 2016). Передопераційна епіляція необхідна для будь-якої ділянки шкіри, яка контактуватиме з сечею (наприклад, використовуватиметься для побудови неоуретри) або переміщуватиметься в частково закриту порожнину всередині тіла (наприклад, використовуватиметься для вистилання неовагіни). (Zhang et al., 2016). Методи видалення волосся, які використовуються у гендерно-підтверджуючому догляді, це електролізна епіляція (ЕЕ) і лазерна епіляція (ЛЕ) (Fernandez et al., 2013). ЕЕ наразі є єдиним методом остаточного видалення волосся, схваленим Управлінням з Контролю за Якістю Харчових Продуктів і Медикаментів США, тоді як ЛЕ схвалена для перманентного зменшення волосяного покриву (Thoreson et al., 2020)

ЕЕ передбачає використання електричного струму з дуже тонким зондом, який вручну послідовно вставляється в окремі волосяні фолікули (Martin et al., 2018). Оскільки цей метод використовує пряме механічне руйнування кровопостачання волосся, його можна використовувати для всіх кольорів волосся та типів шкіри (Martin et al., 2018). ЕЕ займає вимагає багато часу та коштів, оскільки потребує індивідуального лікування кожного волосяного фолікула, але ефективна для остаточного видалення

волосся. Для видалення волосся на статевих органах перед ГПХВ цю процедуру повинен проводити фахівець, який кваліфікований у видаленні волосся на статевих органах, оскільки цей метод відрізняється від методу видалення волосся на обличчі та тілі. Під час ЕЕ виникає більше больових відчуттів, ніж від ЛЕ, з можливими побічними ефектами у вигляді еритеми, утворення кірки та набряку (Harris et al., 2014). Постзапальна гіперпігментація є одним з ризиків для темношкірих людей (Richards & Meharg, 1995). Біль можна контролювати за допомогою місцевої місцевої анестезії та методів охолодження, проте толерантність до ЕЕ розвивається певною мірою у багатьох людей після тривалих сеансів (Richards & Meharg, 1995).

ЛЕ використовує енергію лазера для націлювання на волосяні фолікули. Це вигідно для використання великих площах шкіри. Механізмом є фототермоліз, за допомогою якого світло від лазера вибірково націлюється на меланін у волосяному стрижні (Gao et al., 2018). Ця енергія перетворюється на тепло, яке пошкоджує шкірні фолікули, які виробляють волосся, і призводить до зменшення росту волосся. Для досягнення найкращих результатів необхідні подальші процедури, які зазвичай проводяться з інтервалом у шість тижнів, щоб забезпечити циклічність волосся (Zhang et al., 2016). Оскільки ЛЕ спрямований на меланін, результати можуть бути обмеженими для людей з сивим, світлим або рудим волоссям.

Існують особливі міркування щодо використання ЛЕ у темношкірих осіб (IV-VI типи шкіри за шкалою Фіцпатріка) (Fayne et al., 2018). Більш високий вміст меланіну в епідермісі може конкурувати з меланіном у волосяному стрижні волосяного фолікула, який є цільовим хромофором лазера. Для того, щоб відбувся селективний термоліз, тепло поширюється від стрижня волосся до фолікулярних стовбурових клітин, викликаючи пошкодження. У темних типів шкіри, замість того, щоб досягти цільового меланіну в стрижні волосся, світло поглинається в епідермісі, де потім перетворюється на тепло. Це може призвести до погіршення клінічних результатів і вищої частоти побічних ефектів, викликаних термічним впливом, таких як гіпо- або гіперпігментація, утворення пухирів і кірки (Fayne et al., 2018). Вибір довжини хвилі лазера має вирішальне значення для зниження цього ризику, причому більша довжина хвилі рекомендована для мінімізації поглинання світла епідермальним меланіном і, таким чином, максимізації ефективності та мінімізації несприятливих ефектів у пацієнтів із темною шкірою (Zhang et al., 2016). Побічні ефекти ЛЕ можуть включати відчуття опіку після лікування, а також запалення, почервоніння, гіперпігментацію та набряк. Відомо, що миготливі вогні можуть викликати судоми у світлочутливих пацієнтів, тому перед проходженням процідри слід проводити обстеження на предмет такого ризику. Біль і дискомфорт під час процедури також можуть становити значну перешкоду, тому ППМД повинні бути готові призначати місцеві або системні анальгетики, такі як евтектична суміш місцевих анестетиків (ЕСМА) або низькі дози системних опіоїдів. Для генітальних ГПХВ іноді рекомендується почекати 3 місяці після останньої запланованої процедури видалення волосся, перш ніж приступити до операції, щоб підтвердити, що подальшого росту волосся не буде (Zhang et al., 2016).

РОЗДІЛ 16 — Репродуктивне здоров'я

Усі люди, включаючи трансгендерних осіб, мають репродуктивне право вирішувати, мати чи ні дітей (United Nations Population Fund, 2014). Необхідна з медичної точки зору гендерно-підтверджуюча гормональні процедури (ГПГТ) та хірургічні втручання (ГПХВ) (див. твердження про медичну необхідність в Розділі 2 — Глобальна застосовність, Рекомендація 2.1), які змінюють репродуктивну анатомію або її функціонування, можуть різною мірою обмежити майбутні репродуктивні можливості (Hembree et al., 2017; Nahata et al., 2019). Тому дуже важливо обговорити ризик безпліддя та варіанти збереження фертильності (ЗФ) з трансгендерними особами та їхніми родинами перед початком будь-якого з цих методів лікування та продовжувати ці розмови на постійній основі після цього (Hembree et al., 2017). Встановлені варіанти ЗФ, такі як кріоконсервація ембріонів, ооцитів і сперми, можуть бути доступні для постпубертатних трансгендерних пацієнтів (Nahata et al., 2019). Також були розроблені та вивчені протоколи досліджень для кріоконсервації тканин яєчників і яєчок (Borgström et al., 2020; Nahata et al., 2019; Rodriguez-Wallberg, et al., 2019). У той час як використання ембріонів, зрілих ооцитів і сперматозоїдів доведено як ефективне при застосуванні в рамках клінічного лікування, кріоконсервовані тканини статевих залоз вимагатимуть або майбутньої повторної трансплантації, спрямованої на отримання повністю функціональних гамет, або застосування лабораторних методів для культивування, які все ще знаходяться на стадії розробки. Слід зазначити, що нещодавні рекомендації Американського Товариства Репродуктивної Медицини скасували статус кріоконсервації тканини яєчників як експериментальної процедури, але докази залишаються обмеженими для осіб препубертатного віку (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019).

Індивідуальний догляд має надаватися в контексті цілей кожної особи стосовно батьківства. Деякі дослідження показують, що трансгендерні та гендерно різноманітні (ТГР) люди менш імовірно бажають мати генетично споріднених дітей або мати дітей взагалі у порівнянні з цисгендерною популяцією (Defreyne, van Schuvlenbergh et al., 2020; Russell et al., 2016; von Doussa et al., 2015). Тим не менш, кілька інших досліджень показали, що багато ТГР осіб

1. Бажають генетично споріднених дітей;
2. Шкодують про те, що не скористалися можливостями із ЗФ;
3. Готові відкласти або перервати гормональну терапію, щоб зберегти фертильність та/або завагітніти (Armuand, Dhejne et al., 2017; Auer et al., 2018; De Sutter et al., 2002; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Tornello & Bos, 2017).

У дослідженнях повідомляється про багато бар'єрів для ЗФ, таких як вартість (яка посилюється за відсутності страхового покриття), терміновість початку лікування, нездатність приймати орієнтовані на майбутнє рішення, недостатні знання постачальника/упередження постачальника, які впливають на пропозиції ЗФ, і труднощі доступу до послуг (Baram et al., 2019; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020). Крім того, трансгендерні особи можуть мати погіршення дисфорії через різні етапи процесу ЗФ, які нерозривно пов'язані зі статтю, визначеною при народженні (Armuand, Dhejne, et al., 2017; Baram et al., 2019). Коли це можливо, рекомендується мультидисциплінарна співпраця як медичних, так і психіатричних спеціалістів з фахівцями із ЗФ, для подолання деякі з цих бар'єрів (Tishelman et al., 2019). ТГР особи повинні розуміти різницю між фертильністю (використанням власних гамет/репродуктивних тканин) і вагітністю. Також необхідно продовжувати зусилля щодо забезпечення справедливого

високоякісного догляду за всіма формами планування та побудови сім'ї протягом повного репродуктивного континууму. Сюди входять такі процедури як перинатальний догляд, догляд за вагітністю, пологами та післяпологовий догляд, а також варіанти планування сім'ї та контрацепції для запобігання незапланованій вагітності та переривання вагітності, якщо це можливо (Bonnington et al., 2020; Cipres et al., 2017; Krempasky et al., 2020; Light et al., 2018; Moseson, Fix et al., 2020). ТГР людям, які бажають завагітніти, слід пройти стандартний догляд до зачаття та пренатальне консультування, а також отримати консультації щодо годування груддю/грудним молоком у середовищі, яке підтримує людей із різноманітною гендерною ідентичністю та досвідом (MacDonald et al., 2016; Obedin-Maliver & Makadon, 2016).

Усі твердження в цьому розділі були рекомендовані на основі ретельного аналізу доказів, оцінки користі та шкоди, цінностей і переваг постачальників і пацієнтів, а також використання ресурсів і здійсненності. У деяких випадках ми визнаємо, що докази обмежені та/або послуги можуть бути недоступними або небажаними.

Рекомендації

16.1 — Ми рекомендуємо медичним працівникам, які лікують трансгендерних і гендерно різноманітних людей та призначають їм гормональну терапію/операції, консультувати своїх пацієнтів щодо:
16.1.a — Відомого впливу гормональної терапії/хірургічного втручання на майбутню фертильність;
16.1.b — Потенційні ефекти терапії, які недостатньо вивчені та оборотність яких залишається невідомою;
16.1.c — Варіанти збереження фертильності (ЗВ) (як визнані, так і експериментальні);
16.1.d — Психосоціальні наслідки безпліддя.
16.2 — Ми рекомендуємо медичним працівникам направляти трансгендерних і гендерно різноманітних людей, зацікавлених у збереженні фертильності, до постачальників, які мають досвід у збереженні фертильності, для подальшого обговорення.
16.3 — Ми рекомендуємо командам догляду за трансгендерними і гендерно різноманітними людьми співпрацювати з місцевими фахівцями з фертильності та установами для надання конкретної та своєчасної інформації та послуг зі збереження фертильності, перш ніж пропонувати медичні та хірургічні втручання, які можуть вплинути на фертильність.
16.4 — Ми рекомендуємо медичним працівникам консультувати трансгендерних і гендерно різноманітних осіб на ранньому етапі статевого дозрівання, які шукають гендерно-підтверджуючої допомоги, та їхні сім'ї щодо обмеженості наявних можливостей збереження фертильності.
16.5 — Ми рекомендуємо трансгендерним і гендерно різноманітним людям з маткою, які бажають завагітніти, отримати пренатальні консультації щодо припинення прийому гендлерно-підтверджуючої гормональної терапії, догляд за вагітністю та пологи, а також послуги з підтримки грудного вигодовування та періоду післяпологової підтримки відповідно до місцевих стандартів догляду та в гендерно-підтверджуючий спосіб.
16.6 — Ми рекомендуємо медичним працівникам обговорювати методи контрацепції з трансгендерними та гендерно різноманітними людьми, які займаються статевим життям, що може призвести до вагітності.
16.7 — Ми рекомендуємо постачальникам, які пропонують послуги з переривання вагітності, переконатися, що можливі варіанти процедури є гендерно-підтверджуючими та спрямовані на потреби трансгендерних та гендерно різноманітних людей.

Рекомендація 16.1

Ми рекомендуємо медичним працівникам, які лікують трансгендерних і гендерно різноманітних людей та призначають їм гормональну терапію/операції, консультувати своїх пацієнтів щодо:

a. **Відомого впливу гормональної терапії/хірургічного втручання на майбутню фертильність;**
b. **Потенційні ефекти терапії, які недостатньо вивчені та оборотність яких залишається невідомою;**
c. **Варіанти збереження фертильності (ЗВ) (як визнані, так і експериментальні);**
d. **Психосоціальні наслідки безпліддя.**

ТГР індивіди, визначені жінками при народжені

ГПГТ може негативно вплинути на майбутню репродуктивну здатність (Hembree et al., 2017). На підставі поточних даних щодо трансгендерних чоловіків і гендерно різноманітних осіб, визначених при народжені жінками (ВЖПН). Агоністи гонадотропін-рилізинг-гормону (ГнРГ) можуть використовуватися для пригнічення початку та прогресуванню статевого дозрівання поки підлітки не будуть готові до маскулінізуючого лікування. ГнРГ також можна використовувати для пригнічення менструального циклу. ГнРГ впливає на дозрівання гамет, але не викликає постійного пошкодження функції статевих залоз. Таким чином, якщо ця терапія припиняється, очікується відновлення дозрівання ооцитів.

Існує низка досліджень, які детально описують вплив терапії тестостероном на репродуктивну функцію трансгендерних чоловіків (Moravek et al., 2020). Відновлення нормальної функції яєчників із дозріванням ооцитів після припинення дії тестостерону було продемонстровано у трансгендерних чоловіків, які досягли природного зачаття. Ретроспективне дослідження кріоконсервації ооцитів не показало відмінностей у загальній кількості отриманих ооцитів або кількості зрілих ооцитів між трансгендерними чоловіками та цисгендерними жінками відповідного віку та ІМТ (Adeleye et al., 2018, 2019). Нещодавно були опубліковані перші результати оцінки живонароджуваності після контрольованої стимуляції яєчників у трансгендерних чоловіків порівняно з цисгендерними жінками (Leung et al., 2019). Введення тестостерону було припинено перед стимуляцією яєчників. Загалом результати щодо впливу тестостерону на репродуктивні органи та їхню функцію видаються обнадійливими. Однак на сьогоднішній день не було перспективних досліджень, які б оцінювали вплив тривалої гормональної терапії (тобто розпочатої в підлітковому віці) на фертильність або в тих, хто отримував ГнРГ у ранньому статевому дозріванні з подальшою терапією тестостероном. Важливо взяти до уваги, що необхідні препарати та процедури для кріоконсервації ооцитів (обстеження органів малого таза, моніторинг вагінального ультразвуку та отримання ооцитів) можуть призвести до посилення гендерної дисфорії у трансгендерних чоловіків (Armuand, Dhejne et al., 2017).

Хірургічні втручання, спрямовані на трансгендерних чоловіків матимуть очевидні наслідки для репродуктивної здатності. Якщо пацієнт бажає гістеректомію, слід запропонувати варіант збереження яєчників, щоб зберегти можливість мати генетично споріднену дитину. Крім того, якщо яєчники видаляються окремо або одночасно з гістеректомією, слід запропонувати заморожування яйцеклітин перед операцією та/або кріоконсервацію тканини яєчників можна зробити під час оваріектомії. Хоча ця процедура більше не вважається експериментальною, багато трансгендерних чоловіків можуть бажати отримати варіант процедури, коли дозрівання примордіальних фолікулів відбувається in vitro, який все ще досліджується. Дослідження, показали, що ооцити, виділені у трансгендерних чоловіків, які отримують

терапію тестостероном, під час овариектомії, можуть дозріти in vitro для розвитку нормальної структури метафази II мейотичного веретена (De Roo et al., 2017; Lierman et al., 2017).

ТГР індивіди, визначені чоловіками при народжені

Ґрунтуючись на поточних даних щодо трансгендерних жінокі гендерно різнітних людей, визначених чоловіками при нарожені (ВЧПН), можливо сказати, що вплив ГнРГ пригнічує сперматогенез. Дані свідчать про те, що припинення лікування призводить до відновлення сперматогенезу, хоча це може зайняти щонайменше 3 місяці, або довше (Bertelloni et al., 2000). Крім того, слід враховувати психологічний вплив поновнення впливу тестостерону на гендерну дисфорію/невідповідність.

Антиандрогени та естрогени призводять до порушення виробництва сперми (de Nie et al., 2020; Jindarak et al., 2018; Kent et al., 2018). Сперматогенез може відновитися після припинення тривалого лікування антиандрогенами та естрогенами, але дані про це обмежені (Adeleye et al., 2019; Alford et al., 2020; Schneider et al., 2017). Об'єми яєчок зменшуються під впливом гендерно-підтверджуючої гормональної терапії (Matoso et al., 2018). На якість сперми у трансгендерних жінок також можуть негативно вплинути певні чинники способу життя, такі як низька частота мастурбації, підтягування статевих органів до тіла (наприклад, використання тісної нижньої білизни для заправлення) (Jung & Schuppe, 2007; Mieusset et al., 1985, 1987; Rodriguez-Wallberg, Häljestig et al., 2021).

Рекомендація 16.2

Ми рекомендуємо медичним працівникам направляти трансгендерних гендерно різноманітних людей, зацікавлених у збереженні фертильності, до постачальників, які мають досвід у збереженні фертильності, для подальшого обговорення.

Дослідження показують, що багато дорослих трансгендерних осіб бажають мати біологічних дітей (De Sutter et al., 2002; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Wierckx, Van Caenegem et al., 2012), але показники звертання до процедур ЗФ залишаються дуже неоднорідними, особливо серед молоді (< 5%–40%) (Brik et al., 2019; Chen et al., 2017; Chiniara et al., 2019; Nahata et al., 2017; Segev-Becker et al., 2020). У нещодавньому опитуванні багато молодих людей визнали, що їхні почуття щодо народження біологічної дитини можуть змінитися в майбутньому (Strang, Jarin et al., 2018). Невибіркова стерилізація є порушенням прав людини (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2015; Equality and Human Rights Commission, 2021; Meyer III et al., 2001) і через прогрес у суспільних поглядах, лікуванні безпліддя, і позитивному медичному обслуговуванні трансгендерних осіб, можливості для біологічного батьківства під час гендерного переходу слід підтримувати. У зв'язку з тим, що клінічна думка може мати вплив на ЗФ для трансгендерних або небінарних людей і на рішення щодо батьківства, постачальники медичних послуг повинні вивчати варіанти ЗФ поряд із такими варіантами, як усиновлення, спільне виховання та інші альтернативи батьківства (Bartholomaeus & Riggs, 2019). Трансгендерні пацієнти, яким було запропоновано такий тип батьківства під час обговорення та яким було надано вибір пройти процедури для ЗФ, повідомили, що досвід був загалом позитивним (Armuand, Dhejne et al., 2017; De Sutter et al., 2002; James-Abra et al., 2015).

Було показано, що в інших популяціях пацієнтів направлення МП пацієнтів до офіційних програм фертильності підвищують показники їх використання та покращують задоволеність пацієнтів (Kelvin et

al., 2016; Klosky, Anderson et al., 2017; Klosky, Wang et al., 2017; Shnorhavorian et al., 2012) Також досліджувалося ставлення лікарів до цих процедур, і нещодавні дослідження вказують як на загальну обізнаність, так і на бажання надати підліткам та їхнім сім'ям інформацію про варіанти збереження фертильності (Armuand et al., 2020). Однак також були виявлені бар'єри, зокрема брак знань та ресурсів (Armuand, Nilsson et al., 2017; Frederick et al., 2018). Таким чином, було наголошено на необхідності відповідного навчання медичних працівників, з акцентом на консультуванні з питань фертильності та неупередженому пропонуванні варіантів ЗФ усім групам ризику (Armuand, Nilsson et al., 2017). Було також показано, що рекомендації батьків суттєво впливають на частоту використання методів ЗФ підлітками і дорослими чоловіками, хворими на рак (Klosky, Flynn et al., 2017). Незважаючи на те, що в цих популяціях є чіткі клінічні відмінності, ці висновки можуть допомогти в інформуванні про найкращі практики консультування з питань фертильності та направлення до послуг ЗФ для трансгендерних осіб.

Рекомендація 16.3

Ми рекомендуємо командам догляду за трансгендерними і гендерно різноманітними людьми співпрацювати з місцевими фахівцями з фертильності та установами для надання конкретної та своєчасної інформації та послуг зі збереження фертильності, перш ніж пропонувати медичні та хірургічні втручання, які можуть вплинути на фертильність.

Кріоконсервація сперми та ооцитів є усталеною технікою ЗФ, і її можна запропонувати чоловікам і жінкам у період статевого дозрівання та дорослого віку, переважно перед початком ГПГТ (Hembree et al., 2017; Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019). Кріоконсервація ембріонів може бути запропонована дорослим (постпубертатним) ТГР людям, які бажають мати дитину та мають партнера. Майбутнє використання кріоконсервованих гамет також залежить від типу гамет і репродуктивних органів майбутнього партнера (Fischer, 2021; Maxwell et al., 2017).

Незважаючи на те, що параметри сперми бути гіршими, коли цей метод ЗФ виконується після початку ГПГТ (Adeleye et al., 2019), одне невелике дослідження показало, що після припинення лікування параметри сперми були на рівні з показниками у ТГР пацієнтів, які ніколи не проходили ГПГТ. Що стосується стимуляції яєчників, результати вітрифікації ооцитів і подальшого їх використання у запліднені in vitro, немає підстав очікувати відмінності від результатів застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) для ТГР пацієнтів, ніж результат, отриманий у цисгендерних пацієнтів, які отримують послуги ДРТ — за винятком індивідуальних факторів, пов'язаних із (ін)фертильністю — коли гамети зберігаються перед будь-яким медичним втручанням (Adeleye et al., 2019). Використання ооцитів у ДРТ призвело до подібних успішних результатів у ТГР порівняно з контрольованими відповідними цисгендерними пацієнтами (Adeleye et al., 2019; Leung et al., 2019; Maxwell et al., 2017).

Незважаючи на те, що ці варіанти вважаються випробуваними та надійними, небагато ТГР людей у пубертатному, пізньому пубертатному або дорослому віці проходять процедури ЗФ (Nahata et al., 2017), і багато хто відчуває труднощі під час цих втручань, оскільки доступ і вартість цих методів є перешкодою (особливо в регіонах без страхового покриття). Іншою проблемою є те, що ці процедури часто викликають фізичний та емоційний дискомфорт, а також можуть затримувати доступ до інших гендерно-підтверджуючих втручань (Chen et al., 2017; De Sutter et al., 2002; Nahata et al., 2017; Wierckx, Stuyver et al., 2012). Інвазивність ендовагінального ультразвукового спостереження за процедурами стимуляції

яєчників і вилучення яйцеклітин (а також пов'язаний з цим психологічний дистрес) вказується як перешкода для ТГР осіб, ВЖПН (Armuand, Dhejne et al., 2017; Chen et al., 2017). Існує також занепокоєння, що підлітки, які проходять процес переходу, можуть не мати чіткого уявлення про батьківство і, отже, швидше за все, відмовляться від можливості використовувати методів ЗФ, незважаючи на зміну своєї думки щодо батьківства в подальшому житті (Cauffman & Steinberg, 2000). Зменшення гендерної дисфорії під час переходу також може вплинути на процес прийняття рішень щодо ЗФ (Nahata та ін., 2017). На підставі досліджень, які показують, що перспективи фертильності ТГР підлітків можуть змінюватися з часом (Nahata et al., 2019; Strang, Jarin et al., 2018), варіанти ЗФ слід обговорювати на постійній основі.

Рекомендація 16.4

Ми рекомендуємо медичним працівникам консультувати трансгендерних і гендерно різноманітних осіб на ранньому етапі статевого дозрівання, які шукають гендерно-підтверджуючої допомоги, та їхні сім'ї щодо обмеженості наявних можливостей збереження фертильності.

Для дітей препубертатного та раннього статевого дозрівання варіанти ЗФ обмежуються зберіганням гонадної тканини. Незважаючи на те, що цей варіант доступний для ТГР дітей так само, як і для цисгендерних онкологічних пацієнтів препубертатного та раннього пубертатного віку, немає літератури, яка б описувала використання цього підходу в трансгендерній популяції. Аутотрансплантація тканини яєчників призвела до понад 130 живонароджень у цисгендерних жінок. Більшість із цих пацієнток завагітніли природним шляхом без використання ДРТ (Donnez & Dolmans, 2015; Jadoul et al., 2017), і більшість з них пройшли процедуру збереження тканини яєчників у дорослому віці або під час статевого дозрівання. Незважаючи на те, що нещодавні рекомендації Американського Товариства Репродуктивної Медицини зняли помітку про експериментальність з кріоконсервації тканини яєчників (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019), існує дуже мало повідомлень про випадки успішної вагітності після трансплантації тканини яєчника, які пройшли кріоконсервацію до статевого дозрівання. Демістер та ін. (Demeestere et al. 2015) та Родрігес-Вальберг, Міленкович та ін. (Rodriguez-Wallberg, Milenkovic et al., 2021) описали випадки успішної вагітності після трансплантації тканини, отриманої у віці 14 років, а нещодавно Метьюз та ін. (Matthews et al., 2018) описав випадок дівчинки з діагнозом таласемія, у якої тканина яєчника була збережена у віці 9 років і трансплантована після 14 років. Згодом вона завагітніла за допомогою IVF і народила здорову дитину.

Наразі єдиним майбутнім клінічним застосуванням для зберігання тканини яєчників є аутотрансплантація, яка може бути небажаною для трансгендерних чоловіків (через потенційно небажані ефекти естрогену). Лабораторна процедура, яка зробила б можливим дозрівання ооцитів in vitro, починаючи з тканини яєчника, була б ідеальним майбутнім застосуванням збереженої тканини яєчників для трансгендерних людей, але ця методика наразі лише досліджується та оптимізується в умовах базових наукових досліджень (Ladanyi et al., 2017; Oktay et al., 2010).

Процедура отримання тканини яєчка в препубертатному періоді наразі задокументована як така, що має низький рівень ризику (Borgström et al., 2020; Ming et al., 2018). Деякі автори також описують цей підхід як можливу процедуру ЗФ для трансгендерних людей (De Roo et al., 2016; Martinez et al., 2017; Nahata, Curci et al., 2018). Проте в літературі немає повідомлень про його клінічне чи дослідницьке використання саме для ТГР пацієнтів. З іншого боку, життєздатність клінічного застосування

аутотрансплантації тканини яєчок у людей залишається невідомою, а методи дозрівання тканин in vitro все ще знаходяться в сфері фундаментальних наукових досліджень. Таким чином, фахівці наразі вважають цю методику експериментальною (Picton et al., 2015). Можливість зберігання тканини статевих залоз слід обговорити до будь-якої операції на статевих органах, які призведуть до стерилізації, хоча ймовірність можливості використання цієї тканини також має бути оговорена.

Рекомендація 16.5

Ми рекомендуємо трансгендерним і гендерно різноманітним людям з маткою, які бажають завагітніти, отримати пренатальні консультації щодо припинення прийому гендлерно-підтверджуючої гормональної терапії, догляд за вагітністю та пологи, а також послуги з підтримки грудного вигодовування та періоду післяпологової підтримки відповідно до місцевих стандартів догляду та в гендерно-підтверджуючий спосіб.

Більшість трансгендерних чоловіків і гендерно різноманітних людей, ВЖПН, зберігають свою матку та яєчники, тому можуть завагітніти та виносити вагітність навіть після тривалого прийому тестостерону (Light et al., 2014). Багато трансгендерних чоловіків бажають мати дітей (Light et al., 2018; Wierckx, van Caenegem et al., 2012) і готові пройти процес вагітності (Moseson, Fix, Hastings et al., 2021; Moseson, Fix, Ragosta et al., 2021). ДРТ розширили можливість для багатьох трансгендерних чоловіків завагітніти та реалізувати свої бажання щодо планування сім'ї (De Roo et al., 2017; Ellis et al., 2015; Maxwell et al., 2017). Деякі трансгендерні чоловіки повідомляють про почуття психологічної ізоляції, дисфорію, пов'язану зі зміна, пов'язаними з вагітністю, а також депресію (Charter, 2018; Ellis et al., 2015; Hoffkling et al., 2017; Obedin-Maliver & Makadon, 2016). Проте, інші дослідження повідомляють про певний позитивний досвід під час вагітності (Fischer, 2021; Light et al., 2014). Необхідно залучити постачальників послуг з питань психічного здоров'я для надання підтримки, а також надавати консультації щодо того, коли треба припинити гендерно-підтверджуючу гормональну терапію і коли її можливо відновити, які варіанти доступні для пологів і грудного вигодовування (Hoffkling et al., 2017). Нарешті, слід впроваджувати втручання на системному та міжособистісному рівнях, щоб забезпечити особистісно орієнтоване обслуговування репродуктивного здоров'я для всіх людей незалежно від їх гендерного статусу та статі, визначеної при народженні (Hahn et al., 2019; Hoffkling et al., 2017; Moseson, Zazanis et al., 2020; Snowden et al., 2018).

Враховуючи потенційний шкідливий вплив тестостерону на ембріон, що розвивається, рекомендується припинити терапію тестостероном або маскулінізуючу гормональну терапію до зачаття та протягом усього процесу вагітності. Однак оптимальний час як для припинення прийому тестостерону до вагітності, так і для його відновлення після вагітності залишається невідомим. Оскільки припинення прийому гендерно-підтверджуючих гормонів, може спричинити дистрес і посилити дисфорію у трансгендерних чоловіків, ці строки слід обговорити під час пренатального консультування (Hahn et al., 2019). Оскільки інформація про тривалість впливу тестостерону та ризик тератогенності відсутня, використання тестостерону слід припинити перед спробою завагітніти та перед припиненням прийому контрацепції. Крім того, існує обмежена інформація щодо результатів здоров'я немовлят, народжених трансгендерними чоловіками. Дослідження невеликих серій кейсів, які намагалися оцінити це питання, не

виявили негативних фізичних або психосоціальних відмінностей між немовлятами, народжених трансгендерними чоловіками, і немовлятами в загальній популяції (Chiland et al., 2013).

Наразі об'єм досліджень, що оцінюють лактацію та грудне вигодовування, є обмеженим. Більшість трансгендерних чоловіків і ТГР осіб, ВЖПН, які вибрали грудне вигодовування після пологів, були успішними, причому дослідження свідчать про те, що індукція лактації частково залежить від консультування перед зачаттям та досвідченої підтримки в період лактації. (MacDonald et al., 2016; Wolfe-Roubatis & Spatz, 2015). Зокрема, трансгендерні чоловіки та ті, хто вживає тестостерон, повинні бути проінформовані про те, що:

1. Незважаючи на невелику концентрацію, тестостерон проходить через грудне молоко;
2. Вплив цих доз на новонародженого/дитину, що розвивається, невідомий, тому використання гендерно-підтверджуючого тестостерону не рекомендується під час лактації, але може бути відновлено після припинення грудного/грудного вигодовування (Glaser et al., 2009).

Також пацієнтів слід повідомити про те, що під час процесу виношування, може відбуватися небажаний ріст грудей та/або лактація навіть після гендерно-підтверджуючих операцій, тому їх слід підтримувати, якщо вони бажають пригнічити лактацію (MacDonald et al., 2016).

Існує обмежена інформація щодо лактації у трансгендерних жінок, а також інших ТГР осіб, ВЧПН, але багато хто також висловлює бажання годувати грудьми. Хоча існує задокументований випадок трансгендерної жінки, яка успішно годувала дитину грудьми після гормональної терапії з використанням комбінації естрогену, прогестерону, домперидону та зціджування грудного молока (Reisman & Goldstein, 2018), харчовий та імунологічний профіль грудного молока за цих умов не досліджувався. Тому пацієнти повинні бути проінформовані про ризики та переваги такого підходу до годування дітей (Reisman & Goldstein, 2018).

Рекомендація 16.6

Ми рекомендуємо медичним працівникам обговорювати методи контрацепції з трансгендерними та гендерно різноманітними людьми, які займаються статевим життям, що може призвести до вагітності.

Багато ТГР осіб можуть зберігати репродуктивну здатність, і вони (якщо вони зберігають матку та яєчники) та їхні статеві партнери (якщо вони виробляють сперму) можуть мати незаплановану вагітність (James et al., 2016; Light et al., 2014; Moseson, Fix et al., 2020). Тому потрібно проводити консультації з питань планування сім'ї, включаючи контрацепцію та переривання вагітності, які проводяться з урахуванням гендерної експансії (Klein, Berry-Bibee et al., 2018; Obedin-Maliver, 2015; Stroumsa & Wu, 2018). ТГР люди, ВЖПН, можуть не використовувати контрацепцію через помилкове припущення, що тестостерон є надійною формою запобігання небажаної вагітності (Abern & Maguire, 2018; Ingraham et al., 2018; Jones, Wood et al., 2017; Potter et al., 2015). Однак, виходячи з поточного розуміння, тестостерон не слід вважати надійною формою контрацепції через неповне пригнічення гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи під час ГПГТ (Krempasky et al., 2020). Крім того, вагітність наступала під час аменореї внаслідок використання тестостерону (Light et al., 2014). Вагітність також може

виникнути у ТГР людей після тривалого застосування тестостерону (принаймні до 10 років), хоча вплив на ооцити та фертильність досі невідомий (Light et al., 2014).

ТГР люди, ВЖПН, можуть використовувати різні методи контрацепції (Abern & Maguire, 2018; Bentsianov et al., 2018; Bonnington et al., 2020; Chrisler et al., 2016; Cipres et al., 2017; Jones, Wood et al., 2017; Krempasky et al., 2020; Light et al., 2018). Ці методи можуть використовуватися для запобігання вагітності, припинення менструального циклу, аномальної кровотечі або інших гінекологічних потреб (Bonnington et al., 2020; Chrisler et al., 2016; Krempasky et al., 2020; Schwartz et al., 2019). Прогалини в дослідженнях щодо контрацепції серед цієї популяції є глибокими. Жодне дослідження не вивчало, як використання екзогенних андрогенів (наприклад, тестостерону) може змінити ефективність або профіль безпеки гормональних методів контрацепції (наприклад, комбінованих гормональних контрацептивів, що містять естроген і прогестин та контрацептивів, що містять тільки прогестин), або негормональних і бар'єрних методів контрацепції. (наприклад, внутрішні та зовнішні презервативи, негормональні внутрішньоматкові спіралі, діафрагми, губки тощо).

ТГР люди, які мають пеніс і яєчка, можуть виробляти сперму навіть під час прийому гендерно-підтверджуючих гормонів. Тому, хоча параметри сперми і знижуються під час прийому ГПГТ, азооспермія не повністю пригнічує активність сперматозоїдів (Adeleye et al., 2019; Jindarak et al., 2018; Kent et al., 2018). Таким чином, необхідно розглянути можливість контрацепції, якщо потрібно уникнути вагітності під час статевого акту. В даний час методи контрацепції, доступні для використання партнером, який виробляє сперму, — це в першу чергу механічні бар'єри (тобто зовнішні презервативи, внутрішні презервативи), постійна стерилізація (тобто вазектомія) та гендерно-підтверджуючі хірургічні втручання (наприклад, орхіектомія, яка також призводить до стерилізації).

Рекомендація 16.7

Ми рекомендуємо постачальникам, які пропонують послуги з переривання вагітності, переконатися, що можливі варіанти процедури є гендерно-підтверджуючими та спрямовані на потреби трансгендерних та гендерно різноманітних людей.

Повідомлялося про випадки незапланованої вагітності та абортів серед ТГР осіб із маткою (Abern & Maguire, 2018; Light et al., 2014; Light et al., 2018; Moseson, Fix et al., 2020), що було задокументовано в опитуваннях клінік, які проводять аборти (Jones et al., 2020). Проте популяційна епідеміологія надання абортів, а також досвід ТГР осіб, які проходять процедуру переривання вагітності, все ще є критичною прогалиною в дослідженнях (Fix et al., 2020; Moseson, Fix et al., 2020; Moseson, Lunn et al., 2020). Тим не менш, враховуючи те, що серед багатьох ТГР людей існує здатність до вагітності, а вагітність не завжди може бути запланованою або бажаною, необхідно забезпечити доступ до безпечних, законних і гендерно-підтверджуючих медичних послуг із переривання вагітності.

РОЗДІЛ 17 — Сексуальне здоров'я

Сексуальне здоров'я має глибокий вплив на фізичне та психологічне благополуччя, незалежно від статі, гендеру чи сексуальної орієнтації. Проте стигматизація щодо статі, гендеру та сексуальної орієнтації впливає на можливості людини реалізовувати свою сексуальністю та отримувати відповідну допомогу у сфері сексуального здоров'я. Зокрема, у більшості суспільств циснормативність і гетеронормативність призводять до припущення, що всі люди є цисгендерними та гетеросексуальними (Bauer et al., 2009), і що ця комбінація є вищою за всі інші гендерні ідентичності та сексуальні орієнтації (Nieder, Güldenring et al., 2020; Rider, Vencill et al., 2019). Гетероцинормативність заперечує складність гендеру, сексуальної орієнтації та сексуальності, а також нехтує різноманітністю та мінливістю. Це важливо, оскільки сексуальні ідентичності, орієнтації та практики трансгендерних і гендерно різноманітних (ТГР) людей характеризуються величезною різноманітністю (Galupo et al., 2016; Jessen et al., 2021; Thurston & Allan, 2018; T'Sjoen et al., 2020). Подібним чином існує сильна міжкультурна тенденція до алонормативності (припущення, що всі люди відчувають сексуальний потяг або зацікавленість у сексуальній активності), що заперечує різноманітний досвід ТГР людей, особливо тих, хто відносить себе до асексуального спектру (McInroy et al., 2021; Mollet, 2021; Rothblum et al., 2020).

Всесвітня організація охорони здоров'я (WHO, 2010) наголошує, що сексуальне здоров'я залежить від поваги сексуальних прав усіх людей, включаючи право на вираження різноманітної сексуальності та право на шанобливе, безпечне ставлення та свободу від дискримінації та насильства. Дискурси про сексуальне здоров'я зосереджені на волі та автономії тіла, що включає згоду, сексуальне задоволення, партнерство та сімейне життя (Cornwall & Jolly, 2006; Lindley et al., 2021). У світлі цього ВООЗ визначає сексуальне здоров'я як «стан фізичного, емоційного, психічного та соціального благополуччя по відношенню до сексуальності, а не просто відсутність хвороб, дисфункцій або фізичних вад. Сексуальне здоров'я вимагає позитивного та шанобливого підходу до сексуальності та сексуальних стосунків, а також можливості отримання приємного та безпечного сексуального досвіду без примусу, дискримінації та насильства. Для досягнення та підтримки сексуального здоров'я необхідно поважати, захищати та виконувати сексуальні права всіх людей» (WHO, 2006, p. 5). Сюди входять індивіди з асексуального спектру, які можуть не відчувати сексуального потягу до інших, але все ж можуть вирішувати проявляти сексуальну активність (наприклад, через самостимуляцію) та/або відчувати інтерес до формування та побудови романтичних стосунків (de Oliveira et al., 2021).

Останніми роками зросла увага науковців до сексуального досвіду та поведінки ТГР людей (Gieles et al., 2022; Holmberg et al., 2019; Klein & Gorzalka, 2009; Kloer et al., 2021; Mattawanon et al., 2021; Stephenson et al., 2017; Tirapegui et al., 2020; Thurston & Allan, 2018). Ця увага відображає сексуально-позитивну структуру (Harden, 2014), яка визнає як позитивні аспекти (такі як сексуальне задоволення (Laan та ін., 2021)), так і потенційні ризики, пов'язані з сексуальністю (Goldhammer et al., 2022; Mujugira et al., 2021). Однак у дослідженнях сексуальності ТГР людей часто не вистачає підтверджених показників, відповідної контрольної групи чи перспективного плану (Holmberg et al., 2019). Крім того, більшість досліджень зосереджується виключно на сексуальному функціонуванні (Kennis et al., 2022), і, таким чином, нехтує сексуальним задоволенням і ширшою операціоналізацією сексуального задоволення поза функціонуванням. Вплив сучасних медичних процедур, пов'язаних із ТГР людьми, на сексуальність є неоднорідним (Özer et al., 2022; T'Sjoen et al., 2020), а також існує мало досліджень щодо сексуальності

ТГР підлітків (Bungener et al., 2017; Maheux et al., 2021; Ristori et al., 2021; Stübler & Becker-Hebly, 2019; Warwick et al., 2022). Хоча були запропоновані сексуально-позитивні підходи до консультування та лікування сексуальних труднощів, які відчувають ТГР особи (Fielding, 2021; Jacobson et al., 2019; Richards, 2021), на сьогодні недостатньо досліджень щодо ефективності таких втручань. Зосереджуючись на зміцненні сексуального здоров'я, Всесвітня Асоціація Сексуального Здоров'я (ВАСЗ) стверджує важливість сексуального задоволення та вважає самовизначення, згоду, безпеку, конфіденційність, впевненість і здатність спілкуватися та домовлятися про сексуальні стосунки як основні фактори (Kismödi et al., 2017). ВАСЗ стверджує, що сексуальне задоволення є невід'ємною частиною сексуальних прав і прав людини (Kismödi et al., 2017). Щоб внести свій внесок у сексуальне здоров'я ТГР людей, медичні працівники (МП) потребують досвіду та чуйності, пов'язаної з гендерними питаннями (Nieder, Güldenring et al., 2020). З метою покращення рівня медичної допомоги з сексуального здоров'ям до етично обґрунтованого, науково обґрунтованого та високоякісного рівня, медичні працівники мають надавати свої послуги ТГР людям з такою самою турботою, повагою, а також включеністю в сексуальне задоволення, як і цисгендерним пацієнтам (Holmberg et al., 2019).

У багатьох суспільствах невідповідна гендерна експресія може викликати сильну емоційну реакцію з боку членів цього суспільства, включно з МП. Таким чином, під час ініціювання контакту, пов'язаного зі здоров'ям, або встановлення терапевтичних стосунків, необхідно забезпечити безосудну, відкриту та привітну манеру спілкування, коли МП розмірковують над своїми емоційними, когнітивними та взаємодіючими реакціями на людину (Nieder, Güldenring et al., 2020). Крім того, експертиза, пов'язана з трансгендерами, стосується виявлення впливу інтерсекційної ідентичності ТГР особи та досвіду маргіналізації та стигматизації на себе в цілому (Rider, Vencill et al., 2019). Для адекватного вирішення конкретних фізичних, психологічних і соціальних умов ТГР людей МП повинні усвідомлювати, що ці умови зазвичай не помічаються через гетеро-цис-нормативність, брак знань і навичок (Rees et al., 2021). Також важливо враховувати культурні норми стосовно сексуальності. Наприклад, у деяких африканських культурах табуйованість ідеї сексу обмежує кількість прийнятних термінів, які слід використовувати під час зняття сексуального анамнезу (Netshandama et al., 2017). Культурно-поважна мова може полегшити відверту розповідь пацієнтів про свою сексуальну історію та зменшити почуття невизначеності або сорому (Duby et al., 2016). Крім того, МП повинні бути чутливими до історії (зловживання) використання сексуальної ідентичності та орієнтації як контролюючої функції, яка виключала доступ трансгендерних людей до гендерно-підтверджуючого медичного обслуговування (Nieder & Richter-Appelt, 2011; Richards et al., 2014). Наступні рекомендації спрямовані на покращення догляду за сексуальним здоров'ям ТГР людей.

Усі твердження в цьому розділі були рекомендовані на основі ретельного аналізу доказів, оцінки користі та шкоди, цінностей і переваг постачальників і пацієнтів, а також використання ресурсів і здійсненності. У деяких випадках ми визнаємо, що докази обмежені та/або послуги можуть бути недоступними або небажаними.

Рекомендації

17.1 — Ми рекомендуємо медичним працівникам, які надають допомогу трансгендерним і гендерно різноманітним людям, набути знань і навичок, необхідних для вирішення проблем сексуального здоров'я (які стосуються їх спеціальності).

17.2 — Ми рекомендуємо медичним працівникам, які надають допомогу трансгендерним і гендерно різноманітним людям, обговорювати вплив гендерно-підтверджуючих методів лікування на сексуальну функцію та відчуття задоволення.
17.3 — Ми рекомендуємо, щоб медичні працівники, які надають допомогу трансгендерним і гендерно різноманітним людям, могли залучати партнера(ів) пацієнта до лікування, пов'язаного з сексуальністю, якщо це необхідно.
17.4 — Ми рекомендуємо медичним працівникам консультувати трансгендерних і гендерно різноманітних людей про потенційний вплив стигми та травми на ризиковану сексуальну поведінку, уникнення статевого акту та сексуальне функціонування.
17.5 — Ми рекомендуємо медичним працівникам, які пропонують допомогу, яка може вплинути на сексуальне здоров'я, надавати інформацію, запитувати про очікування трансгендерних і гендерно різноманітних людей та оцінювати рівень їхнього розуміння можливих змін.
17.6 — Ми рекомендуємо медичним працівникам, які надають допомогу трансгендерним і гендерно різноманітним людям, консультувати підлітків і дорослих щодо профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом.
17.7 — Ми рекомендуємо медичним працівникам, які надають допомогу трансгендерним і гендерно різноманітним людям, дотримуватись місцевих рекомендацій і рекомендацій Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я щодо скринінгу, профілактики та лікування вірусу імунодефіциту людини/інфекцій, що передаються статевим шляхом (ВІЛ/ІПСШ).
17.8 — Ми рекомендуємо медичним працівникам, які надають допомогу трансгендерним і гендерно різноманітним людям, вирішувати проблеми щодо можливої взаємодії між антиретровірусними препаратами та гендерно-підтверджуючою гормональною терапією.

Рекомендація 17.1

Ми рекомендуємо медичним працівникам, які надають допомогу трансгендерним і гендерно різноманітним людям, набути знань і навичок, необхідних для вирішення проблем сексуального здоров'я (які стосуються їх спеціальності).

Важливо, щоб МП, які займаються питаннями сексуального здоров'я ТГР людей, були знайомі з загальновживаною термінологією (див. Розділ 1 — Термінологія) і запрошували тих, хто звертається за допомогою, пояснити терміни, з якими постачальник послуг може бути не знайомий. У цьому контексті також важливо, щоб МП збирали статевий анамнез і пропонували лікування (відповідно до їх компетенції) у рамках гендерно-підтверджуючого підходом (Centers for Disease Control, 2020; Tomson et al., 2021). Однак МП повинні приділяти більшу увагу термінології, яку ТГР особа використовує для свого тіла, ніж більш традиційно прийнята або використовувана медична термінологія (Wesp, 2016). Говорячи про сексуальні практики, бажано зосередитися на частинах тіла (наприклад, «Чи займаєтеся ви сексом з людьми з пенісом, людьми з вагіною чи з обома типами людей?»; ACON, 2022) і яку роль вони відіграють у їхній сексуальності. (наприклад, «Чи проникають будь-які частини вашого тіла у тіло вашого партнера під час сексу, наприклад їхні статеві органи, анус або рот?»; ACON, 2022).

Рекомендація 17.2

Ми рекомендуємо медичним працівникам, які надають допомогу трансгендерним і гендерно різноманітним людям, обговорювати вплив гендерно-підтверджуючих методів лікування на сексуальну функцію та відчуття задоволення.

Для досягнення гендерно-підтверджуючого догляду вкрай важливо, щоб медичні працівники, які надають медичні втручання, пов'язані процесом переходу, були достатньо поінформовані про можливі впливи на сексуальну функцію та задоволення (T'Sjoen et al., 2020). Це важливо, оскільки клінічні дані вказують на те, що ТГР люди отримують значно нижчі показники сексуального задоволення порівняно з

цисгендерами (Gieles et al., 2022). Якщо медичний працівник не може надати цю інформацію, він має скерувати пацієнта до спеціаліста, який може проконсультувати його з цих питань. Якщо вплив конкретної процедури на сексуальність є невідомим, медичні працівники повинні повідомити про це своїх пацієнтів. Як зазначалося вище, сексуальність ТГР людей часто ставить під сумнів гетеронормативні погляди. Тим не менш, існує велика кількість літератури (наприклад, Bauer, 2018; Laube et al., 2020; Hamm & Nieder, 2021; Stephenson et al., 2017), яка підкреслює спектральний характер сексуальності, який не вписується в очікування того, що собою представляє чоловіча та жіноча сексуальність (ані цис-, ані трансгендерна), не кажучи вже про гендерно різноманітних людей (наприклад, небінарних, агендерних або гендерквірних). Таким чином, МП повинні ретельно розглянути ці аспекти, оскільки цинормативність, гетеронормативність і медичні втручання, пов'язані з переходом, мають сильний вплив на сексуальне здоров'я.

Сексуальне задоволення було добре задокументовано як фактор покращення сексуального, психічного та фізичного здоров'я (Anderson, 2013). Окрім сексуальної функції, МП, які надають медичну допомогу у сфері сексуального здоров'я, повинні розглядати сексуальне задоволення та задоволення як ключовий фактор сексуального здоров'я. Історично склалося так, що допомога в сфері сексуального здоров'я була зосереджена на захворюваннях, і це особливо вірно для досліджень і клінічної практики в роботі з ТГР пацієнтами. Заклики до інтеграції сексуального задоволення як центральної точки в освіті та втручаннях щодо профілактики ІПСШ базуються на розумінні того, що задоволення є мотиватором поведінки (Philpott et al., 2006). ТГР люди турбуються своїм сексуальним задоволенням і потребують допомоги МП, які знають про різноманітність сексуальних практик та анатомічного функціонування в контексті охорони ТГР здоров'я.

Рекомендація 17.3

Ми рекомендуємо, щоб медичні працівники, які надають допомогу трансгендерним і гендерно різноманітним людям, могли залучати партнера(ів) пацієнта до лікування, пов'язаного з сексуальністю, якщо це необхідно.

Коли це доцільно та відповідає клінічним потребам, залучення сексуального та/або романтичного партнера (партнерів) до процесу прийняття рішень щодо сексуального здоров'я може підвищити сексуальне благополуччя та результати задоволення ТГР пацієнтів (Kleinplatz, 2012). ТГР люди можуть обрати низку медичних втручань, пов'язаних з процесом переходу, і ці втручання можуть мати неоднозначні результати на переживання досвіду анатомічної дисфорії (Bauer & Hammond, 2015). Під час обговорення впливу медичних втручань на сексуальне функціонування та задоволення залучення партнера(ів) може збільшити знання про потенційні зміни та заохотити спілкування між партнерами (Dierckx et al., 2019). Оскільки процес переходу часто не є цілком самостійною справою, залучення сексуальних та/або романтичних партнерів до медичної допомоги, пов'язаної з переходом, може полегшити процес «сумісного переходу» (Lindley et al., 2020; Siboni et al., 2022; Theron & Collier, 2013), а також може підтримувати сексуальне зростання та адаптацію як в межах особистості, так і в стосунках. Соціальні та психологічні перешкоди сексуальному функціонуванню та задоволенню, включаючи досвід гендерної дисфорії, стигматизацію, відсутність зразків для наслідування в сексі та стосунках, а також обмежені навички, можуть мати негативний вплив на загальне сексуальне здоров'я (Kerckhof et al., 2019).

Підтримуюче гендерно-піжтверджуюче сексуальне спілкування між партнерами покращує результати сексуального задоволення для ТГР людей (Stephenson et al., 2017; Wierckx, Elaut et al., 2011).

Включення сексуальних та/або романтичних партнерів пропонує додаткову можливість встановити реалістичні очікування, поширювати корисну та точну інформацію та сприяти позитивній гендерно-підтверджуючій комунікації щодо сексуального здоров'я. Однак, важливо визнавати, що індивідуальний вибір, пов'язаний із гендерним здоров'ям і переходом, повинен приймати сам пацієнт, а не партнер. Важливо, щоб партнери були залучені до догляду за сексуальним здоров'ям лише тоді, коли це доречно та за бажанням пацієнтів. Протипоказання можуть включати міжособистісну динаміку, яка є образливою або насильницькою, і в цьому випадку безпека пацієнта переважає над участю партнера. Нарешті, дуже важливо, щоб медичні працівники ставилися до всіх людей схвально та інклюзивно, включаючи сексуальних і романтичних партнерів. Це означає, наприклад, відстеження і вирішення МП власних припущень і потенційних упереджень щодо гендеру чи сексуальної орієнтації партнера(ів) пацієнта або структури стосунків пацієнта.

Рекомендація 17.4

Ми рекомендуємо медичним працівникам консультувати трансгендерних і гендерно різноманітних людей про потенційний вплив стигми та травми на ризиковану сексуальну поведінку, уникнення статевого акту та сексуальне функціонування.

ТГР спільнота непропорційно страждає від стигми, дискримінації та насильства (de Vries et al., 2020; European Union Agency for Fundamental Rights Agency, 2020; McLachlan, 2019). Цей досвід часто має травматичний характер (Burnes et al., 2016; Mizock & Lewis, 2008) і може створювати перешкоди для сексуального здоров'я, функціонування та задоволення (Bauer & Hammond, 2015). Наприклад, стигматизація наративів про трансгендерну сексуальність може посилити дисфорію та сексуальний сором, що призводить до потенційне уникнення сексуального контакту, необхідного для безпеки та оптимізації задоволення (Stephenson et al., 2017). Дослідження показують, що стигматизація, історія сексуального насильства та занепокоєння зовнішнім виглядом можуть негативно вплинути на сексуальну самооцінку та свободу експресії, наприклад, здатність наполягати на тому, що приносить їм задоволення, або домовитися про використання презерватива (Clements-Nolle et al., 2008; Dharma et al., 2019). Крім того, гендерна дисфорія може посилюватися пережитими травмами в минулому та наявними симптомами, пов'язаними з травмою (Giovanardi et al., 2018). Деяким ТГР особи може бути важко вступати в статеві стосунки, використовуючи геніталії, з якими вони народилися, і вони можуть узагалі уникати такої стимуляції, що призводить до порушення процесів збудження та/або оргазму (Anzani et al., 2021; Bauer & Hammond, 2015; Iantaffi & Bockting, 2011) або до неоднозначних почуттів щодо оргазму (Chadwick et al., 2019). Медичні працівники, які надають гендерно-підтверджуючі консультації та втручання, повинні бути обізнані щодо спектру сексуальних орієнтацій та ідентичностей (включаючи асексуальні ідентичності та практики), щоб уникати припущень, заснованих на гетеронормативних, циснормативних, аллонормативних моделях поведінки чи задоволення, а також підтверджувати потенційний вплив стигми та травма на сексуальне здоров'я та задоволення (Nieder, Güldenring et al., 2020). Іноді може бути присутнім певний рівень відсторонення або дисоціації, особливо у випадку симптомів гострої травми (Colizzi et al., 2015). Важливо, щоб медичні працівники усвідомлювали ці потенційні наслідки та могли

направляти пацієнтів за потреби до консультантів із питань травми та/або психіатричних спеціалістів, які можуть надати додаткову допомогу, а також нормалізувати та підтвердити пошук пацієнтами численних різноманітних шляхів зцілення та отримання сексуального задоволення.

Рекомендація 17.5

Ми рекомендуємо медичним працівникам, які пропонують допомогу, яка може вплинути на сексуальне здоров'я, надавати інформацію, запитувати про очікування трансгендерних і гендерно різноманітних людей та оцінювати рівень їхнього розуміння можливих змін.

Догляд, пов'язаний з переходом, може вплинути на сексуальну функцію та задоволення як позитивно, так і негативно (Holmberg et al., 2018; Kerckhof et al., 2019; Thurston & Allan, 2018; Tirapegui et al., 2020). Позитивним є те, що гендерно-підтверджуючий догляд може допомогти ТГР людям покращити своє сексуальне функціонування та підвищити сексуальне задоволення (Kloer et al., 2021; Özer et al., 2022; T'Sjoen et al., 2020). З іншого боку, дані вказують на проблемні наслідки для сексуального здоров'я через гормональні та хірургічні втручання (Holmberg et al., 2018; Kerckhof et al., 2019, Stephenson et al., 2017; Weyers et al., 2009). Гормональна терапія, пов'язані з переходом, може впливати на настрій, сексуальне бажання, здатність до ерекції та еякуляції, а також здоров'я статевих органів, що, у свою чергу, може впливати на сексуальну функцію, задоволення та сексуальне самовираження (Defreyne, Elaut et al., 2020; Garcia & Zaliznyak, 2020; Kerckhof et al., 2019; Klein & Gorzalka, 2009; Wierckx, Elaut et al., 2014). ТГР люди, які бажають використовувати свою початкову анатомію статевих органів для проникаючого секск, можуть отримати користь від ліків, які усувають побічні ефекти гормональної терапії на сексуальне здоров'я, наприклад, еректильну дисфункцію для ТГР осіб, які приймають естроген або антиандрогени, а також місцеві естрогени та/або зволожуючі засоби для ТГР осіб, які відчувають атрофію або сухість піхви внаслідок терапії тестостероном.

Вживання психотропних препаратів також може вплинути на сексуальне бажання, збудження та функціонування (Montejo et al., 2015). Оскільки деяким ТГР людям призначають лікарські препарати для лікування депресії (Heylens, Elaut et al., 2014), тривожності (Millet et al., 2017) або інших проблем із психічним здоров'ям (Dhejne et al., 2016), їхні потенційні побічні ефекти на сексуальну слід враховувати здоров'я.

Багато операцій для підтвердження гендеру можуть мати значний вплив на ерогенні відчуття, сексуальне бажання та збудження, а також на сексуальну функцію та задоволення. Вплив цих змін на пацієнтів може бути неоднозначним (Holmberg et al., 2018). Операції на грудях (зменшення грудей, мастектомія та збільшення грудей) і операції з корекції контурів тіла, наприклад, можуть запропонувати бажані зміни форми та зовнішнього вигляду, тим самим зменшуючи психологічний стрес, який може порушити сексуальне функціонування, але може негативно вплинути на ерогенні відчуття (Bekeny et al., 2020; Claes et al., 2018; Rochlin et al., 2020). Особливо операції на статевих органах можуть потенційно негативно вплинути на сексуальну функцію та задоволення, хоча вони, ймовірно, будуть сприйняті позитивно, оскільки тіло пацієнта стане більш узгодженим із його ідентичністю, потенційно відкриваючи нові шляхи для сексуального задоволення (Hess et al., 2018; Holmberg et al., 2018; Kerckhof et al., 2019). У дослідницькій літературі існує чимало прикладів цього:

- Хірургічне втручання може призвести до зменшення, повної втрати або можливого посилення ерогенної стимуляції та/або чутливості порівняно з анатомією пацієнта до операції (Garcia, 2018; Sigurjónsson et al., 2017).
- Конкретний варіант хірургічного втручання може бути пов'язаний зі специфічними обмеженнями статевої функції, які можуть проявлятися негайно або у майбутньому, і які пацієнти повинні враховувати перед остаточним вибором під час розгляду різних варіантів хірургічного втручання (Frey et al., 2016; Garcia, 2018; Isaacson et al., 2017).
- Післяхірургічні ускладнення можуть негативно вплинути на статеву функцію через зниження якості статевої функції (наприклад, дискомфорт або біль під час сексуальної активності) або через перешкоджання задовільному статевому акту (Kerckhof et al., 2019; Schardein et al., 2019).

Загалом на задоволеність будь-яким медичним лікуванням значною мірою впливають очікування пацієнта (Padilla et al., 2019). Крім того, коли пацієнти мають нереалістичні очікування перед лікуванням, вони, швидше за все, будуть незадоволені результатом, своїм лікуванням і своїм ведучим МП (Padilla et al., 2019). Таким чином, важливо як надати пацієнтам адекватну інформацію про їхні варіанти лікування, так і розуміти та враховувати те, що важливо для них щодо результатів (Garcia, 2021). Нарешті, важливо, щоб МП переконалися, що пацієнти розуміють потенційний несприятливий вплив лікування на їхню сексуальну функцію та задоволення, щоб можна було прийняти обґрунтоване рішення. Це важливо як для відповідності стандарту інформованої згоди (тобто обговорення та розуміння), так і для надання можливості запропонувати додаткові роз'яснення пацієнтам і, за бажанням, їхнім партнерам (Glaser et al., 2020).

Рекомендація 17.6

Ми рекомендуємо медичним працівникам, які надають допомогу трансгендерним і гендерно різноманітним людям, консультувати підлітків і дорослих щодо профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом.

ВООЗ (WHO, 2015) рекомендує МП запровадити короткі бесіди на тему сексуального здоров'я, у закладах первинної медичної допомоги для підлітків і дорослих. Таким чином, сексуально активні особи, які ведуть статеве життя або планують його розпочати, можуть отримати користь від консультування щодо сексуальності з метою профілактики ВІЛ/ІПСШ. Ці розмови є особливо важливими, оскільки ТГР люди непропорційно страждають від вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) та інших інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), порівняно з цисгендерними людьми (Baral et al., 2013; Becasen et al., 2018; Poteat et al., 2016). Однак доступно мало даних щодо ІПСШ, не пов'язаних з ВІЛ, таких як хламідіоз, гонорея, сифіліс, вірусний гепатит і вірус простого герпесу (Tomson et al., 2021). За оцінками Об'єднаної Програми ООН з ВІЛ/СНІДу, трансгендерні жінки в 12 разів частіше, ніж інші дорослі, живуть з ВІЛ (UNAIDS, 2019). Згідно з мета-аналізом, сукупна глобальна поширеність ВІЛ серед трансгендерних жінок, які мають секс з чоловіками, становить 19% (Baral et al., 2013). Ризик інфікування ВІЛ/ІПСШ зосереджений серед ТГР підгруп на перехресті багатьох біологічних, психологічних, міжособистісних і структурних вразливостей. Зокрема, трансфемінні особи, які мають секс з цисгендерними чоловіками, належать до меншинних расових/етнічних груп, живуть у бідності та належать до групи секс-працівниць,

мають підвищений ризик інфікування ВІЛ/ІПСШ (Becasen et al., 2018; Poteat et al., 2015; Poteat et al., 2016). Менше відомо про ризик ВІЛ/ІПСШ серед трансгендерних чоловіків або інших гендерно різноманітних осіб, ВЖПН. Невеликі дослідження в країнах з високим рівнем доходу вказують на лабораторно підтверджену поширеність ВІЛ серед трансмаскулінних людей на рівні 0-4% (Becasen et al., 2018; Reisner & Murchison, 2016). У країнах з високим рівнем поширеності ВІЛ майже жодних досліджень не проводилося з трансмаскулінними людьми, які мають секс із цисгендерними чоловіками. Незважаючи на обмежені епідеміологічні дані, трансмаскулінні особи, які мають секс з цисгендерними чоловіками, часто повідомляють про ризик інфікування ВІЛ/ІПСШ, пов'язаний із приймаючим вагінальним та/або анальним сексом (Golub et al., 2019; Reisner et al., 2019; Scheim et al., 2017). Також, вони можуть бути більш сприйнятливими до інфікування ВІЛ під час вагінального статевого акту, ніж цисгендерні жінки (до менопаузи) через вагінальну атрофію, пов'язану з гормонами.

МП повинні будуть доповнити загальні вказівки через розвитку знань і навичок, необхідних для обговорення проблем сексуального здоров'я з ТГР людьми в локальних умовах, наприклад використання гендерно-підтверджуючої мови, прийнятної для цих груп (див. Рекомендацію 17.1 у цьому Розділі). Важливо, щоб медпрацівники уникали припущень про ризик зараження ВІЛ/ІПСШ виключно на основі гендерної приналежності або анатомії пацієнта. Наприклад, багато трансгендерних людей не є сексуально активними, а інші ТГР люди можуть використовувати для сексу протези чи сексуальні іграшки. Щоб надати відповідні профілактичні консультації, медичні працівники повинні запитати про конкретні сексуальні дії, які практикують ТГР люди, а також про частини тіла (або протези), залучені до цих дій (ACON, 2022). Добре підготовлені медичні працівники (включаючи, але не обмежуючись, постачальників послуг з питань психічного здоров'я) також можуть брати участь у поглибленому консультуванні своїх пацієнтів щодо вирішення основних факторів ризику ВІЛ/ІПСШ (див. Рекомендацію 17.3 у цьому Розділі).

У всіх випадках МП повинні бути чутливими до колективної та індивідуальної історії ТГР людей (наприклад, стереотипів і стигми щодо трансгендерної сексуальності та гендерної дисфорії), і повинні пояснювати пацієнтам причини запитів, пов'язаних із сексуальністю, і добровільний характер таких запитів. Обговорюючи питання профілактики ВІЛ/ІПСШ, МП повинні звертатися до повного спектру варіантів профілактики, включаючи бар'єрні методи, постконтактну профілактику, доконтактну профілактику та лікування ВІЛ для запобігання подальшій передачі (WHO, 2021). Транс-специфічні міркування щодо доконтактної профілактики розглядаються у Рекомендації 17.8.

Рекомендація 17.7

Ми рекомендуємо медичним працівникам, які надають допомогу трансгендерним і гендерно різноманітним людям, дотримуватись місцевих рекомендацій і рекомендацій Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я щодо скринінгу, профілактики та лікування вірусу імунодефіциту людини/інфекцій, що передаються статевим шляхом (ВІЛ/ІПСШ).

Як і цисгендерним пацієнтам, ТГР підліткам і дорослим слід запропонувати скринінг на ВІЛ/ІПСШ відповідно до існуючих рекомендацій і на основі їх індивідуального ризику інфікування, враховуючи анатомію та поведінку, а не лише гендерну ідентичність. Якщо місцеві або національні рекомендації недоступні, ВООЗ (WHO, 2019a) пропонує глобальні рекомендації; трансгендерним особам,

які мають секс з цисгендерними чоловіками, як ключовій групі населення, вразливої ВІЛ, рекомендовано проводити більш часті скринінги.

Гендерно-підтверджуючі операції на статевих органах із підтвердженням статі впливають на ризики ІПСШ і потреби в скринінгу, як зазначено в нещодавніх рекомендаціях Центру Контролю Захворювань США (Workowski et al., 2021). Наприклад, трансфемінні особи, яким була проведена інверсійна вагінопластика статевого члена з використанням лише шкіри статевого члена та мошонки для вистилання вагінального каналу, ймовірно, мають менший ризик інфікування хламідіозом (Chlamydia trachomatis) та гонореєю (Neisseria gonorrhoeae), але нові хірургічні методи, які використовують щічну або уретральну слизову оболонку теоретично можуть підвищити сприйнятливість до бактеріальних ІПСШ порівняно з використанням лише шкіри статевого члена/мошонки (Van Gerwen et al., 2021). Звичайний скринінг неовагіни на ІПСШ (у разі її виявлення) рекомендується всім трансфемінним особам, які перенесли вагінопластику (Workowski et al., 2021). Для трансмаскулінних осіб, які мали метоідіопластику з подовженням уретри, але не вагінектомію, тестування на бактеріальні урогенітальні ІПСШ повинно включати цервікальний мазок, оскільки інфекції можуть не бути виявлені в сечі (Workowski et al., 2021).

Крім того, для МП важливо пропонувати тестування в кількох анатомічних місцях, оскільки ІПСШ у трансгендерних пацієнтів часто є екстрагенітальним (Hiransuthikul et al., 2019; Pitasi et al., 2019). Відповідно до рекомендацій ВООЗ (WHO, 2020), самостійний збір зразків для тестування на ІПСШ слід запропонувати як варіант, особливо якщо пацієнти відчувають дискомфорт або не бажають проходити аналізи, зібрані постачальником, через гендерну дисфорію та/або історію травм. У відповідних випадках інтеграція тестування на ВІЛ/ІПСШ із регулярною серологією, що використовується для моніторингу гормональної терапії, може полегшити доступ до медичної допомоги (Reisner, Radix et al., 2016; Scheim & Travers, 2017).

Рекомендація 17.8

Ми рекомендуємо медичним працівникам, які надають допомогу трансгендерним і гендерно різноманітним людям, вирішувати проблеми щодо можливої взаємодії між антиретровірусними препаратами та гендерно-підтверджуючою гормональною терапією.

Для ТГР підлітків і дорослих із значним ризиком інфікування ВІЛ (що визначається ВООЗ як “триваючі серодискордантні стосунки або секс без презерватива поза взаємними моногамними стосунками з відомим ВІЛ-негативним партнером”; (WHO, 2017)), доконтактна профілактика (PrEP) є важливим варіантом профілактики ВІЛ (Golub et al., 2019; Sevelius et al., 2016; WHO, 2021). Щоб заохотити використання PrEP, у 2021 році Центри Контролю за Захворюваннями США рекомендували інформувати всіх сексуально активних підлітків і дорослих про PrEP і надавати його за запитом (CDC, 2021). Для лікування людей, які живуть з ВІЛ, у деяких місцях доступні рекомендації для трансгендерних осіб (наприклад, Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2019).

Як для профілактики, так і для лікування ВІЛ існують особливості дозування та застосування антиретровірусних препаратів для ТГР осіб. Для перорального PrEP наразі рекомендовано лише щоденне дозування для ТГР осіб, оскільки дослідження, що демонструють ефективність PrEP із застосуванням емтрицитабіну/тенофовіру дизопроксилу фумарату (TDF), були обмежені цисгендерними чоловіками (WHO, 2019c). Крім того, незважаючи на те, що емтрицитабін/тенофовір алафенамід (TAF) є новим

пероральним варіантом PrEP, на початку 2022 року його не рекомендовали людям із ризиком зараження ВІЛ через приймаючий вагінальний секс через відсутність доказів ефективності (CDC, 2021). Нарешті, ін'єкційні препарати тривалої дії як для PrEP, так і для лікування ВІЛ стають все більш доступними (наприклад, каботегравір для PrEP), і хоча вони рекомендуються всім пацієнтам, яким можуть бути корисні ін'єкційні варіанти, зазначені місця ін'єкцій (наприклад, сідничний м'яз) можуть бути непридатним для осіб, які використовували наповнювачі м'яких тканин (Rael et al., 2020).

