



Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8

E. Coleman, A. E. Radix, W. P. Bouman, G. R. Brown, A. L. C. de Vries, M. B. Deutsch, R. Ettner, L. Fraser, M. Goodman, J. Green, A. B. Hancock, T. W. Johnson, D. H. Karasic, G. A. Knudson, S. F. Leibowitz, H. F. L. Meyer-Bahlburg, S. J. Monstrey, J. Motmans, L. Nahata, T. O. Nieder, S. L. Reisner, C. Richards, L. S. Schechter, V. Tangpricha, A. C. Tishelman, M. A. A. Van Trotsenburg, S. Winter, K. Ducheny, N. J. Adams, T. M. Adrián, L. R. Allen, D. Azul, H. Bagga, K. Başar, D. S. Bathory, J. J. Belinky, D. R. Berg, J. U. Berli, R. O. Bluebond-Langner, M.-B. Bouman, M. L. Bowers, P. J. Brassard, J. Byrne, L. Capitán, C. J. Cargill, J. M. Carswell, S. C. Chang, G. Chelvakumar, T. Corneil, K. B. Dalke, G. De Cuypere, E. de Vries, M. Den Heijer, A. H. Devor, C. Dhejne, A. D'Marco, E. K. Edmiston, L. Edwards-Leeper, R. Ehrbar, D. Ehrensaft, J. Einfeld, E. Elaut, L. Erickson-Schroth, J. L. Feldman, A. D. Fisher, M. M. Garcia, L. Gijs, S. E. Green, B. P. Hall, T. L. D. Hardy, M. S. Irwig, L. A. Jacobs, A. C. Janssen, K. Johnson, D. T. Klink, B. P. C. Kreukels, L. E. Kuper, E. J. Kvach, M. A. Malouf, R. Massey, T. Mazur, C. McLachlan, S. D. Morrison, S. W. Mosser, P. M. Neira, U. Nygren, J. M. Oates, J. Obedin-Maliver, G. Pagkalos, J. Patton, N. Phanuphak, K. Rachlin, T. Reed, G. N. Rider, J. Ristori, S. Robbins-Cherry, S. A. Roberts, K. A. Rodriguez-Wallberg, S. M. Rosenthal, K. Sabir, J. D. Safer, A. I. Scheim, L. J. Seal, T. J. Sehoole, K. Spencer, C. St. Amand, T. D. Steensma, J. F. Strang, G. B. Taylor, K. Tilleman, G. G. T'Sjoen, L. N. Vala, N. M. Van Mello, J. F. Veale, J. A. Vencill, B. Vincent, L. M. Wesp, M. A. West & J. Arcelus

To cite this article: E. Coleman, A. E. Radix, W. P. Bouman, G. R. Brown, A. L. C. de Vries, M. B. Deutsch, R. Ettner, L. Fraser, M. Goodman, J. Green, A. B. Hancock, T. W. Johnson, D. H. Karasic, G. A. Knudson, S. F. Leibowitz, H. F. L. Meyer-Bahlburg, S. J. Monstrey, J. Motmans, L. Nahata, T. O. Nieder, S. L. Reisner, C. Richards, L. S. Schechter, V. Tangpricha, A. C. Tishelman, M. A. A. Van Trotsenburg, S. Winter, K. Ducheny, N. J. Adams, T. M. Adrián, L. R. Allen, D. Azul, H. Bagga, K. Başar, D. S. Bathory, J. J. Belinky, D. R. Berg, J. U. Berli, R. O. Bluebond-Langner, M.-B. Bouman, M. L. Bowers, P. J. Brassard, J. Byrne, L. Capitán, C. J. Cargill, J. M. Carswell, S. C. Chang, G. Chelvakumar, T. Corneil, K. B. Dalke, G. De Cuypere, E. de Vries, M. Den Heijer, A. H. Devor, C. Dhejne, A. D'Marco, E. K. Edmiston, L. Edwards-Leeper, R. Ehrbar, D. Ehrensaft, J. Einfeld, E. Elaut, L. Erickson-Schroth, J. L. Feldman, A. D. Fisher, M. M. Garcia, L. Gijs, S. E. Green, B. P. Hall, T. L. D. Hardy, M. S. Irwig, L. A. Jacobs, A. C. Janssen, K. Johnson, D. T. Klink, B. P. C. Kreukels, L. E. Kuper, E. J. Kvach, M. A. Malouf, R. Massey, T. Mazur, C. McLachlan, S. D. Morrison, S. W. Mosser, P. M. Neira, U. Nygren, J. M. Oates, J. Obedin-Maliver, G. Pagkalos, J. Patton, N. Phanuphak, K. Rachlin, T. Reed, G. N. Rider, J. Ristori, S. Robbins-Cherry, S. A. Roberts, K. A. Rodriguez-Wallberg, S. M. Rosenthal, K. Sabir, J. D. Safer, A. I. Scheim, L. J. Seal, T. J. Sehoole, K. Spencer, C. St. Amand, T. D. Steensma, J. F. Strang, G. B. Taylor, K. Tilleman, G. G. T'Sjoen, L. N. Vala, N. M. Van Mello, J. F. Veale, J. A. Vencill, B. Vincent, L. M. Wesp, M. A. West & J. Arcelus (2022) Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8, *International Journal of Transgender Health*, 23:sup1, S1-S259, DOI: [10.1080/26895269.2022.2100644](https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644)