Існує мало доказів, що підтверджують взаємодію між гендерно-підтверджуючими гормональними препаратами і препаратами PrEP. Кілька невеликих досліджень показали зниження концентрації PrEP у трансгендерних жінок, які проходили гормональну терапію, хоча концентрації залишалися в безпечному діапазоні (Yager & Anderson, 2020). Подальше дослідження взаємодії гормональних препаратів з використанням PrEP терапії не виявило значного впливу гормональної терапії на концентрацію PrEP у трансгендерних жінок і показало, що трансгендерні жінки та чоловіки, які приймали гормональну терапію, досягли високого рівня захисту від ВІЛ-інфекції (Grant et al., 2020). Найважливіше те, що для багатьох ТГР людей не було виявлено впливу PrEP на концентрацію гормонів. Що стосується лікування ВІЛ, специфічні антиретровірусні препарати можуть впливати на концентрацію гормонів; однак цим можна керувати шляхом вибору альтернативних препаратів та/або моніторингу з коригуванням дози гормонів (Cirrincione et al., 2020), як детально описано в рекомендаціях Міністерства Охорони Здоров'я та Соціальних Служб США (Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2019). Тим не менш, занепокоєння щодо взаємодії між ліками, є перешкодою для впровадження та дотримання антиретровірусної терапії для профілактики або лікування ВІЛ, особливо, якщо ця взаємодія може обмежити концентрацію гормонів (Radix et al., 2020; Sevelius et al., 2016). Таким чином, медичним працівникам доцільно активно вирішувати такі проблеми з тими, хто отримує PrEP або лікування ВІЛ. Інтеграція PrEP або лікування ВІЛ з гормональною терапією може ще більше зменшити перешкоди для впровадження та дотримання (Reisner, Radix et al., 2016). Інтеграція може бути досягнута шляхом спільного розміщення або через координацію роботи зі спеціалістом з ВІЛ, якщо постачальник первинної медичної допомоги не має необхідного досвіду. Деяким ТГР особам може бути корисними послуги сексуального здоров'я, які забезпечують більшу конфіденційність і гнучкість, і тому потрібні диференційовані моделі надання послуг (Wilson et al., 2021).

РОЗДІЛ 18 — Психічне здоров'я

Цей Розділ містить рекомендації для медичних працівників (МП) і спеціалістів у сфері психічного здоров'я (СПЗ), які надають психіатричну допомогу дорослим трансгендерним і гендерно різноманітним (ТГР) особам. Він не призначений для заміни Розділів про діагностику чи оцінювання людей під час гормонального або хірургічного втручання. Багатьом ТГР людям не знадобиться психотерапія чи інші форми психіатричної допомоги під час переходу, тоді як інші можуть скористатися підтримкою постачальників послуг психічного здоров'я та систем (Dhejne et al., 2016).

Деякі дослідження показали більшу поширеність депресії (Witcomb et al., 2018), тривожності (Bouman et al., 2017) та суїцидальності (Arcelus et al., 2016; Bränström & Pachankis, 2022; Davey et al., 2016; Dhejne, 2011; Herman et al., 2019) among TGD people (Jones et al., 2019; Thorne, Witcomb et al., 2019) серед ТГР людей (Jones та ін., 2019; Thorne, Witcomb та ін., 2019), ніж у загальній популяції, особливо серед тих, хто потребує необхідного з медичної точки зору гендерно-підтверджуючого лікування (див. твердження про медичну необхідність в Розділі 2 — Глобальна застосовність, Рекомендація 2.1). Однак трансгендерна ідентичність не є психічним захворюванням, і ці підвищені показники пов'язані зі складною травмою, суспільною стигмою, насильством і дискримінацією (Nuttbrock et al., 2014; Peterson et al., 2021). Крім того, психіатричні симптоми зменшуються за допомогою відповідної гендерно-підтверджуючих медичних та хірургічних втручань (ГПМХВ) (Aldridge et al., 2020; Almazan and Keuroghlian; 2021; Bauer et al., 2015; Grannis et al., 2021) і втручань, які зменшують дискримінацію та стрес меншості (Bauer et al., 2015; Heylens, Verroken et al., 2014; McDowell et al., 2020).

Лікування станів психічного здоров'я має надаватися персоналом і здійснюватися за допомогою систем, які поважають автономію пацієнтів і визнають гендерну різноманітність. СПЗ, які працюють з трансгендерними людьми, повинні використовувати активне слухання як метод заохочення до дослідження в осіб, які не впевнені щодо своєї гендерної ідентичності. Замість того, щоб нав'язувати власні наративи чи упередження, СПЗ мають допомагати своїм клієнтам визначати їхній власний шлях. У той час як багато трансгендерів потребують медичного чи хірургічного втручання або звертаються за психіатричною допомогою, інші можуть цього не робити (Margulies et al., 2021). Таким чином, результати досліджень із залученням клінічних популяцій не слід екстраполювати на всю трансгендерну популяцію. Лікування психічних захворювань і розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, є важливим, але не повинно бути перешкодою для догляду, пов'язаного з переходом. Напроти, втручання для лікування ментальних та поведінкових розладів мають сприяти успішним результатам процесу переходу, що може покращити якість життя пацієнта (Nobili et al., 2018).

Усі твердження в цьому розділі були рекомендовані на основі ретельного аналізу доказів, оцінки користі та шкоди, цінностей і переваг постачальників і пацієнтів, а також використання ресурсів і здійсненності. У деяких випадках ми визнаємо, що докази обмежені та/або послуги можуть бути недоступними або небажаними.

Рекомендації

18.1 — Ми рекомендуємо спеціалістам з психічного здоров'я звернути увагу на симптоми станів психічного здоров'я, які перешкоджають здатності людини давати згоду на гендерно-підтверджуюче лікування, перш ніж розпочати це лікування.

18.2 — Ми рекомендуємо фахівцям із психічного здоров'я надавати догляд і підтримку трансгендерним

і гендерно різноманітним особам для усунення симптомів психічного здоров'я, які перешкоджають здатності людини брати участь у необхідному післяопераційному догляді перед гендерно-підтверджуючими операціями.
18.3 — Ми рекомендуємо спеціалістам з психічного здоров'я оцінювати потенційний негативний вплив симптомів психічного розладу, або зловживання психоактивними речовинами (якщо такі є) на результати конкретної процедури з підтвердженням статі.
18.4 — Ми рекомендуємо медичним працівникам оцінити потребу трансгендерних і гендерно різноманітних людей в психосоціальній та практичній підтримці під час післяопераційного періоду, пов'язаного із гендерно-підтверджуючою операцією з підтвердження статі.
18.5 — Ми рекомендуємо професіоналам охорони здоров'я консультувати та допомагати трансгендерним і гендерно різноманітним людям відмовитися від тютюну/нікотину перед гендерно-підтверджуючими операціями.
18.6 — Ми рекомендуємо медичним працівникам продовжувати існуюче гормональне лікування, якщо трансгендерні та гендерно різноманітні особи потребують госпіталізації в психіатричному або медичному стаціонарному відділенні, якщо немає протипоказань.
18.7 — Ми рекомендуємо медичним працівникам переконатися, що якщо трансгендерним і гендерно різноманітним особам потрібна стаціонарна психіатрична, або медична допомога при зловживанні психоактивними речовинами, то весь персонал закладу використовує правильні імена та займенники (як надає пацієнт), а також надає доступ до туалету та палати, які відповідають гендерній ідентичності людини.
18.8 — Ми рекомендуємо фахівцям із психічного здоров'я заохочувати, підтримувати та розширювати можливості трансгендерних і гендерно різноманітних людей для створення та підтримки систем соціальної підтримки, включаючи однолітків, друзів і сім'ю.
18.9 — Ми рекомендуємо, щоб медичні працівники не вимагали від трансгендерних і гендерно різноманітних людей проходження психотерапії перед початком гендерно-підтверджуючих втручань, однак ми визнаємо, що психотерапія може бути корисною для деяких трансгендерних і гендерно різноманітних людей.
18.10 — Ми рекомендуємо не пропонувати «репаративну» та «конверсійну» терапію, спрямовану на спробу змінити гендерну ідентичність людини та її гендерну експресію більш відповідними статі, визначеній при народженні.

Рекомендація 18.1

Ми рекомендуємо спеціалістам з психічного здоров'я звернути увагу на симптоми станів психічного здоров'я, які перешкоджають здатності людини давати згоду на гендерно-підтверджуюче лікування, перш ніж розпочати це лікування.

Оскільки зазвичай вважається, що пацієнти здатні дати згоду на лікування, потрібна індивідуальна оцінка впливу наявних когнітивних порушень, психозів чи інших психічних розладів на здатність давати інформовану згоду (Applebaum, 2007). Інформована згода є центральною для надання медичної допомоги. Лікар повинен проінформувати пацієнта про ризики, переваги та альтернативи будь-якої запропонованої допомоги, щоб пацієнт міг зробити усвідомлений добровільний вибір (Berg et al., 2001). Інформовану згоду повинні отримати як лікар первинної ланки, ендокринолог, який призначає гормональну терапію, так і хірург, який виконує операцію. Подібним чином і СПЗ отримують інформовану згоду на лікування психічних розладів та можуть проконсультувати інших МП щодо здатності пацієнта дати інформовану згоду, коли виникає це питання. Психічні захворювання та зловживання психоактивних речовин, зокрема когнітивні порушення та психози, можуть погіршити здатність людини оцінювати ризики та переваги лікування (Hostiuc et al., 2018). І навпаки, пацієнт також може мати значне психічне захворювання, але все ще бути в змозі зрозуміти ризики та переваги конкретного лікування (Carpenter et al., 2000). Міждисциплінарна комунікація є важливою у складних випадках, і за потреби слід використовувати консультації експертів (Karasic & Fraser, 2018). Для багатьох

пацієнтів труднощі з розумінням ризиків і переваг конкретного лікування можна подолати за допомогою часу та ретельного пояснення. Для деяких пацієнтів лікування основного захворювання, яке перешкоджає здатності давати інформовану згоду, наприклад, лікування психозу, дозволить пацієнту отримати здатність давати згоду на необхідне лікування. Однак симптоми психічного розладу, такі як тривожність або депресивні симптоми, які не впливають на здатність дати згоду, не повинні бути перешкодою для гендерно-підтверджуючого медичного лікування, особливо тому, що це лікування, як було встановлено, зменшує вираженість симптоматики психічних розладів (Aldridge et al., 2020).

Рекомендація 18.2

Ми рекомендуємо фахівцям із психічного здоров'я надавати догляд і підтримку трансгендерним і гендерно різноманітним особам для усунення симптомів психічного здоров'я, які перешкоджають здатності людини брати участь у необхідному післяопераційному догляді перед гендерно-підтверджуючими операціями.

Нездатність адекватно брати участь у післяопераційному догляді через психічне захворювання або вживання психоактивних речовин слід розглядати не як перешкоду для переходу, а як показання до надання психіатричної допомоги та соціальної підтримки (Karasic, 2020). Психічні захворювання та розлади вживання психоактивних речовин можуть погіршити здатність пацієнта брати участь у післяопераційному догляді (Barnhill, 2014). Для хорошого результату може знадобитися відвідування МП, догляд за ранами та інші доглядові процедури (наприклад, розширення після вагінопластики). Пацієнту з поведінковим розладом, пов'язаним із вживанням психоактивних речовин, може бути важко записатися на необхідні прийоми до лікаря первинної медичної допомоги та хірурга. Пацієнт із психозом або важкою депресією може знехтувати своєю раною або не звертати уваги на інфекцію чи ознаки дегісценції (Lee, Marsh et al., 2016). Активне психічне захворювання пов'язане з більшою потребою в подальшій невідкладній медичній та хірургічній допомозі після початкової операції (Wimalawansa et al., 2014).

У цих випадках лікування психічного захворювання або розладу вживання психоактивних речовин може допомогти в досягненні успішних результатів. Організація додаткової підтримки пацієнта з боку сім'ї та друзів або домашнього медичного працівника може допомогти пацієнту брати достатню участь у доопераційному догляді для продовження операції. Переваги лікування психічного здоров'я, які можуть відстрочити хірургічне втручання, слід порівнювати з ризиками відстрочки хірургічного втручання та включати оцінку впливу на психічне здоров'я пацієнтів, які затримки можуть спричинити у вирішенні гендерної дисфорії (Byne et al., 2018).

Рекомендація 18.3

Ми рекомендуємо спеціалістам з психічного здоров'я оцінювати потенційний негативний вплив симптомів психічного розладу, або зловживання психоактивними речовинами (якщо такі є) на результати конкретної процедури з підтвердженням статі.

Гендерно-підтверджуючі хірургічні процедури відрізняються за своїм впливом на пацієнта. Деякі з них вимагають більшої здатності дотримуватись передопераційного планування, а також брати участь у післяопераційному догляді для досягнення найкращих результатів (Tollinche et al., 2018). Симптоми психічного здоров'я можуть впливати на здатність пацієнта брати участь у догляді, необхідному для будь-

якої хірургічної процедури (Paredes et al., 2020). Оцінка психічного здоров'я може надати можливість розробити стратегії для усунення потенційного негативного впливу симптомів психічного здоров'я на результати та спланувати підтримку здатності пацієнта брати участь у плануванні та догляді. Доведено, що гендерно-підтверджуючі хірургічні процедури полегшують симптоми гендерної дисфорії та покращують стан психічного здоров'я (Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2017). Ці переваги порівнюються з ризиками кожної процедури, коли пацієнт і лікар вирішують, чи продовжувати лікування. МП можуть допомогти ТГР людям у перегляді інструкцій щодо планування післяопераційного догляду для кожної хірургічної процедури (Karasic, 2020). Постачальник і пацієнт можуть спільно визначити необхідну підтримку або ресурси, необхідні для дотримання записів на періопераційний догляд, отримання необхідних витратних матеріалів, вирішення фінансових питань та виконання інших передопераційних координацій та планування. Крім того, можна досліджувати проблеми, пов'язані із зовнішнім виглядом і функціональними очікуваннями, включаючи вплив цих різних факторів на гендерну дисфорію.

Рекомендація 18.4

Ми рекомендуємо медичним працівникам оцінити потребу трансгендерних і гендерно різноманітних людей в психосоціальній та практичній підтримці під час післяопераційного періоду, пов'язаного із гендерно-підтверджуючою операцією з підтвердження статі.

Незалежно від спеціальності, усі МП несуть відповідальність за підтримку пацієнтів у доступі до медично необхідної допомоги. Коли МП працюють із пацієнтами з ТГД, коли вони готуються до хірургічних процедур з підтвердженням статі, вони повинні оцінити рівні необхідної психосоціальної та практичної підтримки (Deutsch, 2016b). Оцінка є першим кроком у визначенні того, де може знадобитися додаткова підтримка, і покращенні здатності працювати разом з особою для успішного проходження до-, пери- та післяопераційного періодів (Tollinche et al., 2018). У післяопераційний період важливо допомогти пацієнтам оптимізувати функціонування, забезпечити стабільне житло, коли це можливо, створити соціальну та сімейну підтримку, оцінивши їх унікальну ситуацію, спланувати шляхи реагування на медичні ускладнення, орієнтуватися в потенційному впливі на роботу/дохід та подолати додаткові перешкоди, з якими можуть зіткнутися деякі пацієнти, наприклад, впоратися з електролізом і відмовою від тютюну (Berli et al., 2017). У складній медичній системі не всі пацієнти зможуть самостійно орієнтуватися в процедурах, необхідних для отримання медичної допомоги, а МП та навігатори зі спільнот можуть підтримувати пацієнтів у цьому процесі (Deutsch, 2016a).

Рекомендація 18.5

Ми рекомендуємо професіоналам охорони здоров'я консультувати та допомагати трансгендерним і гендерно різноманітним людям відмовитися від тютюну/нікотину перед гендерно-підтверджуючими операціями.

Трансгендерні люди має вищі показники споживання тютюну та нікотину (Kidd et al., 2018). Однак багато з них не знає про добре задокументовані ризики для здоров'я, пов'язані з курінням (Bryant et al., 2014). Споживання тютюну підвищує ризик розвитку проблем зі здоров'ям (наприклад, тромбозу) в

осіб, які отримують гендерно-підтверджуючу гормональну терапію, зокрема її варіанти, засновані на естрогені (Chipkin & Kim, 2017).

Вживання тютюну асоціюється з гіршими результатами пластичної хірургії, включаючи загальні ускладнення, некроз тканин і необхідність хірургічного перегляду (Coon et al., 2013). Куріння також підвищує ризик післяопераційних інфекцій (Kaoutzanis et al., 2019). Доведено, що вживання тютюну впливає на процес загоєння після будь-якої операції, включно з гендерно-підтверджуючими операціями (наприклад, реконструктивна хірургія грудної клітки, хірургія статевих органів) (Pluvy, Garrido et al., 2015). Тютюнопаління підвищує ризик некрозу шкіри, сповільненого загоєння ран і розладів утворення рубців через гіпоксію та ішемію тканин (Pluvy, Panouilleres et al., 2015). З огляду на це хірурги рекомендують припинити вживання тютюну/нікотину перед гендерно-підтверджуючими операціями та утримуватися від куріння протягом кількох тижнів після операції, доки рана повністю не загоїться (Matei & Danino, 2015). Незважаючи на ризики, припинення може бути важким для пацієнта, оскільки тютюнопаління та вживання нікотину викликають звикання, а також використовуються як механізм долаючої поведінки (Matei et al., 2015). Медичні працівники, які спостерігають за пацієнтами перед операцією, включаючи психіатричну та первинну медичну допомогу, повинні обговорювати вживання тютюну/нікотину з окремими особами, які перебувають на їхньому лікуванні, і або допомагати ТГР людям отримати доступ до програм відмови від куріння, або надавати лікування безпосередньо (наприклад, використовувати вареніклін або бупропіон).

Рекомендація 18.6

Ми рекомендуємо медичним працівникам продовжувати існуюче гормональне лікування, якщо трансгендерні та гендерно різноманітні особи потребують госпіталізації в психіатричному або медичному стаціонарному відділенні, якщо немає протипоказань.

ТГР людям, які потрапляють у стаціонарні психіатричні, токсикологічні або медичні відділення, слід підтримувати поточні схеми гормональної терапії. Відсутні докази, що підтверджують регулярне припинення прийому гормонів перед зверненням до лікаря чи психіатра. Рідко у нещодавно госпіталізованого пацієнта може бути діагностовано медичне ускладнення, що потребує припинення гормонального лікування, наприклад, гостра венозна тромбоемболія (Deutsch, 2016a). Немає переконливих доказів регулярного припинення гормонального лікування перед хірургічними втручаннями, тому перед цим рішенням слід оцінити ризики та переваги для кожного окремого пацієнта (Boskey et al., 2018).

Доведено, що гормональне лікування покращує якість життя та зменшує депресію та тривожність (Aldridge et al., 2020; Nguyen et al., 2018; Nobili et al., 2018; Owen-Smith et al., 2018, Rowniak et al., 2019). Доступ до гендерно-підтверджуючого медичного лікування пов’язаний зі значним зниженням ризику спроби самогубства (Bauer et al., 2015). Припинення регулярного прийому гормонів позбавляє пацієнта цих позитивних ефектів і, отже, може суперечити цілям госпіталізації.

Деякі постачальники можуть не знати про низький ризик заподіяння шкоди та високу потенційну користь від продовження лікування, пов’язаного з переходом, у стаціонарних умовах. Дослідження медичних шкіл США та Канади показало, що студенти отримували в середньому 5 годин курсу, пов’язаного з ЛГБТ, протягом чотирьох років навчання (Obedin-Maliver et al., 2011). Згідно з опитуванням

лікарів невідкладної медичної допомоги, які часто відповідають за швидке прийняття рішень щодо ліків під час госпіталізації пацієнтів, у той час як 88% повідомили, що доглядають за трансгендерними пацієнтами, лише 17,5% пройшли будь-яке офіційне навчання щодо цієї групи населення (Chisolm-Straker et al., 2018). У міру того, як освіта щодо трансгендерних тем зростає, більше постачальників послуг усвідомлюють важливість підтримки гормональних схем трансгендерних пацієнтів під час госпіталізації.

Рекомендація 18.7

Ми рекомендуємо медичним працівникам переконатися, що якщо трансгендерним і гендерно різноманітним особам потрібна стаціонарна психіатрична, або медична допомога при зловживанні психоактивними речовинами, то весь персонал закладу використовує правильні імена та займенники (як надає пацієнт), а також надає доступ до туалету та палати, які відповідають гендерній ідентичності людини.

Багато ТГР пацієнтів стикаються з дискримінацією в різних закладах охорони здоров'я, включаючи лікарні, психіатричні заклади та програми лікування від наркоманії (Grant et al., 2011). Коли системи охорони здоров'я не в змозі пристосуватись до ТГР осіб, вони посилюють тривале соціальне відчуження, яке багато хто зазнав (Karasic, 2016). Досвід дискримінації в медичних установах призводить до уникнення необхідної медичної допомоги через очікувану дискримінацію (Kcomt et al., 2020).

Дослідження показують, що до основних предикторів суїцидальності у ТГР пацієнтів відносяться досвід дискримінації, якого зазнали ТГР особи, (Rood et al., 2015; Williams et al., 2021), стрес гендерних меншин, пов'язаний із відмовою та запереченням(Testa et al., 2017), а також відмова у доступі до санвузлів, що відповідають гендерній ідентичності (Seelman, 2016). Однак використання обраних ТГР людьми імен та займенників було пов'язане з меншими проявами депресії та суїцидальності (Russell et al., 2018). Необхідно звернути увагу на структурну та інтерналізовану трансфобію, щоб зменшити частоту спроб суїциду серед ТГР людей (Brumer et al., 2015). Щоб успішно надавати допомогу, заклади охорони здоров'я повинні мінімізувати шкоду, завдану пацієнтам через трансфобію, поважаючи та пристосовуючись до ТГР ідентичностей.

Рекомендація 18.8

Ми рекомендуємо фахівцям із психічного здоров'я заохочувати, підтримувати та розширювати можливості трансгендерних і гендерно різноманітних людей для створення та підтримки систем соціальної підтримки, включаючи однолітків, друзів і сім'ю.

У той час як стрес меншини та прямі наслідки дискримінації в суспільстві можуть бути шкідливими для психічного здоров'я ТГР людей, соціальна підтримка може допомогти зменшити цю шкоду (Trujillo et al., 2017). ТГР діти часто негативно сприймають відторгнення з боку родини та однолітків, а також трансфобію, яка їх оточує (Amodeo та ін., 2015). Крім того, трансфобне насильство може мати місце протягом усього життя людини та особливо загострюватися у підлітковому віці (Nuttbrock et al., 2010).

Розвиток підтверджуючої соціальної підтримки є захистом психічного здоров'я, діючи як буфер проти несприятливих наслідків насильства, стигми та дискримінації (Bockting et al., 2013), може допомогти орієнтуватися в системах охорони здоров'я (Jackson Levin et al., 2020) і може сприяти

підвищенню психологічної стійкості ТГР людей (Bariola et al., 2015; Başar and Öz, 2016). Було виявлено, що різноманітні джерела соціальної підтримки, особливо ЛГБТК+ однолітки та сім'я, пов'язані з кращими результатами для психічного здоров'я, благополуччя та якості життя (Bariola et al., 2015; Başar et al., 2016; Kuper, Adams et al., 2018; Puckett et al., 2019). Було запропоновано, щоб соціальна підтримка сприяла розвитку механізмів подолання та сприяла позитивним емоційним переживанням протягом усього процесу переходу (Budge et al., 2013).

Медичні працівники можуть підтримати пацієнтів у розробці систем соціальної підтримки, які дозволять їм бути визнаними та прийняти їхню автентичну особистість і допоможуть їм впоратися з симптомами гендерної дисфорії. Міжособистісні проблеми та відсутність соціальної підтримки пов'язані з більшою частотою проблем із психічним здоров'ям у ТГР людей (Bouman, Davey et al., 2016; Davey et al., 2015) і, як було показано, є предиктором результатів гендерно-підтверджуючого медичного лікування (Aldridge et al., 2020). Таким чином, МП повинні заохочувати та підтримувати ТГР людей у процесі розробки та підтримки систем соціальної підтримки. Цей досвід може сприяти розвитку навичок міжособистісного спілкування та допомогти впоратися з суспільною дискримінацією, потенційно зменшуючи схильність до самогубства та покращуючи психічне здоров'я (Pflum et al., 2015).

Рекомендація 18.9

Ми рекомендуємо, щоб медичні працівники не вимагали від трансгендерних і гендерно різноманітних людей проходження психотерапії перед початком гендерно-підтверджуючих втручань, однак ми визнаємо, що психотерапія може бути корисною для деяких трансгендерних і гендерно різноманітних людей.

Психотерапія має довгу історію використання в клінічній роботі з ТГР людьми (Fraser, 2009b). Цілі, вимоги, методи та принципи психотерапії були складовою частиною Стандартів Медичної Допомоги, яка розвивалася з початкових версій (Fraser, 2009a). На даний момент психотерапевтична допомога та консультування з ТГР людьми можуть бути використані для вирішення поширених психологічних проблем, пов'язаних із подоланням гендерної дисфорії, а також можуть допомогти деяким особам у процесі виходу (Hunt, 2014). Психологічні втручання, включаючи психотерапію, пропонують ефективні інструменти та забезпечують контекст для індивіда, наприклад, самопізнання власної гендерної ідентичності та її експресії, посилення самосприйняття, а також покращення стійкості у ворожому середовищі (Matsuno and Israel, 2018). Психотерапія є усталеним альтернативним терапевтичним підходом до лікування симптомів психічного здоров'я, які можуть бути виявлені під час первинної оцінки або пізніше під час подальшого спостереження для гендерно-підтверджуючих медичних втручань. Нещодавні дослідження показують, що хоча прояви симптоми психічних розладів зменшуються після гендерно-підтверджуючого медичного лікування, рівень тривожності залишається високим (Aldridge et al., 2020). Це свідчить про те, що психологічна терапія може відігравати певну роль у допомозі особам, які продовжують страждати від симптомів тривожності після гендерно підтверджуючого лікування.

Останніми роками повідомлялося про застосування та потенційні переваги конкретних психотерапевтичних методів (Austin et al., 2017; Budge, 2013; Budge et al., 2021; Embaye, 2006; Fraser, 2009b; Heck et al., 2015). Спеціальні моделі психотерапії були запропоновані для дорослих трансгендерних і небінарних осіб (Matsuno & Israel, 2018). Проте необхідні додаткові емпіричні дані щодо порівняння

переваг різних психотерапевтичних моделей (Catelan et al., 2017). Психотерапія може сприйматися трансгендерними особами як страшний, так і корисний досвід (Applegarth & Nuttall, 2016) і створює проблеми для терапевта у формуванні психотерапевтичного альянсу, коли психотерапія пов'язана з подальшим отриманням доступу до медичних втручань (Budge, 2015).

Досвід показує, що багато трансгендерних і небінарних осіб вирішують пройти гендерно-підтверджуюче медичне лікування з незначним використанням психотерапії або взагалі без неї (Spanos et al., 2021). Незважаючи на те, що різні методи психотерапії можуть бути корисними з різних причин до, під час і після гендерно-підтверджуючих медичних процедур і наявність різних рівнів бажання отримувати послуги з психотерапії на різних етапах переходу (Mayer et al., 2019), вимога до її проходження для початку медичних процедур, не була підтверджена як така, що приносять користь пацієнтам і може бути шкідливою перешкодою.

Рекомендація 18.10

Ми рекомендуємо не пропонувати «репаративну» та «конверсійну» терапію, спрямовану на спробу змінити гендерну ідентичність людини та її гендерну експресію більш відповідними статі, визначеній при народженні.

Багато визнаних медичних та психіатричних організацій у всьому світу протистоїть використанню «репаративної» або «конверсійної» терапії або спроб «зміни» гендерної ідентичності. До цих організацій належать Всесвітня Психіатрична Асоціація, Панамериканська Організацію Охорони Здоров'я, Американська Психіатрична та Американська Психологічна Асоціації, Королівський Коледж Психіатрів і Британське Психологічне Товариство. Багато штатів США ввели заборону на практику конверсійної терапії з неповнолітніми. Зусилля щодо зміни гендерної ідентичності стосуються втручань СПЗ або інших, які намагаються змінити гендерну ідентичність або експресію, щоб вони більше відповідали тим, які пов'язують зі статтю людини, визначеною при народженні (American Psychological Association, 2021).

Прихильники «конверсійної терапії» припускають, що вона потенційно може дозволити людині краще вписатися в свій соціальний світ. Вони також зазначають, що деякі клієнти спеціально просять допомогти змінити свою гендерну ідентичність або експресію, і терапевтам слід дозволити допомагати клієнтам досягати їхніх цілей. Однак «конверсійна терапія» не доказала свою ефективність (APA, 2009; Przeworski et al., 2020). Крім того, є численні потенційні шкоди. У ретроспективних дослідженнях історія проходження конверсійної терапії пов'язана з підвищенням рівня депресії, зловживання психоактивними речовинами, суїцидальними думками та спробами самогубства, а також із нижчим рівнем освіти та меншим щотижневим доходом (Ryan et al., 2020; Salway et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020). У 2021 році в резолюціях Американської Психологічної Асоціації говориться, що «наукові дані та клінічний досвід свідчать про те, що ЗЗГІ [зуходи зі зміни гендерної ідентичності] наражають людей на значний ризик заподіяння шкоди» (APA, 2021).

Хоча існують перешкоди для припинення спроб «змінити» гендерну ідентичність, освіта щодо відсутності користі та потенційної шкоди від цих практик може призвести до того, що менше постачальників пропонуватимуть «конверсійну терапію» та менше людей і сімей оберуть цей варіант.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Abern, L., & Maguire, K. (2018). Contraception knowledge in transgender individuals: Are we doing enough? [9F]. Obstetrics & Gynecology, 131, 65S. https://doi. org/10.1097/01.AOG.0000533319.47797. 7e.
2. Achille, C., Taggart, T., Eaton, N. R., Osipoff, J., Tafuri, K., Lane, A., & Wilson, T. A. (2020). Longitudinal impact of gender-affirming endocrine intervention on the mental health and well-being of transgender youths: Preliminary results. International Journal of Pediatric Endocrinology, 2020(1). https://doi.org/10.1186/ s13633-020-00078-2.
3. ACON. (2022). Sexual Health–Parts and Practices. https:// www.transhub.org.au/clinicians/sexual-health
4. Adams, N., Pearce, R., Veale, J., Radix, A., Castro, D., Sarkar, A., & Thom, K. C. (2017). Guidance and ethical considerations for undertaking transgender health research and institutional review boards adjudicating this research. Transgender Health, 2(1), 165–175. https://doi. org/10.1089/trgh.2017.0012.
5. Adeleye, A. J., Cedars, M. I., Smith, J., & Mok-Lin, E. (2019). Ovarian stimulation for fertility preservation or family building in a cohort of transgender men. Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 36(10), 2155–2161. https://doi.org/10.1007/s10815-019-01558-y.
6. Adeleye, A. J., Reid, G., Kao, C. N., Mok-Lin, E., & Smith, J. F. (2018). Semen parameters among transgender women with a history of hormonal treatment. Urology, 124, 136–141. https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.10. 005.
7. Adelson, S. L., & American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). (2012). Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51(9), 957–974. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.07.004.
8. Agarwal, C. A., Scheefer, M. F., Wright, L. N., Walzer, N. K., & Rivera, A. (2018). Quality of life improvement after chest wall masculinization in female-to-male transgender patients: A prospective study using the BREAST-Q and Body Uneasiness Test. Journal of Plastic Reconstructive & Aesthetic Surgery, 71(5), 651–657. https://doi. org/10.1016/j.bjps.2018.01.003.
9. Agenor, M., Peitzmeier, S. M., Bernstein, I. M., McDowell, M., Alizaga, N. M., Reisner, S. L., Pardee, D. J., & Potter, J. (2016). Perceptions of cervical cancer risk and screening among transmasculine individuals: Patient and provider perspectives. Culture, Health and Sexuality, 18(10), 1192–1206. https://doi.org/10.1080/13691058.2016.11 772 03.

10. Aguayo-Romero, R. A., Reisen, C. A., Zea, M. C., Bianchi, F. T., & Poppen, P. J. (2015). Gender affirmation and body modification among transgender persons in Colombia. International Journal of Transgenderism, 16(2), 103–115. https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1075930.
11. Ahalt, C., Haney, C., Rios, S., Fox, M. P., Farabee, D., & Williams, B. (2017). Reducing the use and impact of solitary confinement in corrections. International Journal of Prisoner health, 13(1), 41–48. https://doi.org/10.1108/ IJPH-08-2016-0040.
12. Ahmad, S., & Leinung, M. (2017). The response of the menstrual cycle to initiation of hormonal therapy in transgender men. Transgender Health, 2(1), 176–179. https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0023.
13. Åhs, J. W., Dhejne, C., Magnusson, C., Dal, H., Lundin, A., Arver, S., Dalman, C., & Kosidou, K. (2018). Proportion of adults in the general population of Stockholm County who want gender-affirming medical treatment. PLoS One, 13(10), e0204606. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204606.
14. Ainsworth, T. A., & Spiegel, J. H. (2010). Quality of life of individuals with and without facial feminization surgery or gender reassignment surgery. Quality of Life Research, 19(7), 1019–1024. https://doi.org/10.1007/ s11136-010-9668-7.
15. Aires, M. M., de Vasconcelos, D., & Moraes, B. T. D. (2020). Chondrolaryngoplasty in transgender women: Prospective analysis of voice and aesthetic satisfaction. International Journal of Transgender Health, 22(4), 394–402. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1848690.
16. Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., Spegg, C., Wasserman, L., Ames, M., Fitzsimmons, C. L., Leef, J. H., Lishak, V., Reim, E., Takagi, A., Vinik, J., Wreford, J., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L., Kreukels, B. P., & Zucker, K. J. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. The Journal of Sexual Medicine, 12(3), 756–763. https://doi.org/10.1111/ jsm.12817.
17. Akgul, S., Bonny, A. E., Ford, N., Holland-Hall, C., & Chelvakumar, G. (2019). Experiences of gender minority youth with the intrauterine system. The Journal of Adolescent Health, 65(1), 32–38. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.11.010.
18. Alderson, P. (2007). Competent children? Minors' consent to health care treatment and research. Social Science & Medicine, 65(11), 2272–2283. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.08.005.
19. Aldridge, Z., Patel, S., Guo, B., Nixon, E., Bouman, W. P., Witcomb, G., & Arcelus, J. (2020). Long term effect of gender affirming hormone treatment on depression and anxiety symptoms in transgender people: A prospective cohort study, Andrology, 1–9. https://doi.org/10.1111/ andr.12884.
20. Aldridge, Z., Thorne, N., Marshall, E., English, C., Yip, A. K. T., Nixon, E., Witcomb, G. L., Bouman, W. P., &

Arcelus, J. (2022). Understanding factors that affect well-being in trans people "later" in transition: A qualitative study. Quality of Life Research, https://doi. org/10.1007/s11136-022-03134-x.

21. Alexander, T. (1997). The medical management of intersexed children: An analogue for childhood sexual abuse. Intersex Society of North America. https://isna.org/articles/analog/ Alford, A. V., Theisen, K. M., Kim, N., Bodie, J. A., & Pariser, J. J. (2020). Successful ejaculatory sperm cryopreservation after cessation of long-term estrogen therapy in a transgender female. Urology, 136, e48–e50. https://doi.org/10.1016/j.urology.2019.08.021.
22. Allen, L. M., Hay, M., & Palermo, C. (2021). Evaluation in health professions education—Is measuring outcomes enough? Medical Education, 56(1), 127–136. https://doi. org/10.1111/medu.14654.
23. Allen, L. R., Watson, L. B., Egan, A. M., & Moser, C. N. (2019). Well-being and suicidality among transgender youth after gender-affirming hormones. Clinical Practice in Pediatric Psychology, 7(3), 302–311. https://doi. org/10.1037/cpp0000288.
24. Almasri, J., Zaiem, F., Rodriguez-Gutierrez, R., Tamhane, S. U., Iqbal, A. M., Prokop, L. J., Speiser, P. W., Baskin, L. S., Bancos, I., & Murad, M. H. (2018). Genital reconstructive surgery in females with congenital adrenal hyperplasia: A systematic review and meta-analysis. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 103(11), 4089–4096. https://doi.org/10.1210/jc.2018-01863.
25. Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Association between gender-affirming surgeries and mental health outcomes. JAMA Surgery, 156(7), 611–618. https://doi. org/10.1001/jamasurg.2021.0952.
26. Almeida, M., Laurent, M. R., Dubois, V., Claessens, F., O'Brien, C. A., Bouillon, R., Vanderschueren, D., & Manolagas, S. C. (2017). Estrogens and androgens in skeletal physiology and pathophysiology. Physiology Reviews, 97(1), 135–187. https://doi.org/10.1152/physrev.00033.2015.
27. Al-Tamimi, M., Pigot, G. L., van der Sluis, W. B., van de Grift, T. C., van Moorselaar, R. J. A., Mullender, M. G., Weigert, R., Buncamper, M. E., Ozer, M., de Haseth, K. B., Djordjevic, M. L., Salgado, C. J., Belanger, M., Suominen, S., Kolehmainen, M., Santucci, R. A., Crane, C. N., Claes, K. E. Y., & Bouman, M. B. (2019). The surgical techniques and outcomes of secondary phalloplasty after metoidioplasty in transgender men: An international, multi-center case series. The Journal of Sexual Medicine, 16(11), 1849–1859. https://doi. org/10.1016/j.jsxm.2019.07.027.
28. Altman, K. (2012). Facial feminization surgery: Current state of the art. International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 41(8), 885–894. https://doi. org/10.1016/j.ijom.2012.04.024.

29. Alzahrani, T., Nguyen, T., Ryan, A., Dwairy, A., McCaffrey, J., Yunus, R., Forgione, J., Krepp, J., Nagy, C., Mazhari, R., & Reiner, J. (2019). Cardiovascular disease risk factors and myocardial infarction in the transgender population. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes, 12(4), e005597. https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.119.005597.
30. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Sexual Orientation and Gender Identity Issues Committee. (2018). Conversion therapy policy statement. https://www.aacap.org/AACAP/Policy_Statements/2018/ Conversion_Therapy.aspx.
31. American College of Obstetricians and Gynecology. (2021). Health Care for transgender and gender diverse individuals: ACOG Committee Opinion, Number 823. Obstetrics and Gynecology, 137, e75. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004294.
32. American Medical Association. (2016). Definitions of “screening” and “medical necessity” H-320.953. Council on Medical Service. https://policysearch.ama-assn.org/policyfinder/detail/H-320.953
33. American Medical Association. (2021). Ethics: Informed consent. https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/ informed-consent.
34. American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). American Psychiatric Association
35. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.).
36. American Psychiatric Association American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Association. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.
37. American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787.
38. American Psychological Association. (2015). Guidelines for professional practice with transgender and gender non-conforming people. American Psychologist, 70(9), 832–864. https://doi.org/10.1037/a0039906.
39. American Psychological Association. (2021). APA guidelines for psychological assessment and evaluation. https://www.apa.org/about/policy/guidelines-psychologica l-assessment-evaluation.pdf
40. American Psychological Association. (2021). APA resolution on gender identity change efforts. https://www.apa.org/about/policy/resolution-gender-identity-change-efforts.pdf
41. American Urological Association (AUA) Board of Directors. (2019). Pediatric decision making and differences of sex development: A Societies for Pediatric Urology and American Urological Association Joint Position Statement—

American Urological Association. (n.d.). https://www.auanet.org/guidelines/guidelines/joint-statement-on-dsd

42. Amir, H., Yaish, I., Oren, A., Groutz, A., Greenman, Y., & Azem, F. (2020). Fertility preservation rates among transgender women compared with transgender men receiving comprehensive fertility counselling. Reproductive Biomedicine Online, 41(3), 546–554. https://doi. org/10.1016/j.rbmo.2020.05.003.
43. Amnesty International. (2020). Amnesty International UK and Liberty joint statement on puberty blockers. https:// www.amnesty.org.uk/press-releases/amnesty-internationa l-uk-and-liberty-joint-statement-puberty-blockers
44. Amodeo, A. L., Vitelli, R., Scandurra, C., Picariello, S., & Valerio, P. (2015). Adult attachment and transgender identity in the Italian context: Clinical implications and suggestions for further research. International Journal of Transgenderism, 16(1), 49–61. https://doi.org/10.1080/15 532739.2015.1022680.
45. Anai, T., Miyazaki, F., Tomiyasu, T., Matsuo, T. (2001). Risk of irregular menstrual cycles and low peak bone mass during early adulthood associated with age at menarche. Pediatrics International, 43(5), 483–488. https://doi. org/10.1046/j.1442-200x.2001.01442.x.
46. Anda, R. F., Butchart, A., Felitti, V. J., & Brown, D. W. (2010). Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences. American Journal of Preventive Medicine, 39(1), 93–98. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.03.015.
47. Anderson, J. (2007). Endoscopic laryngeal web formation for pitch elevation. The Journal of Otolaryngology, 36(1), 6–12. https://doi.org/10.2310/7070.2006.0153.
48. Anderson, J. A. (2014). Pitch elevation in transgendered patients: Anterior glottic web formation assisted by temporary injection augmentation. Journal of Voice, 28(6), 816–821. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2014.05.002.
49. Anderson, R. M. (2013). Positive sexuality and its impact on overall well-being. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 56(2), 208–214. https://doi.org/10.1007/s00103-012-1607-z.
50. Andrzejewski, J., Pampati, S., Steiner, R. J., Boyce, L., & Johns, M. M. (2020). Perspectives of transgender youth on parental support: Qualitative findings from the resilience and transgender youth study. Health Education & Behavior, 109019812096550. https://doi. org/10.1177/1090198120965504.
51. Angus, L. M., Nolan, B. J., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2020). A systematic review of antiandrogens and feminization in transgender women. Clinical Endocrinology, 94(5), 743–752. https://doi.org/10.1111/cen.14329.
52. Ansara, Y. G., Hegarty, P., (2012). Cisgenderism in psychology: Pathologising and misgendering children from 1999 to 2008. Psychology & Sexuality, 3, 137–160.

https://doi.
org/10.1080/19419899.2011.576696.

53. Antun, A., Zhang, Q., Bhasin, S., Bradlyn, A., Flanders, W. D., Getahun, D., & Goodman, M. (2020). Longitudinal changes in hematologic parameters among transgender people receiving hormone therapy. Journal of the Endocrine Society, 4(11), 1–11. https://doi.org/10.1210/ jendso/bvaa119.
54. Anzani, A., Lindley, L., Prunas, A., & Galupo, P. (2021). "I Use All the Parts I'm Given": A qualitative investigation of trans masculine and nonbinary individuals' use of body during sex. International Journal of Sexual Health, 33(1), 58–75. https://doi.org/10.1080/19317611.2020.1853300.
55. Applebaum, P. S. (2007). Assessment of patients' competence to consent to treatment. New England Journal of Medicine, 357(18), 1834–1840. https://doi.org/10.1056/NEJMcp074045.
56. Applegarth, G., & Nuttall, J. (2016). The lived experience of transgender people of talking therapies. International Journal of Transgenderism, 17(2), 66–72. https://doi.org/ 10.1080/15532739.2016.1149540.
57. APTN & UNDP. (2012). Lost in transition: transgender people, rights and HIV vulnerability in the Asia-Pacific region. Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/ resource/lost-in-transition-transgender-peop le-rights-and-hiv-vulnerability-in-the-asia-pacific-region/
58. APTN. (2020a). Conversion therapy practices. Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/wp-content/ uploads/2021/03/Conversion-Therap y-2020-Indonesia_28Dec.pdf
59. APTN. (2020b). Conversion therapy practices: Malaysia. Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/ wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therap y-2020-Malaysia_29Dec.pdf
60. APTN. (2020c). Conversion therapy practices: Sri Lanka. Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/ wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therap y-2020-SriLanka_28Dec.pdf
61. APTN. (2021). Conversion therapy practices: India. Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/ wp-content/uploads/2021/06/Conversion-Therap y-India_CountrySnapshot_FinalMay2021-2.pdf
62. APTN. (2022). Towards transformative healthcare: Asia Pacific trans health and rights module. Asia-Pacific Transgender Network https://weareaptn.org/resource/ towards-transformative-healthcare-asia-pacific-transhealth-and-rights-module/
63. Arcelus, J., Bouman, W. P., Van Den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G., & Fernandez-Aranda, F. (2015). Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. European Psychiatry, 30(6), 807815. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.005.
64. Arcelus, J., Claes, L., Witcomb, G. L., Marshall, E., & Bouman, W. P. (2016). Risk factors for non-suicidal self-injury

among trans youth. Journal of Sexual Medicine, 13(3), 402–412. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.003.

65. Arístegui, I., Radusky, P., Zalazar, V., Romero, M., Schwartz, J., & Sued, O. (2017). Impact of the gender identity law in Argentinean transgender women. International Journal of Transgenderism, 18(4), 446–456. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1314796.
66. Armuand, G., Dhejne, C., Olofsson, J. I., & Rodriguez-Wallberg, K. A. (2017). Transgender men's experiences of fertility preservation: A qualitative study. Human Reproduction, 32(2), 383–390. https://doi.org/10.1093/humrep/dew323. Armuand, G., Dhejne, C., Olofsson, J. I., Stefenson, M., & Rodriguez-Wallberg, K. A. (2020). Attitudes and experiences of health care professionals when caring for transgender men undergoing fertility preservation by egg freezing: A qualitative study. Therapeutic Advances in Reproductive Health, 14, 1–12, https://doi.org/10.1177/2633494120911036.
67. Armuand, G. M., Nilsson, J., Rodriguez-Wallberg, K. A., Malmros, J., Arvidson, J., Lampic, C., & Wettergren, L. (2017). Physicians' self-reported practice behaviour regarding fertility-related discussions in paediatric oncology in Sweden. Psychooncology, 26(10), 1684–1690. https://doi.org/10.1002/pon.4507.
68. Armuand, G. M., Wettergren, L., Rodriguez-Wallberg, K. A., & Lampic, C. (2014). Desire for children, difficulties achieving a pregnancy, and infertility distress 3 to 7 years after cancer diagnosis. Support Care Cancer, 22(10), 2805–2812. https://doi.org/10.1007/s00520-014-2279-z.
69. Arnett, D. K., Blumenthal, R. S., Albert, M. A., Buroker, A. B., Goldberger, Z. D., Hahn, E. J., Himmelfarb, C. D., Khera, A., Lloyd-Jones, D., McEvoy, J. W., Michos, E. D., Miedema, M. D., Muñoz, D., Smith, S. C., Jr., Virani, S. S., Williams, K. A., Sr., Yeboah, J., & Ziaeian, B. (2019). 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation, 140(11), e596–e646. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000678.
70. Arnoldussen, M., Steensma, T. D., Popma, A., van der Miesen, A. I. R., Twisk, J. W. R., & de Vries, A. L. C. (2020). Re-evaluation of the Dutch approach: Are recently referred transgender youth different compared to earlier referrals? European Child & Adolescent Psychiatry. https://doi.org/10.1007/s00787-020-01691-5.
71. Ashley, F. (2019a). Gatekeeping hormone replacement therapy for transgender patients is dehumanising. Journal of Medical Ethics, 45(7), 480–482. https://doi.org/10.1136/ medethics-2018-105293.
72. Ashley, F. (2019b). Homophobia, conversion therapy, and care models for trans youth: Defending the gender-affirmative approach. Journal of LGBT Youth, 17(4), 361–383.

https://
doi.org/10.1080/19361653.2019.1665610.

73. Ashley, F. (2019c). Puberty blockers are necessary, but they don't prevent homelessness: Caring for transgender youth by supporting unsupportive Parents/guardians. The American Journal of Bioethics, 19, 87–89. https://doi.org /10.1080/15265161.2018.1557277.
74. Ashley, F. (2019d). Shifts in assigned sex ratios at gender identity clinics likely reflect changes in referral patterns. The Journal of Sexual Medicine, 16(6), 948–949.
https://
doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.03.407.
75. Ashley, F. (2019e). Thinking an ethics of gender exploration: Against delaying transition for transgender and gender creative youth. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 24(2), 223–236. https://doi.org/10.1177/1359104519836462.
76. Asscheman, H., T'Sjoen, G., Lemaire, A., Mas, M., Meriggiola, M. C., Mueller, A., Kuhn, A., Dhejne, C., Morel-Journel, N., & Gooren, L. J. (2014). Venous thrombo-embolism as a complication of cross-sex hormone treatment of male-to-female transsexual subjects: A review. Andrologia, 46(7), 791–795. https://doi. org/10.1111/and.12150.
77. Attig, R. (2022). A call for community-informed translation: Respecting Queer self-determination across linguistic lines. Translation and Interpreting Studies. Advance online publication. https://doi.org/10.1075/tis.21001.att.
78. Auchus, R. J., Witchel, S. F., Leight, K. R., Aisenberg, J., Azziz, R., Bachega, T. A., Baker, L. A., Baratz, A. B., Baskin, L. S., Berenbaum, S. A., Breault, D. T., Cerame, B. I., Conway, G. S., Eugster, E. A., Fracassa, S., Gearhart, J. P., Geffner, M. E., Harris, K. B., Hurwitz, R. S., & Katz, A. L. (2010). Guidelines for the development of comprehensive care centers for congenital adrenal hyperplasia: Guidance from the CARES foundation initiative. International Journal of Pediatric Endocrinology, 2010. https://doi.org/10.1155/2010/275213.
79. Aucoin, M. W., & Wassersug, R. J. (2006). The sexuality and social performance of androgen-deprived (castrated) men throughout history: Implications for modern day cancer patients. Social Science & Medicine, 63(12), 31623173. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.007.
80. Auer, M. K., Fuss, J., Nieder, T .O., Briken, P., Biedermann, S. V., Stalla, G..K., Beckmann, M. W., & Hildebrandt, T. (2018). Desire to have children among transgender people in Germany: A cross-sectional multi-center study. T he Journal of Sexual Medicine, 15(5), 757–767. https://
doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.083.
81. Auldridge, A., Tamar-Mattis, A., Kennedy, S., Ames, E., & Tobin, H. J. (2012). Improving the lives of transgender older adults: Recommendations for policy and practice national center for transgender equality; services and advocacy for GLBT elders.
https://www.sageusa.org/ resource-posts/improving-the-lives-of-transgender-olderadults/accessed3/14/2022

82. Aurat Foundation. (2016). Silent no more: Transgender community in Pakistan: Research study. https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/ transgender-community-pakistan-2016.pdf
83. Austin, A., & Goodman, R. (2017). The impact of social connectedness and internalized transphobic stigma on self-esteem among transgender and gender non-conforming adults. Journal of Homosexuality, 64(6), 825–841. https:// doi.org/10.1080/00918369.2016.1236587.
84. Austin, A., Craig, S. L., & Alessi, E. J. (2017). Affirmative cognitive behavior therapy with transgender and gender nonconforming adults. Psychiatric Clinics of North America, 40(1), 141–156. https://doi.org/10.1016/j. psc.2016.10.003.
85. Austin, A., Craig, S. L., & McInroy, L. B. (2016). Toward transgender affirmative social work education. Journal of Social Work Education, 52(3), 297–310. https://doi.org/1 0.1080/10437797.2016.1174637.
86. Australian Psychological Society. (2021). Use of psychological practices that attempt to change or suppress a person's sexual orientation or gender. Australian Psychological Society position statement. https://psychology.org.au/getmedia/7bb91307-14ba-4a24-b10b-750f85b0b729/updated_aps_position_statement_conversion_practices.pdf
87. Azagba, S., Latham, K., & Shan, L. (2019). Cigarette, smokeless tobacco, and alcohol use among transgender adults in the United States. International Journal of Drug Policy, 73, 163–169. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.07.024.
88. Azul, D. (2015). Transmasculine people's vocal situations: A critical review of gender-related discourses and empirical data. International Journal of Language & Communication Disorders, 50(1), 31–47. https://doi. org/10.1111/1460-6984.12121.
89. Azul, D. (2016). Gender-related aspects of transmasculine people's vocal situations: Insights from a qualitative content analysis of interview transcripts. International Journal of Language & Communication Disorders, 51(6), 672–684. https://doi.org/10.1111/1460-6984.12239.
90. Azul, D., Arnold, A., & Neuschaefer-Rube, C. (2018). Do transmasculine speakers present with gender-related voice problems? Insights from a participant-centered mixed-methods study. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 61(1), 25–39. https://doi. org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0410.
91. Azul, D., & Hancock, A. B. (2020). Who or what has the capacity to influence voice production? Development of a transdisciplinary theoretical approach to clinical practice addressing voice and the communication of speaker socio-cultural positioning. International Journal of Speech-Language Pathology, 22(5), 559–570. https://doi.or g/10.1080/17549507.2019.1709544.
92. Azul, D., Hancock, A. B., Lundberg, T., Nygren, U., & Dhejne, C. (2022). Supporting well-being in gender diverse people: A tutorial for implementing conceptual and practical shifts towards

culturally-responsive, person-centered care in speech-language pathology. American Journal of Speech-Language Pathology, Advance online publication. https://doi.org/10.1044/2022_AJSLP-21-00322.

93. Azul, D., & Neuschaefer-Rube, C. (2019). Voice function in gender-diverse people assigned female at birth: Results from a participant-centered mixed-methods study and implications for clinical practice. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 62(9), 3320–3338. https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-S-19-0063.
94. Azul, D., Nygren, U., Södersten, M., & Neuschaefer-Rube, C. (2017). Transmasculine people's voice function: A review of the currently available evidence. Journal of Voice, 31(2), 261.e9–261.e23. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.05.005.
95. Babu, R., & Shah, U. (2021). Gender identity disorder (GID) in adolescents and adults with differences of sex development (DSD): A systematic review and meta-analysis. Journal of Pediatric Urology, 17(1), 39–47. https://doi. org/10.1016/j.jpurol.2020.11.017.

    Badowski, M. E., Britt, N., Huesgen, E. C., Lewis, M. M., Miller, M. M., Nowak, K., & Smith, R. O. (2021). Pharmacotherapy considerations in transgender individuals living with human immunodeficiency virus. Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy, 41(3), 299–314. https://doi.org/10.1002/ phar.2499.
96. Baker, K. E., Wilson, L. M., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K., & Robinson, K. A. (2021). Hormone therapy, mental health, and quality of life among transgender people: A systematic review. Journal of the Endocrine Society, 5(4), bvab011. https://doi.org/10.1210/jendso/ bvab011.
97. Bakko, M., & Kattari, S. K. (2021). Differential access to transgender inclusive insurance and healthcare in the United States: challenges to health across the life course. Journal of Aging & Social Policy, 33(1), 67–81. https:// doi.org/10.1080/08959420.2019.1632681.
98. Balakrishnan, T. M., Nagarajan, S., & Jaganmohan, J. (2020). Retrospective study of prosthetic augmentation mammo-plasty in transwomen. Indian Journal of Plastic Surgery: Official Publication of the Association of Plastic Surgeons of India, 53(1), 42–50. https://doi. org/10.1055/s-0040-1709427.
99. Baleige, A., de la Chenelie, M., Dassonneville, C., & Martin, M. J. (2021). Following ICD-11, rebuilding mental health care for transgender persons: Leads from field experimentations in Lille, France. Transgender Health, 7(1), 1–6. https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0143.
100. Banbury, S. (2004). Coercive sexual behaviour in British prisons as reported by adult ex-prisoners. The Howard Journal of Criminal Justice, 43(2), 113–130. https://doi. org/10.1111/j.1468-2311.2004.00316.x.
101. Banks, K., Kyinn, M., Leemaqz, S. Y., Sarkodie, E., Goldstein, D., & Irwig, M.S. (2021). Blood pressure fffects of gender-affirming hormone therapy in transgender and gender-diverse adults. Hypertension,

77(6), 2066–2074. https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.16839.

102. Bangalore Krishna, K., Fuqua, John S., Rogol, Alan D., Klein, Karen O., Popovic, J., Houk, Christopher P., Charmandari, E., & Lee, Peter A. (2019). Use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children: Update by an international consortium. Hormone Research in Paediatrics, 91(6), 357–372. https://doi. org/10.1159/000501336.

103. Bangalore Krishna, K., Kogan, B. A., Mazur, T., Hoebeke, P., Bogaert, G., & Lee, P. A. (2021). Individualized care for patients with intersex (differences of sex development): Part 4/5.Considering the Ifs, Whens, and Whats regarding sexual-reproductive system surgery. Journal of Pediatric Urology, 17(3), 338–345. https://doi.org/10.1016/j. jpurol.2021.02.011.

104. Baral, S. D., Poteat, T., Strömdahl, S., Wirtz, A. L., Guadamuz, T. E., & Beyrer, C. (2013). Worldwide burden of HIV in transgender women: A systematic review and meta-analysis. The Lancet Infectious Diseases, 13(3), 214222. https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70315-8.

105. Baram, S., Myers, S. A., Yee, S., & Librach, C. L. (2019). Fertility preservation for transgender adolescents and young adults: A systematic review. Human Reproduction Update, 25(6), 694–716. https://doi.org/10.1093/humupd/ dmz026.

106. Baratz, A. B., Sharp, M. K., & Sandberg, D. E. (2014). Disorders of sex development peer support. Understanding Differences and Disorders of Sex Development (DSD), 27, 99–112. https://doi.org/10.1159/000363634.

107. Barker, H., & Bariola, E., Lyons, A., Leonard, W., Pitts, M., Badcock, P., & Couch, M. (2015). Demographic and psychosocial factors associated with psychological distress and resilience among transgender individuals. American Journal of Public Health, 105(10), 2108–2116. https://doi. org/10.2105/AJPH.2015.302763.

108. Barnhill, J. W. (2014). Perioperative care of the patient with psychiatric disease. In C. R. MacKenzie, C. N. Cornell, & D. G. Memtsoudis (Eds.), Perioperative care of the orthopedic patient (pp. 197–205). Springer. Barrow, K., & Apostle, D. (2018). Addressing mental health conditions often experienced by transgender and gender expansive children. In C. E. Keo-Meier & D. E. Ehrensaft (Eds.), The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children. American Psychological Association. https:// www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9

109. Bartels, L., & Lynch, S. (2017).. Transgender prisoners in Australia: An examination of the issues, law and policy. Flinders Law Journal, 19(2), 185–231. http://classic.austlii. edu.au/au/journals/FlinLawJl/2017/8.pdf

110. Bartholomaeus, C., & Riggs, D. W. (2019). Transgender and non-binary Australians' experiences with healthcare professionals in relation to fertility preservation. Culture, Health and Sexuality, 22(2), 129–145. https://doi.org/10. 1080/13691058.2019.1580388.

111. Bartholomaeus, C., Riggs, D. W., & Sansfaçon, A. P. (2020). Expanding and improving trans affirming care in Australia: Experiences with healthcare professionals among transgender young people and their parents. Health Sociology Review, 30(1), 58–71. https://doi.org/10 .1080/14461242.2020.1845223.
112. Başar, K., & Öz, G. (2016). Resilience in individuals with gender dysphoria: Association with perceived social support and discrimination. Türk Psikiyatri Dergisi, 27(4), 225–234. Başar, K., Öz, G., & Karakaya, J. (2016). Perceived discrimination, social support, and quality of life in gender dysphoria. Journal of Sexual Medicine, 13(7), 1133–1141. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.04.07 1.
113. Bauer, R. (2018). Bois and grrrls meet their daddies and mommies on gender playgrounds: Gendered age play in the les-bi-trans-queer BDSM communities. Sexualities, 21(1–2), 139–155. https://doi.org/10.1177/136346071667698 7.
114. Bauer, G. R., & Hammond, R. (2015). Toward a broader conceptualization of trans women's sexual health. The Canadian Journal of Human Sexuality, 24(1), 1–11. https://doi.org/10.3138/cjhs.24.1-CO1.
115. Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., & Boyce, M. (2009). "I don't think this is theoretical; this is our lives": How erasure impacts health care for transgender people. Journal of Association in Nurses in AIDS Care, 20(5), 348–361. https://doi. org/10.1016/j.jana.2009.07.004.
116. Bauer, G. R., Lawson, M. L., & Metzger, D. L. (2022). Do clinical data from transgender adolescents support the phenomenon of "rapid-onset gender dysphoria"?. The Journal of Pediatrics, 243, 224–227. https://doi. org/10.1016/j.jpeds.2021.11.020.
117. Bauer, G., Pacaud, D., Couch, R., Metzger, D., Gale, L., Gotovac, S., Mokashi, A., Feder, S., Raiche, J., Speechley, K. N., Temple Newhook, J., Ghosh, S., Sansfacon, A., Susset, F., & Lawson, M. & Trans Youth CAN! Research Team. (2021). Transgender youth referred to clinics for gender-affirming medical care in Canada. Pediatrics, 148(5), e2020047266. https://doi.org/10.1542/ peds.2020-047266.
118. Bauer, G. R., Scheim, A. I., Deutsch, M. B., & Massarella, C. (2014). Reported emergency department avoidance, use, and experiences of transgender persons in Ontario, Canada: Results from a respondent-driven sampling survey. Annals of Emergency Medicine, 63(6), 713–720. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.20 13.09.027.
119. Bauer, G. R., Scheim, A. I., Pyne, J., Travers, R., & Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. BMC Public Health, 15, 525. https://doi.org/10.1186/s12889-015-1867-2.

120. Beach, L. B., Elasy, T. A., & Gonzales, G. (2018). Prevalence of self-reported diabetes by sexual orientation: Results from the 2014 Behavioral Risk Factor Surveillance System. LGBT Health, 5(2), 121–130. https://doi.org/10.1089/ lgbt.2017.0091.
121. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). Principles of biomedical ethics (8th ed.). Oxford University Press. Becasen, J. S., Denard, C. L., Mullins, M. M., Higa, D. H., & Sipe, T. A. (2018). Estimating the prevalence of HIV and sexual behaviors among the US transgender population: A systematic review and meta-analysis, 2006–2017. American Journal of Public Health, 109(1), e1–e8. https:// doi.org/10.2105/AJPH.2018.304727.
122. Becerra-Culqui, T. A., Liu, Y., Nash, R., Cromwell, L., Flanders, W. D., Getahun, D., Giammattei, S. V., Hunkeler, E. M., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sandberg, D. E., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Mental health of transgender and gender nonconforming youth compared with their peers. Pediatrics, 141(5), e20173845. https://doi.org/10.1542/peds.2017-3845.
123. Beck, A. J. (2014). Sexual victimization in prisons and jails reported by inmates, 2011–12. PREA Data Collection Activities Becker, I., Auer, M., Barkmann, C., Fuss, J., Möller, B., Nieder, T. O., Fahrenkrug, S., Hildebrandt, T., & Richter-Appelt, H. (2018). A cross-sectional multicenter study of multidimensional body image in adolescents and adults with gender dysphoria before and after transition-related medical interventions. Archives of Sexual Behaviour, 47(8), 2335–2347. https://doi.org/10.1007/s10508-018-1278-4.
124. Becker-Hebly, I., Fahrenkrug, S., Campion, F., Richter-Appelt, H., Schulte-Markwort, M., & Barkmann, C. (2021). Psychosocial health in adolescents and young adults with gender dysphoria before and after gender-affirming medical interventions: A descriptive study from the Hamburg Gender Identity Service. European Child & Adolescent Psychiatry, 30(11), 1755–1767. https://doi.org/10.1007/ s00787-020-01640-2.
125. Beek, T. F., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. (2016). Gender incongruence/gender dysphoria and its classification history. International Review of Psychiatry 28(1), 5–12. https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1091293.
126. Beek, T. F., Kreukels, B. P. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Steensma, T. D. (2015). Partial treatment requests and underlying motives of applicants for gender affirming interventions. The Journal of Sexual Medicine, 12(11), 2201–2205. https://doi.org/10.1111/jsm.13033.
127. Bekeny, J. C., Zolper, E. G., Fan, K. L., & Del Corral, G. (2020). Breast augmentation for transfeminine patients: Methods, complications, and outcomes. Gland Surgery, 9(3), 788–796. https://doi.org/10.21037/gs.2020.03.18.
128. Bellinga, R. J., Capitán, L., Simon, D., & Tenorio, T. (2017). Technical and clinical considerations for facial feminization surgery with rhinoplasty and related

procedures. JAMA Facial Plastic Surgery, 19(3), 175–181. https://doi. org/10.1001/jamafacial.2016.1572.

129. Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. Psychological Bulletin, 114(3), 413–434. https://doi.org/10.1037/0033-2909.114.3.413.

130. Benedetti, M. G., Furlini, G., Zati, A., & Letizia Mauro, G. (2018). The effectiveness of physical exercise on bone density in osteoporotic patients. Biomed Research International, 2018, 4840531. https://doi. org/10.1155/2018/4840531.

131. Benestad, E. E. P. (2010). From gender dysphoria to gender euphoria: An assisted journey. Sexologies, 19(4), 225–231. https://doi.org/10.1016/j.sexol.2010.09.003.

132. Bennecke, E., Bernstein, S., Lee, P., van de Grift, T. C., Nordenskjöld, A., Rapp, M., Simmonds, M., Streuli, J. C., Thyen, U., & Wiesemann, C. (2021). Early genital surgery in disorders/differences of sex development: Patients' perspectives. Archives of Sexual Behavior. https:// doi.org/10.1007/s10508-021-01953-6.

133. Bentsianov, S., Gordon, L., Goldman, A., Jacobs, A., & Steever, J. (2018). Use of copper intrauterine device in transgender male adolescents. Contraception, 98(1), 74–75. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.02.010.

134. Berenbaum, S. A. (2018). Evidence needed to understand gender identity: Commentary on Turban & Ehrensaft (2018). Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 59(12), 1244–1247. https://doi. org/10.1111/jcpp.12997.

135. Berenbaum, S., Beltz, A., & Corley, R. (2015). The importance of puberty for adolescent development: Conceptualization and measurement. Advances in Child Development and Behavior, 48, 53–92. http://dx.doi. org/10.1016/bs.acdb.2014.11.002.

136. Berg, J. W., Appelbaum, P. S., Lidz, C. W., & Parker, L. (2001). Informed consent: Legal theory and clinical practice (2nd ed.). Oxford University Press. Berg, D & Edwards-Leeper, L. (2018). Child and family assessment. In C. E. Keo-Meier & D. E. Ehrensaft (Eds.), T he gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children (pp.101–124). American Psychological Association. https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9

137. Berger, I., & Mooney-Somers, J. (2017). Smoking cessation programs for lesbian, gay, bisexual, transgender, and intersex people: A content-based systematic review. Nicotine & Tobacco Research, 19(12), 1408–1417. https://doi. org/10.1093/ntr/ntw216.

138. Berli, J. U., Knudson, G., Fraser, L., Tangpricha, V., Ettner, R., Ettner, F. M., Safer, J. D., Graham, J., Monstrey, S., & Schechter, L. (2017). What surgeons need to know about gender confirmation surgery when providing care for transgender individuals: A review. JAMA Surgery, 152(4), 394–400. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2016.5549.

139. Berli, J. U., Monstrey, S., Safa, B., & Chen, M. (2021). Neourethra creation in gender phalloplasty: Differences in techniques and staging. Plastic Reconstructive Surgery, 147(5), 801e–811e. https://doi.org/10.1097/ PRS.0000000000007898.
140. Bertalan, R., Lucas-Herald, A., Kolesinska, Z., Berra, M., Cools, M., Balsamo, A., & Hiort, O. (2018). Evaluation of DSD training schools organized by cost action BM1303 "DSDnet." Orphanet Journal of Rare Diseases, 13(1). https://doi.org/10.1186/s13023-018-0967-3.
141. Bertelloni, S., & Mul, D. (2008). Treatment of central precocious puberty by GnRH analogs: Long-term outcome in men. Asian Journal of Andrology, 10(4), 525–534. https://doi.org/10.1111/j.1745-7262.2008.00409.x.
142. Bertelloni, S., Baroncelli, G. I., Ferdeghini, M., Menchini-Fabris, F., & Saggese, G. (2000). Final height, gonadal function and bone mineral density of adolescent males with central precocious puberty after therapy with gonadotropin-releasing hormone analogues. European Journal of Pediatrics, 159(5), 369–374. https://doi. org/10.1007/s004310051289.
143. Bertin, C., Abbas, R., Andrieu, V., Michard, F., Rioux, C., Descamps, V., & Bouscarat, F. (2019). Illicit massive silicone injections always induce chronic and definitive silicone blood diffusion with dermatologic complications. Medicine, 98(4), e14143. https://doi.org/10.1097/ MD.0000000000014143.
144. Bertrand, B., Perchenet, A. S., Colson, T. R., Drai, D., & Casanova, D. (2017). Female-to-male transgender chest reconstruction: A retrospective study of patient satisfaction. Annales de Chirurgie Plastique Esthétique, 62(4), 303–307. https://doi.org/10.1016/j.anplas.2017.05.005.
145. Bhattacharya, S., & Ghosh, D. (2020). Studying physical and mental health status among hijra, kothi and transgender community in Kolkata, India. Social Science & Medicine, 265, 113412. https://doi.org/10.1016/j. socscimed.2020.113412.
146. Bisbey, T. M., Reyes, D. L., Traylor, A. M., & Salas, E. (2019). Teams of psychologists helping teams: The evolution of the science of team training. American Psychologist, 74(3), 278–289. https://doi.org/10.1037/ amp0000419.
147. Bishop, A. (2019). Harmful treatment: the global reach of so-called conversion therapy. Outright Action International. https://outrightinternational.org/sites/default/files/ ExecSumm_SinglePagesRandL.pdf
148. Bisson, J. R., Chan, K. J., & Safer, J. D. (2018). Prolactin levels do not rise among transgender women treated with estradiol and spironolactone. Endocrine Practice, 24(7), 646–651. https://doi.org/10.4158/EP-2018-0101.
149. Bizic, M. R., Jeftovic, M., Pusica, S., Stojanovic, B., Duisin, D., Vujovic, S., Rakic, V., & Djordjevic, M. L. (2018). Gender Dysphoria: Bioethical aspects of medical treatment. Biomed Research International, 2018, 9652305. https://doi.org/10.1155/2018/9652305.

150. Blackless, M., Charuvastra, A., Derryck, A., Fausto-Sterling, A., Lauzanne, K., & Lee, E. (2000). How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. American Journal of Human Biology, 12(2), 151. https://doi.org/10.1002/(sici)1520-6300(200003/04)12:2<151::aid-ajhb1>3.3.co;2-6.
151. Blecher, G. A., Christopher, N., & Ralph, D. J. (2019). Prosthetic placement after phalloplasty. Urologic Clinics of North America, 46(4), 591–603. https://doi.org/10.1016/j. ucl.2019.07.013.
152. Block, C. (2017). Making a case for transmasculine voice and communication training. Perspectives of the ASHA Special Interest Groups, 2(3), 33–41. https://doi. org/10.1044/persp2.SIG3.33.
153. Blondeel, K., de Vasconcelos, S., García-Moreno, C., Stephenson, R., Temmerman, M., & Toskin, I. (2018). Violence motivated by perception of sexual orientation and gender identity: A systematic review. Bulletin of the World Health Organization, 96(1), 29–41L. https://doi. org/10.2471/BLT.17.197251.
154. Bloom, T. M., Nguyen, T. P., Lami, F., Pace, C. C., Poulakis, Z., Telfer, M., Taylor, A., Pang, K. C., & Tollit, M. A. (2021). Measurement tools for gender identity, gender expression, and gender dysphoria in transgender and gender-diverse children and adolescents: A systematic review. The Lancet Child & Adolescent Health. https://doi. org/10.1016/s2352-4642(21)00098-5.
155. Blosnich, J. R., Brown, G. R., Shipherd, J. C., Kauth, M., Piegari, R. I., & Bossarte, R. M. (2013). Prevalence of gender identity disorder and suicide risk among transgender veterans utilizing veterans health administration care. American Journal of Public Health, 103(10), e27–e32. https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301507.
156. Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. American Journal of Public Health, 103(5), 943–951. https://doi.org/10.2105/ AJPH.2013.301241.
157. Bockting, W., & Coleman, E. (2016). Developmental stages of the transgender coming-out process: Toward an integrated identity. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Coleman (Eds.), Principles of transgender medicine and surgery (pp. 137–158). Routledge/Taylor & Francis Group. Boedecker, A. L. (2011). The transgender guidebook: Keys to a successful transition. Boedecker. Bonnington, A., Dianat, S., Kerns, J., Hastings, J., Hawkins, M., De Haan, G., & Obedin-Maliver, J. (2020). Society of family planning clinical recommendations: Contraceptive counseling for transgender and gender diverse people who were female sex assigned at birth. Contraception, 102(2), 70–82. https://doi.org/10.1016/j. contraception.2020.04.001.
158. Borgström, B., Fridström, M., Gustafsson, B., Ljungman, P., & Rodriguez-Wallberg, K. A. (2020). A prospective study on the long-term outcome of prepubertal and pubertal boys undergoing testicular biopsy

for fertility preservation prior to hematologic stem cell transplantation. Pediatric Blood Cancer, 67(9), e28507. https://doi.org/10.1002/pbc.28507.

159. Borghei-Razavi, H., Fragoza-Padilla, V., Hargus, G., Bakhti, S., & Schick, U. (2014). Meningioma: The unusual growth in a transsexual patient after estrogen-progesterone therapy. SOJ Neurology, 1(1), 1–3. https://doi.org/10.15226/ 2374-6858/1/2/00109

160. Boskey, E. R., Taghinia, A. H., & Ganor, O. (2019). Association of surgical risk with exogenous hormone use in transgender patients: A systematic review. JAMA Surgery 154(2), 159–169. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2018.4598.

161. Boskey, E., Taghinia, A., & Ganor, O. (2018). Public accommodation laws and gender panic in clinical settings. AMA Journal of Ethics, 20(11), 1067–1074. https://doi. org/10.1001/amajethics.2018.1067.

162. Bouman, M. B., van der Sluis, W. B., van Woudenberg Hamstra, L. E., Buncamper, M. E., Kreukels, B. P. C., Meijerink, W., & Mullender, M. G. (2016). Patient-reported esthetic and functional outcomes of primary total laparoscopic intestinal vaginoplasty in transgender women with penoscrotal hypoplasia. Journal of Sexual Medicine, 13(9), 1438–1444. https://doi.org/10.1016/j. jsxm.2016.06.009.

163. Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J. R., Millet, N., Fernandez-Aranda, F., & Arcelus, J. (2017). Transgender and anxiety: A comparative study between transgender people and the general population. International Journal of Transgenderism, 18(1), 16–26. https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1258352.

164. Bouman, W. P., Davey, A., Meyer, C., Witcomb, G. L., & Arcelus, J. (2016). Predictors of psychological well-being among treatment seeking transgender individuals. Sexual and Relationship Therapy, 31(3), 359–375. https://doi.org /10.1080/14681994.2016.1184754.

165. Bouman, W. P., Richards, C., Addinall, R. M., Arango de Montis, I., Duisin, D., Estiva, I., Fisher, A., Harte, F., Khoury, B., Lu, Z., Marais, A., Mattila, A., Nayarana, R. D., Nieder, T. O., Robles-Garcia, R., Roque Guerra, A., Tereshkevich, D., T'Sjoen, G., & Wilson, D. (2014). Yes and yes again: Are standards of care which require two signatures for genital reconstructive surgery ethical? Sex and Relationship Therapy, 29(4), 377–389. https://doi.org /10.1080/14681994.2014.954993.

166. Bouman, W. P., Schwend, A. S., Motmans, J., Smiley, A., Safer, J. D., Deutsch, M. B., Adams, N. J., & Winter, S. (2017). Language and trans health. International Journal of Transgenderism, 18(1), 1–6. https://doi.org/10.1080/15 532739.2016.1262127.

167. Bowling, J., Baldwin, A., & Schnarrs, P. W. (2019). Influences of health care access on resilience building among transgender and gender non-binary individuals. International Journal of Transgenderism, 20(2–3), 205–217.

https://doi.
org/10.1080/15532739.2019.1595807.

168. Boyd, J. (2019). Aging in place, caregiving, and long-term care for transgender adults. In C. Hardacker, K. Ducheny, & M. Houlber (Eds), Transgender and gender nonconforming health and aging (pp. 175–190). Springer. Bradford, J., Reisner, S. L., Honnold, J. A., & Xavier, J. (2013). Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: Results from the Virginia Transgender Health Initiative Study. American Journal of Public Health, 103(10), 1820–1829. https://doi.org/10.2105/
AJPH.2012.300796.

169. Bradford, N. J., Rider, G. N., Catalpa, J. M., Morrow, Q. J., Berg, D. R., Spencer, K. G., & McGuire, J. K. (2018). Creating gender: A thematic analysis of genderqueer narratives. International Journal of Transgenderism, 20(2–3), 155–168. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1474516.

170. Brain, C. E., Creighton, S. M., Mushtaq, I., Carmichael, P. A., Barnicoat, A., Honour, J. W., Larcher, V., & Achermann, J. C. (2010). Holistic management of DSD. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism, 24(2), 335–354.
https://doi.org/10.1016/j.
beem.2010.01.006.

171. Branski, R. C., Verdolini, K., Sandulache, V., Rosen, C. A., & Hebda, P. A. (2006). Vocal fold wound healing: A review for clinicians. Journal of Voice, 20(3), 432–442.
https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2005.08.005.

172. Bränström, R., & Pachankis, J. E. (2021). Country-level structural stigma, identity concealment, and day-to-day discrimination as determinants of transgender people's life satisfaction. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 56(9), 1537–1545. https://doi.org/10.1007/ s00127-021-02036-6.

173. Bränström, R., Stormbom, I., Bergendal, M., & Pachanakis, J. (2022). Transgender-based disparities in suicidality: A population-based study of key predictions from four theoretical models. Suicide and Life-Threatening Behavior, 52, 401–412. https://doi.org/10.1111/sltb.12830.

174. Braun, H., Nash, R., Tangpricha, V., Brockman, J., Ward, K., & Goodman, M. (2017). Cancer in transgender people: Evidence and methodological considerations. Epidemiologic Reviews, 39(1), 93–107. https://doi. org/10.1093/epirev/mxw003.

175. Braun, H., Zhang, Q., Getahun, D., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Goodman, M., & Yeung, H. (2021). Moderate-to-severe acne and mental health symptoms in transmasculine persons who have received testosterone. JAMA Dermatology, 157(3), 344–346. https://doi.
org/10.1001/jamadermatol.2020.5353.

176. Brennan, A. M., Barnsteiner, J., Siantz, M. L., Cotter, V. T., & Everett, J. (2012). Lesbian, gay, bisexual, transgendered, or intersexed content for nursing curricula. Journal of Professional Nursing, 28(2), 96–104.

https://doi.
org/10.1016/j.profnurs.2011.11.004.

177. Brett, M. A., Roberts, L. F., Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2007). Eunuchs in contemporary society: Expectations, consequences, and adjustments to castration (Part II). The Journal of Sexual Medicine, 4(4), 946–955. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00522.x.

178. Brik, T., Vrouenraets, L., Schagen, S. E. E., Meissner, A., de Vries, M. C., & Hannema, S. E. (2019). Use of fertility preservation among a cohort of transgirls in the Netherlands. Journal of Adolescent Health, 64(5), 589–593. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.11.008.

179. Brömdal, A., Clark, K. A., Hughto, J., Debattista, J., Phillips, T. M., Mullens, A. B., Gow, J., & Daken, K. (2019). Whole-incarceration-setting approaches to supporting and upholding the rights and health of incarcerated transgender people. The International Journal of Transgenderism, 20(4), 341–350. https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1651684.

180. Bronfenbrenner, U. (1979). Contexts of child rearing: Problems and prospects. American Psychologist, 34(10), 844–850. https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.844. Brown, A., Lourenco, A. P., Niell, B. L., Cronin, B., Dibble, E. H., DiNome, M. L., Goel, M. S., Hansen, J., Heller, S. L., Jochelson, M. S., Karrington, B., Klein, K. A., Mehta, T. S., Newell, M. S., Schechter, L., Stuckey, A. R., Swain, M. E., Tseng, J., Tuscano, D. S., & Moy, L. (2021). ACR appropriateness criteria® transgender breast cancer screening. Journal of the American College of Radiology, 18(11s), S502–s515. https://doi.org/10.1016/j.jacr.2021.09.005.

181. Brown, E. & Mar, K. (2018). Culturally responsive practice with children of color. In Keo-Meier, C. and Ehrensaft, D., (Eds), The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children. American Psychological Association.

182. Brown, G. R. (2009). Recommended revisions to the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care section on medical care for incarcerated persons with gender identity disorder. International Journal of Transgenderism, 11(2), 133–139, https://doi.
org/10.1080/15532730903008073.

183. Brown, G. R. (2010). Autocastration and autopenectomy as surgical self-treatment in incarcerated persons with gender identity disorder. International Journal of Transgenderism, 12(1), 31–39. https://doi.
org/10.1080/15532731003688970.

184. Brown, G. R. (2014). Qualitative analysis of transgender inmates' correspondence: Implications for departments of correction. Journal of Correctional Health Care, 20(4), 334–342.
https://doi.org/10.1177/1078345814541533.

185. Brown, G. R., & Jones, K. T. (2015). Health correlates of criminal justice involvement in 4,793 transgender veterans. LGBT Health, 2(4), 297–305. https://doi.org/10.1089/ lgbt.2015.0052.

186. Brown, G. R., & Jones, K. T. (2016). Mental health and medical health disparities in 5135 transgender veterans receiving healthcare in the veterans health administration: A case-control study. LGBT Health, 3(2), 122–131. https:// doi.org/10.1089/lgbt.2015.0058.
187. Brown, G. R., & McDuffie, E. (2009). Health care policies addressing transgender inmates in prison systems in the United States. Journal of Correctional Health Care, 15(4), 280–291. https://doi.org/10.1177/1078345809340423.
188. Brown, M., Perry, A., Cheesman, A. D., & Pring, T. (2000). Notes and discussion. Pitch change in male-to-female-transsexuals: Has phonosurgery a role to play? International Journal of Language & Communication Disorders, 35(1), 129–136. https://doi.org/10.1080/136828200247296.
189. Brown, S. K., Chang, J., Hu, S., Sivakumar, G., Sataluri, M., Goldberg, L., Courey, M. S. (2021). Addition of Wendler glottoplasty to voice therapy improves trans female voice outcomes. Laryngoscope, 131(7), 1588–1593. https://doi. org/10.1002/lary.29050.
190. Brumbaugh-Johnson, S. M., & Hull, K. E. (2019). Coming out as transgender: Navigating the social implications of a transgender identity. Journal of Homosexuality, 66(8), 1148–1177. https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1493253.
191. Bryant, L., Damarin, A. K., & Marshall, Z. (2014). Tobacco control recommendations identified by LGBT Atlantans in a community-based research project. Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action, 8(3), 259–260. https://doi.org/10.1353/ cpr.2014.0041.
192. Bryson, C., & Honig, S. C. (2019). Genitourinary complications of gender-affirming surgery. Current Urology Reports, 20(6). https://doi.org/10.1007/s11934-019-0894-4.
193. Buchting, F. O., Emory, K. T., Kim, Y., Fagan, P., Vera, L. E., & Emery, S. (2017). Transgender use of cigarettes, cigars, and e-cigarettes in a national study. American Journal of Preventive Medicine, 53(1), e1–e7. https://doi. org/10.1016/j.amepre.2016.11.022.
194. Buckley, D. P., Dahl, K. L., Cler, G. J., & Stepp, C. E. (2020). Transmasculine voice modification: A case study. Journal of Voice, 34(6), 903–910. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2019.05.003.
195. Budge, S. L. (2013). Interpersonal psychotherapy with transgender clients. Psychotherapy, 50(3), 356–359. https://doi. org/10.1037/a0032194. Budge, S. L. (2015). Psychotherapists as gatekeepers: An evidence-based case study highlighting the role and process of letter writing for transgender clients. Psychotherapy T heory Research Practice Training, 52(3), 287–297 https:// doi.org/10.1037/pst0000034.
196. Budge, S. L., Adelson, J. L., & Howard, K. A. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and

coping. Journal of Consult Clinical Psychology, 81(3), 545–557. https://doi.org/10.1037/a0031774.

197. Budge, S. L., Katz-Wise, S. L., Tebbe, E. N., Howard, K. A. S., Schneider, C. L., & Rodriguez, A. (2012). Transgender emotional and coping processes: Facilitative and avoidant coping throughout gender transitioning. The Counseling Psychologist, 41(4), 601–647. https://doi. org/10.1177/0011000011432753.
198. Budge, S. L., Sinnard, M. T., & Hoyt, W. T. (2021). Longitudinal effects of psychotherapy with transgender and nonbinary clients: A randomized controlled pilot trial. Psychotherapy (Chic.), 58(1), 1–11. https://doi. org/10.1037/pst0000310.
199. Bultynck, C., Cosyns, M., T'Sjoen, G., Van Borsel, J., & Bonte, K. (2020). Thyroplasty type III to lower the vocal pitch in trans men. Otolaryngology–Head and Neck Surgery, 164(1), 157–159. https://doi.org/10.1177/0194599820937675.
200. Buncamper, M. E., Honselaar, J. S., Bouman, M. B., Özer, M., Kreukels, B. P., & Mullender, M. G. (2015). Aesthetic and functional outcomes of neovaginoplasty using penile skin in male-to-female transsexuals. Journal of Sexual Medicine, 12(7), 1626–1634. https://doi.org/10.1111/ jsm.12914.
201. Buncamper, M. E., van der Sluis, W. B., de Vries, M., Witte, B. I., Bouman, M. B., & Mullender, M. G. (2017). Penile inversion vaginoplasty with or without additional full-thickness skin graft: To graft or not to graft? Plastic and Reconstructive Surgery, 139(3), 649e–656e. https:// doi.org/10.1097/PRS.0000000000003108.
202. Buncamper, M. E., van der Sluis, W. B., van der Pas, R. S. D., Özer, M., Smit, J. M., Witte, B. I., Bouman, M. B., & Mullender, M. G. (2016). Surgical outcome after penile inversion vaginoplasty: A retrospective study of 475 transgender women. Plastic and Reconstructive Surgery, 138(5), 999–1007. https://doi.org/10.1097/ PRS.0000000000002684.
203. Bungener, S. L., de Vries, A. L. C., Popma, A., & Steensma, T. D. (2020). Sexual experiences of young transgender persons during and after gender-affirmative treatment. Pediatrics, 146(6), e20191411. https://doi.org/10.1542/ peds.2019-1411. Bureau of Justice Assistance, United States. (2017). Prison Rape Elimination Act of 2003. U.S. G.P.O. https://www. prearesourcecenter.org/about/prison-rape-elimination-act.
204. Burgwal, A., Gvianishvili, N., Hård, V., Kata, J., Nieto, I. G., Orre, C., Smiley, A., Vidić, J., & Motmans, J. (2019). Health disparities between binary and non-binary trans people: A community-driven survey. International Journal of Transgenderism, 20(2–3). https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1629370. Burgwal, A., Gvianishvili, N., Hård, V., Kata, J., Nieto, I. G., Orre, C., Smiley, A., Vidić, J., & Motmans, J. (2021). T he impact of training in transgender care on healthcare providers competence and confidence: A cross-sectional survey. Healthcare, 9(8), 967.

https://www.mdpi. com/2227-9032/9/8/967

205. Burgwal, A., & Motmans, J. (2021). Trans and gender diverse people's experiences and evaluations with general and trans-specific healthcare services: A cross-sectional survey. International Journal of Impotence Research, 33, 679–686. https://doi.org/10.1038/s41443-021-00432-9.

206. Burnes, T. R., Dexter, M. M., Richmond, K., Singh, A. A., & Cherrington, A. (2016). The experiences of transgender survivors of trauma who undergo social and medical transition. Traumatology, 22(1), 75–84. https://doi. org/10.1037/trm0000064.

207. Bustos, S. S., Bustos, V. P., Mascaro, A., Ciudad, P., Forte, A. J., Del Corral, G., & Manrique, O. J. (2021). Complications and patient-reported outcomes in transfemale vaginoplasty: An updated systematic review and meta-analysis. Plastic and Reconstructive Surgery—Global Open, 9(3), e3510. https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000003510.

208. Butler, J. (1993). Bodies that matter. On the discursive limits of "sex". Routledge. Butler, J., Anstrom, K. J., Felker, G. M., Givertz, M. M., Kalogeropoulos, A. P., Konstam, M. A., Mann, D. L., Margulies, K. B., McNulty, S. E., Mentz, R. J., Redfield, M. M., Tang, W. H. W., Whellan, D. J., Shah, M., Desvigne-Nickens, P., Hernandez, A. F., & Braunwald, E. (2017). Efficacy and safety of spironolactone in acute heart failure. JAMA Cardiology, 2(9), 950. https://doi. org/10.1001/jamacardio.2017.2198.

209. Byne, W., Bradley, S. J., Coleman, E., Eyler, A. E., Green, R., Menvielle, E. J., Meyer-Bahlburg, F. L., Pleak, R. R., & Tompkins, D. A. (2012). Report of the American Psychiatric Association task force on treatment of gender identity disorder. Archives of Sexual Behavior, 41(4), 759–796. https://doi.org/10.1007/s10508-012-9975-x.

210. Byne, W., Karasic, D. H., Coleman, E., Eyler, A. E., Kidd, J. D., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pleak, R. R., & Pula, J. (2018). Gender dysphoria in adults: An overview and primer for psychiatrists. Transgender Health, 3(1), 57–70. https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0053.

211. Caceres, B. A., Streed, C. G.Jr., Corliss, H. L., Lloyd-Jones, D. M., Matthews, P. A., Mukherjee, M., Poteat, T., Rosendale, N., Ross, L. M., & American Heart Association Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Hypertension; Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Peripheral Vascular Disease; and Stroke Council. (2020). Assessing and addressing cardiovascular health in LGBTQ adults: A scientific statement The American Heart Association. Circulation, 142(19), e321–e332. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000914.

212. Cai, X., Hughto, J. M., Reisner, S. L., Pachankis, J. E., & Levy, B. R. (2019). Benefit of gender-affirming medical treatment for transgender elders: Later-life alignment of mind and body. LGBT Health, 6(1), 34–39. https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0262.

213. Callander, D., Wiggins, J., Rosenberg, S., Cornelisse, V. J., Duck-Chong, E., Holt, M., Pony, M., Vlahakis, E., MacGibbon, J., & Cook, T. (2019). The 2018 Australian trans and gender diverse sexual health survey: report of findings. The Kirby Institute, University of New South Wales. https://genderrights.org.au/wp-content/uploads/2020/03/ATGDSexualHealthSurveyReport_v7.pdf
214. Callen Lorde. (2020a). Safer binding http://callen-lorde.org/graphics/2018/09/Safer-Binding_2018_FINAL.pdf.
215. Callen Lorde. (2020b). Safer tucking. http://callen-lorde.org/graphics/2018/09/HOTT-Safer-Tucking_Final.pdf.
216. Callens, N., Kreukels, B. P. C., & van de Grift, T. C. (2021). Young voices: Sexual health and transition care needs in adolescents with intersex/differences of sex development—A pilot study. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 34(2), 176–189.e2. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2020.11.001.
217. Callens, N., Van Kuyk, M., van Kuppenveld, J. H., Drop, S. L. S., Cohen-Kettenis, P. T., & Dessens, A. B. (2016). Recalled and current gender role behavior, gender identity and sexual orientation in adults with isorders/differences of sex development. Hormones and Behavior, 86, 8–20. https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2016.08.008.
218. Canner, J. K., Harfouch, O., Kodadek, L. M., Pelaez, D., Coon, D., Offodile, A. C., 2nd, Haider, A. H., & Lau, B. D. (2018). Temporal trends in gender-affirming surgery among transgender patients in the United States. JAMA Surgery, 153(7), 609–616. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.6231.
219. Canonico, M., Oger, E., Plu-Bureau, G., Conard, J., Meyer, G., Lévesque, H., & Scarabin, P. Y. (2007). Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women: Impact of the route of estrogen administration and progestogens: The ESTHER study. Circulation, 115 (7), 840–845. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.642280.
220. Capitán, L., Gutierrez Santamaria, J., Simon, D., Coon, D., Bailon, C., Bellinga, R. J., Tenorio, T., & Capitán-Canadas, F. (2020). Facial gender confirmation surgery: A protocol for diagnosis, surgical planning, and postoperative management. Plastic and Reconstructive Surgery, 145(4), 818e–828e. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000006686.
221. Capitán, L., Simon, D., Kaye, K., & Tenorio, T. (2014). Facial feminization surgery: The forehead. Surgical techniques and analysis of results. Plastic and Reconstructive Surgery, 134(4), 609–619. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000000545.
222. Capitán, L., Simon, D., Meyer, T., Alcaide, A., Wells, A., Bailon, C., Bellinga, R. J., Tenorio, T., & Capitán-Canadas, F. (2017). Facial feminization surgery: Simultaneous hair transplant during forehead reconstruction. Plastic and Reconstructive Surgery, 139(3), 573–584.

https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000003149.

223. Cardoso da Silva, D. C., Schwarz, K., Fontanari, A. M., Costa, A. B., Massuda, R., Henriques, A. A., Salvador, J., Silveira, E., Rosito, T. E., & Rodrigues Lobato, M. I. (2016). WHOQOL-100 before and after sex reassignment surgery in Brazilian male-to-female transsexual individuals. Journal of Sexual Medicine, 13(6), 988–993. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.03.370.

224. Carel, J. C., Eugster, E. A., Rogol, A., Ghizzoni, L., & Palmert, M. R. (2009). Consensus statement on the use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children. Pediatrics, 123(4), e752–e762. https://doi.org/10.1542/peds.2008-1783.

225. CARES Foundation. (2020). Statement on surgery. https://www.caresfoudation.org/treatment/surgery.pdf

226. Carew, L., Dacakis, G., & Oates, J. (2007). The effectiveness of oral resonance therapy on the perception of femininity of voice in male-to-female transsexuals. Journal of Voice, 21(5), 591–603. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.05.005.

227. Carmichael, P., Butler, G., Masic, U., Cole, T. J., De Stavola, B. L., Davidson, S., Skageberg, E. M., Khadr, S., & Viner, R. M. (2021). Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK. PLoS One, 16(2), e0243894. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243894.

228. Carpenter, M. (2018). Intersex variations, human rights, and the International Classification of Diseases. Health and Human Rights Journal, 20(2), 205–214. Carpenter, M. (2021). Intersex human rights, sexual orientation, gender identity, sex characteristics and the Yogyakarta Principles plus 10. Culture, Health & Sexuality, 23(4), 516–532. https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1781262.

229. Carpenter, C. S., Eppink, S. T., & Gonzales, G. (2020). Transgender status, gender identity, and socioeconomic outcomes in the United States. ILR Review, 73(3), 573–599. https://doi.org/10.1177/0019793920902776.

230. Carpenter, W. T., Gold, J. M., Lahti, A. C., Queern, C. A., Conley, R. R., Bartko, J. J., Kovnik, J., & Applebaum, P. S. (2000). Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. Archives of General Psychiatry, 57(6), 533–538. 10-1001/pubs.ArchGenPsychiatryISSN-0003-990x-57-6-yoa9156.

231. Carroll, L. (2017). Therapeutic issues with transgender elders. Psychiatric Clinics of North America, 40(1), 127–140. https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.psc.2016.10.004.

232. Carroll, L., Graff, C., Wicks, M., & Diaz Thomas, A. (2020). Living with an invisible illness: A qualitative study exploring the lived experiences of female children with congenital adrenal hyperplasia. Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation, 29(3), 673–681.

https://doi.org/10.1007/s11136-019-02350-2.

233. Carswell, J. M., & Roberts, A. L. (2017). Induction and maintenance of amenorrhea in transmasculine and nonbinary adolescents. Transgender Health, 2, 195–201. https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0021.

234. Carter, H. B., Albertsen, P. C., Barry, M. J., Etzioni, R., Freedland, S. J., Greene, K. L., Holmberg, L., Kantoff, P., Konety, B. R., Murad, M. H., Penson, D. F., & Zietman, A. L. (2013). Early detection of prostate cancer: AUA Guideline. Journal of Urology, 190(2), 419–426. https://doi.org/10.1016/j.juro.2013.04.119.

235. Cartwright, C., Hughes, M., & Lienert, T. (2012). End-oflife care for gay, lesbian, bisexual and transgender people. Culture, Health & Sexuality, 14(5), 537–548. https://doi.org/10.1080/13691058.2012.673639.

236. Casado, J. C., Rodríguez-Parra, M. J., & Adrián, J. A. (2017). Voice feminization in male-to-female transgendered clients after Wendler's glottoplasty with vs. without voice therapy support. European Archives of Oto-RhinoLaryngology, 274(4), 2049–2058. https://doi.org/10.1007/s00405-016-4420-8.

237. Castellano, E., Crespi, C., Dell'Aquila, C., Rosato, R., Catalano, C., Mineccia, V., Motta, G., Botto, E., & Manieri, C. (2015). Quality of life and hormones after sex reassignment surgery. Journal of Endocrinological Investigation, 38(12), 1373–1381. https://doi.org/10.1007/s40618-015-0398-0.

238. Catelan, R. F., Costa, A. B., & Lisboa, C. S. M. (2017). Psychological interventions for transgender persons: A scoping review. International Journal of Sexual Health, 29(4), 325–337. https://doi.org/10.1080/19317611.2017.1360432.

239. Cauffman, E., & Steinberg, L. (2000). (Im)maturity of judgment in adolescence: Why adolescents may be less culpable than adults. Behavioral Sciences & the Law, 18(6), 741–760. https://doi.org/10.1002/bsl.416.

240. Cavanaugh, T., Hopwood, R., & Lambert, C. (2016). Informed consent in the medical care of transgender and gender-nonconforming patients. AMA Journal of Ethics, 18(11), 1147–1155. https://doi.org/10.1001/journalofethics.2016.18.11.sect1-1611.

241. Celentano, D. D., & Szklo, M. (2019). Gordis Epidemiology. Elsevier.

242. Census Organization of India. (2015). Population census 2011. https://www.census2011.co.in

243. Center of Excellence for Transgender Health. (2016). Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people (2nd ed.). Center of Excellence for Transgender Health, UCSF. https://transcare.ucsf.edu/guidelines.

244. Centers for Disease Control. (2020). Transforming health: Patient-centered HIV prevention and care. https://www.cdc.gov/hiv/clinicians/transforming-health/health-care-providers/sexual-history.html.

245. Centers for Disease Control. (2021). Preexposure prophylaxis for the prevention

of HIV infection in the United States—2021 update clinical practice guideline. https://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk/prep/cdc-hiv-prep-guidelines-2021.pdf

246. Centers for Medicare and Medicaid Services. (2010). Toolkit Part 11: Guidelines for translation. https://www.cms.gov/Outreach-andEducation/Outreach/WrittenMaterialsToolkit/ToolkitPart11

247. Chadwick, S. B., Francisco, M., van Anders, S. M. (2019). When orgasms do not equal pleasure: Accounts of "bad" orgasm experiences during consensual sexual encounters. Archives of Sexual Behavior, 48, 2435–2459. https://doi.org/10.1007/s10508-019-01527-7.

248. Chan, K. J., Liang J. J., Jolly, D., Weinand, J. D., & Safer J. D. (2018). Exogenous testosterone does not induce or exacerbate the metabolic features associated with PCOS among transgender men. Endocrine Practice 24(6), 565–572. https://doi.org/10.4158/EP-2017-0247.

249. Chang, J., Brown, S. K., Hu, S., Sivakumar, G., Sataluri, M., Goldberg, L., Courey, M. S. (2021). Effect of Wendler glottoplasty on acoustic measures of voice. Laryngoscope. 131(3), 583–586. https://doi.org/10.1002/lary.28764.

250. Chantrapanichkul, P., Stevenson, M. O., Suppakitjanusant, P., Goodman, M., & Tangpricha, V. (2021). Serum hormone concentrations in transgender individuals receiving gender-affirming hormone therapy: A longitudinal retrospective cohort Study. Endocrine Practice, 27(1), 27–33. https://doi.org/10.4158/EP-2020-0414.

251. Charter, R. (2018). The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia. International Journal of Transgenderism, 19(1), 64–77. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1399496. Chase, C. (2003). What is the agenda of the intersex patient advocacy movement? The Endocrinologist, 13(3), 240–242. https://doi.org/10.1097/01.ten.0000081687.21823.d4.

252. Chen, D., Abrams, M., Clark, L., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Chan, Y.-M., Garofalo, R., Olson-Kennedy, J., Rosenthal, S. M., & Hidalgo, M. A. (2021). Psychosocial characteristics of transgender youth seeking gender-affirming medical treatment: Baseline findings from the trans youth care study. Journal of Adolescent Health, 68(6), 1104–1111. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.033.

253. Chen, D., Hidalgo, M. A., Leibowitz, S., Leininger, J., Simons, L., Finlayson, C., & Garofalo, R. (2016). Multidisciplinary care for gender-diverse youth: A narrative review and unique model of gender-affirming care. Transgender Health, 1(1), 117–123. https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0009.

254. Chen, D., Kyweluk, M. A., Sajwani, A., Gordon, E. J., Johnson, E. K., Finlayson, C. A., & Woodruff, T. K. (2019). Factors affecting fertility decision-making among transgender adolescents and young adults. LGBT Health, 6(3), 107–115. https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0250.

255. Chen, D., Matson, M., Macapagal, K., Johnson, E. K., Rosoklija, I., Finlayson, C.,

Fisher, C. B., & Mustanski, B. (2018). Attitudes toward fertility and reproductive health among transgender and gender-nonconforming adolescents. Journal of Adolescent Health. 63(1), 62–68. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.11.306.

256. Chen, D., Simons, L., Johnson, E. K., Lockart, B. A., & Finlayson, C. (2017). Fertility preservation for transgender adolescents. Journal of Adolescent Health 61(1), 120–123 https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.01.022.

257. Chen, D., Strang, J. F., Kolbuck, V. D., Rosenthal, S. M., Wallen, K., Waber, D. P., Steinberg, L., Sisk, C. L., Ross, J., Paus, T., Mueller, S. C., McCarthy, M. M., Micevych, P. E., Martin, C. L., Kreukels, B. P. C., Kenworthy, L., Herting, M. M., Herlitz, A., Haraldsen, I. R. J. H., & Dahl, R. (2020). Consensus parameter: Research methodologies to evaluate neurodevelopmental effects of pubertal suppression in transgender youth. Transgender Health, 5(4), 246–257. https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0006.

258. Chen, M., Fuqua, J., & Eugster, E. A. (2016). Characteristics of referrals for gender dysphoria over a 13-year period. Journal of Adolescent Health, 58(3), 369–371. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.11.010.

259. Chen, S., & Loshak, H. (2020). Primary care initiated gender-affirming therapy for gender dysphoria: A review of evidence based guidelines. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563451/.

260. Cheng, P. J., Pastuszak, A. W., Myers, J. B., Goodwin, I. A., & Hotaling, J. M. (2019). Fertility concerns of the transgender patient. Translational Andrology and Urology, 8(3), 209–218. https://doi.org/10.21037/tau.2019.05.09.

261. Cheung, A. S., Wynne, K., Erasmus, J., Murray, S., & Zajac, J. D. (2019). Position statement on the hormonal management of adult transgender and gender diverse individuals. Medical Journal of Australia. 211(3):127–33. https://doi.org/10.5694/mja2.50259.

262. Chew, D., Anderson, J., Williams, K., May, T., & Pang, K. (2018). Hormonal treatment in young people with gender dysphoria: A systematic review. Pediatrics, 141(4), e20173742. https://doi.org/10.1542/peds.2017-3742.

263. Chew, D., Tollit, M. A., Poulakis, Z., Zwickl, S., Cheung, A. S., & Pang, K. C. (2020). Youths with a non-binary gender identity: A review of their sociodemographic and clinical profile. Lancet Child Adolescent Health 4, 322–330. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30403-1.

264. Chiland, C., Clouet, A. M., Golse, B., Guinot, M., & Wolf, J. P. (2013). A new type of family: Transmen as fathers thanks to donor sperm insemination. A 12-year follow-up exploratory study of their children. Neuropsychiatrie del'Enfance et de l'Adolescence, 61(6), 365–370. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.07.001.

265. Chiniara, L. N., Viner, C., Palmert, M., & Bonifacio, H. (2019). Perspectives on fertility preservation and parenthood among transgender youth and their parents. Archives of Disease in Childhood, 104(8), 739–744. https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-316080.
266. Chinn, P. (2013). Commentary lesbian, gay, bisexual and transgender health: Disparities we can change. Nurse Educator, 38(3), 94–95. https://doi.org/10.1097/NNE.0b013e31828dc235.
267. Chipkin, S. R., & Kim, F. (2017). Ten most important things to know about caring for transgender patients. American Journal of Medicine, 130(11), 1238–1245. https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.06.019.
268. Chisolm-Straker, M., Willging, C., Daul, A. D., McNamara, S., Sante, S. C., Shattuck, D. G., & Crandall, C. S. (2018). Transgender and gender-nonconforming patients in the emergency department: What physicians know, think, and do. Annals of Emergency Medicine, 71(2), 183–188. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.09.042.
269. Chlebowski, R. T., Anderson, G. L., Aragaki, A. K., Manson, J. E., Stefanick, M. L., Pan, K., Barrington, W., Kuller, L. H., Simon, M. S., Lane, D., Johnson, K. C., Rohan, T. E., Gass, M., Cauley, J. A., Paskett, E. D., Sattari, M., & Prentice, R. L. (2020). Association of menopausal hormone therapy with breast cancer incidence and mortality during long-term follow-up of the women's health initiative randomized clinical trials. JAMA, 324(4), 369–380. https://doi.org/10.1001/jama.2020.9482.
270. Chrisler, J. C., Gorman, J. A., Manion, J., Murgo, M., Barney, A., Adams-Clark, A., Newton, J. R., & McGrath, M. (2016). Queer periods: Attitudes toward and experiences with menstruation in the masculine of centre and transgender community. Culture, Health & Sexuality, 18(11), 1238–1250. https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1182645.
271. Chumakov, E. M., Ashenbrenner, Y. V., Petrova, N. N., Zastrozhin, M. S., Azarova, L. A., & Limankin, O. V. (2021). Anxiety and depression among transgender people: Findings from a cross-sectional online survey in Russia. LGBT Health, 8(6), 412–419. https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0464.
272. Cipres, D., Seidman, D., Cloniger, C., 3rd, Nova, C., O'Shea, A., & Obedin-Maliver, J. (2017). Contraceptive use and pregnancy intentions among transgender men presenting to a clinic for sex workers and their families in San Francisco. Contraception, 95(2), 186–189. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.09.005.
273. Cirrincione, L. R., Senneker, T., Scarsi, K. K., & Tseng, A. (2020). Drug interactions with gender-affirming hormone therapy: Focus on antiretrovirals and direct acting antivirals. Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology 16(7), 565–581. https://doi.org/10.1080/17425255.2020.1777278.
274. Claes, K. E. Y., D'Arpa, S., & Monstrey, S. J. (2018). Chest surgery for transgender

and gender nonconforming individuals. Clinics in Plastic Surgery, 45(3), 369–380. https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.010.

275. Claes, L., Bouman, W. P., Witcomb, G., Thurston, M., & Arcelus, J. (2015). Non-suicidal self-injury in transsexualism: Associations with psychological symptoms, victimization, interpersonal functioning and perceived social support. Journal of Sexual Medicine, 12(1), 168–179. https://doi.org/10.1111/jsm.12711.

276. Clark, B. A., Marshall, S. K., & Saewyc, E. M. (2020). Hormone therapy decision-making processes: Transgender youth and parents. Journal of Adolescence, 79, 136–147. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.12.016.

277. Clark, B. A., Veale, J. F., Townsend, M., Frohard-Dourlent, H., & Saewyc, E. (2018). Non-binary youth: Access to gender-affirming primary health care. International Journal of Transgenderism, 19(2), 158–169, https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1394954.

278. Clark, K. A., White Hughto, J. M., & Pachankis, J. E. (2017). "What's the right thing to do?" Correctional healthcare providers' knowledge, attitudes and experiences caring for transgender inmates. Social Science & Medicine (1982), 193, 80–89. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.052.

279. Clark, T. C., Lucassen, M. F., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., & Rossen, F. V. (2014). The health and well-being of transgender high school students: Results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). Journal of Adolescent Health, 55(1), 93–99. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008.

280. Clements-Nolle, K., Guzman, R., & Harris, S. G. (2008). Sex trade in a male-to-female transgender population: Psychosocial correlates of inconsistent condom use. Sexual Health, 5(1), 49–54. https://doi.org/10.1071/SH07045.

281. Cocchetti, C., Ristori, J., Mazzoli, F., Prunas, A., Bertelloni, S., Magini, A., Vignozzi, L., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2020). 5α-Reductase-2 deficiency: Is gender assignment recommended in infancy? Two case-reports and review of the literature. Journal of Endocrinological Investigation, 43(8), 1131–1136. https://doi.org/10.1007/s40618-020-01193-w.

282. Cocchetti, C., Ristori, J., Romani, A., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2020). Hormonal treatment strategies tailored to non-binary transgender individuals. Journal of Clinical Medicine, 9(6), 1609. https://doi.org/10.3390/jcm9061609.

283. Cohanzad, S. (2016). Extensive metoidioplasty as a technique capable of creating a compatible analogue to a natural penis in female transsexuals. Aesthetics in Plastic Surgery, 40(1), 130–138. https://doi.org/10.1007/s00266-015-0607-4.

284. Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender change in 46,XY persons with 5α-reductase-2 deficiency and 17β-hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. Archives of Sexual Behavior,

34(4), 399–410. https://doi.org/10.1007/s10508-005-4339-4.

285. Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. Journal of Abnormal Child Psychology, 31(1), 41–53. https://doi.org/10.1023/a:1021769215342.

286. Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36(2), 263–271. https://doi.org/10.1097/00004583-199702000-00017.

287. Colebunders, B., Brondeel, S., D'Arpa, S., Hoebeke, P., & Monstrey, S. (2017). An update on the surgical treatment for transgender patients. Sexual Medicine Reviews, 5(1), 103–109. https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.08.001.

288. Colebunders, B., T'Sjoen, G., Weyers, S., & Monstrey, S. (2014). Hormonal and surgical treatment in trans-women with BRCA1 mutations: A controversial topic. Journal of Sexual Medicine, 11(10), 2496–2499. https://doi.org/10.1111/jsm.12628.

289. Coleman, E., Allen, M. P., & Ford, J. V. (2018). Gender variance and sexual orientation among male spirit mediums in Myanmar. Archives of Sexual Behavior, 47(4), 987–998. https://doi.org/10.1007/s10508-018-1172-0.

290. Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., Lev, A. I., Mayer, G., Meyer-Bahlburg, H., Hall, B. P., Pfaefflin, F., Rachlin, K., Robinson, B., Schechter, L. S., Tangpricha, V., van Trotsenburg, M., Vitale, A., Winter, S., Whittle, S., Wylie, K. R., & Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, Version 7. International Journal of Transgenderism, 13(4), 165–232. https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873.

291. Colizzi, M., Costa, R., & Todarello, O. (2014). Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: Results from a longitudinal study. Psychoneuroendocrinology, 39, 65–73. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.09.029.

292. Colizzi, M., Costa, R., & Todarello, O. (2015). Dissociative symptoms in individuals with gender dysphoria: Is the elevated prevalence real? Psychiatry Research, 226(1), 173–180. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.045.

293. Collin, L., Reisner, S. L., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2016). Prevalence of transgender depends on the "case" definition: A systematic review. The Journal of Sexual Medicine, 13(4), 613–626.

https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.02.001.

294. Comite, F., Cutler, G. B., Jr., Rivier, J., Vale, W. W., Loriaux, D. L., & Crowley, W. F., Jr. (1981). Short-term treatment of idiopathic precocious puberty with a long-acting analogue of luteinizing hormone-releasing hormone. A preliminary report. New England Journal of Medicine, 305(26), 1546–1550. https://doi.org/10.1056/nejm198112243052602.

295. Comparison of State Correctional Policies in the United States. Sexuality Research and Social Policy, 16(4), 393–407. https://doi.org/10.1007/s13178-018-0354-9.

296. Conlin, S. E., Douglass, R. P., Larson-Konar, D. M., Gluck, M. S., Fiume, C., & Heesacker, M. (2019). Exploring nonbinary gender identities: A qualitative content analysis. Journal of LGBT Issues in Counseling, 13(2), 114–133. https://doi.org/10.1080/15538605.2019.1597818.

297. Connelly, P. J., Clark, A., Touyz, R. M., & Delles, C. (2021). Transgender adults, gender-affirming hormone therapy and blood pressure: A systematic review. Journal of Hypertension, 39(2), 223–230. https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002632.

298. Connelly, P. J., Marie Freel, E., Perry, C., Ewan, J., Touyz, R. M., Currie, G., & Delles, C. (2019). Gender-affirming hormone therapy, vascular health and cardiovascular disease in transgender adults. Hypertension, 74(6), 1266–1274. https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.13080.

299. Conron, K. J., Scott, G., Stowell, G. S., & Landers, S. J. (2012). Transgender health in Massachusetts: Results from a household probability sample of adults. American Journal of Public Health, 102(1), 118–122. https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300315.

300. Cook-Daniels, L. (2016). Understanding transgender elders. In D. A. Harley, & P. B. Tester, Handbook of LGBT elders (pp. 285–308). Springer.

301. Coolhart, D. (2018). Helping families move from distress to resilience. In C. E. Keo-Meier & D. E. Ehrensaft (Eds.), The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children. American Psychological Association. https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9

302. Coolhart, D., Ritenour, K., & Grodzinski, A. (2017). Experiences of ambiguous loss for parents of transgender male youth: A phenomenological exploration. Contemporary Family Therapy, 40(1), 28–41. https://doi.org/10.1007/s10591-017-9426-x.

303. Coon, D., Tuffaha, S., Christensen, J., & Bonawitz, S. C. (2013). Plastic surgery and smoking: A prospective analysis of incidence, compliance, and complications. Plastic and Reconstructive Surgery, 131(2), 385–391. https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e318277886a.

304. Cornwall, A., & Jolly, S. (2006). Introduction: Sexuality matters. IDS Bulletin, 37(5), 1–11.

https://doi.org/10.1111/j.1759-5436.2006.tb00295.x.

305. Corrective Services New South Wales. (2015). Section 7.23 Management of transgender and intersex inmates, Operations Procedures Manual, Sydney, NSW

306. Costa, A. B., da Rosa Filho, H. T., Pase, P. F., Fontanari, A. M. V., Catelan, R. F., Mueller, A., Cardoso, D., Soll, B., Schwarz, K., Schneider, M. A., Gagliotti, D. A. M., Saadeh, A., Lobato, M. I. R., Nard, H. C., & Koller, S. H. (2018). Healthcare needs of and access barriers for Brazilian transgender and gender diverse people. Journal of Immigrant and Minority Health, 20(1), 115–123. https://doi.org/10.1007/s10903-016-0527-7.

307. Costa, L. B. F., Rosa-e-Silva, A. C. J. D. S., Medeiros, S. F. D., Nacul, A. P., Carvalho, B. R. D., Benetti-Pinto, C. L., Ylea, D. A., Maciel, G. A. R., Soares, J. M., & Maranhão, T. M. D. O. (2018). Recommendations for the use of testosterone in male transgender. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 40, 275–280. https://doi.org/10.1055/s-0038-1657788.

308. Costa, R., Carmichael, P., & Colizzi, M. (2016). To treat or not to treat: Puberty suppression in childhood-onset gender dysphoria. Nature Reviews Urology, 13(8), 456–462. https://doi.org/10.1038/nrurol.2016.128.

309. Costa, R., Dunsford, M., Skagerberg, E., Holt, V., Carmichael, P., & Colizzi, M. (2015). Psychological support, puberty suppression, and psychosocial functioning in adolescents with gender dysphoria. The Journal of Sexual Medicine, 12(11), 2206–2214. https://doi.org/10.1111/jsm.13034.

310. Cosyns, M., Van Borsel, J., Wierckx, K., Dedecker, D., Van de Peer, F., Daelman, T., Laenen, S., & T'Sjoen, G. (2014). Voice in female-to-male transsexual persons after long-term androgen therapy. The Laryngoscope, 124(6), 1409–1414. https://doi.org/10.1002/lary.24480.

311. Craig, S. L., Austin, A., 2016. The AFFIRM open pilot feasibility study: A brief affirmative cognitive behavioral coping skills group intervention for sexual and gender minority youth. Children and Youth Services Review 64, 136–144. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.02.022.

312. Craig, S. L., Austin, A., Rashidi, M., & Adams, M. (2017). Fighting for survival: The experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning students in religious colleges and universities. Journal of Gay & Lesbian Social Services, 29(1), 1–24. https://doi.org/10.1080/10538720.2016.1260512.

313. Crerand, C. E., Kapa, H. M., Litteral, J. L., Nahata, L., Combs, B., Indyk, J. A., Jayanthi, V. R., Chan, Y. M. ., Tishelman, A. C., & Hansen-Moore, J. (2019). Parent perceptions of psychosocial care for children with differences of sex development. Journal of Pediatric Urology, 15(5), 522.e1–522.e8. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2019.06.024.

314. Crissman, H. P., Berger, M. B., Graham, L. F., & Dalton, V. K. (2017). Transgender demographics: A household probability

sample of US adults, 2014. American Journal of Public Health, 107(2), 213–215. https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303571.

315. Crissman, H. P., Warner, L., Gardner, M., Carr, M., Schast, A., Quittner, A. L., Kogan, B., & Sandberg, D. E. (2011). Children with disorders of sex development: A qualitative study of early parental experience. International Journal of Pediatric Endocrinology, 2011(1), 10. https://doi.org/10.1186/1687-9856-2011-10.

316. Crocetti, D., Monro, S., Vecchietti, V., & Yeadon-Lee, T. (2020). Towards an agency-based model of intersex, variations of sex characteristics (VSC) and DSD/dsd health. Culture, Health & Sexuality, 23(4), 500–515. https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1825815.

317. Crouch, N. S., & Creighton, S. M. (2014). Transition of care for adolescents with disorders of sex development. Nature Reviews Endocrinology, 10(7), 436–442. https://doi.org/10.1038/nrendo.2014.62.

318. Cull, M. L., & Simmonds, M. (2010). Importance of support groups for intersex (disorders of sex development) patients, families and the medical profession. Sexual Development, 4(4-5), 310–312. https://doi.org/10.1159/000313889.

319. D'Angelo, R., Syrulnik, E., Ayad, S., Marchiano, L., Kenny, D. T., & Clarke, P. (2021). One size does not fit all: In support of psychotherapy for gender dysphoria. Archives of Sexual Behavior, 50(1), 7–16. https://doi.org/10.1007/s10508-020-01844-2.

320. Dacakis, G. (2000). Long-term maintenance of fundamental frequency increases in male-to-female transsexuals. Journal of Voice, 14(4), 549–556. https://doi.org/10.1016/s0892-1997(00)80010-7.

321. Dahlen, S., Connolly, D., Arif, I., Junejo, M. H., Bewley, S., & Meads, C. (2021). International clinical practice guidelines for gender minority/trans people: Systematic review and quality assessment. BMJ Open, 11(4), e048943. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048943.

322. Dalke, K. B., Baratz, A. B., & Greenberg, J. A. (2020). Protecting children with intersex traits: Legal, ethical, and human rights considerations. In M. Legato (Ed.), The Plasticity of Sex (pp. 207–224). Academic Press. https://doi.org/10.1016/b978-0-12-815968-2.00010-4.

323. Damrose, E. J. (2008). Quantifying the impact of androgen therapy on the female larynx. Auris, Nasus, Larynx, 36(1), 110–112. https://doi.org/10.1016/j.anl.2008.03.002.

324. Danon, L. M., & Krämer, A. (2017). Between concealing and revealing intersexed bodies: Parental strategies. Qualitative Health Research, 27(10), 1562–1574. https://doi.org/10.1177/1049732317697100.

325. Darwin, H. (2020). Challenging the cisgender/transgender binary: Nonbinary people and the transgender label. Gender & Society, 34(3), 357–380. https://doi.org/10.1177/0891243220912256.

326. Davey, A., Arcelus, J., Meyer, C., & Bouman, W. P. (2016). Self-injury among trans individuals and matched controls: Prevalence and associated factors. Health & Social Care in the Community, 24(4), 485–494. https://doi.org/10.1111/hsc.12239.

327. Davey, A., Bouman, W. P., Arcelus, J., Meyer, C. (2014). Social support and psychological wellbeing: A comparison of patients with gender dysphoria and matched controls. Journal of Sexual Medicine, 11(12), 2976–2985. https://doi.org/10.1111/jsm.12681.

328. Davey, A., Bouman, W. P., Meyer, C., & Arcelus, J. (2015). Interpersonal functioning among individuals with gender dysphoria. Journal of Clinical Psychology, 71(12), 1173–1185. https://doi.org/10.1002/jclp.22209.

329. Davies, S., Papp, V. G., & Antoni, C. (2015). Voice and communication change for gender nonconforming individuals: Giving voice to the person inside. International Journal of Transgenderism, 16(3), 117–159. https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1075931.

330. Davis, S. A., & Colton Meier, S. (2014). Effects of testosterone treatment and chest reconstruction surgery on mental health and sexuality in female-to-male transgender people. International Journal of Sexual Health, 26(2), 113–128. https://doi.org/10.1080/19317611.2013.833152.

331. Day, J. K., Perez-Brumer, A., & Russell, S. T. (2018). Safe schools? Transgender youth's school experiences and perceptions of school climate. Journal of Youth and Adolescence, 47(8), 1731–1742. https://doi.org/10.1007/s10964-018-0866-x.

332. de Blok, C. J. M., Dijkman, B. A. M., Wiepjes, C. M., Staphorsius, A. S., Timmermans, F. W., Smit, J. M., Dreijerink, K. M. A., & den Heijer, M. (2021). Sustained breast development and breast anthropometric changes in 3 years of gender-affirming hormone treatment. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 106(2), e782

333. D'Angelo, R., Syrulnik, E., Ayad, S., Marchiano, L., Kenny, D. T., & Clarke, P. (2021). One size does not fit all: In support of psychotherapy for gender dysphoria. Archives of Sexual Behavior, 50(1), 7–16. https://doi.org/10.1007/s10508-020-01844-2.

334. Dacakis, G. (2000). Long-term maintenance of fundamental frequency increases in male-to-female transsexuals. Journal of Voice, 14(4), 549–556. https://doi.org/10.1016/s0892-1997(00)80010-7.

335. Dahlen, S., Connolly, D., Arif, I., Junejo, M. H., Bewley, S., & Meads, C. (2021). International clinical practice guidelines for gender minority/trans people: Systematic review and quality assessment. BMJ Open, 11(4), e048943. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048943.

336. Dalke, K. B., Baratz, A. B., & Greenberg, J. A. (2020). Protecting children with intersex traits: Legal, ethical, and human rights considerations. In M. Legato (Ed.), The Plasticity of Sex (pp. 207–224). Academic Press.

https://doi.org/10.1016/b978-0-12-815968-2.00010-4.

337. Damrose, E. J. (2008). Quantifying the impact of androgen therapy on the female larynx. Auris, Nasus, Larynx, 36(1), 110–112. https://doi.org/10.1016/j.anl.2008.03.002.

338. Danon, L. M., & Krämer, A. (2017). Between concealing and revealing intersexed bodies: Parental strategies. Qualitative Health Research, 27(10), 1562–1574. https://doi.org/10.1177/1049732317697100.

339. Darwin, H. (2020). Challenging the cisgender/transgender binary: Nonbinary people and the transgender label. Gender & Society, 34(3), 357–380. https://doi.org/10.1177/0891243220912256.

340. Davey, A., Arcelus, J., Meyer, C., & Bouman, W. P. (2016). Self-injury among trans individuals and matched controls: Prevalence and associated factors. Health & Social Care in the Community, 24(4), 485–494. https://doi.org/10.1111/hsc.12239.

341. Davey, A., Bouman, W. P., Arcelus, J., Meyer, C. (2014). Social support and psychological wellbeing: A comparison of patients with gender dysphoria and matched controls. Journal of Sexual Medicine, 11(12), 2976–2985. https://doi.org/10.1111/jsm.12681.

342. Davey, A., Bouman, W. P., Meyer, C., & Arcelus, J. (2015). Interpersonal functioning among individuals with gender dysphoria. Journal of Clinical Psychology, 71(12), 1173–1185. https://doi.org/10.1002/jclp.22209.

343. Davies, S., Papp, V. G., & Antoni, C. (2015). Voice and communication change for gender nonconforming individuals: Giving voice to the person inside. International Journal of Transgenderism, 16(3), 117–159. https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1075931.

344. Davis, S. A., & Colton Meier, S. (2014). Effects of testosterone treatment and chest reconstruction surgery on mental health and sexuality in female-to-male transgender people. International Journal of Sexual Health, 26(2), 113–128. https://doi.org/10.1080/19317611.2013.833152.

345. Day, J. K., Perez-Brumer, A., & Russell, S. T. (2018). Safe schools? Transgender youth's school experiences and perceptions of school climate. Journal of Youth and Adolescence, 47(8), 1731–1742. https://doi.org/10.1007/s10964-018-0866-x.

346. de Blok, C. J. M., Dijkman, B. A. M., Wiepjes, C. M., Staphorsius, A. S., Timmermans, F. W., Smit, J. M., Dreijerink, K. M. A., & den Heijer, M. (2021). Sustained breast development and breast anthropometric changes in 3 years of gender-affirming hormone treatment. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 106(2), e782–e790. https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa841.

347. de Blok, C. J. M., Staphorsius, A. S., Wiepjes, C. M., Smit, J. M., Nanayakkara, P. W. B., & den Heijer, M. (2020). Frequency, determinants, and satisfaction of breast augmentation in trans women receiving hormone treatment. The Journal of Sexual Medicine, 17(2), 342–348.

https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.10.021.

348. De Cuypere, G., & Vercruysse, H. (2009). Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH standards of care. International Journal of Transgenderism, 11(3), 194–205. https://doi.org/10.1080/15532730903383781.

349. de Freitas, L. D., Leda-Rego, G., Bezerra-Filho, S., & Miranda-Scippa, A. (2020). Psychiatric disorders in individuals diagnosed with gender dysphoria: A systematic review. Psychiatry Clinical Neuroscience, 74(2), 99–104. https://doi.org/10.1111/pcn.12947.

350. de Graaf, N. M., Carmichael, P., Steensma, T. D., & Zucker, K. J. (2018). Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: Data from the Gender Identity Development Service in London (2000–2017). The Journal of Sexual Medicine, 15(10), 1381–1383. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.08.002.

351. de Graaf, N. M., Giovanardi, G., Zitz, C., & Carmichael, P. (2018). Sex ratio in children and adolescents referred to the Gender Identity Development Service in the UK (2009–2016). Archives of Sexual Behavior, 47(5), 1301–1304. https://doi.org/10.1007/s10508-018-1204-9.

352. de Graaf, N. M., Steensma, T. D., Carmichael, P., VanderLaan, D. P., Aitken, M., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., Kreukels, B. P. C., Wasserman, L., Wood, H., & Zucker, K. J. (2020). Suicidality in clinic-referred transgender adolescents. European Child & Adolescent Psychiatry. https://doi.org/10.1007/s00787-020-01663-9.

353. De Los Reyes, A., Ohannessian, C. M., & Racz, S. J. (2019). Discrepancies between adolescent and parent reports about family relationships. Child Development Perspectives, 13(1), 53–58. https://doi.org/10.1111/cdep.12306.

354. de Nie, I., Meißner, A., Kostelijk, E. H., Soufan, A. T., Voorn-de Warem, I. A. C., den Heijer, M., Huirne, J., & van Mello, N. M. (2020). Impaired semen quality in trans women: Prevalence and determinants. Human Reproduction, 35(7), 1529–1536. https://doi.org/10.1093/humrep/deaa133

355. de Oliveira, L., Carvalho, J., Sarikaya, S., Urkmez, A., Salonia, A., Russo, G. I., & EAU-YAU Men's Health Working group. (2021). Patterns of sexual behavior and psychological processes in asexual persons: A systematic review. International Journal of Impotence Research, 33(6), 641–651. https://doi.org/10.1038/s41443-020-0336-3.

356. de Roo, C., Lierman, S., Tilleman, K., Peynshaert, K., Braeckmans, K., Caanen, M., Lambalk, C. B., Weyers, S., T'Sjoen, G., Cornelissen, R., & De Sutter, P. (2017). Ovarian tissue cryopreservation in female-to-male transgender people: Insights into ovarian histology and physiology after prolonged androgen treatment. Reproductive Biomedicine Online, 34(6), 557–566. https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2017.03.008.

357. de Roo, C., Tilleman, K., T'Sjoen, G., & De Sutter, P. (2016). Fertility options in transgender people. International Review of Psychiatry, 28(1), 112–119. https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1084275.
358. De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. International Journal of Transgenderism, 6(3), 3–97.
359. de Vries, A. L. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. Journal of Homosexuality, 59(3), 301–320. https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653300.
360. de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Disorders of sex development and gender identity outcome in adolescence and adulthood: Understanding gender identity development and its clinical implications. Pediatric Endocrinology Reviews, 4(4), 343–351.
361. de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52(11), 1195–1202.
362. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x.
363. de Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C. F., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. Pediatrics, 134(4), 696–704. https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958.
364. de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. Journal of Autism and Developmental Disorders, 40(8), 930–936. https://doi.org/10.1007/s10803-010-0935-9.
365. de Vries, A. L. C., Richards, C., Tishelman, A. C., Motmans, J., Hannema, S. E., Green, J., & Rosenthal, S. M. (2021). Bell v Tavistock and Portman NHS Foundation Trust [2020] EWHC 3274: Weighing current knowledge and uncertainties in decisions about gender-related treatment for transgender adolescents. International Journal of Transgender Health, 22(3), 1–8. https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1904330.
366. de Vries, A. L. C., Roehle, R., Marshall, L., Frisén, L., van de Grift, T. C., Kreukels, B. P. C., Bouvattier, C., Köhler, B., Thyen, U., Nordenström, A., Rapp, M., & Cohen-Kettenis, P. T. (2019). Mental health of a large group of adults with disorders of sex development in six European countries. Psychosomatic Medicine, 81(7), 629–640. https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000718.
367. de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., VanderLaan, D. P., & Zucker, K. J. (2015). Poor peer
368. relations predict parent- and self-reported behavioral and emotional problems of adolescents with gender dysphoria: A cross-national, cross-clinic comparative

analysis. European Child & Adolescent Psychiatry, 25(6), 579–588. https://doi.org/10.1007/s00787-015-0764-7.

369. de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. The Journal of Sexual Medicine, 8(8),

370. 2276–2283. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x.

371. de Vries, E., Kathard, H., & Müller, A. (2020). Debate: Why should gender-affirming health care be included in health science curricula? BMC Medical Education, 20(1), 51. https://doi.org/10.1186/s12909-020-1963-6.

372. Defreyne, J., Elaut, E., Kreukels, B., Fisher, A. D., Castellini, G., Staphorsius, A., & T'Sjoen, G. (2020). Sexual desire changes in transgender individuals upon initiation of hormone treatment: Results from the longitudinal

373. European Network for the Investigation of Gender Incongruence. The Journal of Sexual Medicine, 17(4), 812–825. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.12.020.

374. Defreyne, J., Motmans, J., & T'Sjoen, G. (2017). Healthcare costs and quality of life outcomes following gender affirming surgery in trans men: A review. Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, 17(6), 543–556. https://doi.org/10.1080/14737167.2017.1388164.

375. Defreyne, J., Nota, N., Pereira, C., Schreiner, T., Fisher, A. D., den Heijer, M., & T'Sjoen, G. (2017). Transient elevated serum prolactin in trans women is caused by Cyproterone Acetate treatment. LGBT Health, 4(5), 328–336. https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0190.

376. Defreyne, J., Van de Bruaene, L. D., Rietzschel, E., Van Schuylenbergh, J., & T'Sjoen, G. G. (2019). Effects of gender-affirming hormones on lipid, metabolic, and cardiac surrogate blood markers in transgender persons. Clinical Chemistry, 65(1), 119–134. https://doi.org/10.1373/clinchem.2018.288241.

377. Defreyne, J., Van Schuylenbergh, J., Motmans, J., Tilleman, K. L., & T'Sjoen, G. G. (2020). Parental desire and fertility preservation in assigned female at birth transgender people living in Belgium. Fertility and Sterility 113(1), 149–157. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.09.002.

378. Defreyne, J., Vantomme, B., Van Caenegem, E., Wierckx, K., De Blok, C. J. M., Klaver, M., & T'Sjoen, G. (2018). Prospective evaluation of hematocrit in gender-affirming hormone treatment: Results from European Network for the Investigation of Gender Incongruence. Andrology, 6(3), 446–454. https://doi.org/10.1111/andr.12485.

379. Dekker, M. J., Wierckx, K., Van Caenegem, E., Klaver, M., Kreukels, B. P., Elaut, E., & T'Sjoen, G. (2016). A European Network for the investigation of gender incongruence: Endocrine part. The Journal of Sexual Medicine, 13(6), 994–999.

https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.03.371.

380. Delemarre-van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. European Journal of Endocrinology, 155(Suppl. 1), S131–S137. https://doi.org/10.1530/eje.1.02231.

381. Delimata, N., Simmonds, M., O'Brien, M., Davis, G., Auchus, R., & Lin-Su, K. (2018). Evaluating the term 'disorders of sex development': A multidisciplinary debate. Social Medicine, 12(1):98–107.

382. Delozier, A. M., Kamody, R. C., Rodgers, S., & Chen, D. (2020). Health disparities in transgender and gender expansive adolescents: A topical review from a minority stress framework. Journal of Pediatric Psychology, 45(8), 842–847. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa040.

383. Demeestere, I., Simon, P., Dedeken, L., Moffa, F., Tsépélidis, S., Brachet, C., Delbaery, A., Devreker, A. F., & Ferster, A. (2015). Live birth after autograft of ovarian tissue cryopreserved during childhood. Human Reproduction, 30(9), 2107–2109. https://doi.org/10.1093/humrep/dev128.

384. Denby, K. J., Cho, L., Toljan, K., Patil, M., & Ferrando, C. A. (2021). Assessment of cardiovascular risk in transgender patients presenting for gender-affirming care. The American Journal of Medicine, 134(8), 1002–1008. https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2021.02.031.

385. Department of Health and Human Services. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents.

386. (2019) Guidelines for the use of antiretroviral agents in adults and adolescents with HIV. Transgender People and HIV. https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-arv/transgender-people-hiv

387. Dessens, A. B., Slijper, F. M. E., & Drop, S. L. S. (2005). Gender dysphoria and gender change in chromosomal

388. females with congenital adrenal hyperplasia. Archives of Sexual Behavior, 34(4), 389–397. https://doi.org/10.1007/s10508-005-4338-5.

389. Deuster, D., Di Vincenzo, K., Szukaj, M., Am Zehnhoff-Dinnesen, A., & Dobel, C. (2016). Change of speech fundamental frequency explains the satisfaction with voice in response to testosterone therapy in female-to-male gender dysphoric individuals. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, 273(8), 2127–2131. https://doi.org/10.1007/s00405-016-4043-0.

390. Deuster, D., Matulat, P., Knief, A., Zitzmann, M., Rosslau, K., Szukaj, M., Dinnesen, A., & Schmidt, C. M. (2016). Voice deepening under testosterone treatment in female-to-male gender dysphoric individuals. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, 273(4), 959–965. https://doi.org/10.1007/s00405-015-3846-8.

391. Deutsch, M. B. (2011). Use of the informed consent model in the provision of cross-sex

hormone therapy: A survey of the practices of selected clinics. International Journal of Transgenderism, 13, 140–146. https://doi.org/10.1080/15532739.2011.675233.

392. Deutsch, M. B. (2016a). Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people (2nd ed.). University of California, San Francisco, Department of Family and Community Medicine Center of Excellence for Transgender Health. https://transcare.ucsf.edu/guidelines

393. Deutsch, M. B. (2016b). Gender-affirming surgeries in the era of insurance coverage: Developing a framework for psychosocial support and care navigation in the perioperative period. Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 27(2), 386–391. https://doi.org/10.1353/hpu.2016.0092.

394. Deutsch, M. B., Bhakri, K., & Kubicek, K. (2015). Effects of cross-sex hormone treatment on transgender women and men. Obstetric Gynecology, 125(3), 605–610. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000692.

395. Deutsch, M. B., Glidden, D. V., Sevelius. J., Keatley. J., McMahan, V., & Guanira. J., (2015). HIV pre-exposure prophylaxis in transgender women: A subgroup analysis of the iPrEx trial. The Lancet HIV, 2(12), e512-e9. https://doi.org/10.1016/S2352-3018(15)00206-4.

396. Devor, A. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model of transsexual identity formation. Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 8(1), 41–67. https://doi.org/10.1080/19359705.2004.9962366.

397. DeVita, T., Bishop, C., & Plankey, M. (2018). Queering medical education: Systematically assessing LGBTQI health competency and implementing reform. Medical Education Online, 23(1), 1510703. https://doi.org/10.1080/10872981.2018.1510703.

398. Dharma, C., Scheim, A. I., & Bauer, G. R. (2019). Exploratory factor analysis of two sexual health scales for transgender people: Trans-specific condom/barrier negotiation self-efficacy (T-barrier) and trans-specific sexual body image worries (T-worries). Archives of Sexual Behavior, 48(5), 1563–1572. https://doi.org/10.1007/s10508-018-1383-4.

399. Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. PLoS One, 6(2), e16885. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885.

400. Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G., & Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. International Review of Psychiatry, 28(1), 44–57. https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115753.

401. Dick, B., & Ferguson, B. J. (2015). Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade. Journal of Adolescent Health, 56(1), 3–6.

https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.260.

402. Dierckx, M., Mortelmans, D., & Motmans, J. (2019). Role ambiguity and role conflict among partners of trans people. Journal of Family Issues, 40(1), 85–110. https://doi.org/10.1177/0192513X18800362.

403. Din-Dzietham, R., Nembhard, W. N., Collins, R., & Davis, S. K. (2004). Perceived stress following race-based discrimination at work is associated with hypertension in African–Americans. The metro Atlanta heart disease study, 1999–2001. Social Science & Medicine, 58(3), 449–461. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00211-9.

404. Dizon, D. S., Tejada-Berges, T., Koelliker, S., Steinhoff, M., & Granai, C. O. (2006). Ovarian cancer associated with testosterone supplementation in a female-to-male transsexual patient. Gynecologic and Obstetric Investigation, 62(4), 226–228. https://doi.org/10.1159/000094097.

405. Djordjevic, M. L., Majstorovic, M., Stanojevic, D., Bizic, M., Ducic, S., Kojovic, V., & Perovic, S. (2008). One-stage repair of severe hypospadias using combined buccal mucosa graft and longitudinal dorsal skin flap. European Journal of Pediatric Surgery, 18(6), 427–430. https://doi.org/10.1055/s-2008-1038929.

406. Do, T. T., Nguyen, T. V. A., Vu, X. T., & Nguyen, T. P. T. (2018). Seeking healthcare as a transgender woman in Vietnam: Access barriers and the situation of hormone use. Regional Journal of Southeast Asian Studies, 3(2), 30–58. http://www.rjseas.org/journalview/5

407. Donnez, J., & Dolmans, M. M. (2015). Ovarian cortex transplantation: 60 reported live births brings the success and worldwide expansion of the technique towards routine clinical practice. Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 32(8), 1167–1170. https://doi.org/10.1007/s10815-015-0544-9.

408. Downing, J. M., & Przedworski, J. M. (2018). Health of transgender adults in the U.S., 2014–2016. American Journal of Preventive Medicine, 55(3), 336–344. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.04.045.

409. Dragon, C. N., Guerino, P., Ewald, E., & Laffan, A. M. (2017). Transgender Medicare beneficiaries and chronic conditions: Exploring fee-for-service claims data. LGBT Health, 4(6), 404–411. https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0208.

410. Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. T., & Reed, G. M. (2016). Gender incongruence of childhood in the ICD-11: Controversies, proposal, and rationale. The Lancet Psychiatry, 3(3), 297–304. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00586-6.

411. Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11. International Review of Psychiatry, 24(6), 568–577. https://doi.org/10.3109/09540261.2012.741575.

412. Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender

identity disorder. Developmental Psychology, 44(1), 34–45. https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.34.

413. DSD-TRN—Differences or Disorders of Sex Development Translational Research Network. (n.d.). http://dsdtrn.org/.

414. Du Bois, S. N., Yoder, W., Guy, A. A., Manser, K., & Ramos, S. (2018). Examining associations between state-level transgender policies and transgender health. Transgender Health, 3(1), 220–224. https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0031.

415. Dubin, S. N., Nolan, I. T., Streed, C. G.Jr., Greene, R. E., Radix, A. E., & Morrison, S. D. (2018). Transgender health care: improving medical students' and residents' training and awareness. Advances in Medical Education and Practice, 9, 377–91. https://doi.org/10.2147/AMEP.S147183.

416. Dubin, S., Lane, M., Morrison, S., Radix, A., Belkind, U., Vercler, C., & Inwards-Breland, D. (2020). Medically assisted gender affirmation: When children and parents disagree. Journal of Medical Ethics, 46(5), 295–299. https://doi.org/10.1136/medethics-2019-105567.