© 2022 The Author(s). Published with license by Taylor & Francis Group, LLC.



Published online: 15 Sep 2022.



Submit your article to this journal [↗](#)



Article views: 77931



View related articles [↗](#)



View Crossmark data [↗](#)



Citing articles: 2 View citing articles [↗](#)

ზრუნვის სტანდარტები ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პირების ჯანმრთელობისთვის, ვერსია 8

E. Coleman¹, A. E. Radix^{2,3}, W. P. Bouman^{4,5}, G. R. Brown^{6,7}, A. L. C. de Vries^{8,9}, M. B. Deutsch^{10,11}, R. Ettner^{12,13}, L. Fraser¹⁴, M. Goodman¹⁵, J. Green¹⁶, A. B. Hancock¹⁷, T. W. Johnson¹⁸, D. H. Karasic^{19,20}, G. A. Knudson^{21,22}, S. F. Leibowitz²³, H. F. L. Meyer-Bahlburg^{24,25}, S. J. Monstrey²⁶, J. Motmans^{27,28}, L. Nahata^{29,30}, T. O. Nieder³¹, S. L. Reisner^{32,33}, C. Richards^{34,35}, L. S. Schechter³⁶, V. Tangpricha^{37,38}, A. C. Tishelman³⁹, M. A. A. Van Trotsenburg^{40,41}, S. Winter⁴², K. Ducheny⁴³, N. J. Adams^{44,45}, T. M. Adrián^{46,47}, L. R. Allen⁴⁸, D. Azul⁴⁹, H. Bagga^{50,51}, K. Başar⁵², D. S. Bathory⁵³, J. J. Belinky⁵⁴, D. R. Berg⁵⁵, J. U. Berli⁵⁶, R. O. Bluebond-Langner^{57,58}, M.-B. Bouman^{9,59}, M. L. Bowers^{60,61}, P. J. Brassard^{62,63}, J. Byrne⁶⁴, L. Capitán⁶⁵, C. J. Cargill⁶⁶, J. M. Carswell^{32,67}, S. C. Chang⁶⁸, G. Chelvakumar^{69,70}, T. Corneil⁷¹, K. B. Dalke^{72,73}, G. De Cuyper⁷⁴, E. de Vries^{75,76}, M. Den Heijer^{9,77}, A. H. Devor⁷⁸, C. Dhejne^{79,80}, A. D'Marco^{81,82}, E. K. Edmiston⁸³, L. Edwards-Leeper^{84,85}, R. Ehrbar^{86,87}, D. Ehrensaft¹⁹, J. Eisfeld⁸⁸, E. Elaut^{74,89}, L. Erickson-Schroth^{90,91}, J. L. Feldman⁹², A. D. Fisher⁹³, M. M. Garcia^{94,95}, L. Gijs⁹⁶, S. E. Green⁹⁷, B. P. Hall^{98,99}, T. L. D. Hardy^{100,101}, M. S. Irwig^{32,102}, L. A. Jacobs¹⁰³, A. C. Janssen^{23,104}, K. Johnson^{105,106}, D. T. Klink^{107,108}, B. P. C. Kreukels^{9,109}, L. E. Kuper^{110,111}, E. J. Kvach^{112,113}, M. A. Malouf¹¹⁴, R. Massey^{115,116}, T. Mazur^{117,118}, C. McLachlan^{119,120}, S. D. Morrison^{121,122}, S. W. Mosser^{123,124}, P. M. Neira^{125,126}, U. Nygren^{127,128}, J. M. Oates^{129,130}, J. Obedin-Maliver^{131,132}, G. Pagkalos^{133,134}, J. Patton^{135,136}, N. Phanuphak¹³⁷, K. Rachlin¹⁰³, T. Reed^{138†}, G. N. Rider⁵⁵, J. Ristori⁹³, S. Robbins-Cherry⁴, S. A. Roberts^{32,139}, K. A. Rodriguez-Wallberg^{140,141}, S. M. Rosenthal^{142,143}, K. Sabir¹⁴⁴, J. D. Safer^{60,145}, A. I. Scheim^{146,147}, L. J. Seal^{35,148}, T. J. Sehoole¹⁴⁹, K. Spencer⁵⁵, C. St. Amand^{150,151}, T. D. Steensma^{9,109}, J. F. Strang^{152,153}, G. B. Taylor¹⁵⁴, K. Tilleman¹⁵⁵, G. G. T'Sjoen^{74,156}, L. N. Vala¹⁵⁷, N. M. Van Mello^{9,158}, J. F. Veale¹⁵⁹, J. A. Vencill^{160,161}, B. Vincent¹⁶², L. M. Wesp^{163,164}, M. A. West^{165,166} and J. Arcelus^{5,167}