417. Duby, Z., Hartmann, M., Mahaka, I., Munaiwa, O., Nabukeera, J., Vilakazi, N., Mthembu, F., Colvin, C. J., Mensch, B., & van der Straten, A. (2015). Lost in Translation: Language, terminology, and understanding of penile–anal intercourse in an HIV prevention trial in South Africa, Uganda, and Zimbabwe. The Journal of Sex Research, 53(9), 1096–1106. https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1069784.

418. Duranteau, L., Rapp, M., van de Grift, T. C., Hirschberg, A. L., & Nordenskjöld, A. (2021). Participant- and clinician-reported long-term outcomes after surgery in individuals with complete androgen insensitivity syndrome. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 34(2), 168–175. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2020.11.012.

419. Durwood, L., Eisner, L., Fladeboe, K., Ji, C. G., Barney, S., McLaughlin, K. A., & Olson, K. R. (2021). Social support and internalizing psychopathology in transgender youth. Journal of Youth and Adolescence, 50(5), 841–854. https://doi.org/10.1007/s10964-020-01391-y.

420. Durwood, L., McLaughlin, K. A., & Olson, K. R. (2017). Mental health and self-worth in socially transitioned transgender youth. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 56(2), 116–123. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.10.016.

421. Dy, G. W., Granieri, M. A., Fu, B. C., Vanni, A. J., Voelzke, B., Rourke, K. F., Elliott, S. P., Nikolavsky, D., & Zhao, L. C. (2019). Presenting complications to a reconstructive urologist after masculinizing genital reconstructive surgery. Urology, 132, 202–206. https://doi.org/10.1016/j.urology.2019.04.051.

422. Dyer, C. (2020). Children are "highly unlikely" to be able to consent to taking puberty blockers, rules High Court. BMJ, m4699. https://doi.org/10.1136/bmj.m4699.

423. Ediati A., Juniarto, A. Z., Birnie, E., Okkerse, J., Wisniewski, A., Drop, S., Dessens, A. (2017). Ediati, A., Juniarto, A. Z., Birnie, E., Okkerse, J., Wisniewski, A., Drop, S., Faradz, S. M. H., & Dessens, A. (2017). Social stigmatisation in late identified patients with disorders of sex development in Indonesia. BMJ Paediatrics Open, 1(1), e000130. https://doi.org/10.1136/bmjpo-2017-000130.

424. Edmo v. Idaho Department of Corrections, Corizon, Inc. et al.; case number 1:17-cv-151-BLW, 2020.

425. Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Lash, B. R., Shumer, D. E., & Tishelman, A. C. (2017). Psychological profile of the first sample of transgender youth presenting for medical intervention in a U.S. pediatric gender center. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 4(3), 374–382.

426. Edwards-Leeper, L., Leibowitz, S., & Sangganjanavanich, V. F. (2016). Affirmative practice with transgender and gender nonconforming youth: Expanding the model. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 3(2), 165–172. https://doi.org/10.1037/sgd0000167.

427. Edwards-Leeper, L., & Spack, N. P. (2012). Psychological evaluation and medical treatment of transgender youth in an interdisciplinary "Gender Management Service" (GeMS) in a major pediatric center. Journal of Homosexuality, 59(3), 321–336. https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653302.

428. Efstathiou, E., Davis, J. W., Pisters, L., Li, W., Wen, S., McMullin, R. P., Gormley, M., Ricci, D., Titus, M., Hoang, A., Zurita, A. J., Tran, N., Peng, W., Kheoh, T., Molina, A., Troncoso, P., & Logothetis, C. J. (2019). Clinical and biological characterisation of localised high-risk prostate cancer: Results of a randomised preoperative study of a luteinising hormone-releasing hormone agonist with or without abiraterone acetate plus prednisone. European Urology, 76(4), 418–424. https://doi.org/10.1016/j.eururo.2019.05.010.

429. Eftekhar Ardebili, M., Janani, L., Khazaei, Z., Moradi, Y., & Baradaran, H. R. (2020). Quality of life in people with transsexuality after surgery: A systematic review and meta-analysis. Health and Quality of Life Outcomes, 18, 264. https://doi.org/10.1186/s12955-020-01510-0.

430. Ehrensaft, D. (2016). The gender creative child: Pathways for nurturing and supporting children who live outside gender boxes. The Experiment.

431. Ehrensaft, D. (2018). Exploring gender expansive expressions. In Keo-Meier, C., & Ehrensaft, D. (Eds), The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children. American Psychological Association.

432. Ehrensaft, D., Giammattei, S. V., Storck, K., Tishelman, A. C., & Keo-Meier, C. (2018). Prepubertal social gender transitions: What we know; what we can learn—A view from a gender affirmative lens. International Journal of

Transgenderism, 19(2), 251–268. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1414649.

433. Eisenberg, M. E., Gower, A. L., McMorris, B. J., Rider, G. N., Shea, G., & Coleman, E. (2017). Risk and protective factors in the lives of transgender/gender nonconforming adolescents. Journal of Adolescent Health, 61(4), 521–526. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.04.014.

434. Eisenberg, M. E., McMorris, B. J., Rider, G. N., Gower, A. L., & Coleman, E. (2020). "It's kind of hard to go to the doctor's office if you're hated there." A call for gender-affirming care from transgender and gender diverse adolescents in the United States. Health & Social Care in the Community, 28(3), 1082–1089. https://doi.org/10.1111/hsc.12941.

435. Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Murad, M. H., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Effect of sex steroid use on cardiovascular risk in transsexual individuals: A systematic review and meta-analyses. Clinical Endocrinology , 72(1), 1–10. https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03632.x.

436. El-Hadi, H., Stone, J., Temple-Oberle, C., & Harrop, A. R. (2018). Gender-affirming surgery for transgender individuals: Perceived satisfaction and barriers to care. Plastic Surgery , 2 6 (4), 263–268. https://doi.org/10.1177/2292550318767437.

437. Eliason, M. J., Dibble, S., & DeJoseph, J. (2010). Nursing's silence on lesbian, gay, bisexual, and transgender issues: The need for emancipatory efforts. Advances in Nursing Science, 33(3), 206–218.218. https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181e63e49.

438. Ellens, R. E. H., Bakula, D. M., Mullins, A. J., Scott Reyes, K. J., Austin, P., Baskin, L., Bernabé, K., Cheng, E. Y., Fried, A., Frimberger, D., Galan, D., Gonzalez, L., Greenfield, S., Kolon, T., Kropp, B., Lakshmanan, Y., Meyer, S., Meyer, T., Mullins, L. L., & Nokoff, N. J. (2017). Psychological adjustment of parents of children born with atypical genitalia 1 Year after genitoplasty. Journal of Urology, 198(4), 914–920. https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.05.035.

439. Ellis, S. A., Wojnar, D. M., & Pettinato, M. (2015). Conception, pregnancy, and birth experiences of male and gender variant gestational parents: It's how we could have a family. Journal of Midwifery and Women's Health, 60(1), 62–69. https://doi.org/10.1111/jmwh.12213.

440. Ellis, S. J., Wakefield, C. E., McLoone, J. K., Robertson, E. G., & Cohn, R. J. (2016). Fertility concerns among child and adolescent cancer survivors and their parents: A qualitative analysis. Journal of Psychosocial Oncology, 34(5), 347–362. https://doi.org/10.1080/07347332.2016.1196806.

441. Embaye, N. (2006). Affirmative psychotherapy with bisexual transgender people. Journal of Bisexuality, 6(1-2),

442. 51–63. https://doi.org/10.1300/J159v06n01_04.

443. Emmer, P., Lowe, A., & Marshall, R. B. (2011). This is a prison, glitter is not allowed : Experiences of trans and gender variant people in Pennsylvania's Prison Systems: A report by the hearts on a wire collective. Hearts On A Wire Collective.

444. Endocrine Society, Pediatric Endocrine Society. (2020). Position statement: Transgender health. Endocrine Society.
445. Ernst, M. E., Sandberg, D. E., Keegan, C., Quint, E. H., Lossie, A. C., & Yashar, B. M. (2016). The lived experience of MRKH: Sharing health information with peers. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 29(2), 154–158. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.09.009.
446. Equality and Human Rights Commission. (2021) Guide on Article 8 of the European Convention on Human Rights (2021). Right to respect for private and family life, home and correspondence. https://www.equalityhumanrights.com/en/human-rights-act/article-8-respect-your-private-and-family-life
447. Esmonde, N., Heston, A., Jedrzejewski, B., Ramly, E., Annen, A., Guerriero, J., Hansen, J., & Berli, J. (2019). What is "nonbinary" and what do I need to know? A primer for surgeons providing chest surgery for transgender patients. Aesthetic Surgery Journal, 39(5), NP106–NP112. https://doi.org/10.1093/asj/sjy166.
448. Esteva de Antonio, I., Gómez-Gil, E., & GIDSEEN Group (2013). Coordination of healthcare for transsexual persons: A multidisciplinary approach. Current Opinions Endocrinology, Diabetes and Obesity, 20(6), 585–591. https://doi.org/10.1097/01.med.0000436182.42966.31.
449. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2015). Access to fertility services by transgender persons: An Ethics Committee opinion. Fertility and Sterility, 104(5), 1111–1115. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.08.021.
450. Ettner, R. (2013). Care of the elderly transgender patient. Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity, 20(6), 580–584. https://doi.org/10.1097/01.med.0000436183.34931.a5.
451. Ettner, R., & Wylie, K. (2013). Psychological and social adjustment in older transsexual people. Maturitas, 74(3), 226–229. https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.11.011.
452. Ettner, R., Monstrey, S., & Coleman, E. (2016). Theories of the etiology of transgender identity. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Coleman (Eds.), Principles of Transgender Medicine and Surgery (pp. 17–29). Routledge.
453. European Medicines Agency. (2020). Restrictions in use of cyproterone due to meningioma risk. https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/cyproterone-article-31-referral-restrictions-use-cyproterone-duemeningioma-risk_en-0.pdf
454. European Union Agency for Fundamental Rights. (2020). EU-LGBTI II: A long way to go for LGBTI equality. Publications Office of the European Union.
455. Evans, S., Crawley, J., Kane, D., & Edmunds, K. (2021). The process of transitioning for the transgender individual and the nursing imperative: A narrative review. Journal of Advanced Nursing, 77(12), 4646–4660. https://doi.org/10.1111/jan.14943.
456. Ewald, E. R., Guerino, P., Dragon, C., Laffan, A. M., Goldstein, Z., & Streed, C.

(2019). Identifying Medicare beneficiaries accessing transgender-related care in the era of ICD-10. LGBT Health, 6(4), 166–173. https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0175.

457. Expósito-Campos, P. (2021). A typology of gender detransition and its implications for healthcare providers. Journal of Sex & Marital Therapy, 47(3), 270–280. https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1869126.

458. Eyssel, J., Koehler, A., Dekker, A., Sehner, S., & Nieder, T. O. (2017). Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey. PloS One, 12(8), e0183014. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183014.

459. Fabbre, V. D., & Gaveras, E. (2020). The manifestation of multilevel stigma in the lived experiences of transgender and gender nonconforming older adults. American Journal of Orthopsychiatry, 90(3), 350. https://doi.org/10.1037/ort0000440.

460. Fakin, R. M., Zimmermann, S., Kaye, K., Lunger, L., Weinforth, G., & Giovanoli, P. (2019). Long-term outcomes in breast augmentation in trans-women: A 20-year experience. Aesthetic Surgery Journal, 39(4), 381–390. https://doi.org/10.1093/asj/sjy143.

461. Falcone, M., Garaffa, G., Gillo, A., Dente, D., Christopher, A. N., & Ralph, D. J. (2018). Outcomes of inflatable penile prosthesis insertion in 247 patients completing female to male gender reassignment surgery. BJU International, 121(1), 139–144. https://doi.org/10.1111/bju.14027.

462. Fast, A. A., & Olson, K. R. (2017). Gender development in transgender preschool children. Child Development, 89(2), 620–637. https://doi.org/10.1111/cdev.12758.

463. Fayne, R. A., Perper, M., Eber, A. E., Aldahan, A. S., & Nouri, K. (2018). Laser and light treatments for hair reduction in Fitzpatrick skin types IV–VI: A comprehensive review of the literature. American Journal of Clinical Dermatology, 19(2), 237–252. https://doi.org/10.1007/s40257-017-0316-7.

464. Fedele, D. A., Kirk, K., Wolfe-Christensen, C., Phillips, T. M., Mazur, T., Mullins, L. L., Chernausek, S. D., & Wisniewski, A. B. (2010). Primary caregivers of children affected by disorders of sex development: Mental health and caregiver characteristics in the context of genital ambiguity and genitoplasty. International Journal of Pediatric Endocrinology, 2010, 1–7. https://doi.org/10.1155/2010/690674.

465. Federal Bureau of Prisons. (2016). Transgender clinical care. https://www.bop.gov/resources/pdfs/trans_guide_dec_2016.pdf

466. Feinberg, L. (1996). Transgender warriors; Making history from Joan of Arc to Marsha P. Johnson and Beyond. Beacon Press.

467. Feldman, J., Brown, G. R., Deutsch, M. B., Hembree, W., Meyer, W., Meyer-Bahlburg, H. F., Tangpricha, V., T'Sjoen, G., & Safer, J. D. (2016). Priorities for transgender medical and healthcare research. Current Opinion in Endocrinology, Diabetes, and Obesity,

23(2), 180–187. https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000231.

468. Ferguson, H. J., Brunsdon, V. E. A. & Bradford, E. E. F. (2021). The developmental trajectories of executive function from adolescence to old age. Science Reports, 11, 1382. https://doi.org/10.1038/s41598-020-80866-1.

469. Fernandez, A. A., França, K., Chacon, A. H., & Nouri, K. (2013). From flint razors to lasers: A timeline of hair removal methods. Journal of Cosmetic Dermatology, 12(2), 153–162. https://doi.org/10.1111/jocd.12021.

470. Ferrando, C. A. (2020). Adverse events associated with gender affirming vaginoplasty surgery. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 223(2), 267.e1–267.e6. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.033.

471. Fiani, C. N., & Han, H. J. (2019). Navigating identity: Experiences of binary and non-binary transgender and gender non-conforming (TGNC) adults. International Journal of Transgenderism, 20(2-3), 181–194. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1426074.

472. Fielding, L. (Ed.). (2021). Trans sex: Clinical approaches to trans sexualities and erotic embodiments (Vol. 1). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780429318290.

473. Finlayson, C., Johnson, E. K., Chen, D., Dabrowski, E., Gosiengfiao, Y., Campo-Engelstein, L., & Woodruff, T. K. (2016). Proceedings of the working group session on fertility preservation for individuals with gender and sex diversity. Transgender Health, 1(1), 99–107. https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0008.

474. Fischer, O. J. (2021). Non-binary reproduction: Stories of conception, pregnancy, and birth. International Journal of Transgender Health, 22 (1–2), 77–88. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1838392.

475. Fisher, A. D., Castellini, G., Ristori, J., Casale, H., Cassioli, E., Sensi, C., & Maggi, M. (2016). Cross-sex hormone treatment and psychobiological changes in transsexual persons: Two-year follow-up data. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 101(11), 4260–4269. https://doi.org/10.1210/jc.2016-1276.

476. Fisher, A. D., Ristori, J., Fanni, E., Castellini, G., Forti, G., & Maggi, M. (2016). Gender identity, gender assignment and reassignment in individuals with disorders of sex development: A major of dilemma. Journal of Endocrinological Investigation, 39(11), 1207–1224. https://doi.org/10.1007/s40618-016-0482-0.

477. Fisher, C. M., Waling, A., Kerr, L., Bellamy, R., Ezer, P., & Mikolajczak, G. (2019). 6th National Survey of Australian Secondary Students and Sexual Health 2018 (ARCSHS Monograph Series No. 113). Australian Research Centre in Sex, Health & Society.

478. Fitzpatrick, L. A., Pace, C., Wiita, B. (2000). Comparison of regimens containing oral micronized progesterone or medroxyprogesterone acetate on quality of life in postmenopausal women: A cross-sectional survey. Journal of Womens

Health & Gender-Based Medicine. 9(4), 381–387. https://doi.org/10.1089/152460900500206 91.

479. Fix, L., Durden, M., Obedin-Maliver, J., Moseson, H., Hastings, J., Stoeffler, A., & Baum, S. E. (2020). Stakeholder perceptions and experiences regarding access to contraception and abortion for transgender, non-binary, and gender-expansive individuals assigned female at birth in the U.S. Archives of Sexual Behaviour, 49(7), 2683–2702. https://doi.org/10.1007/s10508-020-01707-w.

480. Fleming, L., Knafl, K., & Van Riper, M. (2017). How the child's gender matters for families having a child with congenital adrenal hyperplasia. Journal of Family Nursing, 23(4), 516–533. https://doi.org/10.1177/107484071773549 9.

481. Flentje, A., Heck, N. C., Brennan, J. M., & Meyer, I. H. (2020). The relationship between minority stress and biological outcomes: A systematic review. Journal of Behavioral Medicine, 43(5), 673–694. https://doi.org/10.1007/s10865-019-00120-6.

482. Fraser, L. (2009a). Psychotherapy in the world professional association for transgender health's standards of care: Background and recommendations. International Journal of Transgenderism, 11(2), 110–126. https://doi.org/10.1080/155327309030080 57.

483. Fraser, L. (2009b). Depth psychotherapy with transgender people. Sex and Relationship Therapy, 24(2), 126–142. https://doi.org/10.1080/146819909030038 78.

484. Frederick, M. J., Berhanu, A. E., & Bartlett, R. (2017). Chest surgery in female to male transgender individuals. Annals of Plastic Surgery, 78(3), 249–253. https://doi.org/10.1097/SAP.00000000000 00882.

485. Frederick, N. N., Campbell, K., Kenney, L. B., Moss, K., Speckhart, A., & Bober, S. L. (2018). Barriers and facilitators to sexual and reproductive health communication between pediatric oncology clinicians and adolescent and young adult patients: The clinician perspective. Pediatric Blood and Cancer, 65(8), e27087. https://doi.org/10.1002/pbc.27087.

486. Fredriksen-Goldsen, K. I. (2011). Resilience and disparities among lesbian, gay, bisexual, and transgender older

487. adults. The Public Policy and Aging Report, 21(3), 3. https://doi.org/10.1093/ppar/21.3.3.

488. Fredriksen-Goldsen, K. I., Cook-Daniels, L., Kim, H. J., Erosheva, E. A., Emlet, C. A., Hoy-Ellis, C. P., Goldsen, J., & Muraco, A. (2014). Physical and mental health of transgender older adults: An at-risk and underserved population. The Gerontologist, 54(3), 488–500. https://doi.org/10.1093/geront/gnt021.

489. Frey, J. D., Poudrier, G., Thomson, J. E., & Hazen, A. (2017). A historical review of gender-affirming medicine: Focus on genital reconstruction surgery. Journal of Sexual Medicine, 14(8), 991–1002. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.06.00 7.

490. Fung, R., Gallibois, C., Coutin, A., & Wright, S. (2020). Learning by chance:

Investigating gaps in transgender care education amongst family medicine, endocrinology, psychiatry and urology residents. Canadian Medical Education Journal, 11(4), e19–e28. https://doi.org/10.36834/cmej.53009.

491. Furtado, P. S., Moraes, F., Lago, R., Barros, L. O., Toralles, M. B., & Barroso, U. (2012). Gender dysphoria associated with disorders of sex development. Nature Reviews Urology, 9(11), 620–627. https://doi.org/10.1038/nrurol.2012.182.

492. Gaither, T. W., Awad, M. A., Osterberg, E. C., Murphy, G. P., Romero, A., Bowers, M. L., & Breyer, B. N. (2018). Postoperative complications following primary penile inversion vaginoplasty among 330 male-to-female transgender patients. Journal of Urology, 199(3), 760–765. https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.10.013.

493. Galupo, M. P., Henise, S. B., & Mercer, N. L. (2016). "The labels don't work very well": Transgender individuals' conceptualizations of sexual orientation and sexual identity. International Journal of Transgenderism, 17(2), 93–104. https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1189373.

494. Galupo, M. P., Pulice-Farrow, L., Clements, Z. A., & Morris, E. R. (2019). "I love you as both and I love you as neither": Romantic partners' affirmations of nonbinary trans individuals. International Journal of Transgenderism, 20(2-3), 315–327. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1496867.

495. Gamarel, K. E., Mereish, E. H., Manning, D., Iwamoto, M., Operario, D., & Nemoto, T. (2015). Minority stress, smoking patterns, and cessation attempts: Findings from a community-sample of transgender women in the San Francisco Bay area. Nicotine & Tobacco Research, 18(3), 306–313. https://doi.org/10.1093/ntr/ntv066.

496. Gao, Y., Maurer, T., & Mirmirani, P. (2018). Understanding and addressing hair disorders in transgender individuals. American Journal of Clinical Dermatology, 19(4), 517–527. https://doi.org/10.1007/s40257-018-0343-z.

497. Garaffa, G., Ralph, D. J., & Christopher, N. (2010). Total urethral construction with the radial artery-based forearm free flap in the transsexual. BJU International, 106(8), 1206–1210. https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2010.09247.x.

498. Garcia, M. M. (2018). Sexual function after shallow and full-depth vaginoplasty: Challenges, clinical findings, and treatment strategies—Urologic perspectives. Clinical Plastic Surgery, 45(3), 437–446. https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.04.002.

499. Garcia, M. M. (2021). Decision-making in masculinizing surgery and feminizing surgery. In D. Nikolavsky & S. A. Blakely (Eds.), Urological Care for the Transgender Patient: A Comprehensive Guide (pp. 7–21). Springer.

500. Garcia, M. M., & Zaliznyak, M. (2020). Effects of feminizing hormone therapy on sexual function of fransgender women. Journal of Urology, 203(Suppl. 4), e672–e672. https://doi.org/10.1097/JU.0000000000000900.020.

501. Garcia, M. M., Christopher, N. A., De Luca, F., Spilotros, M., & Ralph, D. J. (2014). Overall satisfaction, sexual function, and the durability of neophallus dimensions following staged female to male genital gender confirming surgery: The Institute of Urology, London U.K. experience. Translational Andrology and Urology, 3(2), 156–162. https://doi.org/10.3978/j.issn.2223-4683.2014.04.10.
502. Gardner, M., & Steinberg, L. (2005). Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: An experimental study. Developmental Psychology, 41(4), 625–635. https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.4.625.
503. Garrison, S. (2018). On the limits of "trans enough": Authenticating trans identity narratives. Gender & Society, 32(5), 613–637. https://doi.org/10.1177/0891243218780299.
504. Gava, G., Cerpolini, S., Martelli, V., Battista, G., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2016). Cyproterone acetate vs leuprolide acetate in combination with transdermal oestradiol in transwomen: A comparison of safety and effectiveness. Clinical Endocrinology, 85(2), 239–246. https://doi.org/10.1111/cen.13050.
505. Gava, G., Mancini, I., Alvisi, S., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2020). A comparison of 5-year administration of cyproterone acetate or leuprolide acetate in combination with estradiol in transwomen. European Journal of Endocrinology, 183(6), 561–569. https://doi.org/10.1530/EJE-20-0370.
506. Gava, G., Mancini, I., Cerpolini, S., Baldassarre, M., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2018). Testosterone undecanoate and testosterone enanthate injections are both effective and safe in transmen over 5 years of administration. Clinical Endocrinology, 89(6), 878–886. https://doi.org/10.1111/cen.13821.
507. Gelfer, M. P., & Tice, R. M. (2013). Perceptual and acoustic outcomes of voice therapy for male-to-female transgender individuals immediately after therapy and 15 months later. Journal of Voice, 27(3), 335–347. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2012.07.009.
508. Geneid, A., Rihkanen, H., & Kinnari, T. J. (2015). Long-term outcome of endoscopic shortening and stiffening of the vocal folds to raise the pitch. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, 272(12), 3751–3756. https://doi.org/10.1007/s00405-015-3721-7.
509. Gerritse, K., Hartman, L., Antonides, M. F., Wensing-Kruger, A., de Vries, A. L. C., & Molewijk, B. C. (2018). Moral challenges in transgender care: A thematic analysis based on a focused ethnography. Archives of Sexual Behaviour, 47(8), 2319–2333. https://doi.org/10.1007/s10508-018-1287-3.
510. Getahun, D., Nash, R., Flanders, W. D., Baird, T. C., Becerra-Culqui, T. A., Cromwell, L., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Silverberg, M. J., Safer, J.,

Slovis, J., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Cross-sex hormones and acute cardiovascular events in transgender persons: A cohort study. Annals of Internal Medicine, 169(4), 205–213. https://doi.org/10.7326/M17-2785.

511. Gezer, E., Piro, B., Cantürk, Z., Çetinarslan, B., Sözen, M., Selek, A., Işik, A. P., & Seal, L. J. (2021). The comparison of gender dysphoria, body image satisfaction and quality of life between treatment-naive transgender males with and without polycystic ovary syndrome. Transgender Health. Advance online publication. https://doi.org/10.1089/trgh.2021.0061
512. Gibson, D. J., Glazier, J. J., Olson, K. R. (2021). Evaluation of anxiety and depression in a community sample of transgender youth. JAMA Network Open 4, e214739. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.4739.
513. Gieles, N. C., van de Grift, T. C., Elaut, E., Heylens, G., Becker-Hebly, I., Nieder, T. O., Laan, E. T. M., & Kreukels, B. P. C. (2022). Pleasure please! Sexual pleasure and influencing factors in transgender persons: An ENIGI follow-up study. International Journal of Transgender Health, Advance online publication. https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2028693.
514. Giffort, D. M., & Underman, K. (2016). The relationship between medical education and trans health disparities: A call to research. Sociology Compass, 10(11), 999–1013. https://doi.org/10.1111/soc4.12432.
515. Gils, L., & Brewaeys, A. (2007). Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. Annual Review of Sex Research, 18, 178–184.
516. Giltay, E. J., & Gooren, L. J. (2000). Effects of sex steroid deprivation/administration on hair growth and skin sebum production in transsexual males and females. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 85(8), 2913–2921. https://doi.org/10.1210/jcem.85.8.6710.
517. Giltay, E. J., Gooren, L. J. G., Emeis, J. J., Kooistra, T., & Stehouwer, C. D. A. (2000). Oral, but not transdermal, administration of estrogens lowers tissue-type plasminogen activator levels in humans without affecting endothelial synthesis. Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology, 20(5), 1396–1403. https://doi.org/10.1161/01.ATV.20.5.1396.
518. Giordano, S. (2008). Lives in a chiaroscuro. Should we suspend the puberty of children with gender identity disorder? Journal of Medical Ethics, 34(8), 580–584. https://doi.org/10.1136/jme.2007.021097.
519. Giordano, S., & Holm, S. (2020). Is puberty delaying treatment ‘experimental treatment’?. International Journal of Transgender Health, 21(2), 113–121. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1747768.
520. Giovanardi, G., Mirabella, M., Di Giuseppe, M., Lombardo, F., Speranza, A. M., & Lingiardi, V. (2021). Defensive functioning of individuals diagnosed with gender dysphoria at the beginning of their

hormonal treatment. Frontiers in Psychology, 12, 665547. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.665547.

521. Giovanardi, G., Vitelli, R., Maggiora Vergano, C., Fortunato, A., Chianura, L., Lingiardi, V., & Speranza, A. M. (2018). Attachment patterns and complex trauma in a sample of adults diagnosed with gender dysphoria. Frontiers in Psychology, 9, 60. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00060.
522. GIRES, LGBT Foundation, Mermaids, Ozanne Foundation, and Stonewall. (2020). Conversion therapy and gender identity survey. Stonewall. https://www.stonewall.org.uk/system/files/2020_conversion_therapy_and_gender_identity_survey.pdf
523. Glaser, R. L. M. F., Newman, M. M., Parsons, M. M., Zava, D. P., & Glaser-Garbrick, D. (2009). Safety of maternal testosterone therapy during breast feeding. International Journal of Pharmaceutical Compounding, 13(4), 314–317.
524. Glaser, J., Nouri, S., Fernandez, A., Sudore, R. L., Schillinger, D., Klein-Fedyshin, M., & Schenker, Y. (2020). Interventions to improve patient comprehension in informed consent for medical and surgical procedures: An updated systematic review. Medical Decision Making, 40(2), 119–143. https://doi.org/10.1177/0272989x19896348.
525. Glick, J. C., Leamy, C., Molsberry, A. H., & Kerfeld, C. I. (2020). Moving toward equitable health care for lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer patients: Education and training in physical therapy education. Journal of Physical Therapy Education, 34(3), 192–197. https://doi.org/10.1097/JTE.0000000000000140.
526. Glidden, D., Bouman, W. P., Jones, B., & Arcelus, J. (2016). Autistic spectrum disorders and gender dysphoria: A systematic review. Sexual Medicine Reviews, 4(1), 3–14. https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.10.003.
527. Glynn, T. R., Gamarel, K. E., Kahler, C. W., Iwamoto, M., Operario, D., & Nemoto, T. (2016). The role of gender affirmation in psychological well-being among transgender women. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 3(3), 336. https://doi.org/10.1037/sgd0000171.
528. Godfrey, L. M. (2021). Mental health outcomes among individuals with 46,XY disorders of sex development: A systematic review. Journal of Health Psychology, 26(1), 40–59. https://doi.org/10.1177/1359105320909863.
529. Goetz, T. G., & Arcomano, A. C. (2022). "X" marks the transgressive gender: A qualitative exploration of legal gender-affirmation. Journal of Gay & Lesbian Mental Health, Advance online publication. https://doi.org/10.1080/19359705.2021.2008572.
530. Goldhammer, H., Marc, L. G., Psihopaidas, D., Chavis, N. S., Massaquoi, M., Cahill, S., Rebchook, G., Reisner, S., Mayer, K. A., Cohen, S. M., & Keuroghlian, A. S. (2022). HIV care continuum interventions for transgender women: A topical review. Public Health Reports, Advance online

publication. https://doi.org/10.1177/003335492110655 17.

531. Goldstein, Z., Khan, M., Reisman, T., & Safer, J. D. (2019). Managing the risk of venous thromboembolism in transgender adults undergoing hormone therapy. Journal of Blood Medicine, 10, 209–216. https://doi.org/10.2147/JBM.S166780.
532. Golub, S. A., Fikslin, R. A., Starbuck, L., & Klein, A. (2019). High rates of PrEP eligibility but low rates of PrEP access among a national sample of transmasculine individuals. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 82(1), e1–e7. https://doi.org/10.1097/qai.000000000000 2116.
533. Gomez, A. M., Đỗ, L., Ratliff, G. A., Crego, P. I., & Hastings, J. (2020). Contraceptive beliefs, needs, and care experiences among transgender and nonbinary young adults. The Journal of Adolescent Health, 67(4), 597–602. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.0 3.003.
534. Gómez-Gil, E., Zubiaurre-Elorza, L., Esteva, I., Guillamon, A., Godás, T., Cruz Almaraz, M., & Salamero, M. (2012). Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression. Psychoneuroendocrinology, 37(5), 662–670. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2011.0 8.010.
535. Gong, E. M., & Cheng, E. Y. (2017). Current challenges with proximal hypospadias: We have a long way to go. Journal of Pediatric Urology, 13(5), 457–467. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2017.03.02 4.
536. Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Kreukels, B., Motmans, J., & Coleman, E. (2019). Size and distribution of transgender and gender nonconforming populations: A narrative review. Endocrinology and Metabolism Clinics, 48(2), 303–321. https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.01.001.
537. Gooren, L. J., van Trotsenburg, M. A., Giltay, E. J., & van
538. Diest, P. J. (2013). Breast cancer development in transsexual subjects receiving cross-sex hormone treatment.
539. The Journal of Sexual Medicine, 10(12), 3129–3134.
540. https://doi.org/10.1111/jsm.12319.
541. Gooren, L. J., Wierckx, K., & Giltay, E. J. (2014). Cardiovascular disease in transsexual persons treated with cross-sex hormones: Reversal of the traditional sex difference in cardiovascular disease pattern. European Journal of Endocrinology, 170(6), 809–819. https://doi.org/10.1530/EJE-14-0011.
542. Gordon, A. R., Fish, J. N., Kiekens, W. J., Lightfoot, M., Frost, D. M., & Russell, S. T. (2021). Cigarette smoking and minority stress across age cohorts in a national sample of sexual minorities: Results from the Generations Study. Annals of Behavioral Medicine, 55(6), 530–542. https://doi.org/10.1093/abm/kaaa079.
543. Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Maquigneau, A., Gebleux, S., Penochet, J., Pringuey, D., Albarel, F., Morange, I., Loundou, A., Berbis, J., Auquier, P., Lançon, C., & Bonierbale, M. (2012). Is hormonal therapy associated with better quality of life in transsexuals? A cross-

sectional study. The Journal of Sexual Medicine, 9(2), 531–541. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02564.x.

544. Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Maquigneau, A., Penochet, J. C., Pringuey, D., & Auquier, P. (2013). Hormonal therapy is associated with better self-esteem, mood, and quality of life in transsexuals. The Journal of Nervous and Mental Disease, 201(11), 996–1000. https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000046.

545. Gourab, G., Khan, M. N. M., Hasan, A. M. R., Sarwar, G., Irfan, S. D., & Reza, M. M. (2019). The willingness to receive sexually transmitted infection services from public healthcare facilities among key populations at risk for human immunodeficiency virus infection in Bangladesh: Qualitative study. PLOS One, 14(9), e0221637. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221637.

546. Gower, A. L., Rider, G. N., Brown, C., McMorris, B. J., Coleman, E., Taliaferro, L. A., & Eisenberg, M. E. (2018). Supporting transgender and gender diverse youth: Protection against emotional distress and substance use. American Journal of Preventive Medicine, 55(6), 787–794. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.06.030.

547. Gower, A. L., Rider, G. N., Coleman, E., Brown, C., McMorris, B. J., & Eisenberg, M. E. (2018). Perceived gender presentation among transgender and gender diverse youth: Approaches to analysis and associations with

548. bullying victimization and emotional distress. LGBT Health, 5(5), 312–319. https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0176.

549. Graham, S. (2010). Gender diversity in Indonesia: sexuality, Islam and queer selves. Routledge.Grannis, C., Leibowitz, S. F., Gahn, S., Nahata, L., Morningstar, M., Mattson, W. I., Chen, D., Strang, J. F., & Nelson, E. E. (2021). Testosterone treatment, internalizing symptoms, and body image dissatisfaction in transgender boys. Psychoneuroendocrinology, 132, 105358. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105358.

550. Grant, J., Lisa, A., Mottet, J., Tanis, D., With, J., Harrison, J., Herman, M., & Keisling, M. H. (2011). Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey. https://transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS_Report.pdf

551. Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L., & Keisling, M. (2016). Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey 2011. Washington, DC: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force. https://thetaskforce.org/static_html/downloads/reports/reports/Ntds_full.pdf

552. Grant, R. M., Pellegrini, M., Defechereux, P. A., Anderson, P. L., Yu, M., Glidden, D. V., O'Neal, J., Yager, J., Bhasin, S., Sevelius, J., & Deutsch, M. B. (2020). Sex hormone therapy and tenofovir diphosphate concentration in dried blood spots: Primary results of the interactions between antiretrovirals and transgender hormones study. Clinical Infectious

Diseases, 73(7), e2117–e2123. https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1160.

553. Green, A. E., Price-Feeney, M., Dorison, S. H., & Pick, C. J. (2020). Self-reported conversion efforts and suicidality among US LGBTQ youths and young adults, 2018. American Journal of Public Health, 110(8), 1221–1227. https://doi.org/10.2105/ajph.2020.305701.

554. Green, R., & Fleming, D. T. (1990). Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. Annual Review of Sex Research, 1(1), 163–174. https://doi.org/10.1080/10532528.1990.10559859.

555. Greenwald, P., Dubois, B., Lekovich, J., Pang, J. H., & Safer, J. D. (2021). Successful in vitro fertilization in a cisgender female carrier using oocytes retrieved from a transgender man maintained on testosterone. AACE Clinical Case Reports, 8(1), 19–21. https://doi.org/10.1016/j.aace.2021.06.007.

556. Greytak, E. A., Kosciw, J. G., & Boesen, M. J. (2013). Putting the "T" in "Resource": The benefits of LGBT-related school resources for transgender youth. Journal of LGBT Youth, 10(1–2), 45–63. https://doi.org/10.1080/19361653.2012.718522.

557. Griffiths, D. A. (2018). Shifting syndromes: Sex chromosome variations and intersex classifications. Social Studies of Science, 48(1), 125–148. https://doi.org/10.1177/0306312718758081.

558. Grimstad, F. W., Fowler, K. G., New, E. P., Ferrando, C. A., Pollard, R. R., Chapman, G., Gray, M., & Lobo, V. G. (2020). Ovarian histopathology in transmasculine persons on testosterone: A multicenter case series. The Journal of Sexual Medicine, 17(9), 1807–1818. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.05.029.

559. Grimstad, F., Fowler, K., New, E., Unger, C., Pollard, R., Chapman, G., Hochberg, L., Gomez-Lobo, V., Gray, M. (2018). Evaluation of uterine pathology in transgender men and gender nonbinary persons on testosterone. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 31(2), 217. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2018.02.009.

560. Grimstad, F., Kremen, J., Streed, C. G., & Dalke, K. B. (2021). The health care of adults with differences in sex development or intersex traits is changing: Time to prepare clinicians and health systems. LGBT Health, 8(7), 439–443. https://doi.org/10.1089/lgbt.2021.0018.

561. Grimstad, F., McLaren, H., & Gray, M. (2021). The gynecologic examination of the transfeminine person after penile inversion vaginoplasty. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 224(3), 266–273. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.10.002.

562. Grootens-Wiegers, P., Hein, I. M., van den Broek, J. M., & de Vries, M. C. (2017). Medical decision-making in children and adolescents: Developmental and neuroscientific aspects. BMC Pediatrics, 17(1). https://doi.org/10.1186/s12887-017-0869-x.

563. Gross, M. (1999). Pitch-raising surgery in male-to-female transsexuals. Journal of Voice, 13(2), 246–250. https://doi.org/10.1016/s0892-1997(99)80028-9.
564. Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2006). Transgender youth: Invisible and vulnerable. Journal of Homosexuality, 51(1), 111–128. https://doi.org/10.1300/J082v51n01_06.
565. Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2007). Transgender youth and life-threatening behaviors. Suicide and Life-Threatening Behavior, 37(5), 527–537. https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.5.527.
566. Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. J., & Hubbard, S. (2005). Parent' reactions to transgender youth' gender nonconforming expression and identity. Journal of Gay & Lesbian Social Services, 18(1), 3–16. https://doi.org/10.1300/j041v18n01_02.
567. Grossman, A. H., Park, J. Y., Frank, J. A., & Russell, S. T. (2019). Parental responses to transgender and gender nonconforming youth: Associations with parent support, parental abuse, and youths' psychological adjustment. Journal of Homosexuality, 68(8), 1–18. https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1696103.
568. Grynberg, M., Fanchin, R., Dubost, G., Colau, J. C., Bremont-Weil, C., Frydman, R., & Ayoubi, J. M. (2010). Histology of genital tract and breast tissue after long-term testosterone administration in a female-to-male transsexual population. Reproductive Biomedicine Online, 20(4), 553–558. https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2009.12.021.
569. Gunjawate, D. R., B. Kumar, R., Ravi, R., & Kunnath, L. S. (2020). Knowledge and attitudes toward transgender community among speech-language pathologists in India: A questionnaire-based exploration. International Journal of Transgender Health, 21(4), 455–462. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753135.
570. Guyatt, G., Oxman, A. D., Akl, E. A., Kunz, R., Vist, G., Brozek, J., Norris, S., Falck-Ytter, Y., Glasziou, P., & deBeer, H. (2011). GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. Journal of Clinical Epidemiology, 64(4), 383–394. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.026.
571. Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., Silverman, M. M., Fisher, P. W., Hughes, T., Rosario, M., Russell, S. T., Malley, E., Reed, J., Litts, D. A., Haller, E., Sell, R. L., Remafedi, G., Bradford, J., Beautrais, A. L., & Brown, G. K. (2010). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. Journal of Homosexuality, 58(1), 10–51. https://doi.org/10.1080/00918369.2011.534038.
572. Hadj-Moussa, M., Agarwal, S., Ohl, D. A., & Kuzon, W. M. (2018). Masculinizing genital gender confirmation surgery. Sexual Medicine Reviews, 7(1), 141–155. https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.06.004.

573. Hadj-Moussa, M., Ohl, D. A., & Kuzon, W. M., Jr.(2018). Feminizing genital gender-confirmation surgery. Sexual Medicine Reviews, 6(3), 457–468.e452. https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.11.005.
574. Hafford-Letchfield, T., Simpson, P., Willis, P. B., & Almack, K. (2018). Developing inclusive residential care for older lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) people: An evaluation of the Care Home Challenge action research project. Health & Social Care in the Community, 26(2), e312–e320. https://doi.org/10.1111/hsc.12521.
575. Hage, J. J., Dekker, J., Karim, R. B., Verheijen, R. H. M., & Bloemena, E. (2000). Ovarian cancer in female-to-male transsexuals: Report of two cases. Gynecologic Oncology, 76(3), 413–415. https://doi.org/10.1006/gyno.1999.5720.
576. Hagen, D. B., & Galupo, M. P. (2014). Trans* individuals' experiences of gendered language with health care providers: Recommendations for practitioners. International Journal of Transgenderism, 15(1), 16–34. https://doi.org/10.1080/15532739.2014.890560.
577. Hahn, M., Sheran, N., Weber, S., Cohan, D., & Obedin-Maliver, J. (2019). Providing patient-centered perinatal care for transgender men and gender-diverse individuals: A collaborative multidisciplinary team approach. Obstetrics and Gynecology, 135(5), 959–963. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003506.
578. Hall, R., Mitchell, L., & Sachdeva, J. (2021). Access to care and frequency of detransition among a cohort discharged by a UK national adult gender identity clinic: Retrospective case-note review. BJPsych Open, 7(6). https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1022.
579. Hamada, A., Kingsberg, S., Wierckx, K., T'Sjoen, G., De Sutter, P., Knudson, G., & Agarwal, A. (2015). Semen characteristics of transwomen referred for sperm banking before sex transition: A case series. Andrologia, 47(7), 832–838. https://doi.org/10.1111/and.12330.
580. Hamm, J. A., & Nieder, T. O. (2021). Trans*-sexualität neu denken: Eine partizipative interviewstudie zu gelingender sexualität ohne genitalangleichung. Zeitschrift für Sexualforschung, 34(02), 69–78. https://doi.org/10.1055/a-1477-0412.
581. Hancock, A. B. (2017). An ICF perspective on voice-related quality of life of American transgender women. Journal of Voice, 31(1), 115.e1–115.e8. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.03.013.
582. Hancock, A. B., Childs, K. D., & Irwig, M. S. (2017). Trans male voice in the first year of testosterone therapy: Make no assumptions. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 6 0 (9), 2472–2482. https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0320.
583. Hancock, A. B., & Downs, S. C. (2021). Listening to gender-diverse people of color: Barriers to accessing voice and communication care. American Journal of Speech-Language Pathology .

https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-20-00262.

584. Hancock, A. B., & Garabedian, L. M. (2013). Transgender voice and communication treatment: A retrospective chart review of 25 cases. International Journal of Language & Communication Disorders, 48(1), 54–65. https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2012.00185.x.

585. Hancock, A., & Haskin, G. (2015). Speech-language pathologists' knowledge and attitudes regarding lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer (LGBTQ) populations. American Journal of Speech-Language Pathology, 24(2), 206–221. https://doi.org/10.1044/2015_AJSLP-14-0095.

586. Hancock, A. B., Krissinger, J., & Owen, K. (2011). Voice perceptions and quality of life for transgender people. Journal of Voice, 25(5), 553–558. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2010.07.013.

587. Hancock, A. B., & Siegfriedt, L. L. (2020). Transforming voice and communication with transgender and gender-diverse people: An evidence-based process. Plural Publishing.

588. Handy, A. B., Wassersug, R. J., Ketter, J. T. J., & Johnson, T. W. (2015). The sexual side of castration narratives: Fiction written by and for eunuchs and eunuch "wan-nabes." The Canadian Journal of Human Sexuality, 24(2), 151–159. https://doi.org/10.3138/cjhs.242-A4.

589. Hardacker, C. T., Chyten-Brennan, J., & Komar, A. (2019). Transgender physiology, anatomy, and aging: A provider's guide to gender-affirming surgeries. In C. Hardacker, K. Ducheny, & M. Houlberg (Eds.), Transgender and gender nonconforming health and aging (pp. 37–60). Springer.

590. Harden, K. P. (2014). A sex-positive framework for research on adolescent sexuality. Perspectives on Psychological Science , 9 (5), 455–469. https://doi.org/10.1177/1745691614535934.

591. Harris, K., Ferguson, J., & Hills, S. (2014). A comparative study of hair removal at an NHS hospital: Luminette intense pulsed light versus electrolysis. Journal of Dermatological Treatment, 25(2), 169–173. https://doi.org/10.3109/09546634.2012.715239.

592. Havranek, E. P., Mujahid, M. S., Barr, D. A., Blair, I. V., Cohen, M. S., Cruz-Flores, S., Davey-Smith, G., Dennison-Himmelfarb, C. R., Lauer, M. S., Lockwood, D. W., Rosal, M., & Yancy, C. W. (2015). American Heart Association Council on Quality of Care and Outcomes Research, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health, and Stroke Council. Social Determinants of Risk and Outcomes for Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation, 132(9), 873–898. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000228.

593. Hay, M. (2021, February 20). Meet the men who risk it all to have their balls cut off. The Daily Beast. https://www.thedailybeast.com/inside-the-

dangerous-global-network-of-backstreet-castrators-cutters-and-eunuch-makers

594. Health Policy Project, Asia-Pacific Transgender Network and United Nations Development Program. (2015). Blueprint for the provision of comprehensive care for trans people and trans communities. https://weareaptn.org/2017/06/01/blueprint-for-the-provision-of-comprehensive-care-for-trans-people/

595. Heck, N. C., Croot, L. C., & Robohm, J. S. (2015). Piloting a psychotherapy group for transgender clients: Description and clinical considerations for practitioners. Professional Psychology: Research and Practice, 46(1), 30–36. https://doi.org/10.1037/a0033134.

596. Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer, W. J., Spack, N. P., Tangpricha, V., & Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An endocrine society clinical practice guideline. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 94(9), 3132–3154. https://doi.org/10.1210/jc.2009-0345.

597. Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W.J, Hassan Murad, M, Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 102(11), 3869–3903. https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658.

598. Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. Professional Psychology: Research and Practice, 43(5), 460–467. https://doi.org/10.1037/a0029597.

599. Henry, R. S., Perrin, P. B., Coston, B. M., & Witten, T. M. (2020). Transgender and gender non-conforming adult preparedness for aging: Concerns for aging, and familiarity with and engagement in planning behaviors. International Journal of Transgender Health, 21(1), 58–69. https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1690612.

600. Herdt, G. (1994). Third sex, third gender. Beyond sexual dimorphism in culture and history. The MIT Press.

601. Herman, J. L., Brown, T. N. T., & Haas, A. P. (2019). Suicide thoughts and attempts among transgender adults. Findings from the 2015 US Transgender Survey. Williams Institute UCLA School of Law. https://escholarship.org/content/qt1812g3hm/qt1812g3hm.pdf

602. Hermann, M., & Thorstenson, A. (2015). A rare case of male-to-eunuch gender dysphoria. Sexual Medicine, 3(4), 331–333. https://doi.org/10.1002/sm2.81.

603. Hess, J., Henkel, A., Bohr, J., Rehme, C., Panic, A., Panic, L., Rossi Neto, R., Hadaschik, B., & Hess, Y. (2018). Sexuality after male-to-female gender affirmation surgery. BioMed Research International, 2018, 1–7. https://doi.org/10.1155/2018/9037979.

604. Hess, J., Hess-Busch, Y., Kronier, J., Rubben, H., & Rossi Neto, R. (2016). Modified preparation of the neurovascular

bundle in male to female transgender patients. Urology International, 96(3), 354–359. https://doi.org/10.1159/000443281.

605. Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B. P. C., Paap, M. C. S., Cerwenka, S., Richter-Appelt, H., Cohen-Kettenis, P. T., Haraldsen, I. R., & De Cuypere, G. (2014). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: Multicentre study in four European countries. British Journal of Psychiatry, 204(2), 151–156. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121954.

606. Heylens, G., Verroken, C., De Cock, S., T'Sjoen, G., & De Cuypere, G. (2014). Effects of different steps in gender reassignment therapy on psychopathology: A prospective study of persons with a gender identity disorder. The Journal of Sexual Medicine, 11(1), 119–126. https://doi.org/10.1111/jsm.12363.

607. Hidalgo, M. A., & Chen, D. (2019). Experiences of gender minority stress in cisgender parents of transgender/gender-expansive prepubertal children: A qualitative study. Journal of Family Issues, 40(7), 865–886. https://doi.org/10.1177/0192513x19829502.

608. Hidalgo, M. A., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Clark, L. F., Garofalo, R., Rosenthal, S. M., Spack, N. P., & Olson, J. (2013). The gender affirmative model: What we know and what we aim to learn. Human Development, 56(5), 285–290. https://doi.org/10.1159/000355235

609. Hines, M., Constantinescu, M., & Spencer, D. (2015). Early androgen exposure and human gender development. Biology of Sex Differences, 6(1). https://doi.org/10.1186/s13293-015-0022-1.

610. Hiransuthikul, A., Janamnuaysook, R., Sungsing, T., Jantarapakde, J., Trachunthong, D., Mills, S., & Phanuphak, N. (2019). High burden of chlamydia and gonorrhoea in pharyngeal, rectal and urethral sites among Thai transgender women: Implications for anatomical site selection for the screening of STI. Sexually Transmitted Infections, 95(7), 534. https://doi.org/10.1136/sextrans-2018-053835.

611. Hisle-Gorman, E., Landis, C. A., Susi, A., Schvey, N. A., Gorman, G. H., Nylund, C. M., & Klein, D. A. (2019). Gender dysphoria in children with autism spectrum disorder. LGBT Health, 6(3), 95–100. https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0252.

612. Hisle-Gorman, E., Schvey, N. A., Adirim, T. A., Rayne, A. K., Susi, A., Roberts, T. A., & Klein, D. A. (2021). Mental healthcare utilization of transgender youth before and after affirming treatment. The Journal of Sexual Medicine, 18(8), 1444–1454. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.05.014.

613. Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Weyers, S., Decaestecker, K., & Monstrey, S. (2005). Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. European Urology, 47(3), 398–402. https://doi.org/10.1016/j.eururo.2004.10.008.

614. Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J., & Sevelius, J. (2017). From erasure to opportunity: A qualitative study of the

experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. BMC Pregnancy Childbirth, 17(Suppl. 2), 332. https://doi.org/10.1186/s12884-017-1491-5.

615. Hollenbach, A., Eckstrand, K., Dreger, A., & AAMC Advisory Committee on Sexual Orientation, Gender Identity, and Sex Development. (2014). Implementing curricular and institutional climate changes to improve health care for individuals who are LGBT, gender nonconforming, or born with DSD: A resource for medical educators. Association of American Medical Colleges.

616. Holmberg, M., Arver, S., & Dhejne, C. (2019). Supporting sexuality and improving sexual function in transgender persons. Nature Reviews Urology, 16(2), 121–139. https://doi.org/10.1038/s41585-018-0108-8.

617. Hontscharuk, R., Alba, B., Hamidian Jahromi, A., & Schechter, L. (2021). Penile inversion vaginoplasty outcomes: Complications and satisfaction. Andrology, 9(6), 1732–1743. https://doi.org/10.1111/andr.13030.

618. Hontscharuk, R., Alba, B., Manno, C., Pine, E., Deutsch, M. B., Coon, D., & Schechter, L. (2021). Perioperative transgender hormone management: Avoiding venous thromboembolism and other complications. Plastic and Reconstructive Surgery, 147(4), 1008–1017. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000007786.

619. Hooton, T. M. (2012). Clinical practice. Uncomplicated urinary tract infection. New England Journal of Medicine, 366(11), 1028–1037. https://doi.org/10.1056/NEJMcp1104429.

620. Horbach, S. E., Bouman, M. B., Smit, J. M., Ozer, M., Buncamper, M. E., & Mullender, M. G. (2015). Outcome of vaginoplasty in male-to-female transgenders: A systematic review of surgical techniques. The Journal of

621. Sexual Medicine, 12(6), 1499–1512. https://doi.org/10.1111/jsm.12868.

622. Horner, B., McManus, A., Comfort, J., Freijah, R., Lovelock, G., Hunter, M., & Tavener, M. (2012). How prepared is the retirement and residential aged care sector in Western Australia for older non-heterosexual people?. Quality in Primary Care, 20(4), 263–274.

623. Hostiuc, S., Rusu, M. C., Negoi, I., & Drima, E. (2018). Testing decision-making competency of schizophrenia participants in clinical trials. A meta-analysis and meta-regression. BMC Psychiatry, 18(1), 2. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1580-z.

624. Horton, C. (2021). Parent advocacy groups for trans children. In A. Goldberg, & G. Beemyn (Eds.), The SAGE encyclopedia of trans studies. Sage.

625. Houk, C. P., & Lee, P. A. (2010). Approach to assigning gender in 46,XX Congenital Adrenal Hyperplasia with male external genitalia: Replacing dogmatism with pragmatism. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 95(10), 4501–4508.

626. https://doi.org/10.1210/jc.2010-0714.

627. Houlberg, M. (2019). Endocrinology, hormone replacement therapy (HRT), and aging. In Transgender and gender nonconforming health and aging (pp. 21–35). Springer.
628. House of Commons Women and Equalities Committee. (2015, December 8). Transgender equality: First report of session 2015–2016. https://publications.parliament.uk/pa/cm201516/cmselect/cmwomeq/390/390.pdf
629. Hoy-Ellis, C. P., & Fredriksen-Goldsen, K. I. (2017). Depression among transgender older adults: General and minority stress. American Journal of Community Psychology, 59(3–4), 295–305. https://doi.org/10.1002/ajcp.12138.
630. Hughes, I. A. (2005). Consensus statement on management of intersex disorders. Archives of Disease in Childhood, 91(7), 554–563. https://doi.org/10.1136/adc.2006.098319.
631. Hughes, I. A., Nihoul-Fékété, C., Thomas, B., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Consequences of the ESPE/LWPES guidelines for diagnosis and treatment of disorders of sex development. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism, 21, 351–365. https://doi.org/10.1016/j.beem.2007.06.003.
632. Hughto, J. M. W., Gunn, H. A., Rood, B. A., & Pantalone, D. W. (2020). Social and medical gender affirmation experiences are inversely associated with mental health problems in a U.S. non-probability sample of transgender adults. Archives of Sexual Behavior. https://doi.org/10.1007/s10508-020-01655-5.
633. Hullmann, S. E., Fedele, D. A., Wolfe-Christensen, C., Mullins, L. L., & Wisniewski, A. B. (2011). Differences in adjustment by child developmental stage among caregivers of children with disorders of sex development. International Journal of Pediatric Endocrinology, 2011(1). https://doi.org/10.1186/1687-9856-2011-16.
634. Human Rights Campaign, (2018a). Gender expansive youth report. Human Rights Campaign, US. Human Rights Campaign. (2018b). LGBTQ youth report. https://www.hrc.org/resources/2018_lgbtq-youth-report
635. Human Rights Campaign Foundation. (2017). Corporate equality index 2018: Rating workplaces on lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer equality. https://assets2.hrc.org/files/assets/resources/CEI-2018-FullReport.pdf
636. Human Rights Campaign Foundation. (2022). Corporate equality index 2022: Rating workplaces on lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer equality. https://www.hrc.org/resources/corporate-equality-index
637. Human Rights Watch. (2014). “I’m scared to be a woman”: Human rights abuses against transgender people in Malaysia.
638. https://features.hrw.org/features/HRW_reports_2014/Im_Scared_to_Be_a_Woman/index.htm
639. Human Rights Watch. (2017). “I want to be like nature made me”: Medically unnecessary surgeries on intersex children in the U.S.

https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/lgbtintersex0717_web_0.pdf;

640. Hunt, J. (2014). An initial study of transgender people's experiences of seeking and receiving counselling or psychotherapy in the UK. Counselling and Psychotherapy Research, 14(4), 288–296. https://doi.org/10.1080/14733145.2013.838597.

641. Iantaffi, A., & Bockting, W. O. (2011). Views from both sides of the bridge? Gender, sexual legitimacy and transgender people's experiences of relationships. Culture Health & Sexuality, 13(3), 355–370. https://doi.org/10.1080/13691058.2010.537770.

642. Idrus, N. I., & Hymans, T. D. (2014). Balancing benefits and harm: Chemical use and bodily transformation among Indonesia's transgender waria. International Journal of Drug Policy, 25(4), 789–797.

643. ILGA World. (2020a). Trans legal mapping report 2019: recognition before the law. https://ilga.org/downloads/ILGA_World_Trans_Legal_Mapping_Report_2019_EN.pdf

644. ILGA World. (2020b). Curbing deception: a world survey on legal regulation of so-called "conversion therapies". https://ilga.org/downloads/ILGA_World_Curbing_Deception_world_survey_legal_restrictions_conversion_therapy.pdf

645. Ingraham, N., Wingo, E., & Roberts, S. C. M. (2018). Inclusion of LGBTQ persons in research related to pregnancy risk: A cognitive interview study. BMJ Sexual & Reproductive Health. https://doi.org/10.1136/bmjsrh-2018-200097.

646. International Commission of Jurists. (2007). Yogyakarta principles—Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity. www.yogyakartaprinciples.org

647. International Commission of Jurists. (2017). The Yogyakarta Principles Plus 10—Additional principles and state obligation on the application of International Human Rights Law in relation to sexual orientation, gender expression and sex characteristics to complement the Yogyakarta Principles. http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf

648. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Interprofessional Education Collaborative.

649. Irwig, M. S. (2017). Testosterone therapy for transgender men. The Lancet Diabetes & Endocrinology, 5, 301–311. https://doi.org/10.1016/S2213-8587(16)00036-X.

650. Irwig, M. S. (2018). Cardiovascular health in transgender people. Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders, 19(3), 243–251. https://doi.org/10.1007/s11154-018-9454-3.

651. Irwig, M. S., Childs, K., & Hancock, A. B. (2017). Effects of testosterone on the transgender male voice. Andrology, 5(1), 107–112. https://doi.org/10.1111/andr.12278.

652. Irwig, M. S. (2021). Is there a role for 5α-reductase inhibitors in transgender individuals? Andrology, 9(6), 1729–1731. https://doi.org/10.1111/andr.12881.

653. Isaacson, D., Aghili, R., Wongwittava, N., & Garcia, M. (2017). How big is too big? The girth of bestselling insertive sex toys to guide maximal neophallus dimensions. The Journal of Sexual Medicine, 14(11), 1455–1461. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.09.012.

654. Islam, N., Nash, R., Zhang, Q., Panagiotakopoulos, L., Daley, T., Bhasin, S., Getahun, D., Sonya Haw, J., McCracken, C., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Is there a link between hormone use and diabetes incidence in transgender people? Data from the STRONG cohort. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 107(4), e1549–e1557. https://doi.org/10.1210/clinem/dgab832.

655. Isshiki, N., Taira, T., & Tanabe, M. (1983). Surgical alteration of the vocal pitch. The Journal of Otolaryngology,

656. 12(5), 335–340. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6644864/

657. Iwamoto, S. J., Defreyne, J., Rothman, M. S., Van Schuylenbergh, J., Van de Bruaene, L., Motmans, J., & T'Sjoen, G. (2019). Health considerations for transgender women and remaining unknowns: A narrative review. Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism, 10, 204201881987116. https://doi.org/10.1177/2042018819871166.

658. Iwamoto, S. J., Grimstad, F., Irwig, M. S., & Rothman, M. S. (2021). Routine screening for transgender and gender diverse adults taking gender-affirming hormone therapy: A narrative review. Journal of General Internal Medicine, 36(5), 1380–1389. https://doi.org/10.1007/s11606-021-06634-7.

659. Iwamoto, S. J., T'Sjoen, G., Safer, J. D., Davidge-Pitts, C. J., Wierman, M. E., Glodowski, M. B., & Rothman, M. S. (2019). Letter to the editor: "Progesterone is important for transgender women's therapy—Applying evidence for the benefits of progesterone in ciswomen". The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 104(8), 3127–3128. https://doi.org/10.1210/jc.2019-00249.

660. Jablonski, R. A., Vance, D. E., & Beattie, E. (2013). The invisible elderly: Lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. Journal of Gerontological Nursing, 39(11), 46–52. https://doi.org/10.3928/00989134-20130916-0.

661. Jackowich, R. A., Vale, R., Vale, K., Wassersug, R. J., & Johnson, T. W. (2014). Voluntary genital ablations: Contrasting the cutters and their clients. Sexual Medicine, 2(3), 121–132. https://doi.org/10.1002/sm2.33.

662. Jackson Levin, N., Kattari, S. K., Piellusch, E. K., & Watson, E. (2020). "We just take care of each other": Navigating 'chosen family' in the context of health, illness, and the mutual provision of care amongst queer and transgender young adults. International Journal of Environmental Research and

Public Health, 17(19), 7346. https://doi.org/10.3390/ijerph17197346.

663. Jacobson, G. J., Niemira, J. C., & Violeta, K. J. (Eds.). (2019). Sex, sexuality, and trans identities: Clinical guidance for psychotherapists and counselors. Jessica Kingsley Publishers.

664. Jadoul, P., Guilmain, A., Squifflet, J., Luyckx, M., Votino, R., Wyns, C., & Dolmans, M. M. (2017). Efficacy of

665. ovarian tissue cryopreservation for fertility preservation: Lessons learned from 545 cases. Human Reproduction, 32(5), 1046–1054. https://doi.org/10.1093/humrep/dex040.

666. Jäggi, T., Jellestad, L., Corbisiero, S., Schaefer, D. J., Jenewein, J., Schneeberger, A., Kuhn, A., & Garcia Nuñez, D. (2018). Gender minority stress and depressive symptoms in transitioned Swiss transpersons. BioMed Research International, 2018, 8639263. https://doi.org/10.1155/2018/8639263.

667. Jahromi, A. H., Horen, S. R., Dorafshar, A. H., Seu, M. L., Radix, A., Anderson, E., Green, J., Fraser, L., Johannesson, L., Testa, G., Schechter, L. S. M., & Schechter, L. (2021). Uterine transplantation and donation in transgender individuals; Proof of concept. International Journal of

668. Transgender Health, 22(4), 349–359. https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1915635.

669. Jakomin, J. R., Ziegler, A., Rio, C., & Suddarth, R. (2020). Opportunities to learn transgender voice and communication therapy in graduate speech-language pathology education: Preliminary e-survey findings. Perspectives, 5(4), 876–883. https://doi.org/10.1044/2020_PERSP-20-00047.

670. James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L, & Anafi, M. (2016). The report of the 2015 U.S. Transgender Survey. https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-AIAN-Report-Dec17.pdf

671. James-Abra, S., Tarasoff, L., Green, D., Epstein, R., Anderson, S., Marvel, S., Steele, L. S., Ross, L. (2015). Trans people's experiences with assisted reproduction services: A qualitative study. Human Reproduction, 30(6), 1365–1374. https://doi.org/10.1093/humrep/dev087.

672. Jasuja, G. K., de Groot, A., Quinn, E. K., Ameli, O., Hughto, J. M., Dunbar, M., Deutsch, M., Streed, C. G., Paasche-Orlos, M., Wolfe, H. L., & Rose, A. J. (2020). Beyond gender identity disorder diagnosis codes: An examination of additional methods to identify transgender individuals in administrative databases. Medical Care, 58(10), 903. https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001362.

673. Javier, C., Crimston, C. R., & Barlow, F. K. (2022). Surgical satisfaction and quality of life outcomes reported by transgender men and women at least one year post gender-affirming surgery: A systematic literature review. International Journal of Transgender Health, 23(3), 255–273. https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2038334.

674. Jazayeri, H. E., Lopez, J., Sluiter, E. C., O'Brien-Coon, D., Bluebond-Langner, R., Kuzon, W. M., Jr., Berli, J. U., Monstrey, S. J., Deschamps-Braly, J. C., Dorafshar, A. H., & Schechter, L. S. (2021).

Discussion: Promoting centers for transgender care. Journal of Oral and Maxillofacial Surger, 79(1), 3–4. https://doi.org/10.1016/j.joms.2020.09.027.

675. Jefford, M., & Moore, R. (2008). Improvement of informed consent and the quality of consent documents. The Lancet. Oncology, 9(5), 485–493. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(08)70128-1.

676. Jenness, V., & Smyth, M. (2011). The passage and implementation of the Prison Rape Elimination Act: Legal

677. endogeneity and the uncertain road from symbolic law to instrumental effects. Stanford Law & Policy Review, 22, 489. https://doi.org/10.1177/0891243215611856.

678. Jenness, V., & Fenstermaker, S. (2016). Forty years after Brownmiller: Prisons for men, transgender inmates, and the rape of the feminine. Gender & Society, 30(1), 14–29. https://doi.org/10.1177/0891243215611856.

679. Jessen, R. S., Waehre, A., David, L., & Stänicke, E. (2021). Negotiating gender in everyday life: Toward a conceptual model of gender dysphoria in adolescents. Archives of Sexual Behavior, 50(8), 3489–3503. https://doi.org/10.1007/s10508-021-02024-6.

680. Jiang, D. D., Gallagher, S., Burchill, L., Berli, J., & Dugi, D., 3rd. (2019). Implementation of a pelvic floor physical therapy program for transgender women undergoing gender-affirming vaginoplasty. Obstetrics and Gynecology, 133(5), 1003–1011. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003236.

681. Jiang, D., Witten, J., Berli, J., & Dugi, D., 3rd. (2018). Does depth matter? Factors affecting choice of vulvoplasty over vaginoplasty as gender-affirming genital surgery for transgender women. The Journal of Sexual Medicine, 15(6), 902–906. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.085.

682. Jindarak, S., Nilprapha, K., Atikankul, T., Angspatt, A., Pungrasmi, P., Iamphongsai, S., Promniyom, P., Suwajo, P., Scvaggi, G., & Tiewtranon, P. (2018). Spermatogenesis abnormalities following hormonal therapy in transwomen. Biomed Research International, 2018, 7919481. https://doi.org/10.1155/2018/7919481.

683. Johns, M. M., Beltran, O., Armstrong, H. L., Jayne, P. E., & Barrios, L. C. (2018). Protective factors among transgender and gender variant youth: A systematic review by socioecological level. The Journal of Primary Prevention, 39(3), 263–301. https://doi.org/10.1007/s10935-018-0508-9.

684. Johns, M. M., Lowry, R., Andrzejewski, J., Barrios, L. C., Demissie, Z., McManus, T., Rasberry, C. N., Robin, L., & Underwood, J. M. (2019). Transgender identity and experiences of violence victimization, substance use, suicide risk, and sexual risk behaviors among high school students—19 states and large urban school districts, 2017. Morbidity and Mortality Weekly Report, 68(3), 67. https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6803a3.

685. Johnson, E. K., Rosoklija, I., Finlayson, C., Chen, D., Yerkes, E. B., Madonna, M. B., Holl, J. L., Baratz, A. B., Davis, G., & Cheng, E. Y. (2017). Attitudes towards "disorders of sex development" nomenclature among affected individuals. Journal of Pediatric Urology, 13(6), 608.e1–608.e8. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2017.03.035.

686. Johnson, K. C., LeBlanc, A. J., Deardorff, J., Bockting, W. O. (2020). Invalidation experiences among non-binary adolescents. Journal of Sex Research, 57(2), 222–233. https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1608422.

687. Johnson, L., & Federman, E. J. (2014). Training, experience, and attitudes of VA psychologists regarding LGBT issues: Relation to practice and competence. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 1(1). https://doi.org/10.1037/sgd0000019.

688. Johnson, T. W., & Irwig, M. S. (2014). The hidden world of self-castration and testicular self-injury. Nature Reviews Urology, 11(5), 297–300. https://doi.org/10.1038/nrurol.2014.84.

689. Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2016). Recognition of gender variants outside the binary in WPATH Standards of Care, Version 7.0. International Journal of Transgenderism, 17(1), 1–3. https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1114442.

690. Johnson, T. W., Brett, M. A., Roberts, L. F., & Wassersug, R. J. (2007). Eunuchs in contemporary society: Characterizing men who are voluntarily castrated (Part I). The Journal of Sexual Medicine, 4(4), 930–945. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00521.x.

691. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2019). UNAIDS Data 2019. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf

692. Joint, R., Chen, Z. E., & Cameron, S. (2018). Breast and reproductive cancers in the transgender population: A systematic review. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 125(12), 1505–1512. https://doi.org/10.1111/1471-0528.15258.

693. Jones, C. (2019). Intersex, infertility and the future: Early diagnoses and the imagined life course. Sociology of Health & Illness, 42(1), 143–156. https://doi.org/10.1111/1467-9566.12990.

694. Jones, T., de Bolger, T., Dune, A., Lykins, A., & G. Hawkes. (2015). Female-to-Male (FtM) transgender people's experiences in Australia: A national study. Springer.

695. Jones, B. A., Bouman, W. P., Haycraft, E., & Arcelus, J. (2019). Gender congruence and body satisfaction in nonbinary transgender people: A case control study. International Journal of Transgenderism, 20(2-3), 263–274. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1538840.

696. Jones, B. A., Bouman, W. P, Haycraft, E., & Arcelus, J. (2019). Mental health and quality of life in non-binary transgender adults: A case control study. International Journal of Transgenderism, 20(2-3), 251–262. https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1630346.

697. Jones, B. A., Brewin, N., Richards, C., Van Eijk, M., Stephenson-Allen, A., & Arcelus, J. (2017). Investigating the outcome of the initial assessment at a national transgender health service: Time to review the process?. International Journal of Transgenderism, 18(4), 427–432. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1372838.

698. Jones, B. P., Rajamanoharan, A., Vali, S., Williams, N. J., Saso, S., Thum, M. Y., Ghaem-Maghami, S., Quiroga, I., Diaz-Garcia, C., Thomas, P., Wilkinson, S., Yazbek, J., & Smith, J. R. (2021). Perceptions and motivations for uterus transplant in transgender women. JAMA Network Open, 4(1), e2034561. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.34561.

699. Jones, R. K., Witwer, E., & Jerman, J. (2020). Transgender abortion patients and the provision of transgender-specific care at non-hospital facilities that provide abortions. Contraception: X, 2, 100019. https://doi.org/10.1016/j.conx.2020.100019.

700. Jones, K., Wood, M., & Stephens, L. (2017). Contraception choices for transgender males. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, 43(3), 239–240. https://doi.org/10.1136/jfprhc-2017-101809.

701. Joseph, A. A., Kulshreshtha, B., Shabir, I., Marumudi, E., George, T. S., Sagar, R., Mehta, M., & Ammini, A. C. (2016). Gender issues and related social stigma affecting patients with a disorder of sex development in India. Archives of Sexual Behavior, 46(2), 361–367. https://doi.org/10.1007/s10508-016-0841-0.

702. Julian, J. M., Salvetti, B., Held, J. I., Murray, P. M., Lara-Rojas, L., & Olson-Kennedy, J. (2021). The impact of chest binding in transgender and gender diverse youth and young adults. Journal of Adolescent Health, 68(6), 1129–1134. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.09.029.

703. Jung, A., & Schuppe, H. C. (2007). Influence of genital heat stress on semen quality in humans. Andrologia, 39(6), 203–215. https://doi.org/10.1111/j.1439-0272.2007.00794.x.

704. Kailas, M., Lu, H. M. S., Rothman, E. F., & Safer, J. D. (2017). Prevalence and types of gender-affirming surgery among a sample of transgender endocrinology patients prior to state expansion of insurance coverage. Endocrine Practice, 23(7), 780–786. https://doi.org/10.4158/EP161727.OR.

705. Kaltiala, R., Bergman, H., Carmichael, P., de Graaf, N. M., Egebjerg Rischel, K., Frisén, L., Schorkopf, M., Suomalainen, L., & Waehre, A. (2020). Time trends in referrals to child and adolescent gender identity services: A study in four Nordic countries and in the UK. Nordic Journal of Psychiatry, 74(1), 40–44. https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1667429.

706. Kaltiala, R., Heino, E., Työläjärvi, M., & Suomalainen, L. (2020). Adolescent development and psychosocial functioning after starting cross-sex hormones for gender dysphoria. Nordic Journal of Psychiatry, 74(3), 213–219.

https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1691260.

707. Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työläjärvi, M., & Lindberg, N. (2015). Two years of gender identity service for minors: Overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 9(1). https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y.

708. Kanagalingam, J., Georgalas, C., Wood, G. R., Ahluwalia, S., Sandhu, G., & Cheesman, A. D. (2005). Cricothyroid approximation and subluxation in 21 male-to-female transsexuals. The Laryngoscope, 115(4), 611–618. https://doi.org/10.1097/01.mlg.0000161357.12826.33.

709. Kang, A., Aizen, J. M., Cohen, A. J., Bales, G. T., & Pariser, J. J. (2019). Techniques and considerations of prosthetic surgery after phalloplasty in the transgender male. Translational Andrological Urology, 8(3), 273–282. https://doi.org/10.21037/tau.2019.06.02.

710. Kanhai, R. C. (2016). Sensate vagina pedicled-spot for male-to-female transsexuals: The experience in the first 50 patients. Aesthetic Plastic Surgery, 40(2), 284–287. https://doi.org/10.1007/s00266-016-0620-2.

711. Kanhai, R. C., Hage, J. J., Asscheman, H., & Mulder, J. W. (1999). Augmentation mammaplasty in male-to-female transsexuals. Plastic and Reconstructive Surgery, 104(2), 542–549; discussion 550–541. https://doi.org/10.1097/00006534-199908000-00039.

712. Kanhai, R. C., Hage, J. J., Karim, R. B., & Mulder, J. W. (1999). Exceptional presenting conditions and outcome of augmentation mammaplasty in male-to-female transsexuals. Annals of Plastic Surgery, 43(5), 476–483. https://doi.org/10.1097/00000637-199911000-00003.

713. Kanhai, R. C., Hage, J. J., & Mulder, J. W. (2000). Long-term outcome of augmentation mammaplasty in male-to-female transsexuals: A questionnaire survey of 107 patients. British Journal of Plastic Surgery, 53(3), 209–211. https://doi.org/10.1054/bjps.1999.3298.

714. Kanis, J. A. (1994). Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis: Synopsis of a WHO report. Osteoporosis International, 4(6), 368–381. https://doi.org/10.1007/BF01622200.

715. Kanj, R. V., Conard, L. A. E., Corathers, S. D., & Trotman, G. E. (2019). Hormonal contraceptive choices in a clinic-based series of transgender adolescents and young adults. The International Journal of Transgenderism, 20(4), 413–420. https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1631929.

716. Karasic, D. H. (2016). Protecting transgender rights promotes transgender health. LGBT Health, 3(4), 245–247. https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0072.

717. Kaoutzanis, C., Winocour, J., Gupta, V., Yeslev, M., Ganesh Kumar, N., Wormer, B., Grotting, J. C., & Higdon, K. K. (2019). The effect of smoking in the cosmetic surgery population: Analysis of 129,007

patients. Aesthetic Surgery Journal, 39(1), 109–119. https://doi.org/10.1093/asj/sjy088

718. Karasic, D. H. (2019). Mental health care for the adult transgender patient. In C. A. Ferrando (Ed.), Comprehensive care of the transgender patient (pp. 8–11). Elsevier.

719. Karasic, D. H., & Fraser, L. (2018). Multidisciplinary care and the standards of care for transgender and gender nonconforming individuals. Clinics in Plastic Surgery, 45(3), 295–299. https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.016.

720. Karkazis, K., Tamar-Mattis, A., & Kon, A. A. (2010). Genital surgery for disorders of sex development: Implementing a shared decision-making approach. Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism, 23(8), 789–805. https://doi.org/10.1515/jpem.2010.129.

721. Kasianczuk, M., & Trofymenko, O. (2020). Size estimation for transgender people in Ukraine/SE “Center of Social Expertises named fter Yu. Saenko” of the Institute of Sociology of the National Academy of Sciences of Ukraine.-Kyiv, 2020. https://www.researchgate.net/publication/348325593_POPULATION_SIZE_ESTIMATION_FOR_TRANSGENDER_PEOPLE_IN_UKRAINE

722. Kattari, S. K., & Hasche, L. (2016). Differences across age groups in transgender and gender non-conforming people’s experiences of health care discrimination, harassment, and victimization. Journal of Aging and Health, 28(2), 285–306. https://doi.org/10.1177/0898264315590228.

723. Kattari, S. K., Walls, N. E., Speer, S. R., & Kattari, L. (2016). Exploring the relationship between transgender-inclusive providers and mental health outcomes among transgender/gender variant people. Social Work in Health Care, 55(8), 635–650. https://doi.org/10.1080/00981389.2016.1193099.

724. Katz-Wise, S. L., Budge, S. L., Fugate, E., Flanagan, K., Touloumtzis, C., Rood, B., Perez-Brumer, A., & Leibowitz, S. (2017). Transactional pathways of transgender identity development in transgender and gender-nonconforming youth and caregiver perspectives from the Trans Youth Family Study. International Journal of Transgenderism, 18(3), 243–263. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1304312.

725. Kaufman, R. & Tishelman, A. C. (2018). Creating a network of professionals. In C. E. Keo-Meier & D. E. Ehrensaft (Eds.), The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children. American Psychological Association. https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9

726. Kauth, M. R., Shipherd, J. C., Lindsay, J., Blosnich, J. R., Brown, G. R., & Jones, K. T. (2014). Access to care for transgender veterans in the Veterans Health Administration: 2006–2013. American Journal of Public Health, 104(S4), S532–S534. https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302086.

727. Kcomt, L., Gorey, K. M., Barrett, B. J., & McCabe, S. E. (2020). Healthcare avoidance due to anticipated

discrimination among transgender people: A call to create trans-affirmative environments. Elsevier, 11, 100608. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100608.

728. Kelly, S. J., & Ismail, M. (2015). Stress and type 2 diabetes: A review of how stress contributes to the development of type 2 diabetes. Annual Review of Public Health, 36, 441–462. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031914-122921.

729. Kelly, V., Hertegård, S., Eriksson, J., Nygren, U., & Södersten, M. (2018). Effects of gender-confirming pitch-raising surgery in transgender women a long-term follow-up study of acoustic and patient-reported data. Journal of Voice, 33(5), 781–791. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2018.03.005.

730. Kelvin, J. F., Thom, B., Benedict, C., Carter, J., Corcoran, S., Dickler, M. N., Goodman, K. A., Margolies, A., Matasar, M. J., Noy, A & Goldfarb, S. B. (2016). Cancer and fertility program improves patient satisfaction with information received. Journal of Clinical Oncology, 34(15), 1780–1786. https://doi.org/10.1200/JCO.2015.64.5168.

731. Kennedy, E., & Thibeault, S. L. (2020). Voice-gender incongruence and voice health information-seeking behaviors in the transgender community. American Journal of Speech-Language Pathology, 29(3), 1563–1573. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00188.

732. Kennis, M., Duecker, F., T'Sjoen, G., Sack, A. T., & Dewitte, M. (2022). Sexual self-concept discrepancies mediate the relation between gender dysphoria sexual esteem and sexual attitudes in binary transgender individuals. The Journal of Sex Research, 59(4), 524–536. https://doi.org/10.1080/00224499.2021.1951643.

733. Kent, M. A., Winoker, J. S., & Grotas, A. B. (2018). Effects of feminizing hormones on sperm production and malignant changes: Microscopic examination of post orchiectomy specimens in transwomen. Urology, 121, 93–96. https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.07.023.

734. Keohane v. Jones (Florida Department of Corrections), Case No.4:16-cv-511-MW-CAS, N. D. Fla, 2018.

735. Keo-Meier, C. L., & Ehrensaft, D. (2018). Introduction to the gender affirmative model. In C. Keo-Meier & D. Ehrensaft (Ed.), The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children (pp. 3–19). Washington, DC: American Psychological Association.

736. Keo-Meier, C. L., & Fitzgerald, K. M. (2017). Affirmative psychological testing and neurocognitive assessment with transgender adults. The Psychiatric Clinics of North America, 40(1), 51–64. https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.011.

737. Keo-Meier, C. L., Herman, L. I., Reisner, S. L., Pardo, S. T., Sharp, C., & Babcock, J. C. (2015). Testosterone treatment and MMPI-2 improvement in transgender men: A prospective controlled study. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83(1),

143–156.
https://doi.org/10.1037/a0037599.

738. Kerckhof, M. E., Kreukels, B. P. C., Nieder, T. O., Becker-Hébly, I., van de Grift, T. C., Staphorsius, A. S., Elaut, E. (2019). Prevalence of sexual dysfunctions in transgender persons: Results from the ENIGI follow-up study. The Journal of Sexual Medicine, 16(12), 2018–2029. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.09.003.
739. Kerry, S. (2014). Sistergirls/brotherboys: The status of indigenous transgender Australians. International Journal of Transgender Health, 15(3–4), 173–186. https://doi.org/10.1080/15532739.2014.995262.
740. Khalili, J., Leung, L. B., & Diamant, A. L. (2015). Finding the perfect doctor: Identifying lesbian, gay, bisexual, and transgender–competent physicians. American Journal of Public Health, 105(6), 1114–1119.
https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302448.
741. Khatchadourian, K., Amed, S., & Metzger, D. L. (2014). Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver. The Journal of Pediatrics, 164(4), 906–911. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.10.068.
742. Kidd, J. D., Dolezal, C., & Bockting, W. O. (2018). The relationship between tobacco use and legal document gender-marker change, hormone use, and gender-affirming surgery in a United States sample of trans-feminine and trans-masculine individuals: Implications for cardiovascular health. LGBT Health, 5(7), 401–411.
https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0103.
743. Kidd, K. M., Sequeira, G. M., Douglas, C., Paglisotti, T., Inwards-Breland, D. J., Miller, E., & Coulter, R. (2021). Prevalence of gender-diverse youth in an urban school district. Pediatrics, 147(6), e2020049823.
https://doi.org/10.1542/peds.2020-049823.
744. Kim, H. T. (2020) Vocal feminization for transgender women: Current strategies and patient perspectives. International Journal of General Medicine, 13, 43–52. https://doi.org/10.2147/IJGM.S205102.
745. Kim, H. T. (2017). A new conceptual approach for voice feminization: 12 years of experience. The Laryngoscope, 127(5), 1102–1108.
https://doi.org/10.1002/lary.26127.
746. Kirey-Sitnikova, Y. (2021). Prospects and challenges of gender neutralization in Russian. Russian Linguistics, 45(2), 143–158.
https://doi.org/10.1007/s11185-021-09241-6.
747. Kismödi, E., Corona, E., Maticka-Tyndale, E., Rubio-Aurioles, E., & Coleman, E. (2017). Sexual Rights as Human Rights: A guide for the WAS Declaration of Sexual Rights. International Journal of Sexual Health, 29(Suppl 1), 1–92. https://doi.org/10.1080/19317611.2017.1353865.
748. Klaver, M., de Mutsert, R., van der Loos, M., Wiepjes, C. M., Twisk, J. W. R., den Heijer, M., & Klink, D. T. (2020). Hormonal treatment and cardiovascular risk profile in transgender adolescents. Pediatrics, 145(3), e20190741.
749. https://doi.org/10.1542/peds.2019-0741.

750. Klein, A., & Golub, S. A. (2016). Family rejection as a predictor of suicide attempts and substance misuse among transgender and gender nonconforming adults. LGBT Health, 3(3), 193–199. https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0111.

751. Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review. Journal of Sexual Medicine, 6(11), 2922–2939. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01370.

752. Klein, D. A., Berry-Bibee, E. N., Baker, K. K., Malcolm, N. M., Rollison, J. M., & Frederiksen, B. N. (2018). Providing quality family planning services to LGBTQIA individuals: A systematic review. Contraception, 97(5). https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.12.016.

753. Klein, D. A., Paradise, S. L., & Goodwin, E. T. (2018). Caring for transgender and gender-diverse persons: What clinicians should know. AFP Journal, 98(11), 645–653. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30485050

754. Kleinplatz, P. J. (Ed.). (2012). New directions in sex therapy: Innovations and alternatives (2nd ed.). Routledge/Taylor & Francis Group.

755. Klimstra, T. A., Hale, W. W.III., Raaijmakers, Q. A. W., Branje, S. J. T., & Meeus, W. H. J. (2009). Identity formation in adolescence: Change or stability? Journal of Youth and Adolescence, 39(2), 150–162. https://doi.org/10.1007/s10964-009-9401-4.

756. Klink, D., Bokenkamp, A., Dekker, C., & Rotteveel, J. (2015). Arterial hypertension as a complication of triptorelin treatment in adolescents with gender dysphoria. Endocrinology and Metabolism International Journal, 2(1), 36–38. https://doi.org/10.15406/emij.2015.02.00008.

757. Klink, D., Caris, M., Heijboer, A., van Trotsenburg, M., & Rotteveel, J. (2015). Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 100(2), E270–E275. https://doi.org/10.1210/jc.2014-2439.

758. Kloer, C., Parker, A., Blasdel, G., Kaplan, S., Zhao, L., & Bluebond-Langner, R. (2021). Sexual health after vaginoplasty: A systematic review. Andrology, 9(6), 1744–1764. https://doi.org/10.1111/andr.13022.

759. Klosky, J. L., Anderson, L. E., Russell, K. M., Huang, L., Zhang, H., Schover, L. R., Simmons, J. L., & Kutteh, W. H. (2017). Provider influences on sperm banking outcomes among adolescent males newly diagnosed with cancer. Journal of Adolescent Health, 60(3), 277–283. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.10.020.

760. Klosky, J. L., Flynn, J. S., Lehmann, V., Russell, K. M., Wang, F., Hardin, R. N., Eddinger, J. R., Zhang, H., Schenck, L. A., & Schover, L. R. (2017). Parental influences on sperm banking attempts among adolescent males newly diagnosed with cancer. Fertility and Sterility, 108(6), 1043–1049.

https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.08.039.

761. Klosky, J. L., Wang, F., Russell, K. M., Zhang, H., Flynn, J. S., Huang, L., Wasilewaski-Masker, K., Landier, W., Leonard, M., Albritton, K. H., Gupta, A. A., Casilas, J., Colte, O., Kutteh, W. H., & Schover, L. R. (2017). Prevalence and predictors of sperm banking in adolescents newly diagnosed with cancer: Examination of adolescent, parent, and provider factors influencing fertility preservation outcomes. Journal of Clinical Oncology, 35(34), 3830–3865. https://doi.org/10.1200/JCO.2016.70.4767.

762. Knutson, D., Koch, J. M., & Goldbach, C. (2019). Recommended terminology, pronouns, and documentation for work with transgender and non-binary populations. Practice Innovations, 4(4), 214–224. https://doi.org/10.1037/pri0000098.

763. Koçak, I., Akpınar, M. E., Cakır, Z. A., Doğan, M., Bengisu, S., & Celikoyar, M. M. (2010). Laser reduction glottoplasty for managing androphonia after failed cricothyroid approximation surgery. Journal of Voice, 24(6), 758–764. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2009.06.004.

764. Kocan, S., & Gursoy, A. (2016). Body image of women with breast cancer after mastectomy: A qualitative research. Journal of Breast Health, 12(4), 145–150. https://doi.org/10.5152/tjbh.2016.2913.

765. Koehler, A., Eyssel, J., & Nieder, T. O. (2018). Genders and individual treatment progress in (non-)binary trans individuals. The Journal of Sexual Medicine, 15(1), 102–113. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.11.007.

766. Kohlberg, L. (1966). A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. In E. E. Maccoby (Ed.), The development of sex. Tavistock Publications.

767. Kojima, T., Shoji, K., Isshiki, N., & Nakamura, K. (2008). Thyroplasty type III for treatment of voice problem in GID of female-to-male type. Practica Oto-RhinoLaryngologica, 101(1), 39–43. https://doi.org/10.5631/jibirin.101.39.

768. Kon, A. (2015). Ethical issues in decision-making for infants with disorders of sex development. Hormone and Metabolic Research, 47(05), 340–343. https://doi.org/10.1055/s-0035-1547269.

769. Kornienko, O., Santos, C., Martin, C., & Granger, K. (2016). Peer influence on gender identity development in adolescence. Developmental Psychology, 52(10), 1578–1592. https://doi.org/10.1037/dev0000200.

770. Korpaisarn, S., & Safer, J. D. (2018). Gaps in transgender medical education among healthcare providers: A major barrier to care for transgender persons. Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders, 19(3), 271–275. https://doi.org/10.1007/s11154-018-9452-5.

771. Kosilek v. Mass. Department of Corrections/ Kathleen Dennehy; Kosilek v. Spencer, 889 F.Supp.2d 190 (D. Mass. Sept. 4, 2012); "Kosilek II."

772. Kosilek v. Massachusetts, 221 F. Supp. 2d 156 (D Mass 2002).

773. Kozato, A., Fox, G. C., Yong, P. C., Shin, S. J., Avanessian, B. K., Ting, J., Yiwei, L., Subha, K., Safer, J. D., & Pang, J. H. (2021). No venous thromboembolism increase among transgender female patients remaining on estrogen for gender-affirming surgery. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 106(4), e1586–e1590. https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa966.

774. Krege, S., Eckoldt, F., Richter-Unruh, A., Köhler, B., Leuschner, I., Mentzel, H. J., Moss, A., Schweizer, K., Stein, R., Werner-Rosen, K., Wieacker, P., Wiesemann, C., Wünsch, L., & Richter-Appelt, H. (2019). Variations of sex development: The first German interdisciplinary consensus paper. Journal of Pediatric Urology, 15(2), 114–123. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2018.10.008.

775. Krempasky, C., Harris, M., Abern, L., & Grimstad, F. (2020). Contraception across the transmasculine spectrum. American Journal of Obsterics and Gynecology, 222(2), 134–143. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.07.043.

776. Kreukels, B. P. C., Köhler, B., Nordenström, A., Roehle, R., Thyen, U., Bouvattier, C., de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., Köhler, B., Cohen-Kettenis, P., de Vries, A., Arlt, W., Wiesemann, C., Slowikowska-Hilczer, J., de la Perriere, A. B., Sultan, C., Paris, F., Bouvattier, C., Thyen, U., & Reisch, N. (2018). Gender dysphoria and gender change in disorders of sex development/intersex conditions: Results From the dsd-LIFE study. The

777. Journal of Sexual Medicine, 15(5), 777–785. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.02.021.

778. Kreukels, B. P., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. Nature Reviews Endocrinology, 7(8), 466–472. https://doi.org/10.1038/nrendo.2011.78.

779. Krishnamurthy, R., VandeCreek, L., Kaslow, N. J., Tazeau, Y. N., Miville, M. L., Kerns, R., Stegman, R., Suzuki, L., & Benton, S. A. (2004). Achieving competency in psychological assessment: Directions for education and training. Journal of Clinical Psychology, 60(7), 725–739. https://doi.org/10.1002/jclp.20010.

780. Kunachak, S., Prakunhungsit, S., & Sujjalak, K. (2000). Thyroid cartilage and vocal fold reduction: A new phonosurgical method for male-to-female transsexuals. The Annals of Otology, Rhinology, and Laryngology, 109(11), 1082–1086. https://doi.org/10.1177/000348940010901116.

781. Kuper, L. E., Adams, N., & Mustanski, B. S. (2018). Exploring cross-sectional predictors of suicide ideation, attempt, and risk in a large online sample of transgender and gender nonconforming youth and young adults. LGBT Health, 5(7), 391–400. https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0259.

782. Kuper, L. E., Lindley, L., & Lopez, X. (2019). Exploring the gender development histories of children and adolescents presenting for gender affirming medical care. Clinical Practice in Pediatric

Psychology, 7(3), 217–228. https://doi.org/10.1037/cpp0000290.

783. Kuper, L. E., Mathews, S., & Lau, M. (2019). Baseline mental health and psychosocial functioning of transgender adolescents seeking gender-affirming hormone therapy. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 40(8), 589–596. https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000697.

784. Kuper, L. E., Nussbaum, R., & Mustanski, B. (2012). Exploring the diversity of gender and sexual orientation identities in an online sample of transgender individuals. Journal of Sex Research, 49(2-3), 244–254. https://doi.org/10.1080/00224499.2011.596954.

785. Kuper, L. E., Stewart, S., Preston, S., Lau, M., & Lopez, X. (2020). Body dissatisfaction and mental health outcomes of youth on gender-affirming hormone therapy. Pediatrics, 145(4). https://doi.org/10.1542/peds.2019-3006.

786. Kuper, L. E., Wright, L., & Mustanski, B. (2014). Stud identity among female-born youth of color: Joint conceptualizations of gender variance and same-sex sexuality. Journal of Homosexuality, 61(5), 714–731. https://doi.org/10.1080/00918369.2014.870443.

787. Kuper, L. E., Wright, L., & Mustanski, B. (2018). Gender identity development among transgender and gender nonconforming emerging adults: An intersectional approach. International Journal of Transgenderism, 19(4), 436–455. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1443869.

788. Kuijpers, S., Wiepjes, C. M., Conemans, E. B., Fisher, A. D., T'Sjoen, G., & den Heijer, M. (2021). Toward a lowest effective dose of cyproterone acetate in trans women: Results from the ENIGI study. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 106(10), e3936–e3945. https://doi.org/10.1210/clinem/dgab427.

789. Kuvalanka, K. A., Bellis, C., Goldberg, A. E., & McGuire, J. K. (2019). An exploratory study of custody challenges experienced by affirming mothers of transgender and gender-nonconforming children. Family Court Review, 57(1), 54–71. https://doi.org/10.1111/fcre.12387.

790. Kuvalanka, K. A., Mahan, D. J., McGuire, J. K., & Hoffman, T. K. (2017). Perspectives of mothers of transgender and gender-nonconforming children with autism spectrum disorder. Journal of Homosexuality, 65(9), 1167–1189. https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1406221.

791. Kuyper, L., & Wijsen, C. (2014). Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. Archives of Sexual Behavior, 43(2), 377–385. https://doi.org/10.1007/s10508-013-0140-y.

792. Kvist, O., Luiza Dallora, A., Nilsson, O., Anderberg, P., Sanmartin Berglund, J., Flodmark, C. E., & Diaz, S. (2021). A cross-sectional magnetic resonance imaging study of factors influencing growth plate closure in adolescents and young adults. Acta Paediatrica, 110(4),

1249–1256. https://doi.org/10.1111/apa.15617.

793. Kyinn, M., Banks, K., Leemaqz, S. Y., Sarkodie, E., Goldstein, D., & Irwig, M. S. (2021). Weight gain and obesity rates in transgender and gender-diverse adults before and during hormone therapy. International Journal of Obesity, 45(12), 2562–2569. https://doi.org/10.1038/s41366-021-00935-x.

794. Laan, E. T. M., Klein, V., Werner, M. A., van Lunsen, R. H. W., & Janssen, E. (2021). In pursuit of pleasure: A biopsychosocial perspective on sexual pleasure and gender. International Journal of Sexual Health, 33(4), 516–536. https://doi.org/10.1080/19317611.2021.1965689.

795. Ladanyi, C., Mor, A., Christianson, M. S., Dhillon, N., & Segars, J. H. (2017). Recent advances in the field of ovarian tissue cryopreservation and opportunities for research. Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 34(6), 709–722. https://doi.org/10.1007/s10815-017-0899-1.

796. Lampalzer, U., Briken, P., & Schweizer, K. (2021). Psychosocial care and support in the field of intersex/diverse sex development (dsd): Counseling experiences, localization and needed improvements. International Journal of Impotence Research, 33(2), 228–242.

797. Landén, M., Wålinder, J., Hambert, G., & Lundstrom, B. (1998). Factors predictive of regret in sex reassignment. Acta Psychiatrica Scandinavica, 97(4), 284–289. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb10001.x.

798. Langenderfer-Magruder, L., Whitfield, D. L., Walls, N. E., Kattari, S. K., & Ramos, D. (2014). Experiences of intimate partner violence and subsequent police reporting among lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer adults in Colorado. Journal of Interpersonal Violence, 31(5), 855–871. https://doi.org/10.1177/0886260514556767.

799. Langley, R. E., Gilbert, D. C., Duong, T., Clarke, N. W., Nankivell, M., Rosen, S. D., Mangar, S., Macnair, A., Sundaram, S. K., Laniado, M. E., Dixit, S., Madaan, S., Manetta, C., Pope, A., Scrase, C. D., Mckay, S., Muazzam, I. A., Collins, G. N., Worlding, J., & Williams, S. T. (2021). Transdermal oestradiol for androgen suppression in prostate cancer: Long-term cardiovascular outcomes from the randomised Prostate Adenocarcinoma Transcutaneous Hormone (PATCH) trial programme. The Lancet, 397(10274), 581–591. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00100-8.

800. Laron, Z., Zeev, Z., Kauli, R., Comaru-Schally, A., & Schally, A. (1981). D-Trp6-analogue of luteinising hormone releasing hormone in combination with cyproterone acetate to treat precocious puberty. The Lancet, 318(8253), 955–956. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(81)91155-7.

801. Laube, J. S., Auer, M. K., Biedermann, S. V., Schröder, J., Hildebrandt, T., Nieder, T. O., Briken, P., & Fuss, J. (2020). Sexual behavior, desire, and psychosexual experience in gynephilic and androphilic

trans women: A cross-sectional multicenter study. The Journal of Sexual Medicine, 17(6), 1182–1194. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.030.

802. Lawrence, A. A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. Archives of Sexual Behaviour, 32(4), 299–315. https://doi.org/10.1023/a:1024086814364.

803. Lawrence, A. A. (2005). Sexuality after male-to-female sex reassignment surgery. Archives of Sexual Behaviour, 34(2), 147–166. https://doi.org/10.1007/s10508-005-1793-y.

804. LeBreton, M., Courtois, F., Journel, N. M., Beaulieu-Prevost, D., Belanger, M., Ruffion, A., & Terrier, J. E. (2017). Genital sensory detection thresholds and patient satisfaction with vaginoplasty in male-to-female transgender women. Journal of Sexual Medicine, 14(2), 274–281. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.005.

805. Ledesma, E., & Ford, C. L. (2020). Health implications of housing assignments for incarcerated transgender women. American Journal of Public Health, 110(5), 650–654. https://doi.org/10.2105/ajph.2020.305565.

806. Lee, D. S., Marsh, L., Garcia-Altieri, M. A., Chiu, L. W., & Awad, S. S. (2016). Active mental illnesses adversely affect surgical outcomes. The American Surgeon, 82(12), 1238–1243. https://doi.org/10.1177/000313481608201233.

807. Lee, H., Operario, D., van den Berg, J. J., Yi, H., Choo, S., & Kim, S. S. (2020). Health disparities among transgender adults in South Korea. Asia Pacific Journal of Public Health , 3 2 (2-3), 103–110. https://doi.org/10.1177/1010539520912594.

808. Lee, J. Y., Finlayson, C., Olson-Kennedy, J., Garofalo, R., Chan, Y. M., Glidden, D. V., & Rosenthal, S. M. (2020). Low bone mineral density in early pubertal transgender/gender diverse youth: Findings from the Trans Youth Care Study. Journal of Endocrine Society, 4(9), https://doi.org/10.1210/jendso/bvaa065.

809. Lee, P. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., & Hughes, I. A. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. International Consensus Conference on Intersex. Pediatrics, 118(2):e488-500. https://doi.org/10.1542/peds.2006-0738.

810. Lee, P. A., Nordenström, A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Auchus, R., Baratz, A., Baratz Dalke, K., Liao, L. M., Lin-Su, K., Looijenga, L. H. J.3rd, Mazur, T., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Mouriquand, P., Quigley, C. A., Sandberg, D. E., Vilain, E., & Witchel, S. (2016). Global Disorders of sex development update since 2006: Perceptions, approach and care. Hormone Research in Paediatrics, 8 5 (3), 158–180. https://doi.org/10.1159/000442975.

811. Lefevor, G. T., Sprague, B. M., Boyd-Rogers, C. C., & Smack, A. C. P. (2018). How well do various types of support buffer psychological distress among transgender and gender nonconforming students? International Journal of Transgenderism, 20(1), 39–48.

https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1452172.

812. Lehmann, V., Keim, M. C., Nahata, L., Shultz, E. L., Klosky, J. L., Tuinman, M. A., & Gerhardt, C. A. (2017). Fertility-related knowledge and reproductive goals in childhood cancer survivors: short communication. Human Reproduction, 32(11), 2250–2253. https://doi.org/10.1093/humrep/dex297.

813. Leibowitz, S., & de Vries, A. L. (2016). Gender dysphoria in adolescence. International Review of Psychiatry, 28(1), 21–35. https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1124844.

814. Lerner, J. E., Martin, J. I., & Gorsky, G. S. (2020). More than an apple a day: Factors associated with avoidance of doctor visits among transgender, gender nonconforming, and nonbinary people in the USA. Sexuality Research and Social Policy, 18(2), 409–426. https://doi.org/10.1007/s13178-020-00469-3.

815. Leung, A., Sakkas, D., Pang, S., Thornton, K., & Resetkova, N. (2019). Assisted reproductive technology outcomes in female-to-male transgender patients compared with cisgender patients: A new frontier in reproductive medicine. Fertility and Sterility, 112(5), 858–865. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.07.014.

816. Lev, A. I. & Wolf-Gould, C. (2018). Collaborative treatment across disciplines. In C. E. Keo-Meier & D. E. Ehrensaft (Eds.), The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children. American Psychological Association. https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9

817. Levine, S. B. (2009). Real-life test experience: Recommendations for revisions to the Standards of Care of the World Professional Association for Transgender Health. International Journal of Transgenderism, 11(3), 186–193. https://doi.org/10.1080/15532730903383773.

818. Levine, S. B., Brown, G., Coleman, E., Cohen-Kettenis, P. T., Hage, J., Van Maasdam, J., Petersen, M., Pfafflin, F., & Schaefer, L. C. (1998). The standards of care for gender identity disorders—Fifth edition. International Journal of Transgenderism 2, 2, http://www.symposion.com/ijt/ijtc0405.htm

819. Levy, A., Crown, A., & Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. Clinical Endocrinology, 59(4),

820. 409–418. https://doi.org/10.1046/j.1365-2265.2003.01821.x.

821. Leyns, C., Papeleu, T., Tomassen, P., T'Sjoen, G., & D'haeseleer, E. (2021). Effects of speech therapy for transgender women: A systematic review. International Journal of Transgender Health, 22(4), 360–380. https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1915224.

822. Liang, J. J., Gardner, I. H., Walker, J. A., & Safer, J. D. (2017). Observed deficiencies in medical student knowledge of transgender and intersex health. Endocrine Practice, 23(8), 897–906. https://doi.org/10.4158/EP171758.O.

823. Liao, L, & Simmonds M. (2014). A values-driven and evidence-based health care psychology for diverse sex development. Psychology & Sexuality, 5(1), 83–101. https://doi.org/10.1080/19419899.2013.831217.

824. Lieberman, T. (2018). Painting dragons: What storytellers need to know about writing Eunuch Villains. Bogotá: Glyph Torrent.

825. Lierman, S., Tilleman, K., Braeckmans, K., Peynshaert, K., Weyers, S., T'Sjoen, G., & De Sutter, P. (2017). Fertility preservation for trans men: Frozen-thawed in vitro matured oocytes collected at the time of ovarian tissue processing exhibit normal meiotic spindles. Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 34(11), 1449–1456. https://doi.org/10.1007/s10815-017-0976-5.

826. Light, A. D., Obedin-Maliver, J., Sevelius, J. M., & Kerns, J. L. (2014). Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. Obstetrics and Gynecology, 124(6), 1120–1127. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000540.

827. Light, A., Wang, L. F., Zeymo, A., & Gomez-Lobo, V. (2018). Family planning and contraception use in transgender men. Contraception, 98(4), 266–269. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.06.006.

828. Lightfoot, S., Kia, H., Vincent, A., Wright, D. K., & Vandyk, A. (2021). Trans-affirming care: An integrative review and concept analysis. International Journal of Nursing Studies, 123, 104047. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104047.

829. Lim, F., Johnson, M., & Eliason, M. (2015). A national survey of faculty knowledge, experience, and readiness for teaching lesbian, gay, bisexual and transgender health in baccalaureate nursing programs. Nursing Education Perspectives, 36(3), 144–152. https://doi.org/10.5480/14-1355.

830. Lindley, L., Anzani, A., Prunas, A., & Galupo, M. P. (2021). Sexual satisfaction in trans masculine and nonbinary individuals: A qualitative investigation. The Journal of Sex Research, 58(2), 222–234. https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1799317.

831. Lindqvist, E. K., Sigurjonsson, H., Möllermark, C., Tinder, J., Farnebo, F., & Kalle Lundgren, T. (2017). Quality of life improves early after gender reassignment surgery in transgender women. European Journal of Plastic Surgery, 40, 223–226. https://doi.org/10.1007/s00238-016-1252-0.

832. Lin-Su, K., Lekarev, O., Poppas, D., & Vogiatzi, M. G. (2015). Congenital adrenal hyperplasia patient perception of 'disorders sex development' nomenclature. International Journal of Pediatric Endocrinology, 2015(1), 9. https://doi.org/10.1186/s13633-015-0004-4.

833. Littman, L. (2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. PLoS One, 13(8), e0202330. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330.

834. Littman, L. (2021). Individuals treated for gender dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequently detransitioned: A survey of 100 detransitioners. Archives of Sexual Behavior, 50(8), 3353–3369. https://doi.org/10.1007/s10508-021-02163-w.

835. Liu, Y., Xin, Y., Qi, J., Wang, H., Hong, T., Yang, X., Li, B., Change, X., Knudson, G., Zhao, Z., & Pan, B. (2020). The desire and status of gender-affirming hormone therapy and surgery in transgender men and women in China: A national population study. The Journal of Sexual Medicine , 1 7(11), 2291–2298. https://doi.org/10.1177/1010539520912594.

836. Lopez, X., Marinkovic, M., Eimicke, T., Rosenthal, S. M., & Olshan, J. S. (2017). Statement on gender-affirmative approach to care from the pediatric endocrine society special interest group on transgender health. Current Opinion in Pediatrics, 29(4), 475–480. https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000516.

837. Lo Russo, G., Tanini, S., & Innocenti, M. (2017). Masculine chest-wall contouring in FtM transgender: A personal approach. Aesthetic Plastic Surgery, 41(2), 369–374. https://doi.org/10.1007/s00266-017-0796-0.

838. Lowry, R., Johns, M. M., Gordon, A. R., Austin, S. B., Robin, L. E., & Kann, L. K. (2018). Nonconforming gender expression and associated mental distress and substance use among high school students. JAMA Pediatrics, 172(11), 1020–1028. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2140.

839. Lundberg, T., Hegarty, P., & Roen, K. (2018). Making sense of 'Intersex' and 'DSD': How laypeople understand and use terminology. Psychology & Sexuality, 9(2), 161–173. https://doi.org/10.1080/19419899.2018.1453862.

840. Luz, P. M., Jalil, E. M., Castilho, J., Velasque, L., Ramos, M., Ferreira, A. C. G., Wilson, E. C., Valdilea, G., Veloso, B. D., Moodie, E. E. M., & Grinsztejn, B. (2022). Association of discrimination, violence, and resilience with depressive symptoms among transgender women in Rio de Janeiro, Brazil: A cross-sectional analysis. Transgender Health, 7(1), 101–106. https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0171.

841. Lynch, M., & CicchettI, D. (1998). An ecological-transactional analysis of children and contexts: The longitudinal interplay among child maltreatment, community violence, and children's symptomatology. Development and Psychopathology, 10(2), 235–257. https://doi.org/10.1017/s095457949800159x.

842. MacDonald, T., Noel-Weiss, J., West, D., Walks, M., Biener, M., Kibbe, A., & Myler, E. (2016). Transmasculine individuals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: A qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth, 16, 106–110. https://doi.org/10.1186/s12884-016-0907-y.

843. MacKinnon, K. R., Ashley, F., Kia, H., Lam, J. S. H., Krakowsky, Y., & Ross, L.

E. (2021). Preventing transition “regret”: An institutional ethnography of gender-affirming medical care assessment practices in Canada. Social Science & Medicine, 291, 114477. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114477.

844. MacKinnon, K. R., Ng, S. L., Grace, D., Sicchia, S. R., & Ross, L. E. (2019). Protocols as curriculum? Learning health advocacy skills by working with transgender patients in the context of gender-affirming medicine. Advances in Health Sciences Education, 25(1), 7–18. https://doi.org/10.1007/s10459-019-09899-0.

845. Madrigal-Borloz, V. (2021). Report on gender: the law of inclusion and practices of exclusion. Report of the UN—Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity, submitted to the 47th UN Human Rights Council and 76th UN General Assembly. https://www.ohchr.org/Documents/Issues/SexualOrientation/IESOGI/Reports_on_Gender_Final_Summary.pdf

846. Madrigal-Borloz, V. (2020). Practices of so-called “conversion therapy”—Report of the UN independent expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity, Submitted to the 44th session of the UN Human Rights Council. Geneva: United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. https://undocs.org/A/HRC/44/53

847. Maheux, A. J., Zhou, Y., Thoma, B. C., Salk, R. H., & Choukas-Bradley, S. (2021). Examining sexual behavior among U.S. transgender adolescents. The Journal of Sex Research, 58(8), 1050–1060. https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1855408.

848. Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Hewitt, T., Ganti, U., Lin, A., & Zepf, F. D. (2019). Gender-affirming hormones and surgery in transgender children and adolescents. Lancet Diabetes Endocrinology, 7(6), 484–498. https://doi.org/10.1016/S2213-8587(18)30305-X.

849. Malhotra, A., Kort, S., Lauther, T., Mann, N., Skopicki, H. A., & Parikh, P. B. (2022). Prevalence and predictors of cardiovascular disease and risk factors in transgender persons in the United States. Critical Pathways in Cardiology, 21(1), 42–46. https://doi.org/10.1097/HPC.0000000000000271.

850. Malkin, M. L., & DeJong, C. (2018). Protections for transgender inmates under PREA: A comparison of state correctional policies in the United States. Sexuality Research and Social Policy, 16(4), 393–407. https://doi.org/10.1007/s13178-018-0354-9.

851. Malpas, J., Glaeser, E., & Giammattei, S. V. (2018). Building resilience in transgender and gender expansive children, families, and communities: A multidimensional family approach. In C. Keo-Meier & D. Ehrensaft (Eds.), The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children (pp. 141–156). American Psychological

Association. https://doi.org/10.1037/0000095-009.

852. Mamoojee, Y., Seal, L. J., & Quinton, R. (2017). Transgender hormone therapy: Understanding international variation in practice. Lancet Diabetes & Endocrinology, 5(4), 243–246. https://doi.org/10.1016/S2213-8587(17)30068-2.

853. Mancini, I., Rotilio, A., Coati, I., Seracchioli, R., Martelli, V., & Meriggiola, M. C. (2017). Presentation of a meningioma in a transwoman after nine years of cyproterone acetate and estradiol intake: Case report and literature review. Gynecological Endocrinology, 34(6), 456–459. https://doi.org/10.1080/09513590.2017.1395839.

854. Manero Vazquez, I., Garcia-Senosiain, O., Labanca, T., & Gómez-Gil, E. (2018). Aesthetic refinement in the creation of the clitoris, its preputial hood, and labia minora in male-to-female transsexual patients. Annals of Plastic Surgery, 81(4), 393–397. https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000001532.

855. Mann, R. (2006). The treatment of transgender prisoners, not just an American problem—Comparative analysis of American, Australian, and Canadian prison policies concerning the treatment of transgender prisoners and a "universal" recommendation to improve treatment. Law & Sexuality: A Review Lesbian, Gay, Bisexual & Transgender Legal Issues, 15, 92–133.

856. Manrique, O. J., Sabbagh, M. D., Ciudad, P., Martinez-Jorge, J., Kiranantawat, K., Sitpahul, N., Nippoldt, T. B., Charafeddine, A., & Chen, H. C. (2018). Gender-confirmation surgery using the pedicle transverse colon flap for vaginal reconstruction: A clinical outcome and sexual function evaluation study. Plastic and Reconstructive Surgery, 141(3), 767–771. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004122.

857. Manson, J. E., Chlebowski, R. T., Stefanick, M. L., Aragaki, A. K., Rossouw, J. E., Prentice, R. L., Anderson, G., Howard, B. V., Thomson, C. A., LaCroix, A. Z., Wactawski-Wende, J., Jackson, R. D., Limacher, M., Margolis, K. L., Wassertheil-Smoller, S., Beresford, S. A., Cauley, J. A., Eaton, C. B., Gass, M., …& Wallace, R. B. (2013). Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the Women's Health Initiative randomized trials. The Journal of the American Medical Association, 310(13), 1353–1368.

858. Maraka, S., Singh Ospina, N., Rodriguez-Gutierrez, R., Davidge-Pitts, C. J., Nippoldt, T. B., Prokop, L. J., & Murad, M. H. (2017). Sex steroids and cardiovascular outcomes in transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 102(11), 3914–3923. https://doi.org/10.1210/jc.2017-01643.

859. Margulies, I. G., Chuang, C., Travieso, R., Zhu, V., Persing, J. A., Steinbacher, D. M., & Zellner, E. G. (2021). Preferences of transgender and gender-nonconforming persons in gender-confirming surgical care: A cross-sectional study. Annals of Plastic Surgery, 86(1), 82–88.

https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000002351.

860. Marinkovic, M., & Newfield, R. S. (2017). Chest reconstructive surgeries in transmasculine youth: Experience from one pediatric center. International Journal of Transgenderism, 18(4), 376–381. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1349706.

861. Marks, D. H., Peebles, J. K., & Dommasch, E. (2019). Hair reduction for transgender persons: What dermatologists should know and how they can help. JAMA Dermatology, 155(5), 525–526. https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2019.0149.

862. Marsh, C., McCracken, M., Gray, M., Nangia, A., Gay, J., & Roby, K. F. (2019). Low total motile sperm in transgender women seeking hormone therapy. Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 36(8), 1639–1648. https://doi.org/10.1007/s10815-019-01504-y.

863. Marshall, W. A., & Tanner, J. M. (1969). Variations in pattern of pubertal changes in girls. Archives of Disease in Childhood, 44(235), 291–303

864. Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2010). Developmental cascades. Development and Psychopathology, 22(3), 491–495. https://doi.org/10.1017/s0954579410000222.

865. Martin, K. A., Chang, R. J., Ehrmann, D. A., Ibanez, L., Lobo, R. A., Rosenfield, R. L., Shapiro, J., Montori, V. M.,& Swiglo, B. A. (2008). Evaluation and treatment of hirsutism in premenopausal women: An Endocrine Society clinical practice guideline. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 93(4), 1105–1120. https://doi.org/10.1210/jc.2007-2437.

866. Martinez, C., Rikhi, R., Haque, T., Fazal, A., Kolber, M., Hurwitz, B. E., Schneiderman, N., & Brown, T. T. (2020). Gender identity, hormone therapy, and cardiovascular disease risk. Current Problems in Cardiology, 45(5), 100396. https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2018.09.003.

867. Martinez, F., & International Society for Fertility Preservation–ESHRE–ASRM Expert Working Group. (2017). Update on fertility preservation from the Barcelona International Society for Fertility Preservation-ESHRE-ASRM 2015 expert meeting: Indications, results and future perspectives. Fertility and Sterility, 108(3), 407–415.e11. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.05.024.

868. Martins, R. S., Saleh, R., Kamal, H., Gillani, M., Merchant, A. A., Munir, M. M., Ifikar, H. K., Shah, Z., Hussain, M. H. Z., Azhar, M., Qadri, F., & Saleem, S. (2020). The need for transgender healthcare medical education in a developing country. Advances in Medical Education and Practice, 11, 405. https://doi.org/10.2147/AMEP.S255483.

869. Maruri, S. (2011). Hormone therapy for inmates: A metonym for transgender rights. Cornell Journal of Law and Public Policy, 20(3), 10.

870. Massie, J. P., Morrison, S. D., Van Maasdam, J., & Satterwhite, T. (2018). Predictors of patient satisfaction and postoperative complications in penile inversion vaginoplasty. Plastic and

Reconstructive Surgery, 141(6), 911e-921e. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004427.

871. Mastronikolis, N. S., Remacle, M., Biagini, M., Kiagiadaki, D., & Lawson, G. (2013). Wendler glottoplasty: An effective pitch raising surgery in male-to-female transsexuals. Journal of Voice, 27(4), 516–522. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2013.04.004.

872. Matai, V., Cheesman, A. D., & Clarke, P. M. (2003). Cricothyroid approximation and thyroid chondroplasty: A patient survey. Otolaryngology—Head and Neck Surgery, 128 (6), 841–847. https://doi.org/10.1016/S0194-5998(03)00462-5.

873. Matei, S., & Danino, M. A. (2015). Smoking and plastic surgery: A Montreal perspective. Annales de Chirurgie Plastique et Esthétique, 60(1), e71–e72. https://doi.org/10.1016/j.anplas.2014.09.012.

874. Matoso, A., Khandakar, B., Yuan, S., Wu, T., Wang, L. J., Lombardo, K. A., & Yakirevich, E. (2018). Spectrum of findings in orchiectomy specimens of persons undergoing gender confirmation surgery. Human Pathology, 76, 91–99. https://doi.org/10.1016/j.humpath.2018.03.007.

875. Matsuno, E. (2019). Nonbinary-affirming psychological interventions. Cognitive and Behavioral Practice, 26(4),

876. 617–628. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.09.003.

877. Matsuno, E., & Israel, T. (2018). Psychological interventions promoting resilience among transgender individuals: Transgender resilience intervention model (TRIM). The Counseling Psychologist, 46(5), 632–655. https://doi.org/10.1177/0011000018787261.

878. Mattawanon, N., Charoenkwan, K., & Tangpricha, V. (2021). Sexual dysfunction in transgender people: A systematic review. Urology Clinics of North America, 48(4), 437–460. https://doi.org/10.1016/j.ucl.2021.06.004.

879. Mattawanon, N., Spencer, J. B., Schirmer, D. A., & Tangpricha, V. (2018). Fertility preservation options in transgender people: A review. Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders, 19(3), 231–242. https://doi.org/10.1007/s11154-018-9462-3.

880. Matthews, J. J., Olszewski, A., & Petereit, J. (2020). Knowledge, training, and attitudes of students and speech-language pathologists about providing communication services to individuals who are transgender. American Journal of Speech-Language Pathology, 29(2), 597–610. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00148.

881. Matthews, S. J., Picton, H., Ernst, E., & Andersen, C. Y. (2018). Successful pregnancy in a woman previously suffering from β-thalassemia following transplantation of ovarian tissue cryopreserved before puberty. Minerva Obstetrics and Gynecology, 70(4), 432–435.

https://doi.org/10.23736/S0026-4784.18.04240-5.

882. Maxwell, S., Noyes, N., Keefe, D., Berkeley, A. S., & Goldman, K. N. (2017). Pregnancy outcomes after fertility preservation in transgender men. Obstetrics and Gynecology, 129(6), 1031–1034. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002036.

883. Mayer, T. K., Koehler, A., Eyssel, J., & Nieder, T. O. (2019). How gender identity and treatment progress impact decision-making, psychotherapy and aftercare desires of trans persons. Journal of Clinical Medicine, 8(5), 749. https://doi.org/10.3390/jcm8050749.

884. Mazur, T., Cohen-Kettenis, P. T., Meyer, W. J., Meyer-Bahlburg, H. F., & Zucker, K. J. (2007). Survey of HBIGDA membership on treatment of disorders of sex development (DSD). International Journal of Transgenderism, 10(2), 99–108. https://doi.org/10.1080/15532730802182227.

885. McCallion, S., Smith, S., Kyle, H., Shaikh, M. G., Wilkinson, G., & Kyriakou, A. (2021). An appraisal of current service delivery and future models of care for young people with gender dysphoria. European Journal of Pediatrics, 180(9), 2969–2976. https://doi.org/10.1007/s00431-021-04075-2.

886. McCauley, E., Eckstrand, K., Desta, B., Bouvier, B., Brockmann, B., & Brinkley-Rubenstein, L. (2017). Exploring healthcare experiences for incarcerated individuals who identify as transgender in a southern jail. Transgender Health, 3(1), 34–41. https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0046.

887. McConnell, E. A., Birkett, M. A., & Mustanski, B. (2015). Typologies of social support and associations with mental health outcomes among LGBT youth. LGBT Health, 2(1), 55–61. https://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0051.

888. McDowell, A., & Bower, K. M. (2016). Transgender health care for nurses: An innovative approach to diversifying nursing curricula to address health inequities. Journal of Nursing Education, 55(8). 476–479. https://doi.org/10.3928/01484834-20160715-11.

889. McDowell, A., Raifman, J., Progovac, A. M., & Rose, S. (2020). Association of nondiscrimination policies with mental health among gender minority individuals. JAMA Psychiatry, 77(9), 952–958. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0770.

890. McDowell, M. J., Hughto, J. M. W., & Reisner, S. L. (2019). Risk and protective factors for mental health morbidity in a community sample of female-to-male trans-masculine adults. BMC Psychiatry, 19(1). https://doi.org/10.1186/s12888-018-2008-0.

891. McFadden, S. H., Frankowski, S., Flick, H., & Witten, T. M. (2013). Resilience and multiple stigmatized identities: Lessons from transgender persons' reflections on aging. In J. D. Sinnott (Ed.), Positive psychology: Advances in understanding adult motivation (pp. 247–267). Springer.

892. McGuire, J. K., Beek, T. F., Catalpa, J. M., & Steensma, T. D. (2018). The

Genderqueer Identity (GQI) Scale: Measurement and validation of four distinct subscales with trans and LGBQ clinical and community samples in two countries. International Journal of Transgenderism, 20(2–3), 289–304. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1460735.

893. McGuire, J. K., Berg, D., Catalpa, J. M., Morrow, Q. J., Fish, J. N., Nic Rider, G., Steensma, T., Cohen-Kettenis, P. T., & Spencer, K. (2020). Utrecht Gender Dysphoria Scale—Gender Spectrum (UGDS-GS): Construct validity among transgender, nonbinary, and LGBQ samples. International Journal of Transgender Health, 21(2), 194–208. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1723460.

894. McInroy, L. B., Beaujolais, B., Craig, S. L., & Eaton, A. D. (2021). The self-identification, LGBTQ+identity development, and attraction and behavior of asexual youth: Potential implications for sexual health and internet-based service provision. Archives of Sexual Behavior, 50(8), 3853–3863. https://doi.org/10.1007/s10508-021-02064-y.

895. McLachlan, C. (2019). Que(e)ring trans and gender diversity. South African Journal of Psychology, 49(1), 10–13. Urology Clinics North America https://doi.org/10.1177/0081246318780774.

896. McLaughlin, R. J., & Sharp, R. N. (2018). Working with parents/guardians and caregivers when conflicts arise. In C. Keo-Meier & D. Ehrensaft (Eds.), The gender affirmative model: An Interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children (pp. 157–172). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000095-009

897. McNabb, C. (2017). Nonbinary gender identities: History, culture, resources. Rowman & Littlefield.

898. McNamara, C. (2007). Re-inhabiting an uninhabitable body: Interventions in voice production with transsexual men. Research in Drama Education: The Journal of Applied Theatre and Performance, 12(2), 195–206. https://doi.org/10.1080/13569780701321070.

899. McNeil, J., Bailey, L., Ellis, S., & Regan, M. (2013). Speaking from the margins: trans mental health and wellbeing in Ireland. Transgender Equality Network Ireland (TENI). https://www.atlanticphilanthropies.org/wp-content/uploads/2015/09/teni-speaking-from-the-margins-report.pdf

900. McNeil, J., Bailey, L., Ellis, S., Morton, J., & Regan, M. (2012). UK trans mental health study 2012. Scottish Transgender Alliance, Trans Resource and Empowerment Centre, TransBareAll, Traverse Research, Sheffield Hallam University. Scottish Trans Alliance https://www.scottishtrans.org/wp-content/uploads/2013/03/trans_mh_study.pdf

901. McNeill, E. J. M., Wilson, J. A., Clark, S., & Deakin, J. (2008). Perception of voice in the transgender client. Journal of Voice, 22(6), 727–733. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.12.010.

902. McTernan, M., Yokoo, K., & Tong, W. (2020). A comparison of gender-affirming chest surgery in nonbinary versus transmasculine patients. Annals of Plastic Surgery, 84(5S Suppl. 4), S323–S328. https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000002254.

903. Meeus, W., van de Schoot, R., Keijsers, L., & Branje, S. (2011). Identity statuses as developmental trajectories: A five-wave longitudinal study in early-to-middle and middle-to-late adolescents. Journal of Youth and Adolescence, 41(8), 1008–1021. https://doi.org/10.1007/s10964-011-9730-y.

904. Mehringer, J., & Dowshen, N. L. (2019). Sexual and reproductive health considerations among transgender and gender-expansive youth. Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 49(9), 100684. https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2019.100684.

905. Mehringer, J. E., Harrison, J. B., Quain, K. M., Shea, J. A., Hawkins, L. A., & Dowshen, N. L. (2021). Experience of chest dysphoria and masculinizing chest surgery in transmasculine youth. Pediatrics, 147(3), e2020013300. https://doi.org/10.1542/peds.2020-013300.

906. Meier, S. C., & Labuski, C. M. (2013). The Demographics of the Transgender Population. In A. K. Baumle (Ed.), International handbook on the demography of sexuality (pp. 289–327). Springer.

907. Meier, S. C., Sharp, C., Michonski, J., Babcock, J. C., & Fitzgerald, K. (2013). Romantic relationships of female-tomale trans men: A descriptive study. International Journal of Transgenderism, 14(2), 75–85. https://doi.org/10.1080/15532739.2013.791651.

908. Meijer, J. H., Eeckhout, G. M., van Vlerken, R. H., & de Vries, A. L. (2017). Gender dysphoria and co-existing psychosis: Review and four case examples of successful gender affirmative treatment. LGBT Health, 4(2), 106–114. https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0133.

909. Meister, J., Hagen, R., Shehata-Dieler, W., Kühn, H., Kraus, F., & Kleinsasser, N. (2016). Pitch elevation in male-to-female transgender persons—The Würzburg approach. Journal of Voice, 31(2), 244.e7–244.e15. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.07.018.

910. Mendoza, N., & Motos, M. A. (2013). Androgen insensitivity syndrome. Gynecological Endocrinology, 29(1), 1–5. https://doi.org/10.3109/09513590.2012.705378.

911. Meriggiola, M. C., Armillotta, F., Costantino, A., Altieri, P., Saad, F., Kalhorn, T., & Pelusi, G. (2008). Effects of testosterone undecanoate administered alone or in combination with letrozole or dutasteride in female to male transsexuals. The Journal of Sexual Medicine, 5(10), 2442–2453. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00909.x.

912. Mészáros, K., Vitéz, L. C., Szabolcs, I., Góth, M., Kovács, L., Görömbei, Z., & Hacki, T. (2005). Efficacy of conservative voice treatment in male-to-female transsexuals. Folia Phoniatrica et

Logopaedica, 57(2), 111–118. https://doi.org/10.1159/000083572.

913. Meyer, W.III., Bockting W., Cohen-Kettenis P., Coleman E., DiCeglie D., Devor H., Gooren L., Hage J., Kirk S., Kuiper B., Laub D., Lawrence A., Menard Y., Patton J., Schaefer L., Webb A., & Wheeler C. (2001). The standards of care for gender identity disorders—Sixth version. International Journal of Transgenderism, 5(1). http://www.symposium.com/ijt/soc_01/index.htm
914. Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. Psychological Bulletin, 129(5), 674–697. https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674.
915. Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2019). "Diagnosing" gender? Categorizing gender-identity variants in the Anthropocene. Archives of Sexual Behavior 48(7), 2027–2035. https://doi.org/10.1007/s10508-018-1349-6.
916. Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2022). The timing of genital surgery in somatic intersexuality: Surveys of patients' preferences. Hormone Research in Paediatrics, 95, 12–20. https://doi.org/10.1159/000521958.
917. Meyer-Bahlburg, H. F. L., Baratz Dalke, K., Berenbaum, S. A., Cohen-Kettenis, P. T., Hines, M., & Schober, J. M. (2016). Gender assignment, reassignment and outcome in disorders of sex development: Update of the 2005 Consensus Conference. Hormone Research in Paediatrics, 85(2), 112–118. https://doi.org/10.1159/000442386.
918. Meyer-Bahlburg, H. F. L., Khuri, J., Reyes-Portillo, J., & New, M. I. (2017). Stigma in medical settings as reported retrospectively by women with congenital adrenal hyperplasia (CAH) for their childhood and adolescence. Journal of Pediatric Psychology, 42(5), 496–503. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw034.
919. Meyer-Bahlburg, H. F. L., Khuri, J., Reyes-Portillo, J., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2018). Stigma associated with classical congenital adrenal hyperplasia in women's sexual lives. Archives of Sexual Behavior, 47(4), 943–951. https://doi.org/10.1007/s10508-017-1003-8.
920. Meyer-Bahlburg, H. F. L., Reyes-Portillo, J. A., Khuri, J., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2017). Syndrome-related stigma in the general social environment as reported by women with classical congenital adrenal hyperplasia. Archives of Sexual Behavior, 46(2), 341–351. https://doi.org/10.1007/s10508-016-0862-8.
921. Mieusset, R., Bujan, L., Mansat, A., Pontonnier, F., & Grandjean, H. (1987). Effects of artificial cryptorchidism on sperm morphology. Fertility and Sterility, 47(1), 150–155. https://doi.org/10.1016/s0015-02821649951-6.
922. Mieusset, R., Grandjean, H., Mansat, A., & Pontonnier, F. (1985). Inhibiting effect of artificial cryptorchidism on spermatogenesis. Fertility and Sterility, 43(4), 589–594.

https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)48502-X.

923. Miller, L., Leeth, E. A., Johnson, E. K., Rosoklija, I., Chen,

924. D., Aufox, S. A., & Finlayson, C. (2018). Attitudes towards 'disorders of sex development' nomenclature among physicians, genetic counselors, and mental health clinicians. Journal of Pediatric Urology, 14(5), 418.e1–418.e7. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2018.08.009.

925. Millet, N., Longworth, J., & Arcelus, J. (2017). Prevalence of anxiety symptoms and disorders in the transgender population: A systematic review of the literature. International Journal of Transgenderism, 18(1), 27–38. https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1258353.

926. Millington, K., Liu, E., & Chan, Y. M. (2019). The utility of potassium monitoring in gender-diverse adolescents taking spironolactone. Journal of the Endocrine Society, 3(5), 1031–1038. https://doi.org/10.1210/js.2019-00030.

927. Millington, K., Schulmeister, C., Finlayson, C., Grabert, R., Olson-Kennedy, J., Garofalo, R., & Chan, Y. M. (2020). Physiological and metabolic characteristics of a cohort of transgender and gender-diverse youth in the United States. Journal of Adolescent Health, 67(3), 376–383. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.028.

928. Mills, M., & Stoneham, G. (2017). The voice book for trans and non-binary people. Jessica Kingsley Publishers.

929. Mills, M., Stoneham, G., & Davies, S. (2019). Toward a protocol for transmasculine voice: A service evaluation of the voice and communication therapy group program, including long-term follow-pp for trans men at the London Gender Identity Clinic. Transgender Health, 4(1), 143–151. https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0011.

930. Milrod, C., & Karasic, D. H. (2017). Age is just a number: WPATH-affiliated surgeons' experiences and attitudes toward vaginoplasty in transgender females under 18 years of age in the United States. The Journal of Sexual Medicine, 14(4), 624–634. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.02.007.

931. Ming, J. M., Chua, M. E., Lopes, R. I., Maloney, A. M., Gupta, A. A., & Lorenzo, A. J. (2018). Cryopreservation of testicular tissue in pre-pubertal and adolescent boys at risk for infertility: A low risk procedure. Journal of Pediatric Urology, 14(3), 274.e271–274.e275. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2018.02.016.

932. Ministry of Justice. (2016.) Care and management of transgender offenders. (n.d.). GOV.UK. Retrieved May 31, 2022, from https://www.gov.uk/government/publications/care-and-management-of-transgender-offenders

933. Mizock, L., & Lewis, T. K. (2008). Trauma in transgender populations: Risk, resilience, and clinical care. Journal of Emotional Abuse, 8(3), 335–354. https://doi.org/10.1080/10926790802262523.

934. Mollet, A. L. (2021). “It’s easier just to say I’m queer”: Asexual college students’ strategic identity management. Journal of Diversity in Higher Education. Advance online publication. https://doi.org/10.1037/dhe0000210.

935. Money, J., & Lamacz, M. (1987). Genital examination and exposure experienced as nosocomial sexual abuse in childhood. The Journal of Nervous and Mental Disease, 175(12), 713–721. https://doi.org/10.1097/00005053-198712000-00002.

936. Monroe (aka Patterson) v. Baldwin, Illinois Department of Corrections et al, Case No. 1:19-cv-01060, 2019.

937. Monstrey, S., Hoebeke, P., Dhont, M., De Cuypere, G., Rubens, R., Moerman, M., Hamdi, M., Van Landuyt, K., & Blondeel, P. (2001). Surgical therapy in transsexual patients: A multi-disciplinary approach. Acta Chirurgica Belgica, 101(5), 200–209. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11758101

938. Monstrey, S., Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Blondeel, P., Hamdi, M., Roche, N., Weyers, S., & De Cuypere, G. (2009). Penile reconstruction: Is the radial forearm flap really the standard technique? Plastic and Reconstructive Surgery, 124(2), 510–518. https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181aeeb06.

939. Montejo, A. L., Montejo, L., & Navarro-Cremades, F. (2015). Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs. Current Opinion in Psychiatry, 28(6), 418–423. https://doi.org/10.1097/yco.0000000000000198.

940. Moody, C., Fuks, N., Peláez, S., & Smith, N. G. (2015). “Without this, I would for sure already be dead”: A qualitative inquiry regarding suicide protective factors among trans adults. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 2(3), 266. https://doi.org/10.1037/sgd0000130.

941. Mora, E., Cobeta, I., Becerra, A., & Lucio, M. J. (2018). Comparison of cricothyroid approximation and glottoplasty for surgical voice feminization in male-to-female transsexuals. The Laryngoscope, 128(9), 2101–2109. https://doi.org/10.1002/lary.27172.

942. Moravek, M. B., Kinnear, H. M., George, J., Batchelor, J., Shikanov, A., Padmanabhan, V., & Randolph, J. F. (2020). Impact of exogenous testosterone on reproduction in transgender men. Endocrinology, 161(3), bqaa014. https://doi.org/10.1210/endocr/bqaa014.

943. Morenz, A. M., Goldhammer, H., Lambert, C. A., Hopwood, R., & Keuroghlian, A. S. (2020). A blueprint for planning and implementing a transgender health program. Annals of Family Medicine, 18(1), 73–79. https://doi.org/10.1370/afm.2473.

944. Morrison, S. D., Capitán-Canadas, F., Sanchez-Garcia, A., Ludwig, D. C., Massie, J. P., Nolan, I. T., Swanson, M., Rodriguez-Conesa, M., Friedrich, J. B., Cederna, P. S., Bellinga, R. J., Simon, D., Capitán, L., & Satterwhite, T. (2020). Prospective quality-of-life outcomes after facial feminization surgery: An international multicenter study. Plastic and Reconstructive Surgery, 145(6), 1499–1509.

https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000006837.

945. Morrison, S. D., Satterwhite, T., Grant, D. W., Kirby, J., Laub, D. R., Sr., & VanMaasdam, J. (2015). Long-term outcomes of rectosigmoid neocolporrhaphy in male-tofemale gender reassignment surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 136(2), 386–394. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000001459.

946. Morrison, S. D., Shakir, A., Vyas, K. S., Kirby, J., Crane, C. N., & Lee, G. K. (2016). Phalloplasty: A review of techniques and outcomes. Plastic and Reconstructive Surgery, 138 (3), 594–615. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000002518.

947. Moser, C., & Devereux, M. (2019). Gender neutral pronouns: A modest proposal. International Journal of

948. Transgenderism, 20(2-3), 331–332. https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1217446.

949. Moseson, H., Fix, L., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M. R., Flentje, A., Lubensky, M. E., Capriotti, M. R., Ragosta, S., & Obedin-Maliver, J. (2020). Pregnancy intentions and outcomes among transgender, nonbinary, and gender-expansive people assigned female or intersex at birth in the United States: Results from a national, quantitative survey. International Journal of Transgender Health, 22(1–2), 30–41. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1841058.

950. Moseson, H., Fix, L., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M. R., Flentje, A., Lubensky, M. E., Capriotti, M. R., Ragosta, S., Forsberg, H., & Obedin-Maliver, J. (2021). Pregnancy intentions and outcomes among transgender, nonbinary, and gender-expansive people assigned female or intersex at birth in the United States: Results from a national, quantitative survey. International Journal of Transgender Health, 22(1-2), 30–41, https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1841058.

951. Moseson, H., Fix, L., Ragosta, S., Forsberg, H., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M. R., Flentje, A., Capriotti, M. R., Lubensky, M. E., & Obedin-Maliver, J. (2021). Abortion experiences and preferences of transgender, nonbinary, and gender-expansive people in the United States. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 224(4), 376. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.09.035.

952. Moseson, H., Lunn, M. R., Katz, A., Fix, L., Durden, M., Stoeffler, A., Hastings, J., Cudlitz, L., Goldberg, E., Lesser-Lee, B., Letcher, L., Reyes, A., Flentje, A., Capprotti, M., Lubensky, M. E., & Obedin-Maliver, J. (2020). Development of an affirming and customizable electronic survey of sexual and reproductive health experiences for transgender and gender nonbinary people. PLoS One, 15(5), e0232154. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232154.

953. Moseson, H., Zazanis, N., Goldberg, E., Fix, L., Durden, M., Stoeffler, A., Hastings, J., Cudlitz, L., Goldberg, E., Lesser-Lee, B., Letcher, L., Reyes, A., & Obedin-Maliver, J. (2020). The imperative for transgender and gender nonbinary

inclusion: Beyond women's health. Obstetrics and Gynecology, 135(5), 1059–1068. https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003816.

954. Motmans, J., Meier, P., Ponnet, K., & T'Sjoen, G. (2012). Female and male transgender quality of life: Socioeconomicand medical differences. The Journal of Sexual Medicine, 9 (3), 743–750. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02569.x.

955. Motmans, J., Nieder, T. O., & Bouman, W. P. (2019). Transforming the paradigm of nonbinary transgender health: A field in transition. International Journal of Transgenderism, 20(2-3), 119–125. https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1640514.

956. Motmans, J., Wyverkens, E., & Defreyne, J. (2017). Being transgender in Belgium: Ten years later. Institute for the Equality of Women and Men. https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/118_-_being_transgender_in_belgium.pdf

957. Motta, G., Marinelli, L., Barale, M., Brustio, P. R., Manieri, C., Ghigo, E., Procopio, M., & Lanfranco, F. (2020). Fracture risk assessment in an Italian group of transgender women after gender-confirming surgery. Journal of Bone Mineral Metabolism, 38(6), 885–893. https://doi.org/10.1007/s00774-020-01127-9.

958. Mouriquand, P. D. E., Gorduza, D. B., Gay, C.-L., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Baker, L., Baskin, L. S., Bouvattier, C., Braga, L. H., Caldamone, A. C., Duranteau, L., El Ghoneimi, A., Hensle, T. W., Hoebeke, P., Kaefer, M., Kalfa, N., Kolon, T. F., Manzoni, G., Mure, P.-Y., Nordenskjöld, A., & Pippi Salle, J. L. (2016). Surgery in disorders of sex development (DSD) with a gender issue: If (why), when, and how? Journal of Pediatric Urology, 12(3), 139–149. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2016.04.001.

959. Movement Advancement Project. Conversion "Therapy" Bans. (2021). https://www.lgbtmap.org/equality-maps/conversion_therapy

960. Mujugira, A., Kasiita, V., Bagaya, M., Nakyanzi, A., Bambia, F., Nampewo, O., Kamusiime, B., Mugisha, J., Nalumansi, A., Twesigye, C. C., Muwonge, T. R., Baeten, J. M., Wyatt, M. A., Tsai, A. C., Ware, N. C., & Haberer, J. E. (2021). "You are not a man": A multi-method study of trans stigma and risk of HIV and sexually transmitted infections among trans men in Uganda. Journal of the International AIDS Society, 24(12), e25860. https://doi.org/10.1002/jia2.25860.