¹Institute for sexual and gender Health, department of family Medicine and Community Health, university of Minnesota Medical school, Minneapolis, Mn, usa; ²Callen-lorde Community Health Center, new York, nY, usa; ³department of Medicine, nYu grossman school of Medicine, new York, nY, usa; ⁴Nottingham Centre for Transgender Health, Nottingham, UK; ⁵school of Medicine, university of nottingham, nottingham, UK; ⁶James H. Quillen College of Medicine, east tennessee state university, Johnson City, tn, usa; ⁷James H. Quillen VaMC, Johnson City, tn, usa; ⁸department of Child and adolescent Psychiatry, amsterdam uMC location Vrije universiteit amsterdam, amsterdam, netherlands; ⁹Center of expertise on gender dysphoria, amsterdam uMC location Vrije universiteit amsterdam, amsterdam, the netherlands; ¹⁰department of family & Community Medicine, university of California—san francisco, san francisco, Ca, usa; ¹¹uCsF gender affirming Health Program, san francisco, Ca, usa; ¹²new Health foundation Worldwide, evanston, IL, usa; ¹³Weiss Memorial Hospital, Chicago, IL, usa; ¹⁴Independent Practice, san francisco, Ca, usa; ¹⁵emory university rollins school of Public Health, atlanta, ga, usa; ¹⁶Independent scholar, Vancouver, Wa, usa; ¹⁷the george Washington university, Washington, dC, usa; ¹⁸department of anthropology, California state university, Chico, Ca, usa; ¹⁹university of California san francisco, san francisco, Ca, usa; ²⁰Independent Practice at dankarasic.com; ²¹university of British Columbia, Vancouver, Canada; ²²Vancouver Coastal Health, Vancouver, Canada; ²³ann & robert H. lurie Children's Hospital of Chicago, Chicago, IL, usa; ²⁴new York state Psychiatric Institute, new York, nY, usa; ²⁵department of Psychiatry, Columbia university, new York, nY, usa; ²⁶ghent university Hospital, gent, Belgium; ²⁷transgender Infopunt, ghent university Hospital, gent, Belgium; ²⁸Centre for research on Culture and gender, ghent university, gent, Belgium; ²⁹department of Pediatrics, the ohio state university College of Medicine, Columbus, oH, usa; ³⁰endocrinology and Center for Biobehavioral Health, the abigail Wexner research Institute at nationwide Children's Hospital, Columbus, oH, usa; ³¹university Medical Center Hamburg-ependorf, Interdisciplinary transgender Health Care Center Hamburg, Institute for sex research, sexual Medicine and forensic Psychiatry, Hamburg, germany; ³²Harvard Medical school, Boston, Ma, usa; ³³Harvard t. H. Chan school of Public Health, Boston, Ma, usa; ³⁴regents university london, uK; ³⁵tavistock and Portman nHs foundation trust, london, uK; ³⁶rush university Medical Center, Chicago, IL, usa; ³⁷division of endocrinology, Metabolism & Lipids, department of Medicine, emory university school of Medicine, atlanta, ga, usa; ³⁸atlanta Va Medical Center, decatur, ga, usa; ³⁹Boston College, department of Psychology and neuroscience, Chestnut Hill, Ma, usa; ⁴⁰Bureau genderPro, Vienna, austria; ⁴¹university Hospital lilienfeld—st. Pölten, st. Pölten, austria; ⁴²school of Population Health, Curtin university, Perth, Wa, australia; ⁴³Howard Brown Health, Chicago, IL, usa; ⁴⁴university of toronto, ontario Institute for studies in education, toronto, Canada; ⁴⁵transgender Professional association for transgender Health (tPatH); ⁴⁶asamblea nacional de Venezuela, Caracas, Venezuela; ⁴⁷diverlex diversidad e Igualdad a través de la ley, Caracas, Venezuela;

CONTACT Dr Eli Coleman, Phd Institute for sexual and gender Health, department of family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical school, Minneapolis, MN, USA
†deceased.