961. Mukhopadhyay, A., & Chowdhury, R. (2009). The eunuch patient. Tropical Doctor, 39(1), 63–64. https://doi.org/10.1258/td.2008.080016.

962. Müller, A. (2017). Scrambling for access : Availability, accessibility , acceptability and quality of healthcare for lesbian, gay, bisexual and transgender people in South Africa. BMC International Health and Human Rights, 17(1), 16. https://doi.org/10.1186/s12914-017-0124-4.

963. Müller, A., & Daskilewicz, K., & The Southern and East African Research

Collective on Health (2019). ‘Are we doing alright? Realities of violence, mental health, and access to healthcare related to sexual orientation and gender identity and expression in eSwatini: Research report
964. based on a community-led study in nine countries’. COC Netherlands. https://eswatiniminorities.org/wp-content/uploads/2019/07/SOGIE-and-wellbeing_02_eSwatini.pdf
965. Mullins, E. S., Geer, R., Metcalf, M., Piccola, J., Lane, A., Conard, L. A. E., & Kowalcyk Mullins, T. L. (2021). Thrombosis risk in transgender adolescents receiving gender-affirming hormone therapy. Paediatrics, 147(4), e2020023549. https://doi.org/10.1542/peds.2020-023549.
966. Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. Clinical Endocrinology, 72(2), 214–231. https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x.
967. Murchison, G., Adkins, D., Conard, L. A., Ph, R., Ehrensaft, D., Elliott, T., Hawkins, L. A., Lopez, X., Newby, H., Ng, H., Vetters, R., Wolf-Gould, C., Brown, J., Hanneman, T., Kahn, E. (2016). Supporting & caring for transgender children. Human Rights Campaign.
968. Myers, S. C., & Safer, J. D. (2017). Increased rates of smoking cessation observed among transgender women receiving hormone treatment. Endocrine Practice, 23(1), 32–36. https://doi.org/10.4158/EP161438.OR.
969. Nahata, L., Chen, D., Moravek, M. B., Quinn, G. P., Sutter, M. E., Taylor, J., Tishelman, A. C., & Gomez-Lobo, V. (2019). Understudied and under-reported: Fertility issues in transgender youth—A narrative review. Journal of Paediatrics, 205, 265–271. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.09.009.
970. Nahata, L., Curci, M. B., & Quinn, G. P. (2018). Exploring fertility preservation intentions among transgender youth. Journal of Adolescent Health, 62(2), 123–125. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.11.288.
971. Nahata, L., Quinn, G. P., & Tishelman, A. C. (2018). Counseling in pediatric populations at risk for infertility and/or sexual function concerns. Pediatrics, 142(2), e20181435. https://doi.org/10.1542/peds.2018-1435.
972. Nahata, L., Tishelman, A. C., Caltabellotta, N. M., & Quinn, G. P. (2017). Low fertility preservation utilization among transgender youth. Journal of Adolescent Health, 61(1), 40–44. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.12.012.
973. Nanda, K., Stuart, G. S., Robinson, J., Gray, A. L., Tepper, N. K., & Gaffield, M. E. (2017). Drug interactions between hormonal contraceptives and antiretrovirals. AIDS, 31(7), 917–952. https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001392.
974. Nanda, S. (2014). Gender diversity: crosscultural variations(2nd ed.). Waveland Press.

975. Narayan, S. K., Hontscharuk, R., Danker, S., Guerriero, J., Carter, A., Blasdel, G., Bluebond-Langner, R., Ettner, R., Radix, A., Schechter, L., & Berli, J. U. (2021). Guiding the conversation-types of regret after gender-affirming surgery and their associated etiologies. Annals of Translational Medicine, 9(7), 605. https://doi.org/10.21037/atm-20-6204.

976. Nash, R., Ward, K. C., Jemal, A., Sandberg, D. E., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Frequency and distribution of primary site among gender minority cancer patients: An analysis of U.S. national surveillance data. Cancer Epidemiology, 54, 1–6. https://doi.org/10.1016/j.canep.2018.02.008.

977. Nassiri, N., Maas, M., Basin, M., Cacciamani, G. E., & Doumanian, L. R. (2021). Urethral complications after gender reassignment surgery: A systematic review. International Journal of Impotence Research, 33(8), 793–800. https://doi.org/10.1038/s41443-020-0304-y.

978. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2020). Understanding the well-being of LGBTQI+populations. The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/25877

979. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. U.S. Department of Health and Human Services.

980. National Commission on Correctional Heath Care. (2016). Solitary confinement (isolation). https://www.ncchc.org/solitary-confinement.

981. National LGBTQIA+ Health Education Center. (2020). Affirming primary care for intersex people. https://www.lgbtqiahealtheducation.org/publication/affirming-primary-care-for-intersex-people-2020/

982. Nestle, J., Howell, C., & Wilchins, R. (Eds.). (2002). Genderqueer. Voices from behind the sexual binary. Alyson Books.

983. Netshandama, V. O., Mavhandu-Mudzusi, A. H., & Matshideze, P. (2017). Deconstructing matula (taboo), a multi-stakeholder narrative about LGBTI. South African Journal of Higher Education, 31(4). https://doi.org/10.20853/31-4-1328.

984. Neumann, K., & Welzel, C. (2004). The importance of the voice in male-to-female transsexualism. Journal of Voice, 18(1), 153–167. https://doi.org/10.1016/S0892-1997(03)00084-5.

985. Newcomb, M. E., Hill, R., Buehler, K., Ryan, D. T., Whitton, S. W., & Mustanski, B. (2020). High burden of mental health problems, substance use, violence, and related psychosocial factors in transgender, non-binary, and gender diverse youth and young adults. Archives of Sexual Behavior, 49(2), 645–659. https://doi.org/10.1007/s10508-019-01533-9.

986. Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. Quality of Life

Research, 15(9), 1447–1457. https://doi.org/10.1007/s11136-006-0002-3.

987. Neyman, A., Fuqua, J. S., & Eugster, E. A. (2019). Bicalutamide as an androgen blocker with secondary effect of promoting feminization in male-to-female transgender adolescents. The Journal of Adolescent Health, 6 4 (4), 544–546. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.10.296.

988. Nguyen, H. B., Chavez, A. M., Lipner, E., Hantsoo, L., Kornfield, S. L., Davies, R. D., & Epperson, C. N. (2018). Gender-affirming hormone use in transgender individuals: Impact on behavioral health and cognition. Current Psychiatry Reports, 20(12), 1–9. https://doi.org/10.1007/s11920-018-0973-0.

989. Nieder, T. O., & Richter-Appelt, H. (2011). Tertium non datur– either/or reactions to transsexualism amongst health care professionals: the situation past and present, and its relevance to the future. Psychology & Sexuality, 2(3), 224–243. https://doi.org/10.1080/19419899.2010.545955.

990. Nieder, T. O., Eyssel, J., & Köhler, A. (2020). Being trans without medical transition: Exploring characteristics of trans individuals from Germany not seeking gender-affirmative medical interventions. Archives of Sexual Behavior, 49(7), 2661–2672. https://doi.org/10.1007/s10508-019-01559-z.

991. Nieder, T. O., Güldenring, A., Woellert, K., Briken, P., Mahler, L., & Mundle, G. (2020). Ethical aspects of mental health care for lesbian, gay, bi-, pan-, asexual, and transgender people: A case-based approach. The Yale Journal of Biology and Medicine, 93(4), 593–602. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7513438/

992. Nieder, T. O., Mayer, T. K., Hinz, S., Fahrenkrug, S., Herrmann, L., & Becker-Hebly, I. (2021). Individual treatment progress predicts satisfaction with transition-related care for youth with gender dysphoria: A prospective clinical cohort study. The Journal of Sexual Medicine, 18(3), 632–645. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.12.010.

993. Nilsson, J., Jervaeus, A., Lampic, C., Eriksson, L. E., Widmark, C., Armuand, G. M., Malmors, M., Heyman, M., & Wettergren, L. (2014). 'Will I be able to have a baby?' Results from online focus group discussions with childhood cancer survivors in Sweden. Human Reproduction, 29(12), 2704–2711. https://doi.org/10.1093/humrep/deu280.

994. Nobili, A., Glazebrook, C., & Arcelus, J. (2018). Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systematic review and meta-analysis. Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders, 19(3), 199–220. https://doi.org/10.1007/s11154-018-9459-y.

995. Nobili, A., Glazebrook, C., Bouman, W. P., Baron-Cohen, S., & Arcelus, J. (2020). The stability of autistic traits in transgender adults following cross-sex hormone treatment. International Journal of Transgender Health, 21(4), 431–439. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1783738.

996. Nokoff, N. J., Scarbro, S., Juarez-Colunga, E., Morea, K. L.,& Kempe, A. (2018). Health and cardiometabolic disease in transgender adults in the United States: Behavioral Risk Factor Surveillance System 2015. Journal of the Endocrine Society, 2(4), 349–360. https://doi.org/10.1210/js.2017-00465.

997. Nota, N. M., Wiepjes, C. M., de Blok, C. J. M., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2019). Occurrence of acute cardiovascular events in transgender individuals receiving hormone therapy. Circulation, 139(11), 1461–1462. https://doi.org/10.1161/circulationaha.118.038584.

998. Nota, N. M., Wiepjes, C. M., de Blok, C. J. M., Gooren, L. J. G., Peerdeman, S. M., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2018). The occurrence of benign brain tumours in transgender individuals during cross-sex hormone treatment. Brain, 141(7), 2047–2054. https://doi.org/10.1093/brain/awy108.

999. Noureai, S. A., Randhawa, P., Andrews, P. J., & Saleh, H. A. (2007). The role of nasal feminization rhinoplasty in male-to-female gender reassignment. Archives of Facial Plastic Surgery, 9(5), 318–320. https://doi.org/10.1001/archfaci.9.5.318.

1000. Nowotny, K. M., Rogers, R. G., & Boardman, J. D. (2017). Racial disparities in health conditions among prisoners compared with the general population. SSM—Population Health, 3, 487–496. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.05.011.

1001. Nuttbrock, L., Bockting, W., Rosenblum, A., Hwahng, S., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2014). Gender abuse, depressive symptoms, and substance use among transgender women: A 3-year prospective study. American Journal of Public Health, 104(11), 2199–2206. https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302106.

1002. Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. Journal of Sex Research, 47(1), 12–23. https://doi.org/10.1080/00224490903062258.

1003. Nuyen, B. A., Qian, Z. J., Campbell R. D., Erickson-DiRenzo E., Thomas J., & Sung C. K. (2022) Feminization laryngoplasty: 17-year review on long-term outcomes, safety, and technique. Otolaryngology—Head and Neck Surgery, 167(1), 112–117. https://doi.org/10.1177/01945998211036870.

1004. Nygren, U., Nordenskjöld, A., Arver, S., & Södersten, M. (2016). Effects on voice fundamental frequency and satisfaction with voice in trans men during testosterone treatment—A longitudinal study. Journal of Voice, 30(6), 766.e23–766.e34. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2015.10.016.

1005. Oates, J. (2019). Evidence-based practice in voice training for transwomen. In R. K. Adler, S. Hirsch, & J. Pickering (Eds.), Voice and communication therapy for the transgender/Gender Diverse client:

A comprehensive clinical guide (pp. 87–103). Plural Publishing.

1006. Oates, J. M. & Dacakis, G. (1983). Speech pathology considerations in the management of transsexualism—A review. British Journal of Disorders of Communication. 18(3), 139–151. https://doi.org/10.3109/13682828309012237.

1007. O'Bryant, C. L., Flaig, T. W., & Utz, K. J. (2008). Bicalutamide-associated fulminant hepatotoxicity. Pharmacotherapy, 28(8), 1071–1075. https://doi.org/10.1592/phco.28.8.1071.

1008. Obedin-Maliver, J. (2015). Time for OBGYNs to care for people of all genders. Journal of Women's Health (Larchmt), 24(2), 109–111. https://doi.org/10.1089/jwh.2015.1518.

1009. Obedin-Maliver, J., & Makadon, H. (2016). Transgender men and pregnancy. Obstetric Medicine, 9(1), 4–8. https://doi.org/10.1177/1753495X15612658.

1010. Obedin-Maliver, J., Goldsmith, E. S., Stewart, L., White, W., Tran, E., Brenman, S., & Lunn, M. R. (2011). Lesbian, gay, bisexual, and transgender-related content in undergraduate medical education. The Journal of the American Medical Association, 306(9), 971–977. https://doi.org/10.1001/jama.2011.1255.

1011. OECD. (2019). Health at a glance 2019: OECD indicators. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en.

1012. Oğuz, Ö., Ayran, B., & Yelken, K. (2020). Clinical considerations in speech and language therapy in Turkish transgender population. Journal of Voice, 35(4), 662.e9–662.e13. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2019.12.011.

1013. OHCHR, ILO, UNDP, UNESCO, UNFPA, UNHCR, & UNAIDS. (2016). Ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people. https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Discrimination/Joint_LGBTI_Statement_ENG.PDF

1014. Øien, R. A., Cicchetti, D. V., & Nordahl-Hansen, A. (2018). Gender dysphoria, sexuality and autism spectrum disorders: A systematic map review. Journal of Autism and Developmental Disorders, 48(12), 4028–4037. https://doi.org/10.1007/s10803-018-3686-7.

1015. Oktay, K., Buyuk, E., Rodriguez-Wallberg, K. A., & Sahin, G. (2010). In vitro maturation improves oocyte or embryo cryopreservation outcome in breast cancer patients undergoing ovarian stimulation for fertility preservation. Reproductive Biomedicine Online, 20(5), 634–638. https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2010.01.012.

1016. Olde Dubbelink, L. M. E., & Geurts, H. M. (2017). Planning skills in autism spectrum disorder across the lifespan: A meta-analysis and meta-regression. Journal of Autism and Developmental Disorders, 47(4), 1148–1165. https://doi.org/10.1007/s10803-016-3013-0.

1017. Olezeski, C. L., Pariseau, E. M., Bamatter, W. P., & Tishelman, A. C.

(2020,). Assessing gender in young children: Constructs and considerations. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 7(3), 293–303. https://doi.org/10.1037/sgd0000381.

1018. Oliphant, J., Veale, J., Macdonald, J., Carroll, R., Johnson, R., Harte, M., Stephenson, C., & Bullock, J. (2018). Guidelines for gender affirming healthcare for gender diverse and transgender children, young people and adults in Aotearoa, New Zealand. Transgender Health Research Lab. https://patha.nz/Guidelines

1019. Olivier, S., & Thurasukam, O. (2018). Lesbian, gay, transgender, bisexual, intersex and queer (LGBTIQ+) youth in Thailand. Save the Children Fund. https://resourcecentre.savethechildren.net/node/13480/pdf/lgbtiqyouth_in_thailand_save_the_children_2018.pdf

1020. Olson, K. R., Blotner, C., Alonso, D., Lewis, K., Edwards, D., Durwood, L., 2019. Family discussions of early childhood social transitions. Clinical Practice in Pediatric Psychology 7, 229–240. https://doi.org/10.1037/cpp0000289.

1021. Olson, K. R., Durwood, L., DeMeules, M., McLaughlin, K. A., 2016. Mental health of transgender children who are supported in their identities. Pediatrics, 137, e20153223. https://doi.org/10.1542/peds.2015-3223.

1022. Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M., & Devor, A. (2022). Gender identity 5 years after social transition. Pediatrics. Advance Online Publication. https://doi.org/10.1542/peds.2021-056082

1023. Olson, K. R., Gülgöz, S., 2018. Early findings from the TransYouth Project: Gender development in transgender children. Child Development Perspectives, 12, 93–97. https://doi.org/10.1111/cdep.12268.

1024. Olson-Kennedy, J., Chan, Y. M., Rosenthal, S., Hidalgo, M. A., Chen, D., Clark, L., & Garofalo, R. (2019). Creating the Trans Youth Research Network: A collaborative research endeavor. Transgender Health, 4(1), 304–312. https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0024.

1025. Olson-Kennedy, J., Chan, Y.-M., Garofalo, R., Spack, N., Chen, D., Clark, L., Ehrensaft, D., Hidalgo, M., Tishelman, A., & Rosenthal, S. (2019). Impact of early medical treatment for transgender youth: Protocol for the longitudinal, observational Trans Youth Care Study. JMIR Research Protocols, 8(7), e14434. https://doi.org/10.2196/14434.

1026. Olson-Kennedy, J., Cohen-Kettenis, P. T., Kreukels, B. P. C., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Garofalo, R., Meyer, W., & Rosenthal, S. M. (2016). Research priorities for gender nonconforming/transgender youth. Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity, 23(2), 172–179. https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000236.

1027. Olson-Kennedy, J., Rosenthal, S. M., Hastings, J., & Wesp, L. (2018). Health considerations for gender non-conforming children and transgender adolescents. Guidelines for the primary care of transgender and gender nonbinary people. http://transhealth.ucsf.edu/guidelines/youth

1028. Olson-Kennedy, J., Warus, J., Okonta, V., Belzer, M., & Clark, L. F. (2018). Chest reconstruction and chest dysphoria in transmasculine minors and young adults: Comparisons of nonsurgical and postsurgical cohorts. JAMA Pediatrics, 172(5), 431–436. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.5440.

1029. Olyslager, F., & Conway, L. (2008). Transseksualiteit komt vaker voor dan u denkt. Een nieuwe kijk op de prevalentie van transseksualiteit in Nederland en België. Tijdschrift voor Genderstudies, 11(2), 39–51.

1030. Oparah, J. (2012). Feminism and the (trans)gender entrapment of gender nonconforming prisoners. UCLA Women's Law Journal, 18(2), 239–271. https://doi.org/10.5070/L3182017822.

1031. Orel, N. A., & Fruhauf, C. A. (2015). The lives of LGBT older adults: Understanding challenges and resilience (p. 256). American Psychological Association.

1032. Orloff, L. A., Mann, A. P., Damrose, J. F., & Goldman, S. N. (2006). Laser-assisted voice adjustment (LAVA) in transsexuals. The Laryngoscope, 116(4), 655–660. https://doi.org/10.1097/01.mlg.0000205198.65797.59.

1033. Ott, J., Kaufmann, U., Bentz, E. K., Huber, J. C., & Tempfer, C. B. (2010). Incidence of thrombophilia and venous thrombosis in transsexuals under cross-sex hormone therapy. Fertility and Sterility, 93(4), 1267–1272. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.12.017.

1034. Owen, K., & Hancock, A. B. (2010). The role of self- and listener perceptions of femininity in voice therapy. International Journal of Transgenderism, 12(4), 272–284. https://doi.org/10.1080/15532739.2010.550767.

1035. Owen-Smith, A. A., Gerth, J., Sineath, R. C., Barzilay, J., Becerra-Culqui, T. A., Getahun, D., Giammattei, S., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Nash, R., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sanchez, T., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Valentine, C., Winter, S., Woodyatt, C., Song, Y., & Goodman, M. (2018). Association between gender confirmation treatments and perceived gender congruence, body image satisfaction, and mental health in a cohort of transgender individuals. The Journal of Sexual Medicine, 15(4), 591–600. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.017.

1036. Özer, M., Toulabi, S. P., Fisher, A. D., T'Sjoen, G., Buncamper, M. E., Monstrey, S., Bizic, M. R., Djordjevic, M., Falcone, M., Christopher, N. A., Simon, D., Capitán, L., & Motmans, J. (2022). ESSM position statement "Sexual Wellbeing After Gender Affirming Surgery." Sexual Medicine, 10(1), 100471. https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100471.

1037. Özkan, Ö., Çinpolat, A., Dog˘an, N. U., Bektaş, G., Dolay, K., Gürkan, A., Arıcı, C., & Dog˘an, S. (2018). Vaginal reconstruction with the modified rectosigmoid colon: Surgical technique, long-term results and sexual outcomes. Journal of Plastic Surgery and Hand

Surgery, 52(4), 210–216. https://doi.org/10.1080/20006512486X.2018.1444616.

1038. Padilla, J. A., Feng, J. E., Anoushiravani, A. A., Hozack, W. J., Schwarzkopf, R., & Macaulay, W. B. (2019). Modifying patient expectations can enhance total hip arthroplasty postoperative satisfaction. Journal of Arthroplasty, 34(7s), S209–s214. https://doi.org/10.1016/j.arth.2018.12.038.

1039. PAHO. (2014). Blueprint for the provision of comprehensive care for trans persons and their communities in the Caribbean and other anglophone countries. John Snow, Inc. https://iris.paho.org/handle/10665.2/31360

1040. Palmer, D., Dietsch, A., & Searl, J. (2011). Endoscopic and stroboscopic presentation of the larynx in male-to-female transsexual persons. Journal of Voice, 26(1), 117–126. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2010.10.014.

1041. Palmert, M. R., & Dunkel, L. (2012). Delayed puberty. New England Journal of Medicine, 366(5), 443–453. https://doi.org/10.1056/NEJMcp1109290.

1042. Pan, S., & Honig, S. C. (2018). Gender-affirming surgery: Current concepts. Current Urology Reports, 19(8), 62. https://doi.org/10.1007/s11934-018-0809-9.

1043. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. (2019). Guidelines for the use of antiretroviral agents in adults and adolescents with HIV: Transgender people with HIV. Department of Health and Human Services: https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-arv/transgender-people-hiv.

1044. Pang, C., Gutman, G., & de Vries, B. (2019). Later life care planning and concerns of transgender older adults in Canada. The International Journal of Aging and Human Development, 8 9 (1), 39–56. https://doi.org/10.1177/0091415019843520.

1045. Pang, K. C., de Graaf, N. M., Chew, D., Hoq, M., Keith, D. R., Carmichael, P., & Steensma, T. D. (2020). Association of media coverage of transgender and gender diverse issues with rates of referral of transgender children and adolescents to specialist gender clinics in the UK and Australia. JAMA Network Open, 3(7), e2011161-e2011161. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.11161.

1046. Papadopulos, N. A., Lelle, J. D., Zavlin, D., Herschbach, P., Henrich, G., Kovacs, L., Ehrenberger, B., Kluger, A. K., Machens, H. G., & Schaff, J. (2017). Quality of life and patient satisfaction following male-to-female sex reassignment surgery. The Journal of Sexual Medicine, 14(5), 721–730. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.01.022.

1047. Papadopulos, N. A., Zavlin, D., Lelle, J. D., Herschbach, P., Henrich, G., Kovacs, L., Ehrenberger, B., Machens, H. G., & Schaff, J. (2017). Male-to-female sex reassignment surgery using the combined technique leads to increased quality of life in a prospective study. Plastic and Reconstructive Surgery, 140(2), 286–294.

https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000003529.

1048. Parameshwaran, V., Cockbain, B. C., Hillyard, M., & Price, J. R. (2017). Is the lack of specific lesbian, gay, bisexual, transgender and queer/questioning (LGBTQ) health care education in medical school a cause for concern? Evidence from a survey of knowledge and practice among UK medical students. Journal of Homosexuality, 64(3), 367–381. https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1190218.

1049. Paré, F. (2020). Outlawing trans reparative therapy. EScholarship@McGill. https://escholarship.mcgill.ca/concern/theses/wh246x33v

1050. Paredes, A. Z., Hyer, J. M., Diaz, A., Tsilimigras, D. I., & Pawlik, T. M. (2020). The impact of mental illness on postoperative outcomes among Medicare beneficiaries: A missed opportunity to help surgical patients? Annals of Surgery, 272(3), 419–425. https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004118.

1051. Pariseau, E. M., Chevalier, L., Long, K. A., Clapham, R., Edwards-Leeper, L., & Tishelman, A. C. (2019). The relationship between family acceptance-rejection and transgender youth psychosocial functioning. Clinical Practice in Pediatric Psychology, 7(3), 267. https://doi.org/10.1037/cpp0000291.

1052. Park, C., Brown, S., & Courey, M. (2021). Trans woman voice questionnaire scores highlight specific benefits of adjunctive glottoplasty with voice therapy in treating voice feminization. Journal of Voice. https://doi.org/10.1016/jvoice.2021.07.017.

1053. Parkes, G., & Hall, I. (2006). Gender dysphoria and cross-dressing in people with intellectual disability: A literature review. Mental Retardation, 44(4), 260–271. https://doi.org/10.1352/0047-6765(2006)44[260:GDACIP]2.0.CO;2.

1054. Parker, E., & Davis-McCabe, C. (2021). The sibling experience: Growing up with a trans sibling. Australian

1055. Journal of Psychology, 73(2), 188–199.

1056. Pasricha, N., Dacakis, G., & Oates, J. (2008). Communicative satisfaction of male-to-female transsexuals. Logopedics, Phoniatrics, Vocology, 33(1), 25–34. https://doi.org/10.1080/14015430701514500.

1057. Pasterski, V., Mastroyannopoulou, K., Wright, D., Zucker, K. J., & Hughes, I. A. (2014). Predictors of posttraumatic stress in parents of children diagnosed with a disorder of sex development. Archives of Sexual Behavior, 43(4), 369–375. https://doi.org/10.1007/s10508-013-0196-8.

1058. Pasterski, V., Prentice, P., & Hughes, I. A. (2010). Consequences of the Chicago consensus on disorders of sex development (DSD): Current practices in Europe. Archives of Disease in Childhood, 95(8):618. https://doi.org/10.1136/adc.2009.163840.

1059. Pasterski, V., Zucker, K. J., Hindmarsh, P. C., Hughes, I. A., Acerini, C., Spencer, D., Neufeld, S., & Hines, M.

(2015). Increased cross-gender identification independent of gender role behavior in girls with congenital adrenal hyperplasia: Results from a standardized assessment of 4- to 11-year-old children. Archives of Sexual Behavior, 44(5), 1363–1375. https://doi.org/10.1007/s10508-014-0385-0.

1060. Payer, A. F., Meyer, W. J., 3rd, & Walker, P. A. (1979). The ultrastructural response of human Leydig cells to exogenous estrogens. Andrologia, 11(6), 423–436. https://doi.org/10.1111/j.1439-0272.1979.tb02232.x.

1061. Pediatric Endocrine Society (PES). (2020). Position statement on genital surgery in individuals with differences of sex development (DSD)/intersex traits. https://pedsendo.org/clinical-resource/position-statement-on-genital-surgery-in-individuals-with-differences-of-sex-development-dsd-intersex-traits/.

1062. Peitzmeier, S., Gardner, I., Weinand, J., Corbet, A., & Acevedo, K. (2016). Health impact of chest binding among transgender adults: A community-engaged, cross-sectional study. Culture, Health & Sexuality, 19(1), 64–75. https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1191675.

1063. Peitzmeier, S. M., Reisner, S. L., Harigopal, P., & Potter, J. (2014). Female-to-male patients have high prevalence of unsatisfactory Paps compared to non-transgender females: Implications for cervical cancer screening. Journal of General Internal Medicine, 29(5), 778–784. https://doi.org/10.1007/s11606-013-2753-1.

1064. Peletz, M. (2009). Gender pluralism: southeast Asia since early modern times. Routledge.

1065. Pelusi, C., Costantino, A., Martelli, V., Lambertini, M., Bazzocchi, A., Ponti, F., & Meriggiola, M. C. (2014). Effects of three different testosterone formulations in female-to-male transsexual persons. The Journal of Sexual Medicine, 11(12), 3002–3011. https://doi.org/10.1111/jsm.12698.

1066. Peng, K., Zhu, X., Gillespie, A., Wang, Y., Gao, Y., Xin, Y., Qi, J., Ou, J., Zhong, S., Zhao, L., Liu, J., Wang, C., & Chen, R. (2019). Self-reported rates of abuse, neglect, and bullying experienced by transgender and gender-nonbinary adolescents in China. JAMA Network Open, 2(9), e1911058. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.11058.

1067. Perez-Brumer, A., Hatzenbuehler, M. L., Oldenburg, C. E., & Bockting, W. (2015). Individual-and structural-level risk factors for suicide attempts among transgender adults. Behavioral Medicine, 41(3), 164–171. https://doi.org/10.1080/08964289.2015.1028322.

1068. Perrone, A. M., Cerpolini, S., Maria Salfi, N. C., Ceccarelli, C., De Giorgi, L. B., Formelli, G., & Meriggiola, M. C. (2009). Effect of long-term testosterone administration on the endometrium of female-to-male (FtM) transsexuals. The Journal of Sexual Medicine, 6(11), 3193–3200.

https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01380.x.

1069. Perry, D., & Pauletti, R. (2011). Gender and adolescent development. Journal of Research on Adolescence, 21(1), 61–74. https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00715.x.

1070. Peterson, A. L., Bender, A. M., Sullivan, B., & Karver, M. S. (2021). Ambient discrimination, victimization, and suicidality in a non-probability US sample of LGBTQ adults. Archives of Sexual Behavior, 50(3), 1003–1014. https://doi.org/10.1007/s10508-020-01888-4.

1071. Pfäfflin, F., & Junge, A. (1998). Sex reassignment: thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: a comprehensive review, 1961–1991 (Translated from German into American English by Roberta B. Jacobson and Alf B. Meier). Symposion Publishing http://web.archive.org/web/20070503090247/http:/www.symposion.com/ijt/pfaefflin/1000.htm

1072. Pflum, S. R., Testa, R. J., Balsam, K. F., Goldblum, P. B., & Bongar, B. (2015). Social support, trans community connectedness, and mental health symptoms among transgender and gender nonconforming adults. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 2(3), 281–286. https://doi.org/10.1037/sgd0000122.

1073. Philpott, A., Knerr, W., & Boydell, V. (2006). Pleasure and prevention: When good sex is safer sex. Reproductive Health Matters, 14(28), 23–31. https://doi.org/10.1016/S0968-8080(06)28254-5.

1074. Pickuth, D., Brandt, S., Neumann, K., Berghaus, A., Spielmann, R. P., & Heywang-Köbrunner, S. H. (2000). Value of spiral CT in patients with cricothyroid approximation. The British Journal of Radiology, 73(872), 840–842. https://doi.org/10.1259/bjr.73.872.11026858.

1075. Picton, H. M., Wyns, C., Anderson, R. A., Goossens, E., Jahnukainen, K., Kliesch, S., Mitchell, R. T., Pennings, G., Rives, N., Tournaye, H., van Pelt, A. M. M., & Schlatt, S. (2015). A European perspective on testicular tissue cryopreservation for fertility preservation in prepubertal and adolescent boys. Human Reproduction, 30(11), 2463–2475. https://doi.org/10.1093/humrep/dev190.

1076. Piepoli, M. F., Abreu, A., Albus, C., Ambrosetti, M., Brotons, C., Catapano, A. L. Corra. U., Cosyns, B., Deatong, C., Graham. I., Hoes, A., Lochen,. M., Matrone, B., Redon, J., Sattar, Y., & Tiberi, M. (2020). Update on cardiovascular prevention in clinical practice: A position paper of the European Association of Preventive Cardiology of the European Society of Cardiology. European Journal of Preventive Cardiology, 27(2), 181–205. https://doi.org/10.1177/2047487319893035.

1077. Pitasi, M. A., Kerani, R. P., Kohn, R., Murphy, R. D., Pathela, P., Schumacher, C. M., Tabidze, I., & Llata, E. (2019). Chlamydia, Gonorrhea, and Human Immunodeficiency Virus infection among transgender women and

transgender men attending clinics that provide sexually transmitted disease services in six US cities. Sexually Transmitted Diseases, 46(2), 112–117. https://doi.org/10.1097/olq.0000000000000917.

1078. Pluvy, I., Garrido, I., Pauchot, J., Saboye, J., Chavoin, J. P., Tropet, Y., Grolleau, J. L., & Chaput, B. (2015). Smoking and plastic surgery, part I. Pathophysiological aspects: Update and proposed recommendations. Annales de Chirurgie Plastique Esthétique, 60(1), e3–e13. https://doi.org/10.1016/j.anplas.2014.06.011.

1079. Pluvy, I., Panouillères, M., Garrido, I., Pauchot, J., Saboye, J., Chavoin, J. P., Tropet, Y., Grolleau, J. L., & Chaput, B. (2015). Smoking and plastic surgery, part II. Clinical implications: A systematic review with meta-analysis. Annales de Chirurgie Plastique Esthétique, 60(1), e15–e49. https://doi.org/10.1016/j.anplas.2014.09.011.

1080. Pope, K. S., & Vasquez, M. J. T. (2016). Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide. Wiley.

1081. Poquiz, J. L., Coyne, C. A., Garofalo, R., & Chen, D. (2021). Comparison of gender minority stress and resilience mong transmasculine, transfeminine, and nonbinary adolescents and young adults. Journal of Adolescent Health, 68(3), 615–618. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.014.

1082. Porter, K. E., Brennan-Ing, M., Chang, S. C., Dickey, L. M., Singh, A. A., Bower, K. L., & Witten, T. M. (2016). Providing competent and affirming services for transgender and gender nonconforming older adults. Clinical Gerontologist, 39(5), 366–388. https://doi.org/10.1080/07317115.2016.1203383.

1083. Poteat, T. C., Divsalar, S., Streed, C. G., Feldman, J. L., Bockting, W. O., & Meyer, I. H. (2021). Cardiovascular disease in a population-based sample of transgender and cisgender adults. American Journal of Preventive Medicine, 61(6), 804–811. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.05.019.

1084. Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. Social Science & Medicine, 84, 22–29, https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.019.

1085. Poteat, T., Scheim, A., Xavier, J., Reisner, S., & Baral, S. (2016). Global epidemiology of HIV infection and related syndemics affecting transgender people. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 72, S210–S219. https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001087.

1086. Poteat, T., Wirtz, A. L., Radix, A., Borquez, A., Silva-Santisteban, A., Deutsch, M. B., & Operario, D. (2015). HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. The Lancet, 385(9964), 274–286. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60833-3.

1087. Potter, J., Peitzmeier, S. M., Bernstein, I., Reisner, S. L., Alizaga, N. M., Agénor, M., & Pardee, D. J. (2015). Cervical cancer screening for patients on the female-tomale spectrum: A narrative review and guide for clinicians. Journal of General Internal Medicine, 30(12), 1857–1864. https://doi.org/10.1007/s11606-015-3462-8.

1088. Poudrier, G., Nolan, I. T., Cook, T. E., Saia, W., Motosko, C. C., Stranix, J. T., Thomson, J. E., Gothard, M. D., & Hazen, A. (2019). Assessing quality of life and patient-reported satisfaction with masculinizing top surgery: A mixed-methods descriptive survey study. Plastic and Reconstructive Surgery, 143(1), 272–279. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000005113.

1089. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2019). Fertility preservation in patients undergoing gonadotoxic therapy or gonadectomy: A committee opinion. Fertility and Sterility, 112(6), 1022–1033. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.08.012.

1090. Pradhan, S., & Gomez-Lobo, V. (2019). Hormonal contraceptives, intrauterine devices, gonadotropin-releasing hormone analogues and testosterone: Menstrual suppression in special adolescent populations. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 32(5S), S23–S29. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2019.04.007.

1091. Pratt-Chapman, M. L. (2020). Implementation of sexual and gender minority health curricula in health care professional schools: A qualitative study. BMC Medical Education, 20, 1–14. https://doi.org/10.1186/s12909-020-02045-0.

1092. Précoma, D. B., Oliveira, G., Simão, A. F., Dutra, O. P., Coelho, O. R., Izar, M., Póvoa, R., Giuliano, I., Alencar Filho, A. C., Machado, C. A., Scherr, C., Fonseca, F., Santos Filho, R., Carvalho, T., Avezum, Á., Jr., Esporcatte, R., Nascimento, B. R., Brasil, D. P., Soares, G. P., Villela, P. B., … Mourilhe-Rocha, R. (2019). Updated cardiovascular prevention guideline of the Brazilian Society of Cardiology—2019. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 113(4), 787–891. https://doi.org/10.5935/abc.20190204.

1093. Prince, J. C. J., & Safer, J. D. (2020). Endocrine treatment of transgender individuals: Current guidelines and strategies. Expert Review of Endocrinology & Metabolism, 15(6), 395–403. https://doi.org/10.1080/17446651.2020.1825075.

1094. Prison systems in the United States. Journal of Correctional Health Care : The Official Journal of the National Commission on Correctional Health Care, 15(4), 280–291. https://doi.org/10.1177/1078345809340423-hi.

1095. Przeworski, A., Peterson, E., & Piedra, A. (2021). A systematic review of the efficacy, harmful effects, and ethical issues related to sexual orientation change efforts. Clinical Psychology: Science and

Practice, 28(1), 81–100. https://doi.org/10.1111/cpsp.12377.

1096. Puckett, J. A., Cleary, P., Rossman, K., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2018). Barriers to gender-affirming care for transgender and gender nonconforming individuals. Sexuality Research and Social Policy, 15(1), 48–59. https://doi.org/10.1007/s13178-017-0295-8.

1097. Puckett, J. A., Matsuno, E., Dyar, C., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2019). Mental health and resilience in transgender individuals: What type of support makes a difference? Journal of Family Psychology, 33(8), 954. https://doi.org/10.1037/fam0000561.

1098. Pullen Sansfaçon, A., Kirichenko, V., Holmes, C., Feder, S., Lawson, M. L., Ghosh, S., Ducharme, J., Temple Newhook, J., Suerich-Gulick, F. (2019). Parents/guardians' journeys to acceptance and support of gender-diverse and trans children and youth. Journal of Family Issues, 41(8), 1214–1236. https://doi.org/10.1177/0192513X19888779.

1099. Pullen Sansfaçon, A., Robichaud, M.-J., & Dumais-Michaud,

1100. A.-A. (2015). The experience of parents who support their children's gender variance. Journal of LGBT

1101. Youth, 12, 39–63. https://doi.org/10.1080/19361653.2014.

1102. 935555.

1103. Quain, K. M., Kyweluk, M. A., Sajwani, A., Gruschow, S., Finlayson, C., Gordon, E. J., Johnson, E. K., Persky, R., Dowshen, N., & Chen, D. (2021). Timing and delivery of fertility preservation information to transgender adolescents, young adults, and their parents. The Journal of Adolescent Health, 68(3), 619–622. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.044.

1104. Quinn, G. P., Tishelman, A. C., Chen, D., & Nahata, L. (2021). Reproductive health risks and clinician practices with gender diverse adolescents and young adults. Andrology, 9(6), 1689–1697. https://doi.org/10.1111/andr.13026.

1105. Quinn, V. P., Nash, R., Hunkeler, E., Contreras, R., Cromwell, L., Becerra-Culqui, T. A., Getahun, D., Giammattei, S., Lash, T. L., Millman, A., Robinson, B., Roblin, D., Silverberg, M. J., Slovis, J., Tangpricha, V., Tolsma, D., Valentine, C., Wads, K., Winter, S., & Goodman, M. (2017). Cohort profile: Study of Transition, Outcomes and Gender (STRONG) to assess health status of transgender people. BMJ Open, 7(12), e018121. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018121.

1106. Radix, A. E., Harris, A. B., & Goldstein, Z. G. (2020). How can we improve uptake of oral HIV pre-exposure prophylaxis for transgender individuals? Expert Review of Anti-infective Therapy, 18(9), 835–838. https://doi.org/10.1080/14787210.2020.1759418.

1107. Radix, A., & Eisfeld, J. (2014). Informierte zustimmung in der trans*-gesundheitsversorgung. Zeitschrift für Sexualforschung, 27(01), 31–43. https://doi.org/10.1055/s-0034-1366129.

1108. Rae, J. R., Gülgöz, S., Durwood, L., DeMeules, M., Lowe, R., Lindquist, G., & Olson, K. R. (2019). Predicting early-childhood gender transitions. Psychological Science, 30(5), 669–681. https://doi.org/10.1177/0956797619830649.

1109. Rael, C. T., Martinez, M., Giguere, R., Bockting, W., MacCrate, C., Mellman, W., Valente, P., Greene, G. J., Sherman, S. G., Footer, K. H. A., D'Aquila, R. T., Carballo-Diéguez, A., & Hope, T. J. (2019). Transgender women's concerns and preferences on potential future long-acting biomedical HIV prevention strategies: The case of injections and implanted medication delivery devices (IMDDs). AIDS and Behavior, 24(5), 1452–1462.

1110. https://doi.org/10.1007/s10461-019-02703-5.

1111. Raffaini, M., Magri, A. S., & Agostini, T. (2016). Full facial feminization surgery: Patient satisfaction assessment based on 180 procedures involving 33 consecutive patients. Plastic and Reconstructive Surgery, 137(2), 438–448.
https://doi.org/10.1097/01.prs.0000475754.71333.f6.

1112. Rafferty, J., & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2018). Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents. Pediatrics, 142(4), e20182162. https://doi.org/10.1542/peds.2018-2162.

1113. Raigosa, M., Avvedimento, S., Yoon, T. S., Cruz-Gimeno, J., Rodriguez, G., & Fontdevila, J. (2015). Male-to-female genital reassignment surgery: A retrospective review of surgical technique and complications in 60 patients. The Journal of Sexual Medicine, 12(8), 1837–1845.
https://doi.org/10.1111/jsm.12936.

1114. Rapp, M., Duranteau, L., van de Grift, T. C., Schober, J., Hirschberg, A. L., Krege, S., & DSD- Life group. (2021). Self- and proxy-reported outcomes after surgery in people with disorders/differences of sex development (DSD) in Europe (dsd-LIFE). Journal of Pediatric Urology, 17(3), 353–365. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2020.12.007.

1115. Rashid, A., Afiqah, S. N., & Iguchi, Y. (2022). Use of hormones among trans women in the west coast of peninsular Malaysia: A mixed methods study. Transgender Health, 7(3), 242–249. https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0119.

1116. RCGP. (2019). The role of the GP in caring for gender-questioning and transgender patients: RCGP Position Statement.
https://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/Policy/A-Z-policy/2019/RCGP-position-statementproviding-care-for-gender-transgender-patients-june-2019.ashx?la=en

1117. Rebbeck, T. R., Friebel, T., Wagner, T., Lynch, H. T., Garber, J. E., Daly, M. B., Isaacs, C., Olopade, O. I., Neuhausen, S. L., van ′t Veer, L., Eeles, R., Evans, D. G., Tomlinson, G., Matloff, E., Narod, S. A., Eisen, A., Domchek, S., Armstrong, K., & Weber, B. L. (2005). Effect of short-term hormone replacement

therapy on breast cancer risk reduction after bilateral prophylactic oophorectomy in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: The PROSE study group. Journal of Clinical Oncology, 23(31), 7804–7810. https://doi.org/10.1200/JCO.2004.00.8151.

1118. Reed, G. M., Drescher, J., Krueger, R. B., Atalla, E., Cochran, S. D., First, M. B., Cohen-Kettenis, P. T., Arango-de Montis, I., Parish, S. J., Cottler, S., Briken, P., & Saxena, S. (2016). Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: Revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. World Psychiatry, 15(3), 205–221. https://doi.org/10.1002/wps.20354.

1119. Rees, S. N., Crowe, M., & Harris, S. (2021). The lesbian, gay, bisexual and transgender communities' mental health care needs and experiences of mental health services: An integrative review of qualitative studies. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 28(4), 578–589. https://doi.org/10.1111/jpm.12720.

1120. Regmi, P. R., van Teijlingen, E., & Neupane, S. R. (2021). Silicone use among Nepali transgender women: The hazards of beauty. Journal of Health Research, 35(2) 160–171. https://doi.org/10.1108/JHR-08-2019-0192.

1121. Reisman, T., Dacarett-Galeano, D., & Goldstein, Z. (2019). Transgender care and medical education. In L. Poretsky & W. C. Hembree (Eds.), Transgender Medicine (pp. 283–292). Humana Press, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-05683-4_14.

1122. Reisman, T., & Goldstein, Z. (2018). Case report: Induced lactation in a transgender woman. Transgender Health, 3(1), 24–26. https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0044.

1123. Reisner, S. L., & Murchison, G. R. (2016). A global research synthesis of HIV and STI biobehavioural risks in female-tomale transgender adults. Global Public Health, 11(7-8), 866–887. https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1134613.

1124. Reisner, S. L., Bradford, J., Hopwood, R., Gonzalez, A., Makadon, H., Todisco, D., Cavanaugh, T., VanDerwarker, R., Grasso, C., Zaslow, S., Boswell, S. L., & Mayer, K. (2015). Comprehensive transgender healthcare: The gender affirming clinical and public health model of Fenway Health. Journal of Urban Health, 92(3), 584–592. https://doi.org/10.1007/s11524-015-9947-2.

1125. Reisner, S. L., Deutsch, M. B., Peitzmeier, S. M., White Hughto, J. M., Cavanaugh, T. P., Pardee, D. J., McLean, S. A., Panther, L. A., Gelman, M., Mirmiaga, M. J., & Potter, J. E. (2018). Test performance and acceptability of self- versus provider-collected swabs for high-risk HPV DNA testing in female-to-male trans masculine patients. PLoS One, 13(3), e0190172. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190172.

1126. Reisner, S. L., Greytak, E. A., Parsons, J. T., & Ybarra, M. L. (2015).

Gender minority social stress in adolescence: Disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity. Journal of Sex Research, 52(3), 243–256. https://doi.org/10.1080/00224499.2014.886321.

1127. Reisner, S. L., Moore, C. S., Asquith, A., Pardee, D. J., Sarvet, A., Mayer, G., & Mayer, K. H. (2019). High risk and low uptake of pre-exposure prophylaxis to prevent HIV acquisition in a national online sample of transgender men who have sex with men in the United States. Journal of the International AIDS Society, 22(9), e25391. https://doi.org/10.1002/jia2.25391.

1128. Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E., & Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: A review. Lancet 388(10042), 412–436. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X.

1129. Reisner, S. L., Radix, A., & Deutsch, M. B. (2016). Integrated and gender-affirming transgender clinical care and research. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 7 2 , S235–S242. https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001088.

1130. Reisner, S. L., Vetters, R., Leclerc, M., Zaslow, S., Wolfrum, S., Shumer, D., & Mimiaga, M. J. (2015). Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: A matched retrospective cohort study. The Journal of Adolescent Health, 56(3), 274–279. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.264.

1131. Reisner, S. L., Silva-Santisteban, A., Salazar, X., Vilela, J., D'Amico, L., & Perez-Brumer, A. (2021). "Existimos": Health and social needs of transgender men in Lima, Peru. PLoS One, 16(8), e0254494. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254494.

1132. Remacle, M., Matar, N., Morsomme, D., Veduyckt, I., & Lawson, G. (2011). Glottoplasty for male-to-female transsexualism: Voice results. Journal of Voice, 25(1), 120–123. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2009.07.004.

1133. Remington, A. C., Morrison, S. D., Massie, J. P., Crowe, C. S., Shakir, A., Wilson, S. C., Vyas, K. S., Lee, G. K., & Friedrich, J. B. (2018). Outcomes after phalloplasty. Plastic and Reconstructive Surgery, 141(2), 220e–229e. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004061.

1134. Rew, L., Young, C. C., Monge, M., & Bogucka, R. (2021). Puberty blockers for transgender and gender diverse youth—A critical review of the literature. Child and Adolescent Mental Health, 26(1), 3–14. https://doi.org/10.1111/camh.12437.

1135. Rich, A., Scheim, A., Koehoorn, M., & Poteat, T. (2020). Non-HIV chronic disease burden among transgender populations globally: A systematic review and narrative synthesis. Preventive Medicine Reports, 20, 101259. https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101259.

1136. Richards, C. (2021). Trans and sexuality: An existentially-informed inquiry with implications for counselling psychology. Routledge.

1137. Richards, C., & Barrett, J. (2020). Trans and non-binary gender healthcare for psychiatrists, psychologists, and other mental health professionals. Royal College of Psychiatrists/Cambridge University Press.

1138. Richards, C., Barker, M. J., Lenihan, P., & Iantaffi, A. (2014). Who watches the watchmen? A critical perspective on the theorization of trans people and clinicians. Feminism & Psychology , 4 , 248–258. https://doi.org/10.1177/0959535145262220.

1139. Richards, C., Bouman, W. P., & Barker, M.-J. (2017). Genderqueer and non-binary genders. Palgrave MacMillan. https://doi.org/10.1057/978-1-137-51053-2.

1140. Richards, C., Bouman, W. P., Seal, L., Barker, M. J., Nieder, T. O., & T'Sjoen, G. (2016). Non-binary or genderqueer genders. International Review of Psychiatry, 28(1), 95–102. https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1106446.

1141. Richards, E. G., Farrell, R. M., Ricci, S., Perni, U., Quintini, C., Tzakis, A., & Falcone, T. (2021). Uterus transplantation: State of the art in 2021. Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 38(9), 2251–2259. https://doi.org/10.1007/s10815-021-02245-7.

1142. Richards, R. N., & Meharg, G. E. (1995). Electrolysis: Observations from 13 years and 140,000hours of experience. Journal of the American Academy of Dermatology, 33(4), 662–666. https://doi.org/10.1016/0190-9622(95)91290-8.

1143. Rider, G. N., McMorris, B. J., Gower, A. L., Coleman, E., Brown, C., & Eisenberg, M. E. (2019). Perspectives from nurses and physicians on training needs and comfort working with transgender and gender-diverse youth. Journal of Pediatric Health Care, 33(4), 379–385. https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.11.003.

1144. Rider, G. N., Vencill, J. A., Berg, D. R., Becker-Warner, R., Candelario-Pérez, L., & Spencer, K. G. (2019). The gender affirmative lifespan approach (GALA): A framework for competent clinical care with nonbinary clients. International Journal of Transgenderism, 20(2-3), 275–288. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1485069.

1145. Riggs, D. W., & Treharne, G. J. (2016). Decompensation: A novel approach to accounting for stress arising from the effects of ideology and social norms. Journal of Homosexuality, 64(5), 592–605. https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1194116.

1146. Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2016). Australian mental health nurses and transgender clients: Attitudes and knowledge. Journal of Research in Nursing, 21(3), 212–222. https://doi.org/10.1177/1744987115624483.

1147. Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2018a). Fertility preservation decision making amongst Australian transgender and non-binary adults. Reproductive Health, 15(1), 181. https://doi.org/10.1186/s12978-018-0627-z.

1148. Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2018b). Gaslighting in the context of clinical interactions with parents of transgender children. Sexual and Relationship Therapy, 33(4), 382–394. https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1444274.

1149. Riggs, D. W., Bartholomaeus, C., & Sansfaçon, A. P. (2019). "If they didn't support me, I most likely wouldn't be here": Transgender young people and their parents negotiating medical treatment in Australia. International Journal of Transgender Health, 21(1), 3–15. https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1692751.

1150. Ristori, J., & Steensma, T. D. (2016). Gender dysphoria in childhood. International Review of Psychiatry, 28(1), 13–20. https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115754.

1151. Ristori, J., Fisher, A. D., Castellini, G., Sensi, C., Cipriani, A., Ricca, V., & Maggi, M. (2019). Gender dysphoria and anorexia nervosa symptoms in two adolescents. Archives of Sexual Behavior, 48(5), 1625–1631. https://doi.org/10.1007/s10508-019-1396-7.

1152. Ristori, J., Rossi, E., Cocchetti, C., Mazzoli, F., Castellini, G., Vignozzi, L., Ricca, V., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2021). Sexual habits among Italian transgender adolescents: A cross-sectional study. International Journal of Impotence Research, 33(7), 687–693. https://doi.org/10.1038/s41443-021-00427-6.

1153. Roberts, A. L., Rosario, M., Corliss, H. L., Koenen, K. C., & Austin, S. B. (2012). Childhood gender nonconformity: A risk indicator for childhood abuse and posttraumatic stress in youth. Pediatrics, 129(3), 410–417. https://doi.org/10.1542/peds.2011-1804.

1154. Roberts, A. L., Rosario, M., Slopen, N., Calzo, J. P., & Austin, S. B. (2014). Childhood gender nonconformity, bullying victimization, and depressive symptoms across adolescence and early adulthood: An 11-year longitudinal study. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 52(2), 143–152. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.11.006.

1155. Roberts, C. M., Sharkey, C. M., Bakula, D. M., Perez, M. N., Delozier, A. J., Austin, P. F., Baskin, L. S., Chan, Y.-M., Cheng, E. Y., Diamond, D. A., Fried, A. J., Kropp, B., Lakshmanan, Y., Meyer, S. Z., Meyer, T., Nokoff, N. J., Palmer, B. W., Paradis, A., Reyes, K. J. S., & Tishelman, A. (2020). Illness uncertainty longitudinally predicts distress among caregivers of children born with DSD. Journal of Pediatric Psychology, 45(9), 1053–1062. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa069.

1156. Roberts, L. F., Brett, M. A., Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2008). A passion for castration: Characterizing men who are fascinated with castration, but have not been castrated. The Journal of

Sexual Medicine, 5(7), 1669–1680. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00636.x.

1157. Roberts, S. A., & Kaiser, U. B. (2020). Genetics in endocrinology: Genetic etiologies of central precocious puberty and the role of imprinted genes. European Journal of Endocrinology, 183(4), R107–R117. https://doi.org/10.1530/EJE-20-0103.

1158. Robles, R., Fresán, A., Vega-Ramírez, H., Cruz-Islas, J., Rodríguez-Pérez, V., Domínguez-Martínez, T., & Reed, G. M. (2016). Removing transgender identity from the classification of mental disorders: A Mexican field study for ICD-11. The Lancet Psychiatry, 3(9), 850–859. https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30165-1.

1159. Rochlin, D. H., Brazio, P., Wapnir, I., & Nguyen, D. (2020). Immediate targeted nipple-areolar complex reinnervation: Improving outcomes in gender-affirming mastectomy. Plastic and Reconstructive Surgery—Global Open, 8(3), e2719. https://doi.org/10.1097/gox.0000000000002719.

1160. Rodriguez-Wallberg, K. A., Häljestig, J., Arver, S., Johansson, A. L. V., & Lundberg, F. E. (2021). Sperm quality in transgender women before or after gender affirming hormone therapy—A prospective cohort study. Andrology, 9(6), 1773–1780. https://doi.org/10.1111/andr.12999.

1161. Rodriguez-Wallberg, K. A., Marklund, A., Lundberg, F., Wikander, I., Milenkovic, M., Anastacio, A., Seryounitis, F., Wanggren, K., Ekengren, T. L., Lind, T., & Borgström, B. (2019). A prospective study of women and girls undergoing fertility preservation due to oncologic and non-oncologic indications in Sweden–Trends in patients' choices and benefit of the chosen methods after long-term follow up. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 98(5), 604–615. https://doi.org/10.1111/aogs.13559.

1162. Rodriguez-Wallberg, K. A., Milenkovic, M., Papaikonomou, K., Keros, V., Gustafsson, B., Sergouniotis, F., Wikander, I., Perot, R., Borgström, B., Ljungman, P., & Barbany, G. (2021). Successful pregnancies after transplantation of ovarian tissue retrieved and cryopreserved at time of childhood acute lymphoblastic leukemia—A case report. Haematologica, 106(10), 2783–2787. https://doi.org/10.3324/haematol.2021.278828.

1163. Roen, K. (2019). Intersex or diverse sex development: Critical review of psychosocial health care research and indications for practice. Journal of Sex Research, 56(4–5), 511–528. https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1578331.

1164. Rolston, A. M., Gardner, M., Vilain, E., & Sandberg, D. E. (2015). Parental reports of stigma associated with child's disorder of sex development. International Journal of Endocrinology , 2015, 980121. https://doi.org/10.1155/2015/980121.

1165. Rondahl, G. (2009). Students' inadequate knowledge about lesbian, gay, bisexual and transgender persons.

International Journal of Nursing Education Scholarship, 6(1), 11. https://doi.org/10.2202/1548-923X.1718.

1166. Rood, B. A., Puckett, J. A., Pantalone, D. W., & Bradford, J. B. (2015). Predictors of suicidal ideation in a statewide sample of transgender individuals. LGBT Health, 2(3), 270–275. https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0048.

1167. Rood, B. A., Reisner, S. L., Puckett, J. A., Surace, F. I., Berman, A. K., & Pantalone, D. W. (2017). Internalized transphobia: Exploring perceptions of social messages in transgender and gender-nonconforming adults. International Journal of Transgenderism, 18(4), 411–426. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1329048.

1168. Rosen, H. N., Hamnvik, O. R., Jaisamrarn, U., Malabanan, A. O., Safer, J. D., Tangpricha, V., Wattanachanya, L., & Yeap, S. S. (2019). Bone densitometry in transgender and gender non-conforming (TGNC) individuals: 2019 ISCD official position. Journal of Clinical Densitometry, 22(4), 544–553. https://doi.org/10.1016/j.jocd.2019.07.004.

1169. Rosenthal, S. M. (2014). Approach to the patient: Transgender youth: endocrine considerations. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 99(12), 4379–4389. https://doi.org/10.1210/jc.2014-1919.

1170. Rosenthal, S. M. (2016). Transgender youth: Current concepts. Annals of Pediatric Endocrinology & Metabolism, 21(4), 185–192. https://doi.org/10.6065/apem.2016.21.4.185.

1171. Rosenthal, S. M. (2021). Challenges in the care of transgender youth: An endocrinologist's view. Nature Reviews Endocrinology, 17(10), 581–591 https://doi.org/10.1038/s41574-021-00535-9.

1172. Rosenwohl-Mack, A., Tamar-Mattis, S., Baratz, A. B., Dalke, K. B., Ittelson, A., Zieselman, K., & Flatt, J. D. (2020). A national study on the physical and mental health of intersex adults in the U.S. PLoS One, 15(10), e0240088. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240088.

1173. Ross, A. (2017). Gender confirmation surgeries rise 20% in first ever report. American Society of Plastic Surgeons, Press Releases.

1174. Rothblum, E. D., Krueger, E. A., Kittle, K. R., & Meyer, I. H. (2020). Asexual and non-asexual respondents from a U.S. population-based study of sexual minorities. Archives of Sexual Behavior, 49(2), 757–767. https://doi.org/10.1007/s10508-019-01485-0.

1175. Rothenberg, S. S., Witchel, S. F., & Menke, M. N. (2019). Oocyte cryopreservation in a transgender male adolescent. New England Journal of Medicine, 380(9), 886–887. https://doi.org/10.1056/NEJMc1813275.

1176. Routh, D., Abess, G., Makin, D., Stohr, M. K., Hemmens, C., & Yoo, J. (2015). Transgender inmates in prisons. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 61(6), 645–666.

https://doi.org/10.1177/0306624x15603745.

1177. Rowniak, S., Bolt, L., & Sharifi, C. (2019). Effect of cross-sex hormones on the quality of life, depression and anxiety of transgender individuals: A quantitative systematic review. JBI Evidence Synthesis, 17(9), 1826–1854. https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003869.

1178. Royal College of General Practitioners. (2019). The role of the GP in caring for gender-questioning and transgender patients: RCGP position statement. https://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/transgender-care.aspx

1179. Russell, A. M., Galvin, K. M., Harper, M. M., & Clayman, M. L. (2016). A comparison of heterosexual and LGBTQ cancer survivors' outlooks on relationships, family building, possible infertility, and patient-doctor fertility risk communication. Journal of Cancer Survivorship, 10(5), 935–942. https://doi.org/10.1007/s11764-016-0524-9.

1180. Russell, M. R., & Abrams, M. (2019). Transgender and nonbinary adolescents: The role of voice and communication therapy. Perspectives of the ASHA Special Interest Groups, 4(6), 1298–1305. https://doi.org/10.1044/2019_PERSP-19-00034.

1181. Russell, S. T., Pollitt, A. M., Li, G., & Grossman, A. H. (2018). Chosen name use is linked to reduced depressive symptoms, suicidal ideation, and suicidal behavior among transgender youth. Journal of Adolescent Health, 6 3 (4), 503–505. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.02.003.

1182. Ryan, C. (2009). Supportive families, healthy children: Helping families with lesbian, gay, bisexual & transgender (LGBT) children. http://familyproject.sfsu.edu

1183. Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. Pediatrics, 123(1), 346–352. https://doi.org/10.1542/peds.2007-3524.

1184. Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 23(4), 205–213. https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00246.x.

1185. Ryan, C., Toomey, R. B., Diaz, R. M., & Russell, S. T. (2020). Parent-initiated sexual orientation change efforts with LGBT adolescents: Implications for young adult mental health and adjustment. Journal of Homosexuality, 67(2), 159–173. https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1538407.

1186. Saeed, A., Mughal, U., & Farooq, S. (2017). It's complicated: Sociocultural factors and the disclosure decision of transgender individuals in Pakistan. Journal of Homosexuality, 65(8), 1051–1070. https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1368766.

1187. Safer, J. D. (2021). Research gaps in medical treatment of transgender/nonbinary people. The Journal of Clinical Investigation, 131(4), e142029. https://doi.org/10.1172/JCI142029.

1188. Safer, J. D., & Tangpricha, V. (2019). Care of the transgender patient. Annals of Internal Medicine, 171(1), ITC1–ITC16. https://doi.org/10.7326/aitc201907020.

1189. Safer, J. D., Coleman, E., Feldman, J., Garofalo, R., Hembree, W., Radix, A., & Sevelius, J. (2016). Barriers to healthcare for transgender individuals. Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity, 23(2), 168–171. https://doi.org/10.1097/med.0000000000000227.

1190. Salgado, C. J., Nugent, A., Kuhn, J., Janette, M., & Bahna, H. (2018). Primary sigmoid vaginoplasty in transwomen: Technique and outcomes. Biomed Research International, 2018, 4907208. https://doi.org/10.1155/2018/4907208.

1191. Salibian, A. A., Axelrod, D. M., Smith, J. A., Fischer, B. A., Agarwal, C., & Bluebond-Langner, R. (2021). Oncologic considerations for safe gender-affirming mastectomy: Preoperative imaging, pathologic evaluation, counseling, and long-term screening. Plastic and Reconstructing Surgery, 147(2), 213e–221e. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000007589.

1192. Salway, T., Ferlatte, O., Gesink, D., & Lachowsky, N. J. (2020). Prevalence of exposure to sexual orientation change efforts and associated sociodemographic characteristics and psychosocial health outcomes among Canadian sexual minority men. The Canadian Journal of Psychiatry, 65(7), 502–509. https://doi.org/10.1177/0706743720902629.

1193. Sandberg, D. E., & Gardner, M. (2022). Differences/disorders of sex development: Medical conditions at the intersection of sex and gender. Annual Review of Clinical Psychology, 18, 201–231. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-101412.

1194. Sandberg, D. E., & Mazur, T. (2014). A noncategorical approach to the psychosocial care of persons with DSD and their families. In B. P. C. Kreukels, T. D. Steensma, & A. L. C. de Vries (Eds.), Gender dysphoria and disorders of sex development: Progress in care and knowledge (pp. 93–114). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7441-8_5.

1195. Sandberg, D. E., Gardner, M., Kopec, K., Urbanski, M., Callens, N., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Timmermans, S., & Siminoff, L. A. (2019). Development of a decision support tool in pediatric differences/disorders of sex development. Seminars in Pediatric Surgery, 28(5), 150838. https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2019.150838.

1196. Sanders, R. A. (2013). Adolescent psychosocial, social, and cognitive development. Pediatrics in Review, 34(8), 354–359. https://doi.org/10.1542/pir.34-8-354.

1197. Santucci, R. A. (2018). Urethral complications after transgender phalloplasty: Strategies to treat them and minimize their occurrence. Journal of Clinical Anatomy, 31(2), 187–190. https://doi.org/10.1002/ca.23021.

1198. Sawyer, J., Perry, J. L., & Dobbins-Scaramelli, A. (2014). A survey of the awareness of speech services among transgender and transsexual individuals and speech-language pathologists. International Journal of Transgenderism, 15(3–4), 146–163. https://doi.org/10.1080/15532739.2014.995260.

1199. Sawyer, W. (2020). Visualizing the racial disparities in mass incarceration. Prison Policy Initiative.

1200. Scandurra, C., Amodeo, A. L., Valerio, P., Bochicchio, V., & Frost, D. M. (2017). Minority stress, resilience, and mental health: A study of Italian transgender people. Journal of Social Issues, 73(3), 563–585. https://doi.org/10.1111/josi.12232.

1201. Scandurra, C., Mezza, F., Maldonato, N. M., Bottone, M., Bochicchio, V., Valerio, P., & Vitelli, R. (2019). Health of non-binary and genderqueer people: A systematic review. Frontiers in Psychology, 10, 1453.

1202. Schagen, S. E. E., Wouters, F. M., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L. J., & Hannema, S. E. (2020). Bone development in transgender adolescents treated with GnRH analogues and subsequent gender-affirming hormones. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 105(12). https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa604.

1203. Schagen, S. E., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., & Hannema, S. E. (2016). Efficacy and safety of gonadotropin-releasing hormone agonist treatment to suppress puberty in gender dysphoric adolescents. The Journal of Sexual Medicine, 13 (7), 1125–1132. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.05.004.

1204. Schardein, J. N., Zhao, L. C., & Nikolavsky, D. (2019). Management of vaginoplasty and phalloplasty complications. Urology Clinics of North America, 46(4), 605–618. https://doi.org/10.1016/j.ucl.2019.07.012.

1205. Schechter, L. S., & Safa, B. (2018). Introduction to phalloplasty. Clinics in Plastic Surgery, 45(3), 387–389. https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.014.

1206. Schechter, L. S., & Schechter, R. B. (2019). Training surgeons in gender confirmation surgery. Journal of

1207. Craniofacial Surgery, 30(5), 1380–1382. https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000005477.

1208. Schechter, L. S., D'Arpa, S., Cohen, M. N., Kocjancic, E., Claes, K. E. Y., & Monstrey, S. (2017). Gender confirmation surgery: Guiding principles. The Journal of Sexual Medicine, 14(6), 852–856. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.04.001.

1209. Scheim, A. I., & Travers, R. (2017). Barriers and facilitators to HIV and sexually transmitted infections testing for gay, bisexual, and other transgender men who have sex with men. AIDS Care, 29(8), 990–995.

https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1271937.

1210. Scheim, A. I., Bauer, G. R., & Travers, R. (2017). HIV-related sexual risk among transgender men who are gay, bisexual, or have sex with men. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 74(4), e89–e96. https://doi.org/10.1097/qai.0000000000001222.

1211. Scheim, A. I., Perez-Brumer, A. G., & Bauer, G. R. (2020). Gender-concordant identity documents and mental health among transgender adults in the USA: A cross-sectional study. The Lancet Public Health, 5(4), e196–e203. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30032-3.

1212. Schneider, F., Kliesch, S., Schlatt, S., & Neuhaus, N. (2017). Andrology of male-to-female transsexuals: Influence of cross-sex hormone therapy on testicular function. Andrology, 5(5), 873–880. https://doi.org/10.1111/andr.12405.

1213. Schneider, F., Neuhaus, N., Wistuba, J., Zitzmann, M., Heß, J., Mahler, D., & Kliesch, S. (2015). Testicular functions and clinical characterization of patients with gender dysphoria (GD) undergoing sex reassignment surgery (SRS). Journal of Sexual Medicine, 12(11), 2190–2200. https://doi.org/10.1111/jsm.13022.

1214. Schubert, F. D., & Carey, J. M. (2020). Data unclear on pregnancy risk in transmasculine individuals on testosterone. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 222(4), 393–394. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.12.014.

1215. Schützmann, K., Brinkmann, L., Schacht, M., & Richter-Appelt, H. (2007). Psychological distress, self-harming behavior, and suicidal tendencies in adults with disorders of sex development. Archives of Sexual Behavior, 38(1), 16–33. https://doi.org/10.1007/s10508-007-9241-9.

1216. Schwartz, A. R., Russell, K., & Gray, B. A. (2019). Approaches to vaginal bleeding and contraceptive counseling in transgender and gender nonbinary patients. Obstetrics and Gynecology, 134(1), 81–90. https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003308.

1217. Schweizer, K., Brunner, F., Gedrose, B., Handford, C., & Richter-Appelt, H. (2016). Coping with diverse sex development: Treatment experiences and psychosocial support during childhood and adolescence and adult well-being. Journal of Pediatric Psychology, 42(5), 504–519. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw058.

1218. Scott, S. (2013). “One is not born, but becomes a woman”: A fourteenth amendment argument in support of housing male-to female transgender inmates in female facilities. University of Pennsylvania Journal of Constitutional Law, 15(4), 1259–1297. https://scholarship.law.upenn.edu/jcl/vol15/iss4/6

1219. Seal, L. (2017). Adult endocrinology. In C. Richards, W. P. Bouman, & M.-J. Barker (Eds.), Genderqueer and non-binary genders (pp. 183–223). Palgrave MacMillan.

1220. Seal, L. J., Franklin, S., Richards, C., Shishkareva, A., Sinclaire, C., &

Barrett, J. (2012). Predictive markers for mammoplasty and a comparison of side effect profiles in transwomen taking various hormonal regimens. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 97(12), 4422–4428. https://doi.org/10.1210/jc.2012-2030.

1221. Seelman, K. L. (2016). Transgender adults' access to college bathrooms and housing and the relationship to suicidality. Journal of Homosexuality, 63(10), 1378–1399. https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1157998.

1222. Seelman, K. L., Colón-Diaz, M. J., LeCroix, R. H., Xavier-Brier, M., & Kattari, L. (2017). Transgender noninclusive healthcare and delaying care because of fear: Connections to general health and mental health among transgender adults. Transgender Health, 2(1), 17–28. https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0024.

1223. Segev-Becker, A., Israeli, G., Elkon-Tamir, E., Perl, L., Sekler, O., Amir, H., Interator, H., Dayan, S. C., Chorna, E., Weintrob, N., & Oren, A. (2020). Children and adolescents with gender dysphoria in Israel: Increasing referral and fertility preservation rates. Endocrine Practice, 26(4), 423–428. https://doi.org/10.4158/EP-2019-0418.

1224. Sequeira, G. M., Ray, K. N., Miller, E., & Coulter, R. W. S. (2020). Transgender youth's disclosure of gender identity to providers outside of specialized gender centers. Journal of Adolescent Health, 66(6), 691–698. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.12.010.

1225. Serafin, J., Smith, G. B., & Keltz, T. (2013). Lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) elders in nursing homes: It's time to clean out the closet. Geriatric Nursing, 34(1), 81–83.

1226. Sermondade, N., Benaloun, E., Berthaut, I., Moreau, E., Prades, M., Béranger, A., Chabbert-Buffet, N., Johnson, N., Lévy, R., & Dupont, C. (2021). Reproductive functions and fertility preservation in transgender women: A French case series. Reproductive BioMedicine Online, 43(2), 339–345. https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2021.04.016.

1227. Sevelius, J., & Jenness, V. (2017). Challenges and opportunities for gender-affirming healthcare for transgender

1228. women in prison. International Journal of Prisoner Health, 13(1), 32–40. https://doi.org/10.1108/ijph-08-2016-0046.

1229. Sevelius, J. M., Chakravarty, D., Dilworth, S. E., Rebchook, G., & Neilands, T. B. (2020). Gender affirmation through correct pronoun usage: Development and validation of the transgender women's importance of pronouns (TW-IP) scale. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(24), 9525. https://doi.org/10.3390/ijerph17249525.

1230. Sevelius, J. M., Deutsch, M. B., & Grant, R. (2016). The future of PrEP among transgender women: The critical role of gender affirmation in research and clinical practices. Journal of the International AIDS Society, 19(7S6), 21105. https://doi.org/10.7448/IAS.19.7.21105.

1231. Seyed-Forootan, K., Karimi, H., & Seyed-Forootan, N. S. (2018). Autologous fibroblast-seeded amnion for reconstruction of neo-vagina in male-to-female reassignment surgery. Aesthetic Plastic Surgery, 42(2), 491–497. https://doi.org/10.1007/s00266-018-1088-z.

1232. Shen, J. K., Seebacher, N. A., & Morrison, S. D. (2019). Global interest in gender affirmation surgery: A Google trends analysis. Plastic and Reconstructive Surgery, 143(1), 254e–256e. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000005160.

1233. Shepherd, S. M. (2018). Cultural Awareness training for health professionals may have unintended consequences. The British Medical Journal Opinion. https://blogs.bmj.com/bmj/2018/01/22/stephane-m-shepherd-cultural-awarenesstraining

1234. Shepherd, S. M. (2019). Cultural awareness workshops: limitations and practical consequences. BMC Medical Education, 19(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/s12909-018-1450-5.

1235. Shepherd, S. M. (2022). Introducing an integrated model of cross-cultural assessment. Australasian Psychiatry, https://doi.org/10.1177/10398562211068373.

1236. Sheppard, M., & Mayo, J. B.Jr. (2013). The social construction of gender and sexuality: Learning from two spirit traditions. The Social Studies, 104(6), 259–270. https://doi.org/10.1080/00377996.2013.788472.

1237. Sherrard, J., Wilson, J., Donders, G., Mendling, W., & Jensen, J. S. (2018). 2018 European (IUSTI/WHO) International Union against sexually transmitted infections (IUSTI) World Health Organisation (WHO) guideline on the management of vaginal discharge. International Journal of STD and AIDS, 29(13), 1258–1272. https://doi.org/10.1177/0956462418785451.

1238. Shieh, E., Marzinke, M. A., Fuchs, E. J., Hamlin, A., Bakshi, R., Aung, W., Breakey, J., Poteat, T., Brown, T., Bumpus, N. N., & Hendrix, C. W. (2019). Transgender women on oral HIV pre-exposure prophylaxis have significantly lower tenofovir and emtricitabine concentrations when also taking oestrogen when compared to cisgender men. Journal of the International AIDS Society, 22:e25405. https://doi.org/10.1002/jia2.25405.

1239. Shields, J. P., Cohen, R., Glassman, J. R., Whitaker, K., Franks, H., & Bertolini, I. (2013). Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school. Journal of Adolescent Health, 52(2), 248–250. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.016.

1240. Shipherd, J. C., Berke, D., & Livingston, N. A. (2019). Trauma recovery in the transgender and gender diverse community: extensions of the minority stress model for treatment planning.

Cognitive and Behavioral Practice, 26(4), 629–646. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.06.001.

1241. Shires, D. A., & Jaffee, K. D. (2016). Structural discrimination is associated with smoking status among a national sample of transgender individuals. Nicotine & Tobacco Research, 18(6), 1502–1508. https://doi.org/10.1093/ntr/ntv221.

1242. Shires, D. A., Stroumsa, D., Jaffee, K. D., & Woodford, M. R. (2017). Primary care providers' willingness to continue gender-affirming hormone therapy for transgender patients. Family Practice, 35(5), 576–581. https://doi.org/10.1093/fampra/cmx119.

1243. Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., Garner, A. S., McGuinn, L., Pascoe, J., & Wood, D. L. (2011). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. Pediatrics, 129(1), e232–e246. https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663.

1244. Shnorhavorian, M., Kroon, L., Jeffries, H., & Johnson, R. (2012). Creating a standardized process to offer the standard of care: continuous process improvement methodology is associated with increased rates of sperm cryopreservation among adolescent and young adult males with cancer. Junior of Pediatric and Hematology/Oncology, 3 4 (8), e315–319. https://doi.org/10.1097/MPH.0b013e3182678e3a.

1245. Shumer, D. E., & Tishelman, A. C. (2015). The role of assent in the treatment of transgender adolescents. International Journal of Transgenderism, 16(2), 97–102. https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1075929.

1246. Shumer, D. E., Nokoff, N. J., & Spack, N. P. (2016). Advances in the care of transgender children and adolescents. Advances in Pediatrics, 63(1), 79–102. https://doi.org/10.1016/j.yapd.2016.04.018.

1247. Siboni, L., Rucco, D., Prunas, A., & Anzani, A. (2022). "We faced every change together". Couple's intimacy and sexuality experiences from the perspectives of transgender and non-binary individuals' partners. Journal of Sex & Marital Therapy, 48(1), 23–46. https://doi.org/10.1080/0092623x.2021.1957733.

1248. Sigurjonsson, H., Mollermark, C., Rinder, J., Farnebo, F., & Lundgren, T. K. (2017). Long-term sensitivity and patient-reported functionality of the neoclitoris after gender reassignment surgery. Journal of Sexual Medicine, 14(2), 269–273. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.003.

1249. Silverberg, M. J., Nash, R., Becerra-Culqui, T. A., Cromwell, L., Getahun, D., Hunkeler, E., & Goodman, M. (2017). Cohort study of cancer risk among insured transgender people. Annals of Epidemiology, 27(8), 499–501. https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2017.07.007.

1250. Siminoff, L., & Sandberg, D. (2015). Promoting shared decision making in disorders of sex development (DSD): Decision aids and support tools. Hormone and Metabolic Research, 47(05), 335–339. https://doi.org/10.1055/s-0035-1545302.

1251. Simon, D., Capitán, L., Bailón, C., Bellinga, R. J., Gutiérrez Santamaría, J., Tenório, T., Sánchez-García, A., & Capitán-Cañadas, F. (2022). Facial gender confirmation surgery: The lower jaw. Description of surgical techniques and presentation of results. Plastic and Reconstructive Surgery, 149(4), 755e–766e. https://doi.org/10.1097/prs.0000000000008969.

1252. Simons, L., Schrager, S. M., Clark, L. F., Belzer, M., & Olson, J. (2013). Parental support and mental health among transgender adolescents. Journal of Adolescent Health, 53(6), 791–793. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.019.

1253. Simonsen, R. K., Giraldi, A., Kristensen, E., & Hald, G. M. (2016). Long-term follow-up of individuals undergoing sex reassignment surgery: Psychiatric morbidity and mortality. Nordic Journal of Psychiatry, 70(4), 241–247. https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1081405.

1254. Simopoulos, E. F., & Khin Khin, E. (2014). Fundamental principles inherent in the comprehensive care of transgender inmates. The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 42(1), 26–36. http://jaapl.org/content/42/1/26

1255. Singh, D., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2021). A follow-up study of boys with gender identity disorder. Frontiers in Psychiatry, 12, 632784. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.632784.

1256. Singh-Ospina, N., Maraka, S., Rodriguez-Gutierrez, R., Davidge-Pitts, C., Nippoldt, T. B., Prokop, L. J., & Murad, M. H. (2017). Effect of sex steroids on the bone health of transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. Journal Clinical Endocrinology and Metabolism, 102(11), 3904–3913. https://doi.org/10.1210/jc.2017-01642.

1257. Smith, A. J., Hallum-Montes, R., Nevin, K., Zenker, R., Sutherland, B., Reagor, S., & Brennan, J. M. (2018). Determinants of transgender individuals' well-being, mental health, and suicidality in a rural state. Journal of Rural Mental Health, 42(2), 116. https://doi.org/10.1037/rmh0000089.

1258. Smith, P. (2006). The effects of solitary confinement on prison inmates: A brief history and review of the literature. Crime and Justice, 34(1), 441–528. https://doi.org/10.1086/500626.

1259. Smith, N. L., Blondon, M., Wiggins, K. L., Harrington, L.B/, van Hylckama Vlieg, A., Floyd, J. S., Hwang, M., Bis, J. C., McKnight, B., Rice, K.M, Lumley, T., Rosendaal, F. R., Heckbert, S. R., & Psaty, B. M. (2014). Lower risk of cardiovascular events in postmenopausal women taking oral estradiol compared with oral conjugated equine estrogens. JAMA Internal Medicine, 174(1), 25–31. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.11074.

1260. Smith, Y. L., van Goozen, S. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: A prospective follow-up study. Journal of the American

Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40(4), 472–481. https://doi.org/10.1097/00004583-200104000-00017.

1261. Smith, Y. L., Van Goozen, S. H., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. Psychological Medicine, 35(1), 89–99. https://doi.org/10.1017/s0033291704002776.

1262. Snowden, J. M., Guise, J., & Kzhimannil, K. B. (2018). Promoting inclusive and person-centered care: Starting with birth. Birth, 45, 232–235. https://doi.org/10.1111/birt.12351.

1263. Söderpalm, E., Larsson, A., & Almquist, S. A. (2004). Evaluation of a consecutive group of transsexual individuals referred for vocal intervention in the west of Sweden. Logopedics, Phoniatrics, Vocology, 29(1), 18–30. https://doi.org/10.1080/14015430310021618.

1264. Södersten, M., Nygren, U., Hertegård, S., & Dhejne, C. (2015). Interdisciplinary program in Sweden related to transgender voice. Perspectives on Voice and Voice Disorders, 25(2). 87–97. https://doi.org/10.1044/vvd25.2.87.

1265. Sofer, Y., Yaish, I., Yaron, M., Bach, M. Y., Stern, N., & Greenman, Y. (2020). Differential endocrine and metabolic effects of testosterone suppressive agents in transgender women. Endocrine Practice, 26(8), 883–890. https://doi.org/10.4158/EP-2020-0032.

1266. Song, T. E., & Jiang, N. (2017). Transgender phonosurgery: A systematic review and meta-analysis. Otolaryngology—Head and Neck Surgery, 156(5), 803–808. https://doi.org/10.1177/0194599817697050.

1267. Sonnenblick, E. B., Shah, A. D., Goldstein, Z., & Reisman, T. (2018). Breast imaging of transgender individuals: A review. Current Radiology Reports, 6(1), 1. https://doi.org/10.1007/s40134-018-0260-1.

1268. Sood, R., Chen, D., Muldoon, A. L., Chen, L., Kwasny, M. J., Simons, L. K., Gangopadhyay, N., Corcoran, J. F., & Jordan, S. W. (2021). Association of chest dysphoria with anxiety and depression in transmasculine and nonbinary adolescents seeking gender-affirming care. Journal of Adolescent Health, 68(6), 1135–1141. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.02.024.

1269. Sorbara, J. C., Chiniara, L. N., Thompson, S., & Palmert, M. R. (2020). Mental health and timing of gender-affirming care. Pediatrics, 146(4), e20193600. https://doi.org/10.1542/peds.2019-3600.

1270. Spack, N. P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D. A., & Vance, S. R. (2012). Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. Pediatrics, 129(3), 418–425. https://doi.org/10.1542/peds.2011-0907.

1271. Spanos, C., Bretherton, I., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2020). Effects of

gender-affirming hormone therapy on insulin resistance and body composition in transgender individuals: A systematic review. World Journal of Diabetes, 11(3), 66–77. https://doi.org/10.4239/wjd.v11.i3.66.

1272. Spanos, C., Grace, J. A., Leemaqz, S. Y., Brownhill, A., Cundill, P., Locke, P., Wong, P., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2021). The informed consent model of care for accessing gender-affirming hormone therapy is associated with high patient satisfaction. Journal of Sexual Medicine, 18(1), 201–208. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.20.020.

1273. Spatz, E. S., Krumholz, H. M., & Moulton, B. W. (2016). The new era of informed consent: Getting to a reasonable-patient standard through shared decision making. The Journal of the American Medical Association, 315(19), 2063–2064. https://doi.org/10.1001/jama.2016.3070.

1274. Speiser, P. W., Arlt, W., Auchus, R. J., Baskin, L. S., Conway, G. S., Merke, D. P., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Miller, W. L., Murad, M. H., Oberfield, S. E., & White, P. C. (2018). Congenital adrenal hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 103(11), 4043–4088. https://doi.org/10.1210/jc.2018-01865.

1275. Spencer, K. G., Berg, D. R., Bradford, N. J., Vencill, J. A., Tellawi, G., & Rider, G. N. (2021). The gender-affirmative life span approach: A developmental model for clinical work with transgender and gender-diverse children, adolescents, and adults. Psychotherapy, 58(1), 37–49. https://doi.org/10.1037/pst0000363.

1276. Spivey, L. A., & Edwards-Leeper, L. (2019). Future directions in affirmative psychological interventions with transgender children and adolescents. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 48, 343–356. https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1534207.

1277. Spizzirri, G., Eufrásio, R., Lima, M. C. P., de Carvalho Nunes, H. R., Kreukels, B. P., Steensma, T. D., & Abdo, C. H. N. (2021). Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. Scientific Reports, 11(1), 2240. https://doi.org/10.1038/s41598-021-81411-4.

1278. Sprager, L., & O. N. Martinez, Jr. (2015). Beyond translation: Promoting a new national standard for equity in health materials translated from English. NAM Perspectives. https://doi.org/10.31478/201509b.

1279. Spruill, T. M. (2010). Chronic psychosocial stress and hypertension. Current Hypertension Reports, 12(1), 10–16. https://doi.org/10.1007/s11906-009-0084-8.

1280. Srinath, S., Jacob, P., Sharma, E., & Gautam, A. (2019). Clinical practice guidelines for assessment of children and adolescents. Indian Journal of Psychiatry, 61(Suppl. 2), 158–175. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_580_18.

1281. Staples, J. M., Bird, E. R., Gregg, J. J., & George, W. (2020). Improving the gender-affirmation process for transgender and gender-nonconforming individuals: Associations among time since transition began, body satisfaction, and sexual distress. The Journal of Sex Research, 57(3), 375–383. https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1617829.

1282. Stark, T., Shoag, J. E., & Poppas, D. P. (2019). Eliminating early surgery for disorders of sex development: Risking adverse outcomes in 46, XX CAH. Journal of Urology, 201 (5), 871–873. https://doi.org/10.1097/ju.0000000000000023.

1283. Statistics Canada. (2022). Census of population Canada. https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220427/dq220427b-eng.htm

1284. Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 16(4), 499–516. https://doi.org/10.1177/1359104510378303.

1285. Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender transitioning before puberty? Archives of Sexual Behavior, 40(4), 649–650. https://doi.org/10.1007/s10508-011-9752-2.

1286. Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., & Zucker, K. J. (2018). Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: Data from the center of expertise on gender dysphoria in Amsterdam (1988–2016). Journal of Sex & Marital Therapy, 44(7), 713–715. https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1437580.

1287. Steensma, T. D., Kreukels, B. P., de Vries, A. L., & CohenKettenis, P. T. (2013). Gender identity development in

1288. adolescence. Hormones and Behavior, 64, 288–297. https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.020.

1289. Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P., Beekman, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 52(6), 582–590. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.016.

1290. Steensma, T. D., & Wensing-Kruger, S. A. (2019). Gender dysphoria. In T. H. Ollendick, S. W. White, & B. A. White (Eds), The Oxford handbook of clinical child and adolescent psychology. Oxford Library of Psychology

1291. Steensma, T. D., Zucker, K. J., Kreukels, B. P. C., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Behavioral and emotional problems on the teacher's report form: A cross-national, cross-clinic comparative analysis of gender dysphoric children and adolescents. Journal of Abnormal Child Psychology, 42(4), 635–647. https://doi.org/10.1007/s10802-013-9804-2.

1292. Stein, G. L. (2020) Experiences of lesbian, gay, bisexual, and transgender patients and families in hospice and

palliative care: Perspectives of the palliative care team. Journal of Palliative Medicine, 23(6), 817–824. https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0542.

1293. Steinberg, L. (2009). Should the science of adolescent brain development inform public policy? American Psychologist, 64(8), 739–750. https://doi.org/10.1037/0003-066x.64.8.739.

1294. Stephenson, R., Riley, E., Rogers, E., Suarez, N., Metheny, N., Senda, J., Saylor, K. M., & Bauermeister, J. A. (2017). The sexual health of transgender men: A scoping review. The Journal of Sex Research, 54(4-5), 424–445. https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1271863.

1295. Sterling, J., & Garcia, M. M. (2020a). Cancer screening in the transgender population: A review of current guidelines, best practices, and a proposed care model. Translational Andrological Urology, 9(6), 2771–2785. https://doi.org/10.21037/tau-20-954.

1296. Sterling, J., & Garcia, M. M. (2020b). Fertility preservation options for transgender individuals. Translational Andrological Urology, 9(Suppl. 2), S215–S226. https://doi.org/10.21037/tau.2019.09.28.

1297. Stohr, M. K. (2015). The Hundred Years' war: The etiology and status of assaults on transgender women in men's prisons. Women & Criminal Justice, 25(1-2), 120–129. https://doi.org/10.1080/08974454.2015.1026154.

1298. Stojanovic, B., Bizic, M., Bencic, M., Kojovic, V., Majstorovic, M., Jeftovic, M., Stanojevic, D., & Djordjevic, M. L. (2017). One-stage gender-confirmation surgery as a viable surgical procedure for female-to-male transsexuals. Translational Andrological Urology, 14(5), 741–746. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.03.256.

1299. Stonewall. (2018). LGBT in Britain: Work report. https://www.stonewall.org.uk/system/files/lgbt_in_britain_work_report.pdf

1300. Strang, J. F., Jarin, J., Call, D., Clark, B., Wallace, G. L., Anthony, L. G., Kenworthy, L., & Gomez-Lobo, V. (2018). Transgender Youth Fertility Attitudes Questionnaire: Measure development in nonautistic and autistic transgender youth and their parents. Journal of Adolescent Health, 62(2), 128–135. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.07.022.

1301. Strang, J. F., Meagher, H., Kenworthy, L., de Vries, A. L., Menvielle, E., Leibowitz, S., Janssen, A., Cohen-Kettenis, P., Shumer, D., Edwards-Leeper, L., Pleak, R., Spack, N., Karasic, D., Schreier, H., Balleur, A., Tishelman, A., Ehrensaft, D., Rodnan, L., Kuschner, E. ,… Caretto, A., Lewis, H., & Anthony, L. (2018). Initial clinical guidelines for co-occurring Autism Spectrum Disorder and Gender Dysphoria or Incongruence in adolescents. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 47(1), 105–115. https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1228462.

1302. Strang, J. F., Powers, M. D., Knauss, M., Sibarium, E., Leibowitz, S. F., Kenworthy, L., Sadikova, E., Wyss, S., Willing, L., Caplan, R., Pervez, N., Nowak,

J., Gohari, D., Gomez-Lobo, V., Call, D., & Anthony, L. G. (2018). “They thought it was an obsession”: Trajectories and perspectives of autistic transgender and gender-diverse adolescents. Journal of Autism Developmental Disorders, 48(12), 4039–4055. https://doi.org/10.1007/s10803-018-3723-6.

1303. Strang, J. F., Knauss, M., van der Miesen, A., McGuire, J. K., Kenworthy, L., Caplan, R., Freeman, A., Sadikova, E., Zaks, Z., Pervez, N., Balleur, A., Rowlands, D. W., Sibarium, E., Willing, L., McCool, M. A., Ehrbar, R. D., Wyss, S. E., Wimms, H., Tobing, J., & Thomas, J. (2021). A clinical program for transgender and gender-diverse neurodiverse/autistic adolescents developed through community-based participatory design. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 50(6), 730–745. https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1731817.

1304. Strauss, P., Cook, A., Winter, S., Watson, V., Wright Toussaint, D., & Lin, A. (2017). Trans Pathways: the mental health experiences and care pathways of trans young people. Summary of results. Telethon Kids Institute https://www.telethonkids.org.au/globalassets/media/documents/brain--behaviour/trans-pathwayreport-web.pdf

1305. Streed, C. G., Beach, L. B., Caceres, B. A., Dowshen, N. L., Moreau, K. L., Mukherjee, M., Poteat, T., Radix, A., Reisner, S. L., & Singh, V. (2021). Assessing and addressing cardiovascular health in people who are transgender and gender diverse: A scientific statement from the American Heart Association. Circulation, 144(6). https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001003.

1306. Stroumsa, D., & Wu, J. P. (2018). Welcoming transgender and nonbinary patients: Expanding the language of “women’s health“. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 219(6), 585.e581–585.e585. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.09.018.

1307. Stübler, M. L., & Becker-Hebly, I. (2019). [Sexual experiences and sexual orientation among transgender adolescents]. Zeitschrift für Sexualforschung, 32(01), 5–16. https://doi.org/10.1055/a-0838-8965.

1308. Stutterheim, S. E., van Dijk, M., Wang, H., & Jonas. K. J. (2021) The worldwide burden of HIV in transgender individuals: An updated systematic review and meta-analysis. PLoS One, 16(12): e0260063. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260063.

1309. Subramanian, T., Chakrapani, V., Selvaraj, V., Noronha, E., Narang, A., & Mehendale, S. (2016). Mapping and size estimation of hijras and other trans-women in 17 states of India: First level findings. International Journal of Health Sciences and Research, 6(4), 345–353. https://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol.6_Issue.4_April2016/48.pdf

1310. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2015). Ending conversion therapy: Supporting and affirming LGBTQ youth. HHS Publications.

1311. Suchak, T., Hussey, J., Takhar, M., & Bellringer, J. (2015). Postoperative trans women in sexual health clinics: Managing common problems after vaginoplasty. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, 41(4), 245–247. https://doi.org/10.1136/jfprhc-2014-101091.

1312. Suen, Y. T., Chan, R. C. H., & Wong, E. M. Y. (2018). Mental health of transgender people in Hong Kong: A community-driven, large-scale quantitative study documenting demographics and correlates of quality of life

1313. and suicidality. Journal of Homosexuality, 65(8), 1093–1113. https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1368772.

1314. Sundstrom and Fields v. Frank USDC D WI, Case No. 06-C-112, 2011.

1315. Taliaferro, L. A., McMorris, B. J., Rider, G. N., & Eisenberg, M. E. (2019). Risk and protective factors for self-harm in a population-based sample of transgender youth. Archives of Suicide Research, 23(2), 203–221. https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1430639.

1316. Tamar-Mattis, S., Gamarel, K. E., Kantor, A., Baratz, A., Tamar-Mattis, A., & Operario, D. (2018). Identifying and counting individuals with differences of sex development conditions in population health research. LGBT Health, 5(5), 320–324. https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0180.

1317. Tan, K. K. H., Treharne, G. J., Ellis, S. J., Schmidt, J. M., & Veale, J. F. (2021). Enacted stigma experiences and protective factors are strongly associated with mental health outcomes of transgender people in Aotearoa/New Zealand. International Journal of Transgender Health, 22(3), 269–280. https://doi.org/10.1080/15532739.2020.1819504.

1318. Tangpricha, V., & den Heijer, M. (2017). Oestrogen and anti-androgen therapy for transgender women. Lancet Diabetes & Endocrinology, 5(4), 291–300. https://doi.org/10.1016/S2213-8587(16)30319-9.

1319. Tatum, A. K., Catalpa, J., Bradford, N. J., Kovic, A., & Berg, D. R. (2020). Examining identity development and transition differences among binary transgender and genderqueer nonbinary (GQNB) individuals. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 7(4), 379–385. https://doi.org/10.1037/sgd0000377.

1320. Taub, R. L., Ellis, S. A., Neal-Perry, G., Magaret, A. S., Prager, S. W., & Micks, E. A. (2020). The effect of testosterone on ovulatory function in transmasculine individuals. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 223(2), 229–e1. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.01.059.

1321. Tavakkoli Tabassi, K., Djavan, B., Hosseini, J., Ghoreifi, A., Ershadi, M., & Hosseini, E. (2015). Fold-back perineoscrotal flap plus penile inversion vaginoplasty for male-tofemale gender reassignment surgery in circumcised subjects. European Journal of Plastic Surgery, 38(1), 43–48.

https://doi.org/10.1007/s00238-014-1038-1.

1322. Taylor, A. K., Condry, H., and Cahill, D. (2018). Implementation of teaching on LGBT health care. Clinical Teacher, 15(2),141–144. https://doi.org/10.1111/tct.12647.

1323. Taylor, J., Zalewska, A., Gates, J. J., & Millon, G. (2019). An exploration of the lived experiences of non-binary individuals who have presented at a gender identity clinic in the United Kingdom. International Journal of Transgenderism, 20(2-3), 195–204. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1445056.

1324. Telfer, M. M., Tollit, M. A., Pace, C. C., & Pang, K. C. (2018). Australian standards of care and treatment guidelines for transgender and gender diverse children and adolescents. Medical Journal of Australia, 209(3), 132–136. https://doi.org/10.5694/mja17.01044.

1325. Telfer, M. M., Tollit, M. A., Pace, C. C., & Pang, K. C. (2020). Australian standards of care and treatment guidelines for trans and gender diverse children and adolescents, Version 1.3. The Royal Children's Hospital. https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/adolescent-medicine/australian-standards-of-care-and-treatment-guidelines-for-trans-and-gender-diverse-children-and-adolescents.pdf

1326. Temple Newhook, J., Pyne, J., Winters, K., Feder, S., Holmes, C., Tosh, J., Sinnott, M.-L., Jamieson, A., & Pickett, S. (2018). A critical commentary on follow-up studies and "desistance" theories about transgender and gender-nonconforming children. International Journal of Transgenderism, 19(2), 212–224. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1456390.

1327. Ter Wengel, P. V., Martin, E., Gooren, L., Den Heijer, M., & Peerdeman, S. M. (2016). Meningiomas in three male-to-female transgender subjects using oestrogens/progestogens and review of the literature. Andrologia, 48(10), 1130–1137. https://doi.org/10.1111/and.12550.

1328. Testa, R. J., Michaels, M. S., Bliss, W., Rogers, M. L., Balsam, K. F., & Joiner, T. (2017). Suicidal ideation in transgender people: Gender minority stress and interpersonal theory factors. Journal of Abnormal Psychology, 126(1), 125–136. https://doi.org/10.1037/abn0000234.

1329. Testa, R. J., Sciacca, L. M., Wang, F., Hendricks, M. L., Goldblum, P., Bradford, J., & Bongar, B. (2012). Effects of violence on transgender people. Professional Psychology: Research and Practice, 43(5), 452. https://doi.org/10.1037/a0029604.

1330. TGEU. (2017). Overdiagnosed but underserved. Trans healthcare in Georgia, Poland, Serbia, Spain, and Sweden: trans health survey. Transgender Europe. https://tgeu.org/healthcare/

1331. TGEU. (2021). Trans rights map 2021. Transgender Europe. https://transrightsmap.tgeu.org/home/

1332. Thalaivirithan, B. M., Sethu, M., Ramachandran, D. K., Kandasamy, M., & Janardhanam, J. (2018). Application of embryonic equivalents in male-to-female sex reassignment surgery. India Journal of

Plastic Surgery, 51(2), 155–166. https://doi.org/10.4103/ijps.IJPS_62_18.

1333. The Institute of Medicine. (2011). The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding. http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2011/The-Health-of-Lesbian-Gay-Bisexual-and-Transgender-People.aspx

1334. The Joint Commission. (2011). Advancing effective communication, cultural competence, and patient-and family-centered care for the lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) community [Field Guide]. https://www.jointcommission.org/assets/1/18/LGBTFieldGuide_WEB_LINKED_VER.pdf

1335. The Yogyakarta Principles. (2017). The Yogyakarta Principles Plus 10: Additional principles and state obligations on the application of international human rights law in relation to sexual orientation, gender identity, gender expression, and sex characteristics to complement the Yogyakarta Principles. http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf

1336. Therell, B. L. (2001). Newborn screening for congenital adrenal hyperplasia. Endocrinology and Metabolism Clinics of North America, 30(1), 15–30. https://doi.org/10.1016/s0889-8529(08)70017-3.

1337. Theron, L., & Collier, K. L. (2013). Experiences of female partners of masculine-identifying trans persons. Culture, Health & Sexuality, 15, 62–75. https://doi.org/10.1080/13691058.2013.788214.

1338. Thomas, J. P., & Macmillan, C. (2013). Feminization laryngoplasty: Assessment of surgical pitch elevation. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, 270(10), 2695–2700. https://doi.org/10.1007/s00405-013-2511-3.

1339. Thoreson, N., Marks, D. H., Peebles, J. K., King, D. S., & Dommasch, E. (2020) Health insurance coverage of permanent hair removal in transgender and gender-minority patients. JAMA Dermatology. 2156(5), 561–565. https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2020.0480.

1340. Thorne, N., Witcomb, G. L., Nieder, T., Nixon, E., Yip, A., & Arcelus, J. (2019). A comparison of mental health symptomatology and levels of social support in young treatment seeking transgender individuals who identify as binary and non-binary International Journal of Transgenderism, 20(2-3), 241–250. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1452660.

1341. Thorne, N., Yip, A. K.-T., Bouman, W. P., Marshall, E., & Arcelus, J. (2019). The terminology of identities between, outside and beyond the gender binary—A systematic review. The International Journal of Transgenderism, 20(2-3), 138–154. https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1640654.

1342. Thurston, M. D., & Allan, S. (2018). Sexuality and sexual experiences during gender transition: A thematic

synthesis. Clinical Psychological Review, 66, 39–50. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.11.008.

1343. Thyen, U., Ittermann, T., Flessa, S., Muehlan, H., Birnbaum, W., Rapp, M., Marshall, L., Szarras-Capnik, M., Bouvattier, C., Kreukels, B. P. C., Nordenstroem, A., Roehle, R., & Koehler, B. (2018). Quality of health care in adolescents and adults with disorders/differences of sex development (DSD) in six European countries (dsd-LIFE). BMC Health Services Research, 18(1). https://doi.org/10.1186/s12913-018-3342-0.

1344. Thyen, U., Richter-Appelt, H., Wiesemann, C., Holterhus, P.-M., & Hiort, O. (2005). Deciding on gender in children with intersex conditions. Treatments in Endocrinology, 4(1), 1–8. https://doi.org/10.2165/00024677-200504010-00001.

1345. Timmermans, S., Yang, A., Gardner, M., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Siminoff, L. A., & Sandberg, D. E. (2018). Does patient-centered care change genital surgery decisions? The strategic use of clinical uncertainty in disorders of sex development clinics. Journal of Health and Social Behavior, 59(4), 520–535. https://doi.org/10.1177/0022146518802460.

1346. Timmermans, S., Yang, A., Gardner, M., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Siminoff, L. A., & Sandberg, D. E. (2019). Gender destinies: Assigning gender in disorders of sex development—Intersex clinics. Sociology of Health & Illness, 41(8), 1520–1534. https://doi.org/10.1111/1467-9566.12974.

1347. Tirapegui, F. I., Acar, Ö., & Kocjancic, E. (2020). Sexual function after gender-affirming genital reconstruction. Current Sexual Health Reports, 12(4), 411–420. https://doi.org/10.1007/s11930-020-00294-0.

1348. Tiryaki, S., Tekin, A., Yagmur, İ., Őzen, S., Őzbaran, B., Gökşen, D., … Avanoğlu, A. (2018). Parental perception of terminology of disorders of sex development in Western Turkey. Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology, 10(3), 216–222. https://doi.org/10.4274/jcrpe.0007.

1349. Tishelman, A. C., Shumer, D. E., Nahata, L. (2017). Disorders of sex development: Pediatric psychology and the genital exam. Journal of Pediatric Psychology, 42(5), 530–543. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw015.

1350. Tishelman, A. C., Haney, P., Greenwald O'Brien, J., & Blaustein, M. E. (2010). A framework for school-based psychological evaluations: Utilizing a "trauma lens." Journal of Child & Adolescent Trauma, 3(4), 279–302. https://doi.org/10.1080/19361521.2010.523062.

1351. Tishelman, A. C., Kaufman, R., Edwards-Leeper, L., Mandel, F. H., Shumer, D. E., & Spack, N. P. (2015). Serving transgender youth: Challenges, dilemmas, and clinical examples. Professional Psychology: Research and Practice, 46(1), 37–45. https://doi.org/10.1037/a0037490.

1352. Tishelman, A. C., Sutter, M. E., Chen, D., Sampson, A., Nahata, L., Kolbuck, V. D., & Quinn, G. P. (2019). Health care provider perceptions of fertility preservation barriers and challenges with transgender patients and families: Qualitative responses to an international survey. Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 36(3), 579–588. https://doi.org/10.1007/s10815-018-1395-y.

1353. Tishelman, A., & Neumann-Mascis, A. (2018). Gender-related trauma. In The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children (pp. 85–100). American Psychological Association.

1354. Tollemache, N., Shrewsbury, D., & Llewellyn, C. (2021). Que (e) rying undergraduate medical curricula: A cross-sectional online survey of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer content inclusion in UK undergraduate medical education. BMC Medical Education, 21(1), 100. https://doi.org/10.1186/s12909-021-02532-y.

1355. Tollinche, L. E., Walters, C. B., Radix, A., Long, M., Galante, L., Goldstein, Z. G., Kapinos, Y., & Yeoh, C. (2018). The perioperative care of the transgender patient. Anesthesia and Analgesia, 127(2), 359–366. https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000003371.

1356. Tollit, M. A., Feldman, D., McKie, G., & Telfer, M. M. (2018). Patient and parent experiences of care at a pediatric gender service. Transgender Health, 3(1), 251–256. https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0016.

1357. Tollit, M. A., Pace, C. C., Telfer, M., Hoq, M., Bryson, J., Fulkoski, N., Cooper, C., & Pang, K. C. (2019). What are the health outcomes of trans and gender diverse young people in Australia? Study protocol for the Trans20 longitudinal cohort study. BMJ Open, 9(11), e032151. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032151.

1358. Tomson, A., McLachlan, C., Wattrus, C., Adams, K., Addinall, R., Bothma, R., Jankelowitz, L., Kotze, E., Luvuno, Z., Madlala, N., Matyila, S., Padavatan, A., Pillay, M., Rakumakoe, M. D., Tomson-Myburgh, M., Venter, W. D. F., & De Vries, E. (2021). Southern African HIV clinicians society gender-affirming healthcare guideline for South Africa. Southern African Journal of HIV Medicine, 22(1). https://doi.org/10.4102/sajhivmed.v22i1.1299.

1359. Toomey, R. B., Ryan, C., Diaz, R. M., Card, N. A., & Russell, S. T. (2010). Gender-nonconforming lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: School victimization and young adult psychosocial adjustment. Developmental Psychology, 46(6), 1580–1589. https://doi.org/10.1037/a0020705.

1360. Toorians, A. W. F. T., Thomassen, M. C. L. G. D., Zweegman, S., Magdeleyns, E. J. P., Tans, G., Gooren, L. J. G., & Rosing, J. (2003). Venous thrombosis and changes of hemostatic variables during cross-sex hormone treatment in transsexual people. The Journal of Clinical Endocrinology &

Metabolism, 88(12), 5723–5729. https://doi.org/10.1210/jc.2003-030520.

1361. Top, H., & Balta, S. (2017). Transsexual mastectomy: Selection of appropriate technique according to breast characteristics. Balkan Medical Journal, 34(2), 147–155. https://doi.org/10.4274/balkanmedj.2016.0093.

1362. Topolewska-Siedzik, E., & Cieciuch, J. (2018). Trajectories of identity formation modes and their personality context in adolescence. Journal of Youth and Adolescence, 47(4), 775–792. https://doi.org/10.1007/s10964-018-0824-7.

1363. Tordoff, D. M., Wanta, J. W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D. J., & Ahrens, K. (2022). Mental health outcomes in transgender and nonbinary youths receiving gender-affirming care. JAMA Network Open, 5(2), e220978. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.0978.

1364. Tornello, S. L., & Bos, H. (2017). Parenting intentions among transgender individuals. LGBT Health, 4(2), 115–120. https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0153.

1365. Tosun, N. L., Fieberg, A. M., Eberly, L. E., Harrison, K. A., Tipp, A. R., Allen, A. M., & Allen, S. S. (2019). Exogenous progesterone for smoking cessation in men and women: A pilot double-blind, placebo-controlled randomized clinical trial. Addiction, 114(10), 1800–1813. https://doi.org/10.1111/add.14645.

1366. TransCare. (2020). Bind, pack and tuck. http://www.phsa.ca/transcarebc/care-support/transitioning/bind-packtuck-pad

1367. Travers, R., Bauer, G., Pyne, J., Bradley, K., Gale, L., & Papadimitriou, M. (2012). Impacts of strong parental support for trans youth: A report prepared for Children's Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services. Trans Pulse Project. https://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/2012/10/Impacts-of-Strong-Parental-Support-for-Trans-Youth-vFINAL.pdf.

1368. Trevor Project. (2021). The mental health and well-being of LGBTQ Youth who are Intersex. https://www.thetrevorproject.org/wp-content/uploads/2021/12/Intersex-Youth-Mental-Health-Report.pdf

1369. Trispiotis, I., & Purshouse, C. (2022). 'Conversion therapy' as degrading treatment. Oxford Journal of Legal Studies, 42(1), 104–132. https://doi.org/10.1093/ojls/gqab024.

1370. Trujillo, M. A., Perrin, P. B., Sutter, M., Tabaac, A., & Benotsch, E. G. (2017). The buffering role of social support on the associations among discrimination, mental health, and suicidality in a transgender sample. International Journal of Transgenderism, 18(1), 39–52. https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1247405.

1371. Tschan, S., Honegger, F., & Storck, C. (2016). Cricothyroid joint anatomy as a predicting factor for success of cricoid-thyroid approximation in transwomen. The Laryngoscope, 126(6), 1380–1384. https://doi.org/10.1002/lary.25518.

1372. T'Sjoen, G., Arcelus, G., Gooren, L., Klink, D. T., & Tangpricha, V. (2019). Endocrinology of transgender medicine. Endocrine Reviews, 40(1), 97–117. https://doi.org/10.1210/er.2018-00011.

1373. T'Sjoen, G., Arcelus, J., De Vries, A. L. C., Fisher, A. D., Nieder, T. O., Özer, M., & Motmans, J. (2020). European Society for Sexual Medicine position statement "Assessment and hormonal management in adolescent and adult trans people, with attention for sexual function and satisfaction." The Journal of Sexual Medicine, 17(4), 570–584. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.012.

1374. T'Sjoen, G. G., Beguin, Y., Feyen, E., Rubens, R., Kaufman, J. M., & Gooren, L. (2005). Influence of exogenous oestrogen or (anti-) androgen administration on soluble transferrin receptor in human plasma. Journal of Endocrinology, 186(1), 61–67. https://doi.org/10.1677/joe.1.06112.

1375. Turban, J. L., Beckwith, N., Reisner, S. L., & Keuroghlian, A. S. (2020). Association between recalled exposure to gender identity conversion efforts and psychological distress and suicide attempts among transgender adults.

1376. JAMA Psychiatry, 77(1), 68–76. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.2285.

1377. Turban, J. L., Carswell, J., & Keuroghlian, A. S. (2018). Understanding pediatric patients who discontinue gender-affirming hormonal interventions. JAMA Pediatrics, 172(10), 903–904. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.1817.

1378. Turban, J. L., King, D., Carswell, J. M., & Keuroghlian, A. S. (2020). Pubertal suppression for transgender youth and risk of suicidal ideation. Pediatrics, e20191725. https://doi.org/10.1542/peds.2019-1725.

1379. Turban, J. L., King, D., Kobe, J., Reisner, S. L., & Keuroghlian, A. S. (2022). Access to gender-affirming hormones during adolescence and mental health outcomes among transgender adults. PLoS One, 17(1), e0261039. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261039.

1380. Turban, J. L., King, D., Reisner, S. L., Keuroghlian, A. S. (2019). Psychological attempts to change a person's gender identity from transgender to cisgender: Estimated prevalence across US States, 2015. American Journal of Public Health 109, 1452–1454. https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305237.

1381. Turban, J. L., King, D., Li, J. J., & Keuroghlian, A. S. (2021). Timing of social transition for transgender and gender diverse youth, K-12 harassment, and adult mental health outcomes. Journal of Adolescent Health, 69(6), 991–998. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.06.001.

1382. Turban, J. L., Loo, S. S., Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Factors leading to "detransition" among transgender and gender diverse people in the United States: A mixed-methods analysis. LGBT Health, 8(4), 273–280. https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0437.

1383. Tuzun, Z., Başar, K., & Akgul, S. (2022). Social connectedness matters: Depression and anxiety in transgender youth during the COVID-19 pandemic. The Journal of Sexual Medicine, 19(4), 650–660. https://doi.org/10.1016/j.sxm.2022.01.522.

1384. Twist, J., & de Graaf, N. (2019). Gender diversity and non-binary presentations in young people attending the

1385. United Kingdom's national Gender Identity Development Service. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 24(2), 277–290. https://doi.org/10.1177/1359104518804311.

1386. UN Human Rights Council. (2020). Practices of so-called "conversion therapy": Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity. https://doi.org/10.1163/2210-7975_HRD-9970-2016149.

1387. UNDP & APTN. (2017). Legal gender recognition: a multi-country legal and policy review in Asia. Asia-Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/resource/legal-gender-recognition-a-multi-country-legal-and-policy-review-in-asia/

1388. UNDP, IRGT. (2016). Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: Practical guidance for collaborative interventions. United Nations Development Programme. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/TRANSIT_report_UNFPA.pdf

1389. United Nations Population Fund. (2014). Reproductive rights are human rights: A handbook for national human rights institutions. https://www.ohchr.org/documents/publications/nhrihandbook.pdf

1390. United Nations. (1948). Universal Declaration of Human Rights. Retrieved from http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/

1391. United Nations. (2015). The United Nations standard minimum rules for the treatment of prisoners. https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf

1392. United States Department of Health and Human Services. (2013). Lesbian, gay, bisexual and transgender health.

1393. https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/lesbian-gay-bisexual-and-transgender-health

1394. Valashany, B. T., & Janghorbani, M. (2018). Quality of life of men and women with gender identity disorder. Health and Quality of Life Outcomes, 16(1), 167. https://doi.org/10.1186/s12955-018-0995-7.

1395. Vale, K., Siemens, I., Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2013). Religiosity, childhood abuse, and other risk factors correlated with voluntary genital ablation. Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement, 45(3), 230–237. https://doi.org/10.1037/a0031122.

1396. Valentine, V. (2016). Non-binary people's experiences of using UK gender identity clinics. S. T. E. Network. https://www.scottishtrans.org/wp-content/uploads/2016/11/Non-binary-GIC-mini-report.pdf

1397. Van Batavia, J. P., & Kolon, T. F. (2016). Fertility in disorders of sex development: A review. Journal of Pediatric Urology,12(6), 418–425. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2016.09.015.

1398. Van Boerum, M. S., Salibian, A. A., Bluebond-Langner, R., & Agarwal, C. (2019). Chest and facial surgery for the transgender patient. Translational Andrology and Urology, 8(3), 219–227. https://doi.org/10.21037/tau.2019.06.18.

1399. Van Borsel, J., De Cuypere, G., Rubens, R., & Destaerke, B. (2000). Voice problems in female-to-male transsexuals. International Journal of Language & Communication Disorders, 3 5 (3), 427–442. https://doi.org/10.1080/136828200410672.

1400. Van Borsel, J., Van Eynde, E., De Cuypere, G., & Bonte, K. (2008). Feminine after cricothyroid approximation? Journal of Voice, 22(3), 379–384. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.11.001.

1401. Van Caenegem, E., Taes, Y., Wierckx, K., Vandewalle, S., Toye, K., Kaufman, J. M., Schreiner, T., Haraldsen, I., & T'Sjoen, G. (2013). Low bone mass is prevalent in male-to-female transsexual persons before the start of cross-sex hormonal therapy and gonadectomy. Bone, 54(1), 92–97. https://doi.org/10.1016/j.bone.2013.01.039.

1402. Van Caenegem, E., Verhaeghe, E., Taes, Y., Wierckx, K., Toye, K., Goemaere, S., Zmierczak, H. G., Hoebeke, P., Monstrey, S., & T'Sjoen, G. (2013). Long-term evaluation of donor-site morbidity after radial forearm flap phalloplasty for transsexual men. The Journal of Sexual Medicine, 10(6), 1644–1651. https://doi.org/10.1111/jsm.12121.

1403. Van Caenegem, E., Wierckx, K., Elaut, E., Buysse, A., Dewaele, A., Van Nieuwerburgh, F., De Cuypere, G., & T'Sjoen, G. (2015). Prevalence of gender nonconformity in Flanders, Belgium. Archives of Sexual Behavior, 44(5), 1281–1287. https://doi.org/10.1007/s10508-014-0452-6.

1404. Van Caenegem, E., Wierckx, K., Taes, Y., Schreiner, T., Vandewalle, S., Toye, K., Lapauw, B., Lapauw, J. M., & T'Sjoen, G. (2015). Body composition, bone turnover, and bone mass in trans men during testosterone treatment: 1-year follow-up data from a prospective case-controlled study (ENIGI). European Journal of Endocrinology, 172(2), 163–171. https://doi.org/10.1530/EJE-14-0586.

1405. Van de Grift, T. C., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., & Kreukels, B. P. C.; on behalf of dsd-LIFE. (2018). Body image and self-esteem in disorders of sex development: A European multicenter study. Health Psychology, 37(4), 334–343. https://doi.org/10.1037/hea0000600.

1406. Van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H., & Kreukels, B. P. C. (2017). Effects of medical interventions on gender dysphoria and body image: A follow-up study. Psychosomatic Medicine, 79(7), 815–823. https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000465.

1407. Van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. C. (2018). Surgical satisfaction, quality of life, and their association after gender-affirming surgery: A follow-up study. Journal of Sexual and Marital Therapy, 44(2), 138–148. https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1326190.

1408. Van de Grift, T. C., Elfering, L., Greijdanus, M., Smit, J. M., Bouman, M. B., Klassen, A. F., & Mullender, M. G. (2018). Subcutaneous mastectomy improves satisfaction with body and psychosocial function in trans men: Findings of a cross-sectional study using the BODY-Q chest module. Plastic Reconstructive Surgery, 142(5), 1125–1132. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004827

1409. Van de Grift, T. C., Kreukels, B. P. C., Elfering, L., Özer, M., Bouman, M.-B., Buncamper, M. E., Smit, J. M., & Mullender, M. G. (2016). Body image in transmen: Multidimensional measurement and the fffects of mastectomy. The Journal of Sexual Medicine, 13(11), 1778–1786. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.09.003.

1410. Van de Grift, T. C., Pigot, G. L. S., Boudhan, S., Elfering, L., Kreukels, B. P. C., Gijs, L., Buncamper, M. E., Ozer, M., van der Sluis, W., Meuleman, E. J. H., Bouman, M. B., & Mullender, M. G. (2017). A longitudinal study of motivations before and psychosexual outcomes after genital gender-confirming surgery in transmen. Journal of Sexual Medicine, 14(12), 1621–1628. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.10.064.

1411. Van de Grift, T., Van Gelder, Z., Mullender, M., Steensma, T., de Vries, ALC., & Bouman, M. (2020). Timing of puberty suppression and surgical options for transgender youth. Pediatrics, 146(5), e20193653. https://doi.org/10.1542/peds.2019-3653.

1412. Van Der Miesen, A. I., Hurley, H., & De Vries, A. L. (2016). Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review. International Review of Psychiatry, 28(1), 70–80. https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1111199.

1413. Van der Miesen, A., Steensma, T. D., de Vries, A., Bos, H., & Popma, A. (2020). Psychological functioning in transgender adolescents before and after gender-affirmative care compared with cisgender general population peers. The Journal of Adolescent Health, 66(6), 699–704. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.12.018.

1414. Van der Sluis, W. B., de Haseth, K. B., Elfering, L., Özer, M., Smit, J. M., Budding, A. E., van Bodegraven, A. A., Buncamper, M. E., de Boer, N. K. H.,

Mullender, M. G., & Bouman, M. B. (2020). Neovaginal discharge in transgender women after vaginoplasty: A diagnostic and treatment algorithm. International Journal of Transgender Health, 21(4), 367–372. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1725710.

1415. Van der Sluis, W. B., Smit, J. M., Pigot, G. L. S., Buncamper, M. E., Winters, H. A. H., Mullender, M. G., & Bouman, M. B. (2017). Double flap phalloplasty in transgender men: Surgical technique and outcome of pedicled anterolateral thigh flap phalloplasty combined with radial forearm free flap urethral reconstruction. Microsurgery, 37(8), 917–923. https://doi.org/10.1002/micr.30190.

1416. Van Dijk, D., Dekker, M., Conemans, E. B., Wiepjes, C. M., de Goeij, E. G. M., Overbeek, K. A., & T'Sjoen, G. (2019). Explorative prospective evaluation of short-term subjective effects of hormonal treatment in trans people—Results from the European Network for the Investigation of Gender Incongruence. The Journal of Sexual Medicine, 16(8), 1297–1309. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.05.009.

1417. Van Gerwen, O. T., Aryanpour, Z., Selph, J. P., & Muzny, C. A. (2021). Anatomical and sexual health considerations among transfeminine individuals who have undergone vaginoplasty: A review. International Journal of STD and AIDS , 3 3 (2), 106–113. https://doi.org/10.1177/0956462421104697.

1418. Van Kesteren, P. J., Asscheman, H., Megens, J. A., & Gooren, L. J. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. Clinical Endocrinology, 47(3), 337–342. https://doi.org/10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x.

1419. Van Leijenhorst, L., Zanolie, K., Van Meel, C. S., Westenberg, P. M., Rombouts, S. A. R. B., & Crone, E. A. (2009). What motivates the adolescent? Brain regions mediating reward sensitivity across adolescence. Cerebral Cortex, 20(1), 61–69. https://doi.org/10.1093/cercor/bhp078.

1420. Vandenbussche, E. (2021). Detransition-related needs and support: A cross-sectional online survey. Journal of Homosexuality, 69(9), 1602–1620. https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1919479.

1421. Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. Child Adolescent Social Work Journal, 26, 135–154. https://doi.org/10.1007/s10560-008-0158-5.

1422. Various. (2019). Memorandum of understanding on conversion therapy in the UK. Version 2, Revision A. British Association of Counselling and Psychotherapy. https://www.bacp.co.uk/events-and-resources/ethics-and-standards/mou/

1423. Various. (2021). U. S. joint statement on ending conversion therapy. https://usjs.org/usjs-current-draft/

1424. Veale, J., Byrne, J., Tan, K., Guy, S., Yee, A., Nopera, T., & Bentham, R.

(2019). Counting ourselves: The health and wellbeing of trans and non-binary people in Aotearoa, New Zealand. https://countingourselves.nz/wp-content/uploads/2020/01/Counting-Ourselves_Report-Dec-19-Online.pdf

1425. Veerman, H., de Rooij, F. P. W., Al-Tamimi, M., Ronkes, B. L., Mullender, M. G., M, B. B., van der Sluis, W. B., & Pigot, G. L. S. (2020). Functional outcomes and urological complications after genital gender affirming surgery with urethral lengthening in transgender men. Journal of Urology, 204(1), 104–109. https://doi.org/10.1097/JU.0000000000000795.

1426. Vereecke, G., Defreyne, J., Van Saen, D., Collect, S., Van Dorpe, J., T'Sjoen, G., & Gooseens, E. l. (2021). Characterisation of testicular function and spermatogenesis in transgender women. Human Reproduction, 36(1), 5–15. https://doi.org/10.1093/humrep/deaa254.

1427. Vermeir, E., Jackson, L. A., & Marshall, E. G. (2018). Improving healthcare providers' interactions with trans

1428. patients: Recommendations to promote cultural competence. Healthcare Policy, 14(1), 11–18. https://doi.org/10.12927/hcpol.2018.25552.

1429. Vincent, B. (2018). Transgender Health: A Practitioner's Guide to Binary and Non-Binary Trans Patient Care. Jessica Kingsley Publishers.

1430. Vincent, B. (2019). Breaking down barriers and binaries in trans healthcare: The validation of non-binary people. International Journal of Transgenderism, 20(2-3), 132–137. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1534075.

1431. Vincent, B. (2020). Non-binary genders: Navigating communities, identities, and healthcare. Policy Press.

1432. Vincent, B., & Manzano, A. (2017). History and Cultural Diversity. In C. Richards, W. P. Bouman, & M. J. Barker (Eds.), Genderqueer and non-binary genders. Palgrave Macmillan.Vinogradova, Y., Coupland, C., & Hippisley-Cox, J. (2019). Use of hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism: Nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. British Medical Journal, 364, k4810. https://doi.org/10.1136/bmj.k4810.

1433. Vlot, M. C., Klink, D. T., den Heijer, M., Blankenstein, M. A., Rotteveel, J., & Heijboer, A. C. (2017). Effect of pubertal suppression and cross-sex hormone therapy on bone turnover markers and bone mineral apparent density (BMAD) in transgender adolescents. Bone, 95, 11–19. https://doi.org/10.1016/j.bone.2016.11.008.

1434. Von Doussa, H., Power, J., & Riggs, D. (2015). Imagining parenthood: The possibilities and experiences of parenthood among transgender people. Culture Health & Sexuality, 17(9), 1119–1131. https://doi.org/10.1080/13691058.2015.1042919.

1435. Vrouenraets, L. J. J. J., de Vries, A. L. C., de Vries, M. C., van der Miesen, A. I. R., & Hein, I. M. (2021). Assessing

medical decision-making competence in transgender youth. Pediatrics, 148(6). https://doi.org/10.1542/peds.2020-049643.

1436. Vukadinovic, V., Stojanovic, B., Majstorovic, M., & Milosevic, A. (2014). The role of clitoral anatomy in female to male sex reassignment surgery. Scientific World Journal, 2014, 437378. https://doi.org/10.1155/2014/437378.

1437. Vyas, N., Douglas, C. R., Mann, C., Weimer, A. K., & Quinn, M. M. (2021). Access, barriers, and decisional regret in pursuit of fertility preservation among transgender and gender-diverse individuals. Fertility and Sterility, 115(4), 1029–1034. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.09.007.

1438. Waal, H. A. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. European Journal of Endocrinology, 155(1), S131–S137. https://doi.org/10.1530/eje.1.02231.

1439. Wagner, I., Fugain, C., Monneron-Girard, L., Cordier, B., &

1440. Chabolle, F. (2003). Pitch-raising surgery in fourteen male-tofemale transsexuals. The Laryngoscope, 113(7), 1157–1165. https://doi.org/10.1097/00005537-200307000-00011.

1441. Wagner, S., Panagiotakopoulos, L., Nash, R., Bradlyn, A., Getahun, D., Lash, T. L., Roblin, D., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Progression of gender dysphoria in children and adolescents: A longitudinal study. Pediatrics, 148(1), e2020027722. https://doi.org/10.1542/peds.2020-027722.

1442. Walker, R. V., Powers, S. M., & Witten, T. M. (2017). Impact of anticipated bias from healthcare professionals on perceived successful aging among transgender and gender nonconforming older adults. LGBT Health, 4(6), 427–433. https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0165.

1443. Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47(12), 1413–1423. https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818956b9.

1444. Walton, M. T., Lykins, A. D., & Bhullar, N. (2016). Beyond heterosexual, bisexual, and homosexual: A diversity in sexual identity expression. Archives of Sexual Behavior, 45(7), 1591–1597. https://doi.org/10.1007/s10508-016-0778-3.

1445. Wang, Y., Yu, H., Yang, Y., Drescher, J., Li, R., Yin, W., Yu, R., Wang, S., Deng, W., Jia, Q., Zucker, K. J., & Chen, R. (2020). Mental health status of cisgender and gender-diverse secondary school students in China. JAMA Network Open, 3(10), e2022796. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.22796.

1446. Warwick, R. M., Araya, A. C., Shumer, D. E., & Selkie, E. M. (2022). Transgender youths' sexual health and education: A qualitative analysis. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 35(2), 138–146.

https://doi.org/10.1016/j.jpag.2021.09.011.

1447. Wassersug, R. J., & Johnson, T. W. (2007). Modern-day Eunuchs: Motivations for and consequences of contemporary castration. Perspectives in Biology and Medicine, 50(4), 544–556. https://doi.org/10.1353/pbm.2007.0058.

1448. Wassersug, R. J., & Lieberman, T. (2010). Contemporary castration: why the modern day eunuch remains invisible. BMJ, 341(2), c4509–c4509. https://doi.org/10.1136/bmj.c4509.

1449. Wassersug, R. J., Walker, L. M., & Robinson, J. W. (2018). Androgen deprivation therapy : an essential guide for prostate cancer patients and their loved ones. Demos Health.

1450. Watson, R. J., Wheldon, C. W., & Puhl, R. M. (2020). Evidence of diverse identities in a large national sample of sexual and gender minority adolescents. Journal of Research on Adolescence, 30(S2), 431–442. https://doi.org/10.1111/jora.12488.

1451. Watt, S. O., Tskhay, K. O., & Rule, N. O. (2018). Masculine voices predict well-being in female-to-male transgender individuals. Archives of Sexual Behavior, 47(4), 963–972. https://doi.org/10.1007/s10508-017-1095-1.

1452. Weaver, C. M., Alexander, D. D., Boushey, C. J., Dawson-Hughes, B., Lappe, J. M., LeBoff, M. S., Liu, S., Looker, A. C., Wallace, T. C., & Wang, D. D. (2016). Calcium plus vitamin D supplementation and risk of fractures: An updated meta-analysis from the National Osteoporosis Foundation. Osteoporosis International, 27(1), 367–376. https://doi.org/10.1007/s00198-015-3386-5.

1453. Webb, H., Free, N., Oates, J., & Paddle, P. (2020). The use of vocal fold injection augmentation in a transmasculine patient unsatisfied with voice following testosterone therapy and voice training. Journal of Voice, 36(4), 588.e1–588.e6. S0892-1997(20)30298-8. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2020.08.011.

1454. Wei, S. Y., Li, F. Y., Li, Q., Li, S. K., Zhou, C. D., Zhou, Y., Cao, Y. J., Zhang, S. Y., & Zhao, Y. (2018). Autologous buccal micro-mucosa free graft combined with posterior scrotal flap transfer for vaginoplasty in male-to-female transsexuals: A pilot study. Aesthetic Plastic Surgery, 4 2 (1), 188–196. https://doi.org/10.1007/s00266-017-0977-x.

1455. Weidler, E. M., Baratz, A., Muscarella, M., Hernandez, S. J., & van Leeuwen, K. (2019). A shared decision-making tool for individuals living with complete androgen insensitivity syndrome. Seminars in Pediatric Surgery, 28(5), 150844. https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2019.150844.

1456. Weidler, E. M., & Peterson, K. E. (2019). The impact of culture on disclosure in differences of sex development. Seminars in Pediatric Surgery, 28(5), 150840. https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2019.150840.

1457. Weigert, R., Frison, E., Sessiecq, Q., Al Mutairi, K., & Casoli, V. (2013).

Patient satisfaction with breasts and psychosocial, sexual, and physical well-being after breast augmentation in male-to-female transsexuals. Plastic Reconstructive Surgery, 132(6), 1421–1429. https://doi.org/10.1097/01.prs.0000434415.70711.49.

1458. Weill, A., Nguyen, P., Labidi, M., Cadier, B., Passeri, T.,

1459. Duranteau, L., Bernat, A. L., Yoldjian, I., Fontanel, S., Froelich, S., & Coste, J. (2021). Use of high dose cyproterone acetate and risk of intracranial meningioma in women: Cohort study. British Medical Journal (Clinical Research Edition.), 372, n37. https://doi.org/10.1136/bmj.n37.

1460. Weinand, J. D., & Safer, J. D. (2015). Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; A review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. Journal of Clinical and Translational Endocrinology, 2(2):55–60. https://doi.org/10.1016/j.jcte.2015.02.003.

1461. Weinhardt, L. S., Stevens, P., Xie, H., Wesp, L. M., John, S. A., Apchemengich, I., Kioko, D., Chavez-Korell, S., Cochran, K. M., Watjen, J. M., & Lambrou, N. H. (2017). Transgender and gender nonconforming youths' public facilities use and psychological well-being: A mixed-method study. Transgender Health, 2(1), 140–150. https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0020.

1462. Weissler, J. M., Chang, B. L., Carney, M. J., Rengifo, D., Messa, C. A. t., Sarwer, D. B., & Percec, I. (2018). Gender-affirming surgery in persons with gender dysphoria. Plastic Reconstructive Surgery, 141(3), 388e-396e.

1463. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000000004123.

1464. Wendler, J. (1990). Vocal pitch elevation after transsexualism male to female. In: Proceedings of the Union of the European Phoniatricians, Salsomaggiore.

1465. Wesp, L. (2016). Transgender patients and the physical examination, gender affirming health program, UCSF. https://transcare.ucsf.edu/guidelines/physical-examination

1466. Weyers, S., Elaut, E., De Sutter, P., Gerris, J., T'Sjoen, G., Heylens, G., De Cuypere, G., & Verstraelen, H. (2009). Long-term assessment of the physical, mental, and sexual health among transsexual women. The Journal of Sexual Medicine, 6(3), 752–760. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.01082.x.

1467. Weyers, S., Villeirs, G., Vanherreweghe, E., Verstraelen, H., Monstrey, S., Van den Broecke, R., & Gerris, J. (2010). Mammography and breast sonography in transsexual women. European Journal of Radiology, 74(3), 508–513. https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2009.03.018.

1468. White Hughto, J. M., & Reisner, S. L. (2016). A systematic review of the effects of hormone therapy on psychological functioning and quality of life in transgender

1469. individuals. Transgender Health, 1(1), 21–31. https://doi.org/10.1089/trgh.2015.0008.

1470. White Hughto, J. M., & Reisner, S. L. (2018). Social context of depressive distress in aging transgender adults. Journal of Applied Gerontology, 37(12), 1517–1539. https://doi.org/10.1177/0733464816675819.

1471. White Hughto, J. M., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. Social Science & Medicine, 147, 222–231. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010.

1472. Whyatt-Sames, J. (2017). Being brave: Negotiating the path of social transition with a transgender child in foster care. Journal of GLBT Family Studies, 13(4), 309–332. https://doi.org/10.1080/1550428X.2016.1241167.

1473. Wibowo, E., Johnson, T., & Wassersug, R. (2016). Infertility, impotence, and emasculation—Psychosocial contexts for abandoning reproduction. Asian Journal of Andrology, 18(3), 403. https://doi.org/10.4103/1008-682x.173937.

1474. Wibowo, E., Wassersug, R., Warkentin, K., Walker, L., Robinson, J., Brotto, L., & Johnson, T. (2012). Impact of androgen deprivation therapy on sexual function: A response. Asian Journal of Andrology, 14(5), 793–794. https://doi.org/10.1038/aja.2012.60.

1475. Wibowo, E., Wong, S. T. S., Wassersug, R. J., & Johnson, T. W. (2021). Sexual function after voluntary castration. Archives of Sexual Behavior, 50(8), 3889–3899. https://doi.org/10.1007/s10508-021-02094-6.

1476. Wiepjes, C. M., de Blok, C. J., Staphorsius, A. S., Nota, N. M., Vlot, M. C., de Jongh, R. T., & den Heijer, M. (2020). Fracture risk in trans women and trans men using long-term gender-affirming hormonal treatment: A nationwide cohort study. Journal of the American Society

1477. for Bone and Mineral Research, 35(1), 64–70. https://doi.org/10.1002/jbmr.3862.

1478. Wiepjes, C. M., den Heijer, M., & T'Sjoen, G. G. (2019). Bone health in adult trans persons: An update of the literature. Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity, 26(6), 296–300. https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000502.

1479. Wiepjes, C. M., Nota, N. M., de Blok, C. J. M., Klaver, M., de Vries, A. L. C., Wensing-Kruger, S. A., de Jongh, R. T., Bouman, M. B., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2018). The Amsterdam cohort of Gender Dysphoria study (1972-2015): Trends in prevalence, treatment, and regrets. Journal of Sexual Medicine, 15(4), 582–590. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016.

1480. Wiepjes, C. M., Vlot, M. C., Klaver, M., Nota, N. M., de Blok, C. J., de Jongh, R. T., Lips, P., Heijboer, A. C., Fisher, A. D., Schreiner, T., T'Sjoen, G., & den Heijer, M. (2017). Bone mineral density increases in trans persons after 1

year of hormonal treatment: A multicenter prospective observational study. Journal of Bone Mineral Research, 32(6), 1252–1260. https://doi.org/10.1002/jbmr.3102.

1481. Wierckx, K., Elaut, E., Declercq, E., Heylens, G., De Cuypere, G., Taes, Y., Kaufman, J. M., & T'Sjoen, G. (2013). Prevalence of cardiovascular disease and cancer during cross-sex hormone therapy in a large cohort of trans persons: A case-control study. European Journal of Endocrinology, 169(4), 471–478. https://doi.org/10.1530/EJE-13-0493.

1482. Wierckx, K., Elaut, E., Van Caenegem, E., Van De Peer, F., Dedecker, D., Van Houdenhove, E., & T'Sjoen, G. (2011). Sexual desire in female-to-male transsexual persons: Exploration of the role of testosterone administration. European Journal of Endocrinology, 165(2), 331–337. https://doi.org/10.1530/EJE-11-0250.

1483. Wierckx, K., Elaut, E., Van Hoorde, B., Heylens, G., De Cuypere, G., Monstrey, S., Weyers, S., Hoebeke, P., & T'Sjoen, G. (2014). Sexual desire in trans persons: Associations with sex reassignment treatment. The Journal of Sexual Medicine, 11(1), 107–118. https://doi.org/10.1111/jsm.12365.

1484. Wierckx, K., Mueller, S., Weyers, S., Van Caenegem, E., Roef, G., Heylens, G., & T'Sjoen, G. (2012). Long-term evaluation of cross-sex hormone treatment in transsexual persons. Journal of Sexual Medicine, 9(10), 2641–2651. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02876.x.

1485. Wierckx, K., Stuyver, I., Weyers, S., Hamada, A., Agarwal, A., De Sutter, P., & T'Sjoen, G. (2012). Sperm freezing in transsexual women. Archives of Sexual Behaviour, 41(5), 1069–1071. https://doi.org/10.1007/s10508-012-0012-x.

1486. Wierckx, K., Van Caenegem, E., Elaut, E., Dedecker, D., Van de Peer, F., Toye, K.,T'Sjoen, G. (2011). Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men. Journal of Sexual Medicine, 8(12), 3379–3388. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02348.x.

1487. Wierckx, K., Van Caenegem, E., Pennings, G., Elaut, E., Dedecker, D., Van de Peer, F., Weyers, S., De Sutter, P., & T'Sjoen, G. (2012). Reproductive wish in transsexual men. Human Reproduction, 27(2), 483–487. https://doi.org/10.1093/humrep/der406.

1488. Wierckx, K., Van Caenegem, E., Schreiner, T., Haraldsen, I., Fisher, A. D., Toye, K., Kaufman, J. M., & T'Sjoen, G. (2014). Cross-sex hormone therapy in trans persons is safe and effective at short-time follow-up: Results from the European network for the investigation of gender incongruence. Journal of Sexual Medicine, 11(8), 1999–2011. https://doi.org/10.1111/jsm.12571.

1489. Wierckx, K., Van de Peer, F., Verhaeghe, E., Dedecker, D., Van Caenegem, E., Toye, K., & T'Sjoen, G. (2014). Shortand long-term clinical skin effects of testosterone treatment in trans men. Journal of Sexual Medicine, 11(1), 222–229. https://doi.org/10.1111/jsm.12366.

1490. Wilchins, R. A. (1995). A note from your Editrix. In Your Face: Political Activism against Gender Oppression, 1(1), 4.

1491. Williams, A. J., Jones, C., Arcelus, J., Townsend, E., Lazaridou, A., & Michail, M. (2021). A systematic review and meta-analysis of victimisation and mental health prevalence among LGBTQ + young people with experiences of self-harm and suicide. PLoS One, 16(1), 1–26 https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245268.

1492. Wilson, B. D., & Meyer, I. H. (2021). Nonbinary LGBTQ Adults in the United States. UCLA School of Law Williams Institute.

1493. Wilson, D., Marais, A., de Villiers, A., Addinall, R., & Campbell, M. M. (2014). Transgender issues in South Africa, with particular reference to the Groote Schuur Hospital Transgender Unit. South African Medical Journal, 104(6), 449. https://doi.org/10.7196/SAMJ.8392.

1494. Wilson, E. C., Chen, Y. H., Arayasirikul, S., Raymond, H. F., & McFarland, W. (2016). The impact of discrimination on the mental health of trans* female youth and the protective effect of parental support. AIDS Behavior, 20(10), 2203–2211. https://doi.org/10.1007/s10461-016-1409-7.

1495. Wilson, E. C., Chen, Y. H., Arayasirikul, S., Wenzel, C., & Raymond, H. F. (2015). Connecting the dots: Examining transgender women's utilization of transition-related medical care and associations with mental health, substance use, and HIV. Journal of Urban Health, 92(1), 182–192. https://doi.org/10.1007/s11524-014-9921-4.

1496. Wilson, E. C., Turner, C. M., Sanz-Rodriguez, C., Arayasirikul, S., Gagliano, J., Woods, T., Palafox, E., Halfin, J., Martinez, L., Makoni, B., Eskman, Z. (2021). Expanding the pie–differentiated PrEP delivery models to improve PrEP uptake in the San Francisco Bay area. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 88(1), S39–S48. https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002809.

1497. Wilson, L. M., Baker, K. E., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K., & Robinson, K. A. (2020). Effects of antiandrogens on prolactin levels among transgender women on estrogen therapy: A systematic review. International Journal of Transgender Health, 21(4), 391–402. https://doi.org/10.1080/15532739.2020.1819505.

1498. Wimalawansa, S. M., Fox, J. P., & Johnson, R. M. (2014). The measurable cost of complications for outpatient cosmetic surgery in patients with mental health diagnoses. Aesthetic Surgery Journal, 34(2), 306–316. https://doi.org/10.1177/1090820X13519100.

1499. Winter, S., & Doussantousse, S. (2009). Trans people, hormones, and health risks in Southeast Asia: A Lao study. International Journal of Sexual Health, 21(1), 35–48. https://doi.org/10.1080/19317610802554141.

1500. Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed, T., Whittle, S., & Wylie, K. (2016). Transgender people: Health at the margins of society. The Lancet, 388(10042), 390–400. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00683-8.

1501. Winter, S., Settle, E., Wylie, K., Reisner, S., Cabral, M., Knudson, G., & Baral, S. (2016). Synergies in health and human rights: A call to action to improve transgender health. The Lancet, 388(10042), 318–321. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30653-5.

1502. Winters, K., & Ehrbar, R. D. (2010). Beyond conundrum: Strategies for diagnostic harm reduction. Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 14(2), 130–138. https://doi.org/10.1080/19359701003609922.

1503. Winters, K., Temple Newhook, J., Pyne, J., Feder, S., Jamieson, A., Holmes, C., Sinnott, M.-L., Pickett, S., & Tosh, J. (2018). Learning to listen to trans and gender diverse children: A Response to Zucker (2018) and Steensma and Cohen-Kettenis (2018). International Journal of Transgenderism, 19(2), 246–250. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1471767.

1504. Wisniewski, A. B, & Sandberg, D. E. (2015). Parenting children with disorders of sex development (DSD): A developmental perspective beyond gender. Hormone and Metabolic Research, 47(5), 375–379. https://doi.org/10.1055/s-0034-1398561.

1505. Witcomb, G. L., Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J., & Arcelus, J. (2018). Levels of depression in transgender people and its predictors: Results of a large matched control study with transgender people accessing clinical services. Journal of Affective Disorders, 235, 308–315. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.051.

1506. Witcomb, G. L., Claes, L., Bouman, W. P., Nixon, E., Motmans, J., & Arcelus, J. (2019). Experiences and psychological wellbeing outcomes associated with bullying in treatment-seeking transgender and gender-diverse youth. LGBT Health, 6(5), 216–226. https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0179.

1507. Witten, T. M., & Eyler, E. (2016). Care of aging transgender and Gender Nonconforming Patients. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Coleman (Eds.), Principles of transgender medicine and surgery (2nd ed., pp. 344–378). Routledge.

1508. Witten, T. M. (2014). It's not all darkness: Robustness, resilience, and successful transgender aging. LGBT Health, 1(1), 24–33. https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0017.

1509. Witten, T. M. (2017). Health and well-being of transgender elders. Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 37(1), 27–41. https://doi.org/10.1891/0198-8794.37.27.

1510. Wolfe-Christensen, C., Wisniewski, A. B., Mullins, A. J., Reyes, K. J., Austin, P., Baskin, L., Bernabé, K., Cheng, E., Fried, A., Frimberger, D., Galan, D., Gonzalez, L., Greenfield, S., Kolon, T., Kropp, B., Lakshmanan, Y., Meyer, S., Meyer, T., Nokoff, N. J., & Palmer, B. (2017). Changes in levels of parental distress after their child with

atypical genitalia undergoes genitoplasty. Journal of Pediatric Urology, 13(1), 32.e1–32.e6. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2016.10.024.

1511. Wolfe-Roubatis, E., & Spatz, D. L. (2015). Transgender men and lactation: What nurses need to know. MCN American Journal of Maternal/Child Nursing, 40(1), 32–38. https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000097.

1512. Wolter, A., Diedrichson, J., Scholz, T., Arens-Landwehr, A., & Liebau, J. (2015). Sexual reassignment surgery in female-to-male transsexuals: an algorithm for subcutaneous mastectomy. Journal of Plastic and Reconstructive Aesthetic Surgery, 68(2), 184–191. https://doi.org/10.1016/j.bjps.2014.10.016.

1513. Wolter, A., Scholz, T., Pluto, N., Diedrichson, J., Arens-Landwehr, A., & Liebau, J. (2018). Subcutaneous mastectomy in female-to-male transsexuals: Optimizing perioperative and operative management in 8 years clinical experience. Journal of Plastic Reconstructive Aesthetic & Surgery, 71(3), 344–352. https://doi.org/10.1016/j.bjps.2017.09.003.

1514. Wong, W. I., van der Miesen, A. I. R., Li, T. G. F., MacMullin, L. N., & VanderLaan, D. P. (2019). Childhood social gender transition and psychosocial well-being: A comparison to cisgender gender variant children. Clinical Practice in Pediatric Psychology, 7(3), 241–253. https://doi.org/10.1037/cpp0000295.

1515. Workowski, K. A., Bachmann, L. H., Chan, P. A., Johnston, C. M., Muzny, C. A., Park, I., Reno, H., Zenilman, J. M., & Bolan, G. A. (2021). Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports, 70(4). https://doi.org/10.15585/mmwr.rr7004a1.

1516. World Bank Group. (2018). Life on the margins: Survey results of the experiences of LGBTI people in Southeastern Europe. http://documents.worldbank.org/curated/en/123651538514203449/pdf/130420-REPLACEMENT-PUBLIC-FINAL-WEB-Life-on-the-Margins-Survey-Resultsof-the-Experiences-of-LGBTI-People-in-Southeastern-Europe.pdf

1517. World Health Organization. (1992). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10th revision). World Health organization.

1518. World Health Organization. (2006). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health. World Health Organization

1519. World Health Organization. (2007). Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk. World Health Organization.

1520. World Health Organization. (2010). Developing sexual health programmes: A framework for action. World Health Organization. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/rhr_hrp_10_22/en/

1521. World Health Organization. (2015a). Brief sexuality-related

communication: recommendations for a public health approach. World Health Organisation. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170251/9789241549004_eng.pdf.

1522. World Health Organisation. (2015b). Sexual health, human rights and the law. World Health Organisation. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/

1523. World Health Organisation. (2016). Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: 2016 update. World Health Organisation. https://www.who.int/publications/i/item/9789241511124

1524. World Health Organization. (2018). ICD-11—Mortality and morbidity statistics. World Health Organization. https://icd.who.int/browse11/l-m/en

1525. World Health Organization. (2019a). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.). World Health Organization. https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http://id.who.int/icd/entity/90875286

1526. World Health Organization. (2019b). Consolidated guidelines on HIV testing services, https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-155058-1

1527. World Health Organization. (2019c). What's the 2+1+1?

1528. Event-driven oral pre-exposure prophylaxis to prevent HIV for men who have sex with men: Update to WHO's recommendation on oral PrEP. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325955/WHO-CDS-HIV-19.8-eng.pdf?ua=1

1529. World Health Organization. (2019d). WHO global report on traditional and complementary medicine. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/312342.

1530. World Health Organization. (2020). Tobacco. http://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1

1531. World Health Organization. (2021a). Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach.

1532. World Health Organization https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593

1533. World Health Organization. (2021b). Consolidated guideline on self-care interventions for health and wellbeing, Version 2.3. World Health Organization. https://app.magicapp.org/#/guideline/Lr21gL

1534. WPATH. (2016). Position statement on medical necessity of treatment, sex reassignment, and insurance coverage in the U.S.A. https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Web%20Transfer/Policies/WPATH-Position-on-Medical-Necessity-12-21-2016.pdf

1535. WPATH. (2017). WPATH identity recognition statement. https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Web%20Transfer/Policies/WPATH%

20Identity%20Recognition%20Statement%2011.15.17.pdf

1536. WPATH. (2019). WPATH statement on Yogyakarta Principles Plus 10 and healthcare delivery. https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Public%20Policies/2019/WPATH%20Statement%20on%20Yogykarta%20Principles%20Plus%2010.pdf

1537. WPATH Position Statement. (2018). WPATH position on "Rapid Onset Gender Dysphoria (ROGD)." https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Public%20Policies/2018/9_Sept/WPATH%20Position%20on%20Rapid-Onset%20Gender%20Dysphoria_9-4-2018.pdf

1538. Wu, L. J., Qi, J., Cai, Y., Liu, S. Y., Zhu, M., Zhong, P. P., Xin, Y., & Feng, S. Q. (2017). Chinese transgender population general survey report. LGBT Center and Department of Sociology, Peking University. https://chinadevelopmentbrief.cn/wp-content/uploads/2020/04/2017-Chinese-Transgender-Population-General-SurveyReport.pd

1539. Wylie, K. (2008). Are the criteria for the 'real-life experience'(RLE) stage of assessment for GID useful to patients and clinicians? International Journal of Transgenderism, 10(3–4), 121–131. https://doi.org/10.1080/15532730802297314.

1540. Wylie, K., Knudson, G., Khan, S. I., Bonierbale, M., Watanyusakul, S., & Baral, S. (2016). Serving transgender people: Clinical care considerations and service delivery models in transgender health. The Lancet, 388(10042), 401–411.

1541. Xavier, J. M., Robbin, M., Singer, B., & Budd, E. (2005). A needs assessment of transgendered people of color living in Washington, DC. In W. O. Bockting, & E. Avery (Eds.), Transgender health and HIV prevention: Needs assessment studies from transgender communities across the United States (pp. 31–47). The Haworth Medical Press. https://doi.org/10.1300/J485v08n02_04

1542. Yadegarfard, M., Meinhold-Bergmann, M. E., & Ho, R. (2014). Family rejection, social isolation, and loneliness as predictors of negative health outcomes (depression, suicidal ideation, and sexual risk behavior) among Thai male-to-female transgender adolescents. Journal of LGBT Youth, 11(4), 347–363. https://doi.org/10.1080/19361653.2014.910483.

1543. Yager, J. L., & Anderson, P. L. (2020). Pharmacology and drug interactions with HIV PrEP in transgender persons receiving gender affirming hormone therapy. Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology, 16(6), 463–474. https://doi.org/10.1080/17425255.2020.1752662.

1544. Yanagi, Y., Ishikawa, Y., Nakamura, K., Komazawa, D., & Watanabe, Y. (2015). Voice changes over time in a female-to-male transsexual receiving hormone therapy. The Japan Journal of Logopedics and Phoniatrics, 56(3), 250–256. https://doi.org/10.5112/jjlp.56.250.

1545. Yang, C. Y., Palmer, A. D., Murray, K. D., Meltzer, T. R., & Cohen, J. I. (2002). Cricothyroid approximation to

elevate vocal pitch in male-to-female transsexuals: Results of surgery. Annals of Otology, Rhinology and Laryngology, 111 (6), 477–485. https://doi.org/10.1177/000348940211100602.

1546. Yang, J. H., Baskin, L. S., & DiSandro, M. (2010) Gender identity in disorders of sex development: review article. Urology,75(1):153–159. https://doi.org/10.1016/j.urology.2009.07.1286.

1547. Yang, X., Wang, L., Gu, Y., Song, W., Hao, C., Zhou, J., Zhang, Q., & Zhao, Q. (2016). A cross-sectional study of associations between casual partner, friend discrimination, social support and anxiety symptoms among Chinese transgender women. Journal of Affective Disorders, 203, 22–29. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.051.

1548. Yang, X., Zhao, L., Wang, L., Hao, C., Gu, Y., Song, W., Zhao, Q., & Wang, X. (2016). Quality of life of transgender women from China and associated factors: A cross-sectional study. Journal of Sexual Medicine, 13(6), 977–987. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.03.369.

1549. Yeung, H., Ragmanauskaite, L., Zhang, Q., Kim, J., Tangpricha, V., Getahun, D., & Goodman, M. (2020). Prevalence of moderate to severe acne in transgender adults: A cross-sectional survey. Journal of the American Academy of Dermatology, 83(5), 1450–1452. https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.02.053.

1550. Yogyakarta Principles.org. (2007). Yogyakarta principles. https://yogyakarta.org

1551. Yona, L., & Katri, I. (2020). The limits of transgender incarceration reform. Yale Journal of Law and Feminism, 31(2), 201–246. http://hdl.handle.net/20.500.13051/7128

1552. Yoong, S. L., Tursan d'Espaignet, E., Wiggers, J., St Claire, S., Mellin-Olsen, J., & Grady Aet al. (2020). Tobacco and postsurgical outcomes: WHO tobacco knowledge summaries. World Health Organization

1553. Yuan, N., Chung, T., Ray, E. C., Sioni, C., Jimenez-Eichelberger, A., & Garcia, M. M. (2021). Requirement of mental health referral letters for staged and revision genital gender-affirming surgeries: An unsanctioned barrier to care. Andrology, 9(6), 1765–1772. https://doi.org/10.1111/andr.13028.

1554. Yule, M. A., Brotto, L. A., & Gorzalka, B. B. (2015). A validated measure of no sexual attraction: The Asexuality Identification Scale. Psychological Assessment, 27(1), 148–160. https://doi.org/10.1037/a0038196.

1555. Zanghellini, A. (2020). Philosophical problems with the gender-critical feminist argument against trans inclusion. Sage Open, 10(2), 2158244020927029. https://doi.org/10.1177/2158244020927029.

1556. Zavlin, D., Schaff, J., Lelle, J. D., Jubbal, K. T., Herschbach, P., Henrich, G., Ehrenberger, B., Kovacs, L., Machens, H. G., & Papadopulos, N. A. (2018). Male-to-

female sex reassignment surgery using the combined vaginoplasty technique: Satisfaction of transgender patients with aesthetic, functional, and sexual outcomes. Aesthetic Plastic
1557. Surgery, 42(1), 178–187. https://doi.org/10.1007/s00266-017-1003-z.
1558. Zelin, N. S., Hastings, C., Beaulieu-Jones, B. R., Scott, C., Rodriguez-Villa, A., Duarte, C., Calahan, C., & Adami, A. J. (2018). Sexual and gender minority health in medical curricula in new England: A pilot study of medical student comfort, competence and perception of curricula. Medical Education Online, 23(1), 1461513. https://doi.org/10.1080/10872981.2018.1461513.
1559. Zielinski, D. S., & Bradshaw, C. P. (2006). Ecological influences on the sequelae of child maltreatment: A review of the literature. Child Maltreatment, 11(1), 49–62. https://doi.org/10.1177/1077559505283591.
1560. Zhang, Q., Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Hashemi, L., Kreukels, B., Motmans, J., Snyder, R., & Coleman, E. (2020). Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. International Journal of Transgender Health, 21(2), 125–137. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753136.
1561. Zhang, Q., Rechler, W., Bradlyn, A., Flanders, W. D., Getahun, D., Lash, T. L., McCracken, C., Nash, R., Panagiotakopoulous, L., Roblin, D., Sandberg, D., Silverberg, M., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Changes in size and demographic composition of transgender and gender nonbinary population receiving care at integrated health systems. Endocrine Practice, 27(5), 390–395. https://doi.org/10.1016/j.eprac.2020.11.016.
1562. Zhang, W. R., Garrett, G. L., Arron, S. T., & Garcia, M. M. (2016). Laser hair removal for genital gender affirming surgery. Translational Andrology and Urology, 5(3), 381–387. https://doi.org/10.21037/tau.2016.03.27.
1563. Zhang, Y. F., Liu, C. Y., Qu, C. Y., Lu, L. X., Liu, A. T., Zhu, L., Wang, H., Lin, Z. H., Zhao, Y. Z., Zhu, X. H., & Hua, J. (2015). Is vaginal mucosal graft the excellent substitute material for urethral reconstruction in female-to-male transsexuals? World Journal of Urology, 33(12), 2115–2123. https://doi.org/10.1007/s00345-015-1562-z.
1564. Zhou, Y., Furutani, M., Athurupana, R., & Nakatsuka, M. (2021). Relation between identity disclosure to family members and mental health in Japanese transgender people. Acta Medica Okayama, 75(5), 611–623. https://doi.org/10.18926/AMO/62227.
1565. Zhu, J., & Chan, Y. M. (2017). Adult consequences of self-limited delayed puberty. Pediatrics, 139(6). https://doi.org/10.1542/peds.2016-3177.
1566. Ziegler, A., Henke, T., Wiedrick, J., & Helou, L. B. (2018). Effectiveness of testosterone therapy for masculinizing voice in transgender patients: A meta-

analytic review. International Journal of Transgenderism, 19(1), 25–45. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1411857.

1567. Zimman, L. (2020). Transgender language, transgender moment: Toward a trans linguistics. In K. Hall, & R. Barrett, (Eds.), The Oxford handbook of language and sexuality (pp. 1–23). Oxford University Press. http://lalzimman.org/PDFs/Zimman2020TransLanguageTransMoment.pdf

1568. Zucker, K. J., Cohen-Kettenis, P. T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pfäfflin, F., & Womack, W. M. (2013). Memo outlining evidence for change for gender identity disorder in the DSM-5. Archives of Sexual Behavior, 42(5), 901–914. https://doi.org/10.1007/s10508-013-0139-4.

ПОДЯКИ

Карен А. Робінсон, Професор медицини в Університеті Джона Гопкінса та директор Центру Наукової Практики Школи та її персоналу за проведення всіх систематичних оглядів та допомогу в розробці рекомендацій, які лежать в основі СМД-8.

Етичні міркування: Керол Бейлі, Сімона Джордано та Шерон Ситсма.

Юридичні перспективи: Дженніфер Леві та Філ Дюран.

Перевіряючі довідок: Таймі Касо, Оскар Дімант, Зіл Голдштейн, Алі Гарріс, Нат Торн.

Редактори: Маргеріт Уайт, Джун Ся.

Адміністративна підтримка: Блейн Велла, Тейлор О'Салліван і Джеймі Хікс.

Нарешті, ми хочемо подякувати всім учасникам, які надали коментарі під час періоду громадського обговорення, а також GATE (Global Action for Trans Equality), Asia Pacific Transgender Network Foundation (APTN), The International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA), а також Transgender Europe (TGEU) за їхні корисні та конструктивні відгуки щодо ранньої версії СМД-8.

Конфлікт інтересів

Можливість конфлікту інтересів розглядалася як частина процесу відбору членів комітету та наприкінці процесу перед публікацією. Жоден конфлікт інтересів не був визнаний значним або непрямим.

Етичне схвалення

Цей рукопис не містить жодних досліджень із залученням людей, проведених будь-яким із авторів.

Фінансування

Цей проект частково фінансувався за рахунок гранту Tawani Foundation. Більша частина витрат пішла на оплату роботи Центру Доказової Практики університету Джонса Гопкінса. Редакторам і перевіряльникам довідок платили символічні гонорари. Члени Комітету не отримували грошової винагороди за свої внески. Деякі транспортні витрати для Голів Комітетів були покриті Всесвітньою Професійною Асоціацією Трансгендерного Здоров'я (ВПАТЗ). Витрати на персонал ВПАТЗ та інші внутрішні витрати покривалися з бюджету Асоціації.

ДОДАТОК А — МЕТОДОЛОГІЯ

1. Вступ

Ця версія Стандартів Медичної Допомоги (СМД-8) заснована на більш строгому доказовому методологічному підході ніж попередні версії. Ці докази ґрунтуються не лише на опублікованій літературі (прямих і непрямих доказах), але й на основі консенсусу експертів. Рекомендації, засновані на фактичних даних, спрямовані на оптимізацію догляду за пацієнтами, і ґрунтуються на систематичному огляді доказів та оцінці переваг і шкоди альтернативних варіантів допомоги. Доказові дослідження є основою для надійних клінічних практичних вказівок і рекомендацій, але їх необхідно збалансувати з урахуванням реальності та можливостей надання допомоги в різних умовах. Процес розробки СМД-8 включав рекомендації щодо розробки настанов із клінічної практики від Національної Академій Медицини та Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, які стосувалися прозорості, політики щодо конфлікту інтересів, складу комітетів і групового процесу. (Institute of Medicine Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice, 2011; World Health Organization, 2019a).

Ревізійна комісія СМД-8 була міждисциплінарною та складалася з експертів із предметних питань, медичних працівників, дослідників та зацікавлених сторін із різними поглядами та географічним представництвом. Усі члени комітету заповнили декларації про конфлікт інтересів.*

Методолог із настанов допомагав у плануванні та розробці запитань, а незалежна група проводила систематичні аналізи, які використовувалися для формулювання деяких тверджень для рекомендацій. Додатковий внесок до настанов надали міжнародний консультативний комітет, юридичні експерти та відгуки, отримані під час періоду громадського обговорення. Рекомендації в СМД-8 ґрунтуються на наявних доказах, що підтверджують втручання, обговоренні ризиків і шкоди, а також здійсненності та прийнятності в різних контекстах і умовах країни. Консенсусу щодо остаточних рекомендацій було досягнуто за допомогою Дельфійського процесу, який включав усіх членів Комітету з перегляду стандартів медичної допомоги та вимагав, щоб заяви про рекомендації були схвалені 75% членів. Допоміжні та пояснювальні тексти доказів до висловлювань були написані членами відділів. Голова та співголови Ревізійної Комісії СМД перевірили чергові варіанти розділів, щоб переконатися, що формат є узгодженим, докази належним чином надано, а рекомендації узгоджені між розділами. Незалежна група перевірила посилання, використані в СМД-8, перш ніж настанови були повністю відредаговані одним професіоналом. Детальний огляд методології СМД-8 описано нижче.

**Розробка SOC-8 була складним процесом під час COVID-19 і політичної невизначеності в багатьох частинах світу. Члени СМД-8 працювали над СМД-8 на додаток до своєї повсякденної роботи, і більшість зустрічей відбувалися в неробочий час, і у вихідні дні через Zoom. Було дуже мало очних зустрічей, більшість з них були пов'язані з конференціями ВПАТЗ, СШПАЗТ або ЄПАЗТ. Члени комітету СМД-8 не отримували заробітної плати в рамках цього процесу.*

2. Різниця між методологією СМД-8 та попередніх редакцій

Основними відмінностями методології СМД-8 від інших версій СМД є:

- Залучення більшої групи професіоналів з усього світу;
- Прозорий процес відбору для формування керівного комітету, а також для вибору керівників відділів і членів;

- Залучення різноманітних зацікавлених сторін до розробки СМД-8;
- Менеджмент конфліктів інтересів;
- Використання Дельфійського процесу для досягнення згоди щодо рекомендацій між членами комітету СМД-8;
- Залучення незалежного органу з авторитетного університету для допомоги в розробці методології та проведення незалежних систематичних оглядів літератури, де це можливо;
- Рекомендації оцінювалися як «рекомендувати» або «пропонувати» на основі сили рекомендацій;
- Залучення незалежної групи клінічних науковців для перевірки цитування;
- Залучення міжнародних організацій, що працюють із спільнотою трансгендерів і гендерно різноманітними (ТГР) людьми, членів ВПАТЗ та інших професійних організацій, а також широкої громадськості, які надали відгуки під час періоду громадського обговорення СМД-8.

3. Огляд процесу розробки СМД-8

Етапи оновлення Стандартів медичної допомоги підсумовано нижче:

1. Створення Керівного Комітету з Настанов, включаючи голову та співголів (19 липня 2017 р.);
2. Визначення Відділів (обсяг настанов);
3. Вибір Членів Відділів на основі досвіду (березень 2018 р.);
4. Вибір команди з перевірки доказів: Університет Джона Гопкінса (травень 2018 р.);
5. Уточнення тем, включених до СМД-8, і контрольних питань для систематичних оглядів;
6. Проведення систематичних оглядів (березень 2019 р.);
7. Складання рекомендаційних заяв;
8. Голосування за рекомендаційні заяви за допомогою Дельфійського процесу (вересень 2019–лютий 2022);
9. Оцінка тверджень рекомендацій;
10. Складання тексту, що супроводжує твердження;
11. Самостійна перевірка посилань, використаних у допоміжному тексті;
12. Доопрацювання проекту СМД-8 (1 грудня 2021 р.);
13. Відгук на твердження від Міжнародного консультативного комітету;
14. Зворотній зв’язок щодо всього проекту СМД-8 протягом періоду громадського обговорення (листопад 2021 – січень 2022);
15. Перегляд остаточного проекту на основі коментарів (січень 2022 р. – травень 2022 р.);
16. Затвердження остаточного проекту Головою та Співголовами (10 червня 2022 р.);
17. Затвердження Радою директорів ВПАТЗ;
18. Публікація СМД-8;
19. Поширення та переклад СМД-8.

3.1. Створення Керівного Комітету

Керівний Комітет настанов ВПАТЗ спостерігав за процесом розробки настанов для всіх розділів Стандартів Медичної Допомоги. За винятком голови (Ілая Коулмана), який був призначений правлінням ВПАТЗ для збереження спадкоємності з попередніми виданнями СМД, члени Керівного Комітету були обрані правлінням ВПАТЗ з числа членів ВПАТЗ, які претендували на ці посади. Було розроблено посадові інструкції для посад співголів, керівників відділів, членів відділів та зацікавлених сторін. Члени ВПАТЗ мали право подати заявку, заповнивши форму заявки та надіславши своє резюме. Правління ВПАТЗ проголосувало за посаду співголови (один член правління не брав участі через конфлікт інтересів). Голови та Співголови обирали керівників і членів відділів (а також зацікавлених сторін) на основі форми заяви та резюме.

В Керівний Комітет з Настанов Стандартів Медичної Допомоги 8-ї версії ввійшли:

- Ілай Коулман, доктор філософії (голова), професор, директор і науковий керівник Інституту Сексуального та Гендерного Здоров'я, Департамент Сімейної Медицини та Громадського Здоров'я, Медична школа Університету Міннесоти (США).
- Аса Редікс, доктор медичних наук, доктор філософії, магістр охорони здоров'я (співголова), старший директор Науково-Освітнього Центру Громадського Здоров'я Каллена-Лорда, доцент кафедри медицини Нью-Йоркського Університету, США
- Джон Арселус, доктор медичних наук, доктор філософії (співголова), професор кафедри психічного здоров'я та благополуччя, почесний консультант Ноттінгемського Університету Охорони Здоров'я Трансгендерів, Великобританія
- Карен А. Робінсон, доктор філософії (керівник, група перевірки доказів), професор медицини, епідеміології та політики та менеджменту в галузі охорони здоров'я Університет Джонса Хопкінса, США

3.2. Визначення теми розділів

Керівний комітет з настанов обрав розділи для включення в Стандарти Медичної Допомоги розглянувши літературу та попередню версію СМД. В Стандарти Медичної Допомоги 8-ї версії ввійшли наступні розділи:

1. Термінологія;
2. Глобальна застосовність;
3. Оцінка популяцій;
4. Освіта*;
5. Діагностика дорослих;
6. Підлітки;
7. Діти;
8. Небінарні особи;
9. Євнухи;
10. Інтерсекс особи;
11. Інституційне середовище;
12. Гормональна терапія;
13. Хірургія та післяопераційний догляд;

14. Постановка голосу та комунікативна терапія;
15. Первинна допомога;
16. Репродуктивне здоров'я;
17. Сексуальне здоров'я;
18. Психічне здоров'я.

**Розділ "Освіта" спочатку мав розкривати теми освіти та етики. Було прийнято рішення створити окремий комітет для написання розділу про етику. Проте, в процесі його написання було прийняте рішення про те, що тему етики краще розкрити поза СМД-8 з більш детальним оглядом етичних міркувань з приводу трансгендерного здоров'я.*

3.3. Обрання членів відділів

Членам ВПАТЗ було надіслано запрошення подавати заявку на участь у комісії з перегляду СМД-8 (Керівник Відділу або Учасник). Керівники призначили членів для роботи над кожним розділом, забезпечивши представництво різних дисциплін і точок зору.

Керівники і члени відділів повинні були бути Повними Членами ВПАТЗ з хорошою репутацією та експертами з питань трансгендерного здоров'я, включно з принаймні однією темою Розділу. Керівники Відділів підпорядковувалися Керівному Комітету з Рекомендацій і відповідали за координацію Членів Відділів..

Кожен розділ також включав зацікавлених сторін як членів, які привносять свої погляди на захист здоров'я трансгендерних осіб або працюють зі спільнотами, або як члени сім'ї, яка включає трансгендерну дитину, сиблінга, партнера, батьків тощо. Зацікавлені сторони не повинні були бути повноправними членами ВПАТЗ.

Члени відділів мали:

- Приймати участь в розробці питань;
- Читати та коментувати всі матеріали, отримані від команди з перевірки доказів;
- Критично оцінювати чергові варіанти документів, включно з черговим варіантом протоколів доказів;
- Розглядати та оцінювати докази та чергові варіанти рекомендацій;
- Приймати участь у встановлені консенсусу Дельфійським процесом;
- Розробляти текст, що супроводжує рекомендаційні твердження;
- Оцінювати доцільність рекомендацій;
- Розглядати та відповідати на коментарі керівників під час процесу роботи;
- Розробляти наповнення розділів;
- Розглядати коментарі під час публічного обговорення та допомогати у внесені коректив у настанови;
- Робити вклад в розповсюдження настанов;

Навчання та інструктаж керівників відділів та членів було проведено за планом. Зміст навчання включав формулювання та уточнення запитань (тобто використання процесу ПІКО), перегляд доказів, розробку рекомендацій, оцінку доказів і рекомендацій, а також інформацію про програму та процес розробки настанов. Загалом було призначено 26 керівників відділень (деякі відділи вимагали

співкерівників), 77 членів відділів і 16 зацікавлених сторін. Всього було відібрано 127 осіб. Під час процесу роботи над СМД через особисті чи службові проблеми вибуло 8 осіб. Отже, остаточна кількість авторів СМД-8 склала 119 осіб.

3.4. Набір в команду перевірки доказів

Правління ВПАТЗ опублікувало запит на участь у групі перевірки доказів. Для 8-ї версії Стандартів Медичної Допомоги було залучено групу перевірки доказів в Університеті Джонса Гопкінса під керівництвом Карен Робінсон.

Карен А. Робінсон, доктор філософії (керівник, група перевірки доказів), професор медицини, епідеміології та політики та менеджменту в галузі охорони здоров'я Університет Джонса Хопкінса, США

Доктор Робінсон також керувала керівним комітетом з розробки СМД-8, надаючи поради та тренінги щодо розробки запитань і тверджень для процесу ПІКО та Дельфійського процесу, а також проводячи дуже ретельний систематичний огляд літератури, в якій були доступні прямі докази.

Конфлікт інтересів

Члени Керівного Комітету з Настанов, голови та члени відділів, а також члени команди з перевірки доказів мали повідомити про будь-які конфлікти інтересів. Крім потенційних фінансових і конкуруючих інтересів або конфліктів, також повідомляється про особисті або прямі зв'язки підпорядкованості з головою, співголовою чи членом правління WPATH або про займання посади в раді директорів ВПАТЗ.

3.5. Уточнення тем та перегляд питань

Команда з перевірки доказів взяла рекомендації з попередньої версії Стандартів Медичної Допомоги. З допомогою команди перевірки доказів Керівний Комітет з Настанови та керівники відділів визначили:

- Рекомендаційні твердження, які потребують оновлення;
- Нові області, які потребують розробки рекомендацій.

3.6. Проведення систематичного огляду

Члени відділів розробили запитання, щоб допомогти розробити рекомендації. Для питань, які підлягають систематичному перегляду, команда перевірки доказів підготувала питання для огляду, вказавши Популяцію, Інтервенцію, Контроль та Остаток (елементи ПІКО). Команда перевірки доказів провела систематичні аналізи та представила таблиці доказів та інші результати членам відповідного відділу для зворотного зв'язку.

Протокол

Для кожного запитання чи теми огляду було розроблено окремий докладний протокол систематичного огляду. Кожен протокол був зареєстрований на PROSPERO.

Пошук наукової літератури

Команда з перевірки доказів розробила стратегію пошуку, яка підходить для кожного питання дослідження, включаючи MEDLINE®, Embase™ і Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL). Команда перевірки доказів здійснила пошук у додаткових базах даних, які вважалися відповідними для питання дослідження. Стратегія пошуку включала MeSH і текстові терміни і не обмежувалася мовою публікації чи датою.

Команда перевірки доказів вручну провела пошук у списках посилань усіх включених статей і останніх відповідних систематичних оглядів, а також пошук у базі даних ClinicalTrials.gov для будь-яких додаткових відповідних досліджень.

Пошукові запити було оновлено під час процесу рецензування.

Література, включена до систематичного огляду, здебільшого базується на кількісних дослідженнях, проведених у Європі, США чи Австралії. Ми визнаємо упередженість до перспектив глобальної півночі, яка не приділяє достатньої уваги різноманіттю життєвого досвіду та перспектив у трансгендерних та гендерно різноманітних (TGD) спільнотах у всьому світі. Цей дисбаланс видимості в літературі вказує на дослідницьку та практичну прогалину, яку необхідно вирішити дослідникам і практикам у майбутньому, щоб віддати належне потребам у підтримці всіх ТГР людей незалежно від гендерної ідентифікації.

Вибір досліджень

Команда перевірки доказів за участю керівників робочих груп апріорі визначила критерії прийнятності для кожного питання дослідження.

Два рецензенти з групи перевірки доказів незалежно перевіряли заголовки, анотації та повні тексти статей на відповідність вимогам. Щоб бути виключеними, обидва рецензенти повинні були погодитися, що дослідження відповідає принаймні одному критерію виключення. Рецензенти вирішували розбіжності щодо придатності шляхом обговорення.

Збір даних

Команда перевірки доказів використовувала стандартизовані форми для абстрагування даних про загальні характеристики дослідження, характеристики учасників, втручання та показники результатів. Один рецензент зробив реферат даних, а другий рецензент підтвердив реферативні дані.

Оцінка ризику упередженості

Два рецензенти з групи перевірки доказів незалежно один від одного оцінили ризик упередженості для кожного включеного дослідження. Для рандомізованих контрольованих досліджень використовувався Кокранівський інструмент зміщення ризику. Для обсерваційних досліджень використовувався інструмент зміщення ризику в нерандомізованих дослідженнях втручань (ROBINS-I). Там, де вважалося доцільним, існуючі нещодавні систематичні огляди були розглянуті та оцінені за допомогою ROBIS.

Синтез та аналіз даних

Команда перевірки доказів створила таблиці доказів із детальним описом даних, взятих із включених досліджень. Члени робочих груп осередків переглянули та надали коментарі до таблиць доказів.

Оцінка доказів

Команда перевірки доказів присвоїла оцінки доказам за методологією GRADE. Переконливість доказів була отримана з використанням заздалегідь визначених критичних результатів для кожного запитання та шляхом оцінки обмежень якості окремого дослідження/ризику упередженості, узгодженості, прямоти, точності та упередженості звітності.

3.7. Написання чорнового варіанту рекомендацій

Керівники і члени відділів підготували проекти рекомендацій. Твердження були створені таким чином, щоб вони були здійсненими та вимірними.

Рекомендації, засновані на доказах, ґрунтувалися на результатах систематичного та довідкового огляду літератури, а також на консенсусних експертних думках.

Голова, співголови та керівники відділів переглянули та схвалили всі рекомендації на предмет ясності та послідовності формулювань. Під час цього перегляду та протягом усього процесу також розглядалося будь-яке збігання між розділами.

Багатьом відділам довелося тісно співпрацювати, щоб забезпечити послідовність своїх рекомендацій. Наприклад, оскільки тепер існують окремі розділи для дитячого та підліткового віку, щоб забезпечити узгодженість між обома розділами, деякі автори були частиною обох відділів.

3.8. Затвердження рекомендацій за допомогою Дельфійського процесу

Формальний консенсус щодо всіх тверджень був отриманий за допомогою Дельфійського процесу (структурований збір експертних оцінок у три раунди). Для того, щоб рекомендація була схвалена, її повинні були схвалити не менше 75% виборців. Щонайменше 65% членів СМД-8 мали брати участь у Дельфійському процесі для кожного твердження. Люди, які не схвалювали заяву, мали надати інформацію про причини свого несхвалення, щоб заяву можна було змінити (або видалити) відповідно до цього відгуку. Після модифікації оператор знову проводив Дельфійський процес. Якщо після 3 раундів заява не була схвалена, її видаляли з СМД. Кожен учасник голосував за кожну заяву. Рівень підтримки тверджень був між 74,79% і 94,96%.

3.9. Критерії оцінки рекомендацій

Після того, як твердження пройшли Дельфійський процес, Члени Відділу оцінили кожне твердження за допомогою процесу, адаптованого з Оцінювань Рекомендацій, Оглядів, Розвитку та Обчислень (OPOPO). Це прозора структура для розробки та представлення резюме доказів, яка забезпечує систематичний підхід до надання рекомендацій щодо клінічної практики (Guyatt et al., 2011). Твердження були оцінені на основі таких факторів, як:

- Баланс потенційної користі та шкоди;
- Ступінь довіри балансу та якості доказів;
- Цінності та вподобання постачальників і пацієнтів;

- Використання ресурсів і доцільність.

Рекомендації класифікувалися як:

- Жорсткі рекомендації (“ми рекомендуємо”) використовувалися для інтервенцій/стратегій лікування/терапії які:
    - Базувалися на доказах високої якості;
    - Мали високу очікувану ефективність втручання/терапії/стратегії (тобто існує високий ступінь упевненості, що ефекти будуть досягнуті на практиці)
    - Мали незначну кількість недоліків терапії/втручання/стратегії
    - Мали високий ступінь схвалення серед постачальників послуг і пацієнтів або тих, для кого ця рекомендація стосується.
- М’які рекомендації (“ми пропонуємо”) використовувалися для інтервенцій/стратегій лікування/терапії які:
    - Мали слабку доказову базу;
    - Викликали певні сумніви стосовно досягнення очікуваного ефекту;
    - Мали потребу збалансувати потенційні позитивні та негативні сторони втручань/терапії/стратегій;
    - Мали різний ступінь сприйняття серед постачальників послуг і пацієнтів або тих, для кого ця рекомендація стосується.

3.10. Написання тексту, що підтверджує рекомендації

Після оцінювання рекомендацій Робочі Групи Відділів написали текст, що містить обґрунтування або міркування для рекомендації. Це включало надання наявних доказів, деталей про потенційні переваги та шкоду, опис невизначеності та інформацію про впровадження рекомендацій в практику, включаючи очікувані бар’єри та виклики. Для посилань використовуйте стиль APA-7, щоб підтвердити інформацію в тексті. За потреби також надаються посилання на ресурси. Текст, включаючи те, чи була рекомендація визначена як жорстка чи м’яка, було розглянуто та схвалено головою та співголовами

3.11. Зовнішня перевірка посилань, які використовуються для підтримки тверджень

Група незалежних клінічних науковців, які працюють у сфері трансгендерного здоров’я, переглянула посилання, використані в кожному розділі, щоб підтвердити, що посилання були належним чином використані для підтримки тексту. Будь-які запити щодо посилань були надіслані назад до відділів для перегляду.

3.12. Фіналізація чорнового варіанту СМД-8

Фіналізований чорновий варіант СМД-8 було зроблено доступним для коментування.

3.13. Поширення Стандартів Медичного Догляду для перегляду міжнародними консультантами

Рекомендацій Стандартів Медичної Допомоги 8-ої Редакції були розповсюджені серед ширшого Комітету з Перегляду Стандартів Медичної Допомоги та Міжнародної Консультативної Групи ВПАТЗ,

до складу якої входили Asia Pacific Transgender Network (APTN), Global Action for Transgender Equality (GATE), International Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersex Association (ILGA) а також Transgender Europe (TGEU).

3.14. Період публічних коментарів

Переглянутий черговий варіант документа «Стандартів Медичного Догляду» було опубліковано на веб-сайті WPATH для коментарів громадськості, зокрема членів ВПАТЗ. На коментарі відведено 6 тижнів. Всього до проекту висловилися зауваження 1279 осіб із загальною кількістю 2688 зауважень.

3.15. Ревізія фінального чорнового варіанту згідно з коментарями

Керівники відділів і Керівний Комітет з Настанов розглянули відгуки та внесли необхідні зміни. Усі коментарі громадськості були прочитані та, де це було необхідно, включені у фоновий текст.

У рамках цього процесу було проведено 3 нових Дельфійських процесів, а 2 привели до достатньо значущих змін, щоб вимагати нового голосування комітетом СМД-8. Це означало, що новий Дельфійський процес було запущено в січні 2022 року. Результати цього процесу були прийняті осередками, а нові твердження були додані або змінені відповідно. Додано новий супровідний текст.

Голова та Співголови знову переглянули всі нові версії розділів і запропонували зміни та модифікації. Нарешті, коли керівники та члени відділів були задоволені проектом, розділ було завершено.

Усі нові посилання були двічі перевірені незалежним членом.

3.16. Затвердження остаточного проекту головою та співголовами

Зміни були розглянуті Головами та прийняті ними.

3.17. Схвалення Радою Директорів ВПАТЗ

Остаточний документ було представлено на затвердження Раді Директорів ВПАТЗ, і його було затверджено 20 червня 2022 року.

3.18. Публікація та розповсюдження СМД-8

Стандарти медичної допомоги були розповсюджені в кількох місцях і в різних форматах, включаючи публікацію в Міжнародному журналі трансгендерного здоров’я (офіційному науковому журналі ВПАТЗ).

4. План оновлення

Нове видання СМД (СМД-9) буде розроблено в майбутньому, коли будуть нові докази та/або значні зміни в галузі, які вимагатимуть нового видання.

ДОДАТОК В — ГЛОСАРІЙ

ГЕНДЕР	Залежно від контексту, ґендер може означати гендерну ідентичність, гендерне самовираження та/або соціальну гендерну роль, включаючи культурні контексти та очікування, пов'язані з людьми, стать яких при народженні була визначена як чоловіча або жіноча. Гендерна ідентичність, яка відрізняється від такої у чоловіків і жінок (які можуть бути або цисгендерами, або трансгендерами), включає трансгендерність, небінарність, гендерквір, гендерно нейтральну, агендерну, гендерфлюїдну та «третій» гендер, серед інших, які визнані в усьому світі.
ГЕНДЕРНА БІНАРНІСТЬ	Термін, який описує ідею про існування лише двох статей, чоловіків та жінок; очікування, що кожна людина повинна бути тим чи іншим; і що всі чоловіки — мають чоловічу стать, а всі жінки — жіночу стать.
ГЕНДЕРНА ДИСФОРІЯ	Термін, що описує стан дистресу або дискомфорту, який може виникнути через те, що гендерна ідентичність людини відрізняється від тієї, яка фізично та/або соціально приписується її статі, визначеній при народженні. Гендерна дисфорія також є діагностичним терміном у DSM-5, що позначає невідповідність між статтю, визначеною при народженні, та статтю, що переживається, та супроводжується дистресом. Не всі трансгендери та люди з гендерною різноманітністю відчувають гендерну дисфорію.
ГЕНДЕРНА ЕКСПРЕСІЯ	Термін, який стосується того, як людина проявляє або виражає свою стать у повсякденному житті та в контексті своєї культури та суспільства. Вираження статі через зовнішній вигляд може включати одяг, зачіску, аксесуари, косметику, гормональні та хірургічні втручання, а також манери, мову, моделі поведінки та імена. Гендерна експресія людини може відповідати або не відповідати гендерній ідентичності людини.
ГЕНДЕРНА ІДЕНТИЧНІСТЬ	Термін, який стосується глибинного, внутрішнього, невід'ємного переживання людиною свого гендеру.
ГЕНДЕРНА НЕВІДПОВІДНІСТЬ	Діагностичний термін, який використовується в МКХ-11 і описує значущий і стійкий досвід людини щодо несумісності між власною гендерною ідентичністю та ідентичністю, очікуваною від неї на основі її статі, визначеної при народженні.

ГЕНДЕРНА РІЗНОМАНІТНІСТЬ	Термін, який використовується для опису людей із гендерною ідентичністю та/або експресією, які відрізняються від соціальних і культурних очікувань, пов'язаних із статтю, визначеною при народженні. Це може включати, серед багатьох інших культурно різноманітних ідентичностей, які ідентифікують себе як небінарні, гендерно експансивні, гендерно неконформні, та інших, які не ідентифікують себе як цисгендерні.
ГЕНДЕРНЕ ПІДТВЕРДЖЕННЯ	Термін, який означає визнання або підтвердження гендерної ідентичності людини. Зазвичай його концептуалізують як таке, що має соціальний, психологічний, медичний та юридичний аспекти. Гендерне підтвердження використовується як термін, пов'язаний з переходом (як у медичному гендерному підтвердженні) або може використовуватися як прикметник (як у гендерно-підтверджуючому догляді).
ГЕНДЕРНО ЕКСПАНСИВНИЙ	Термін, який часто використовують для опису людей, які ідентифікують або виражають себе у спосіб, що розширює соціально та культурно визначену поведінку чи переконання, пов'язані з певною статтю. Іноді також використовується варіант "гендерно креативний". Термін "гендерно варіантний" використовувався в минулому і зникає з професійного вжитку через негативні конотації, які тепер пов'язані з ним.
ГЕНДЕРНО-ПІДТВЕРДЖУЮЧЕ ХІРУРГІЧНЕ ВТРУЧАННЯ (ГПХВ)	Термін, який використовується для опису операції зі зміни первинних та/або вторинних статевих ознак для підтвердження гендерної ідентичності людини.
ДЕТРАНЗИЦІЯ (ЗВОРОТНІЙ ПЕРЕХІД)	Термін, який іноді використовується для позначення повернення особи до ідентифікування з гендером, присвоєним при народженні.
ЄВНУХ	Індивід, у якого визначена чоловіча стать при народженні, чиї яєчка були хірургічно видалені, або втратили функціонування, та який ідентифікує себе як євнуха. Це визначення відрізняється від стандартного медичного визначення, оскільки виключає осіб, які не ідентифікують себе як євнухів.
ІНТЕРСЕКС	Термін, який описує людей, народжених зі статтю або репродуктивними характеристиками, які не відповідають бінарним визначенням жінки та чоловіка.

МІСГЕНДЕРІНГ	Термін, який стосується випадків використання мови, яка неправильно відображає стать, з якою ідентифікує себе особа. Це може бути займенник (він/його/його, вона/її/її, вони/їх/їх) або форма звертання (сер, містер).
НЕБІНАРНІСТЬ	Термін, який описує людей, які мають гендерну ідентичність за межами гендерної бінарності. Люди з небінарною гендерною ідентичністю можуть ідентифікувати себе як частково чоловіка і частково як жінку або інколи ідентифікувати себе як чоловіка, а іноді як жінку, або ідентифікувати себе відмінно від чоловіка чи жінки, або як особи, які не мають статі взагалі. Небінарні люди можуть використовувати займенники вони/їх/їхні. Деякі небінарні люди вважають себе трансгендерами, в той час, як інші ні, оскільки вважають трансгендерів частиною гендерної бінарності. Скорочення НБ або «енбі» іноді використовується як дескриптор небінарності. Прикладами небінарних гендерних ідентичностей є гендерквір, гендерно різноманітна, гендернофлюїдна, демігендерна, бігендерна та агендерна.
ОСОБИ, ІДЕНТИФІКОВАНІ ЯК ЄВНУХИ	Особа, яка відчуває, що її “Я” найкраще виражається терміном євнух. Особи, ідентифіковані як євнухи, зазвичай бажають, щоб їхні репродуктивні органи видалили хірургічним шляхом або зробили їх нефункціональними.
ПЕРЕХІД	Термін, який відноситься до процесу, за якого люди зазвичай змінюють гендерну експресію, пов’язану зі статтю, визначеною при народженні, на іншу, яке краще відповідає їхній гендерній ідентичності. Люди можуть змінити соціальний стан, використовуючи такі методи, як зміна імені, займенників, одягу, зачіски та/або мова тіла та мовлення. Перехід може включати або не включати гормональну терапію та/або хірургічні операції для зміни тіла. Перехід можна використовувати для опису процесу зміни гендерного вираження людини з будь-якого гендеру на інший. Люди можуть проходити цей процес більше одного разу у своєму житті.
РЕТРАНЗИЦІЯ (ПОВТОРНИЙ ПЕРЕХІД)	Термін, який означає другий або наступні гендерні переходи за допомогою соціальних, медичних чи правових засобів. Повторний перехід може бути від однієї бінарної або небінарної ідентичності до іншої бінарної або небінарної ідентичності . Люди можуть повторно переходити декілька разів. Повторний перехід може відбутися з багатьох причин, включаючи розвиток гендерної ідентичності,

	проблеми зі здоров'ям, сімейні/суспільні проблеми та фінансові проблеми.
СЕКСУАЛЬНА ОРІЄНТАЦІЯ‘	Термін, який стосується сексуальної ідентичності людини, її потягів і поведінки по відношенню до людей на основі її статі (статі) і/або статевих характеристик і характеристик її партнерів. Сексуальна орієнтація та гендерна ідентичність – це різні терміни.
СТАТЬ, ВИЗНАЧЕНА ПРИ НАРОДЖЕННІ	Термін, який стосується статусу людини як чоловіка, жінки чи інтерсек персони на основі фізичних характеристик. Зазвичай стать визначають при народженні за зовнішніми статевими органами. ВЖПН — це абревіатура від «визначена жіночою при народженні». ВЧПН — це абревіатура від «визначена чоловічою при народженні».
ТРАНСГЕНДЕРНІ ЖІНКИ (ТРАНСЖІНКИ/ЖІНКИ З ТРАНС-ДОСВІДОМ)	Термін, який позначає людей, які мають жіночу гендерну ідентичність та які були визначені при народженні як чоловіки. Вони можуть проходити або не проходити будь-який варіант переходу. MTF або Male-to-Female — старі терміни, які виходять з ужитку.
ТРАНСГЕНДЕРНІ ЛЮДИ	Парасольковий термін, які використовуються для опису людей, чия гендерна ідентичність та/або гендерна експресія не є такими, як зазвичай очікується для статі, до якої вони були віднесені при народженні. Слід використовувати прикметникову форму слова "transgender" (трансгендерний), а не іменникову (трансгендер).
ТРАНСГЕНДЕРНІ ЧОЛОВІКИ (ТРАНСЧОЛОВІКИ/ ЧОЛОВІКИ З ТРАНС-ДОСВІДОМ)	Термін, який позначає людей, які мають чоловічу гендерну ідентичність та які були визначені при народженні як жінки. Вони можуть проходити або не проходити будь-який варіант переходу. FTM або Female-to-Male — старі терміни, які виходять з ужитку.
ТРАНСФОБІЯ	Термін, який означає негативне ставлення, упередження та дії щодо трансгендерів і гендерно різноманітних людей як групи. Трансфобія може виражатися в дискримінаційній політиці та практиках на рівні соціальних структур або мати специфічні особисті прояви. Трансфобія також може бути внутрішньою, коли трансгендерні та гендерно різноманітні люди приймають таке упередження щодо себе чи інших трансгендерів та гендерно різноманітних людей. Хоча трансфобія іноді може бути наслідком ненавмисного незнання, а не прямої ворожості, її наслідки ніколи не є доброякісними. Деякі люди

	використовують термін антитрансгендерні упередження замість трансфобії.
ЦИСГЕНДЕР	Термін, який стосується осіб, чия гендерна ідентичність відповідає визначеній їм при народженні.

ДОДАТОК С — ГЕНДЕРНО-СТВЕРДЖУЮЧА ГОРМОНАЛЬНА ТЕРАПІЯ

Таблиця 1. Очікувана тривалість фізичних змін у відповідь на гендерно-підтверджуючу гормональну терапію

Режим на основі тестостерону		
Ефект	**Початок**	**Максимум**
Жирність шкіри/акне	1–6 місяці	1–2 роки
Ріст волосся на обличчі/тілі	6–12 місяці	>5 роки
Випадання волосся на шкірі голови	6–12 місяці	>5 роки
Збільшення м'язової маси / сили	6–12 місяці	2–5 роки
Перерозподіл жирової тканини	1–6 місяці	2–5 роки
Припинення менструації	1–6 місяці	1–2 роки
Збільшення клітора	1–6 місяці	1–2 роки
Вагінальна атрофія	1–6 місяці	1–2 роки
Зниження голосу	1–6 місяці	1–2 роки
Режим на основі естрогену та зниженні тестостерону		
Effect	**Onset**	**Maximum**
Перерозподіл жирової тканини	3–6 місяці	2–5 роки
Зниження м'язової маси і сили	3–6 місяці	1–2 роки
Пом'якшення шкіри/зменшення жирності	3–6 місяці	Невідомо
Зниження статевого потягу	1–3 місяці	Невідомо
Зниження спонтанної ерекції	1–3 місяці	3–6 місяці
Зниження виробництва сперми	Невідомо	2 роки
Зростання грудей	3–6 місяці	2–5 роки
Зменшення об’єму яєчка	3–6 місяці	Варіюється
Зниження термінального росту волосся	6–12 місяці	> 3 роки
Збільшення волосяного покриву на голові	Варіюється	Варіюється
Зміна голосу	Ніколи	

Адаптовано з Hembree та ін., 2017.

Таблиця 2. Ризики, пов'язані з гендерно-підтверджуючою гормональною терапією (пункти виділені жирним шрифтом є клінічно значущими) (Оновлено з СМД-7)

РІВЕНЬ РИЗИКУ	Режим на основі естрогену	Режим на основі тестостерону
Ймовірне підвищення ризику	**Венозна тромбоемболія** **Безпліддя** Гіперкаліємія Гіпертригіцеридемія Збільшення ваги	**Поліцитемія** **Безпліддя** Акне Андрогенна алопеція Гіпертонія Апное Збільшення ваги Зниження ЛПВЩ Підвищення холестерину Підвищення ЛПНЩ
Ймовірне підвищення ризику за наявності додаткових факторів ризику	Серцево-судинне захворювання Цереброваскулярна хвороба Менінгіома[1] Поліурія/дегідратація Жовчнокам'яна хвороба	Серцево-судинне захворювання Гіпертригліцеридемія
Можливе підвищення ризику	Гіпертонія Еректильна дисфункція	
Можливе підвищення ризику за наявності додаткових факторів ризику	Цукровий діабет 2 типу Низька кісткова маса/остеопороз Гіперпролактинемія	Цукровий діабет 2 типу Серцево-судинне захворювання
Немає підвищеного ризику або немає доказів	Рак молочної залози та простати	Низька кісткова маса/остеопороз Рак молочної залози, шийки матки, яєчників, матки

Таблиця 3. Гендерно-підтверджуючі гормональні режими для трансгендерної та гендерно різноманітної молоді (Адаптовано з рекомендацій Ендокринної Товариства); Hembree та ін., 2017)

Індукція жіночого статевого дозрівання (режим на основі естрогену) за допомогою перорального 17ß-естрадіолу ● Початок з 5 мкг/кг/день і збільшуйте кожні 6 місяців на 5 мкг/кг/день до 20 мкг/кг/день відповідно до рівня естрадіолу ● Доза для дорослих = 2-6 мг/добу ● У підлітків з постпубертатним ТГД дозу 17ß-естрадіолу можна збільшити швидше: ● 1 мг/день протягом 6 місяців, потім 2 мг/день і вище відповідно до рівня естрадіолу
Індукція жіночого статевого дозрівання (режим на основі естрогену) трансдермальним 17ß-естрадіолом ● Початкова доза 6,25-12,5 мкг/24 год (розрізаючи пластир на 24 г на ¼, потім на ½) ● Титрувати кожні 6 місяців на 12,5 мкг/24 год відповідно до рівня естрадіолу ● Доза для дорослих = 50-200 мкг/24 години ● Для альтернатив див. Табл. 4
Індукція чоловічого статевого дозрівання (режим на основі тестостерону) за допомогою ефірів тестостерону ● 25 мг/м2/2 тижні (або як варіант половина цієї дози щотижня) ● Збільшуйте на 25 мг/м2/2 тижні кожні 6 місяців, доки не буде досягнуто дози для дорослих і цільового рівня тестостерону. ● Для альтернатив див. Табл. 4

[1] схема на основі ципротерону

Таблиця 4. Схеми прийому гормонів у дорослих трансгендерів та гендерно різноманітних дорослих[2]

Режим на основі естрогену (трансфемінінний)	
Естроген	
Орально або сублінгвально	
Естрадіол	2.0-6.0 мг/день
Трансдермальний	
Трансдермальний пластир з естрадіолом	0.025-0.2 мг/день
Естрадіол гель різні	‡ щодня на шкіру
Парентеральний	
Естрадіол валерат або ципіонат	5-30 мг в/м кожні 2 тижні
	2-10 мг в/м кожен тиждень
Антиандрогени	
Спіронолактон	100–300 мг/день
Ципротерону ацетат	10 мг/день[3]
Агоніст гонадотропин-рилизинг-гормону	3.75–7.50 мг підшкірно, або в/м кожен місяць
Депо-формулювання агоністу гонадотропин-рилизинг-гормону	11.25/22.5 мг підшкірно, або в/м кожен місяць

‡ Amount applied varies to formulation and strength

Схема на основі тестостерону (трансмаскулінна)	
Тестостерон	
Парентеральний	
Тестостерону енантат/ципіонат	50–100 мг підшкірно, або в/м кожен тиждень або 100–200 мг в/м кожні 2 тижні
Testosterone undecanoate	1000 мг в/м кожні 12 тижнів або

[2] Дози титруються вгору або вниз, поки рівень статевих стероїдних гормонів не досягне терапевтичного діапазону. Схеми прийому гормонів не відображають усіх препаратів, доступних у всіх аптеках світу. Режими прийому гормональних препаратів, можливо, доведеться адаптувати до того, що доступно в місцевих аптеках.

[3] Kuijpers та ін. (2021).

	750 мг в/м кожні 10 тижнів
Трансдермальний тестостерон	
Тестостероновий гель	50-100 мг/день
Тестостероновий трансдермальний пластир	2.5–7.5 мг/день

Таблиця 5. Моніторинг рівня гормонів у трансгендерів і гендерно різноманітних людей, які отримують гендерно-підтверджуючу гормональну терапію (Адаптовано з рекомендацій Ендокринного товариства)

Трансгендерні чоловіки або трансмаскулінні (включаючи гендерно різноманітних/небінарних) особи
1. Оглядати пацієнта приблизно кожні 3 місяці (зі зміною дози) протягом першого року та 1-2 рази на рік після цього, щоб відстежувати відповідні фізичні зміни у відповідь на тестостерон
2. Вимірюйте загальний рівень тестостерону в сироватці крові кожні 3 місяці (зі зміною дози), доки рівень не досягне цільового значення
a. Для парентерального тестостерону загальний рівень тестостерону в сироватці слід вимірювати в середині між ін'єкціями. Цільовий рівень становить 400-700 нг/дл. Крім того, виміряйте пікові та найнижчі піки, щоб переконатися, що рівні залишаються в діапазоні еталонних чоловіків.
b. Для парентерального введення тестостерону ундеканоату тестостерон слід вимірювати безпосередньо перед ін'єкцією. Якщо рівень < 400 нг/дл, відрегулюйте інтервал дозування.
c. Для трансдермального тестостерону рівень тестостерону можна вимірювати не раніше ніж через 1 тиждень щоденного застосування (принаймні через 2 години після нанесення продукту).
3. Вимірювати гематокрит або концентрацію гемоглобіну на початковому рівні та приблизно через 3 місяці (зі зміною дози) протягом першого року, а потім один-два рази на рік.
Трансгендерні жінки або трансфемінні (включаючи гендерно різноманітних/небінарних) особи
1. Оглядати пацієнта приблизно кожні 3 місяці (зі зміною дози) протягом першого року та один-два рази на рік після цього, щоб контролювати відповідні фізичні зміни у відповідь на естроген.
a. Рівень тестостерону в сироватці повинен бути менше 50 нг/дл.
b. Рівень естрадіолу в сироватці повинен бути в межах 100-200 пг/мл.
2. У осіб, які отримують спіронолактон, слід контролювати рівень електролітів у сироватці крові, зокрема калію, і функції нирок, зокрема креатиніну.
3. Виконуйте скринінг первинної медичної допомоги згідно з рекомендацій розділу первинної медичної допомоги.

ДОДАТОК D — ПЕРЕЛІК КРИТЕРІЇВ ДЛЯ ГОРМОНАЛЬНОГО ТА ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ДОРОСЛИХ ТА ПІДЛІТКІВ

Рекомендації СМД-8 мають бути гнучкими, щоб задовольнити різноманітні потреби в охороні здоров'я ТГР людей у всьому світі. Хоча їх можна адаптувати, вони пропонують узгоджені стандарти, отримані з найкращих наявних наукових доказів для сприяння наданню оптимальної медичної допомоги та регулювання лікування людей, які відчувають гендерну невідповідність. Як і в усіх попередніх версіях СМД, критерії для гендерно-підтверджуючих медичних втручань, що викладені в цьому документі, є клінічними настановами. Окремі медичні працівники можуть модифікувати ці програми за погодженням з ТГР особами.

Клінічні відхилення від SOC можуть виникати через:

- Унікальну анатомічну, соціальну чи психологічну ситуацію ТГР людини;
- Модифікацію методів досвідченими медичними працівниками для вирішення типових ситуацій;
- Протоколювання дослідження;
- Брак ресурсів у різних частинах світу;
- Потреба в конкретних стратегіях зменшення шкоди.

Ці відхилення мають бути визнаними як такі, обговорені з ТГР особою та задокументовані. Ця документація також є цінною для накопичення нових даних, які можна ретроспективно перевірити, щоб дозволити системі охорони здоров'я — і СМД — розвиватися. Ці критерії слід читати разом із відповідними розділами (див. розділи «Оцінювання дорослих» і «Підлітки»).

ПЕРЕЛІК КРИТЕРІЇВ ДЛЯ ДОРОСЛИХ

Пов'язані з процесом оцінювання

- Медичні працівники, які оцінюють трансгендерних і гендерно різноманітних дорослих, які бажають гендерно-підтверджуючого лікування, повинні зв'язуватися з професіоналами з різних дисциплін у сфері здоров'я трансгендерів для консультації та направлення, якщо це необхідно*
- Якщо потрібна письмова документація або лист, щоб рекомендувати гендерно-підтверджуючі медичні та/або хірургічні втручання (ГСМХВ), потрібен лише один лист-оцінка від медичного працівника, який має компетенцію в оцінці трансгендерних та гендерно різноманітних людей.

**Цей критерій вважається необов'язковим.*

Критерії для гормональної терапії

A. Гендерна невідповідність виражена і зберігається протягом довгого часу;
B. Пацієнт відповідає діагностичним критеріям гендерної невідповідності перед початком гендерно-підтверджуючої гормональної терапії у регіонах, де діагностика необхідна для отримання медичної допомоги;
C. Демонструє здатність давати згоду на специфічну гендерно-підтверджуючу гормональну терапію;

D. Інші можливі причини наявної гендерної невідповідності були виявлені та виключені;
E. Психічне здоров'я та фізичні стани, які можуть негативно вплинути на результат лікування, були оцінені з обговоренням ризиків та переваг;
F. Пацієнт розуміє вплив гендерно-підтверджуючого гормонального лікування на репродукцію, і досліджував альтернативні репродуктивні можливості.

Критерії для хірургічних операцій

A. Гендерна невідповідність виражена і зберігається протягом довгого часу;
B. Пацієнт відповідає діагностичним критеріям гендерної невідповідності перед початком гендерно-підтверджуючого хірургічного втручання у регіонах, де діагностика необхідна для отримання медичної допомоги;
C. Демонструє здатність давати згоду на специфічні гендерно-підтверджуючу хірургічні втручання;
D. Пацієнт розуміє вплив гендерно-підтверджуючих хірургічних операцій на репродукцію, і досліджував альтернативні репродуктивні можливості.
E. Інші можливі причини наявної гендерної невідповідності були виявлені та виключені;
F. Психічне здоров'я та фізичні стани, які можуть негативно вплинути на результат лікування, були оцінені з обговоренням ризиків та переваг;
G. Пацієнт має стабільний режим гендерно-підтверджуючої гормональної терапії (який може включати щонайменше 6 місяців гормонального лікування або більш тривалий період, якщо це необхідно для досягнення бажаного результату, крім випадків, коли гормональна терапія небажана, або протипоказана з медичної точки зору).

ПЕРЕЛІК КРИТЕРІЇВ ДЛЯ ПІДЛІТКІВ

Пов'язані з процесом оцінювання

- Комплексна біопсихосоціальна оцінка, яка включає рішення відповідних психіатричних та медичних працівників;
- Залучення батьків/опікунів до процесу оцінювання, за винятком випадків, коли їхня участь буде визначена як шкідлива для підлітка або недоцільна;
- Якщо потрібна письмова документація або лист, щоб рекомендувати гендерно-підтверджуючих медичних та/або хірургічних втручань (ГПМХВ), потрібен лише один лист оцінки від члена мультидисциплінарної групи. Цей лист має відображати оцінку та думку команди, до якої входять як медичні працівники, так і фахівці з психічного здоров'я.

Використання препаратів, що пригнічують статеве дозрівання

A. Гендерна відмінність/невідповідність виражена і зберігається протягом довгого часу;
B. Пацієнт відповідає діагностичним критеріям гендерної невідповідності перед початком гендерно-підтверджуючої терапії у регіонах, де діагностика необхідна для отримання медичної допомоги;

C. Пацієнт демонструє емоційну та когнітивну зрілість, необхідну для надання інформованої згоди/згоди на лікування;
D. Проблеми психічного здоров'я (якщо такі є), які можуть заважати чіткості діагностики, здатності давати згоду та гендерно підтверджуюче медичне лікування, були проаналізовані достатньо для того, щоб можна було забезпечити оптимальне гендерно-підтверджуюче лікування;
E. Проінформовані про репродуктивні наслідки, включаючи потенційну втрату фертильності та доступні варіанти збереження фертильності;
F. Пацієнт досяг другої стадії за шкалою Теннера.

Критерії для гормональної терапії

A. Гендерна відмінність/невідповідність виражена і зберігається протягом довгого часу;
B. Пацієнт відповідає діагностичним критеріям гендерної невідповідності перед початком гендерно-підтверджуючої гормональної терапії у регіонах, де діагностика необхідна для отримання медичної допомоги;
C. Пацієнт демонструє емоційну та когнітивну зрілість, необхідну для надання інформованої згоди/згоди на лікування;
D. Проблеми психічного здоров'я (якщо такі є), які можуть заважати чіткості діагностики, здатності давати згоду та гендерно підтверджуюче медичне лікування, були проаналізовані достатньо для того, щоб можна було забезпечити оптимальне гендерно-підтверджуюче лікування;
E. Поінформовані про репродуктивні наслідки, включаючи потенційну втрату фертильності та доступні варіанти збереження фертильності;
F. Пацієнт досяг другої стадії за шкалою Теннера.

Критерії для хірургічних операції

A. Гендерна відмінність/невідповідність виражена і зберігається протягом довгого часу;
B. Пацієнт відповідає діагностичним критеріям гендерної невідповідності перед початком гендерно-підтверджуючого хірургічного втручання у регіонах, де діагностика необхідна для отримання медичної допомоги;
C. Пацієнт демонструє емоційну та когнітивну зрілість, необхідну для надання інформованої згоди/згоди на лікування;
D. Проблеми психічного здоров'я (якщо такі є), які можуть заважати чіткості діагностики, здатності давати згоду та гендерно підтверджуюче медичне лікування, були проаналізовані достатньо для того, щоб можна було забезпечити оптимальне гендерно-підтверджуюче лікування;
E. Проінформовані про репродуктивні наслідки, включаючи потенційну втрату фертильності та доступні варіанти збереження фертильності;
F. Пацієнт пройшов принаймні 12 місяців гендерно-підтверджуючої гормональної терапії, якщо вона необхідна для досягнення бажаного результату гендерно-підтверджуючих

хірургічних процедур, включаючи збільшення грудей, орхіектомію, вагінопластику, гістеректомію, фаллопластику, метоідіопластику та хірургію обличчя як частину лікування, крім випадків, коли гормональна терапія небажана або протипоказана з медичної точки зору.

ДОДАТОК Е — ГЕНДЕРНО-СТВЕРДЖУЮЧІ ХІРУРГІЧНІ ПРОЦЕДУРИ

Оскільки розуміння багатьох аспектів гендерної невідповідності розширюється, а також розвиваються технології, які дозволяють застосовувати додаткові методи лікування, важливо розуміти, що цей список не є вичерпним. Це особливо важливо, враховуючи часто тривалі періоди часу між оновленнями SOC, протягом яких можуть відбуватися зміни в розумінні та способах лікування.

ХІРУРГІЯ ОБЛИЧЧЯ

Брови	• Зменшення брів • Збільшення брів • Підтяжка брів
Підвищення лінії волосся та/або пересадка волосся	
Підтяжка обличчя/підтяжка середньої частини обличчя (після зміни основних скелетних структур)	
Підтяжка обличчя/підтяжка середньої частини обличчя (після зміни основних скелетних структур)	• Платизмопластика
Блефаропластика	• Ліпофілінг
Ринопластика (+/- наповнювачі)	
Щоки	• Імплантат • Ліпофілінг
Губи	• Вкорочення верхньої губи • Збільшення губ (включаючи аутологічне та неаутологічне)
Нижня щелепа	• Зменшення кута нижньої щелепи • Збільшення
Зміна форми підборіддя	• Кістково-пластична • Алопластика (на основі імплантатів)
Хондроларингопластика	• Операція на голосових зв’язках (див. розділ “Постановка голосу та комунікативна терапія”)

ХІРУРГІЯ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Мастектомія	• Мастектомія зі збереженням/реконструкцією ареоли сосків, якщо це необхідно для конкретного пацієнта з медичної точки зору • Мастектомія без збереження/реконструкції сосків і ареол, медичної необхідності

Ліпосакція	
Реконструкція (збільшення) грудей	• Імплантат і/або розширювач тканин • Аутологічний (включає клаптевий і ліпофілінг)

ГЕНІТАЛЬНА ХІРУРГІЯ

Фалопластика (з/без скротопластики)	• З/без подовження уретри • З/без протеза (статевого члена та/або яєчка) • З/без кольпектомії/кольпоклеїзу
Метоідіопластика (з/без скротопластики)	• З/без подовження уретри • З/без протеза (статевого члена та/або яєчка) • З/без кольпектомії/кольпоклеїзу
Вагінопластика (переворотна, перитонеальна, кишкова)	• Може включати затримку пеніса та/або яєчка
Вульвопластика	• Може включати процедури, описані як «плоский фронт»

ГОНАДЕКТОМІЯ

Орхіектомія	
Гістеректомія та/або сальпінгоофоректомія	

КОНТУРИ ТІЛА

Ліпосакція	
Ліпофілінг	
Імплантати	• Грудні, тазостегнові, сідничні, литкові
Монспластика	

ДОДАТКОВІ ПРОЦЕДУРИ

Видалення волосся: видалення волосся з обличчя, тіла та геніталій для підтвердження гендеру або як частина процесу передопераційної підготовки. (див. Твердження 15.14 щодо видалення волосся)	• Електроліз • Лазерна епіляція
Татуювання (наприклад, ареоли сосків)	
Пересадка матки	
Трансплантація пеніса	