© 2022 the author(s). Published with license by taylor & francis group, llc. this is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons attribution-nonCommercial-noderivatives license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>), which permits non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited, and is not altered, trans- formed, or built upon in any way. this is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons attribution-nonCommercial-noderivatives license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>), which permits non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited, and is not altered, trans- formed, or built upon in any way.

⁴⁸university of nevada, las Vegas, nV, usa; ⁴⁹la robe rural Health school, la robe university, Bendigo, australia; ⁵⁰Monash Health gender Clinic, Melbourne, Victoria, australia; ⁵¹Monash university, Melbourne, Victoria, australia; ⁵²department of Psychiatry, Hacettepe university, ankara, turkey; ⁵³Independent Practice at Bathory International PLLC, Winston-salem, nC, usa; ⁵⁴durand Hospital, guemes Clinic and urological Center, Buenos aires, argentina; ⁵⁵national Center for gender spectrum Health, Institute for sexual and gender Health, department of family Medicine and Community Health, university of Minnesota Medical school, Minneapolis, Mn, usa; ⁵⁶oregon Health & science university, Portland, or, usa; ⁵⁷nYu langone Health, new York, nY, usa; ⁵⁸Hansjörg Wyss department of Plastic surgery, new York, nY, usa; ⁵⁹department of Plastic surgery, amsterdam uMC location Vrije universiteit amsterdam, , amsterdam, netherlands; ⁶⁰Icahn school of Medicine at Mount sinai, new York, nY, usa; ⁶¹Mills-Peninsula Medical Center, Burlingame, Ca, usa; ⁶²grs Montreal, Complexe CMC, Montreal, Quebec, Canada; ⁶³université de Montreal, Quebec, Canada; ⁶⁴university of Waikato/te Whare Wānanga o Waikato, Hamilton/Kirikiriroa, new Zealand/aotearoa; ⁶⁵the facialteam group, Marbella International Hospital, Marbella, spain; ⁶⁶Independent scholar; ⁶⁷Boston's Children's Hospital, Boston, Ma, usa; ⁶⁸Independent Practice, oakland, Ca, usa; ⁶⁹nationwide Children's Hospital, Columbus, oH, usa; ⁷⁰the ohio state university, College of Medicine, Columbus, oH, usa; ⁷¹school of Population & Public Health, university of British Columbia, Vancouver, BC, Canada; ⁷²Penn state Health, Pa, usa; ⁷³Penn state College of Medicine, Hershey, Pa, usa; ⁷⁴Center for sexology and gender, ghent university Hospital, gent, Belgium; ⁷⁵nelson Mandela university, gqeberha, south africa; ⁷⁶university of Cape town, Cape town, south africa; ⁷⁷department of endocrinology, amsterdam uMC location Vrije universiteit amsterdam, , amsterdam, netherlands; ⁷⁸university of Victoria, Victoria, BC, Canada; ⁷⁹anoVa, Karolinska university Hospital, stockholm, sweden; ⁸⁰department of Medicine Huddinge, Karolinska Institutet, stockholm, sweden; ⁸¹uTrans–united Caribbean trans network, nassau, the Bahamas; ⁸²d M a r c o organization, nassau, the Bahamas; ⁸³university of Pittsburgh school of Medicine, Pittsburgh, Pa, usa; ⁸⁴Pacific university, Hillsboro, or, usa; ⁸⁵Independent Practice, Beaverton, or, usa; ⁸⁶Whitman Walker Health, Washington, dC, usa; ⁸⁷Independent Practice, Maryland, usa; ⁸⁸transvisie, utrecht, the netherlands; ⁸⁹department of Clinical experimental and Health Psychology, ghent university, gent, Belgium; ⁹⁰the Jed foundation, new York, nY, usa; ⁹¹Hetrick-Martin Institute, new York, nY, usa; ⁹²Institute for sexual and gender Health, Institute for sexual and gender Health, department of family Medicine and Community Health, university of Minnesota Medical school, Minneapolis, Mn, usa; ⁹³andrology, Women endocrinology and gender Incongruence, Careggi university Hospital, florence, Italy; ⁹⁴department of urology, Cedars-sinai Medical Center, los angeles, Ca, usa; ⁹⁵departments of urology and anatomy, university of California san francisco, san francisco, Ca, usa; ⁹⁶Institute of family and sexuality studies, department of neurosciences, Ku leuven, leuven, Belgium; ⁹⁷Mermaids, london/leeds, uK; ⁹⁸duke university Medical Center, durham, nC, usa; ⁹⁹duke adult gender Medicine Clinic, durham, nC, usa; ¹⁰⁰alberta Health services, edmonton, alberta, Canada; ¹⁰¹Macewan university, edmonton, alberta, Canada; ¹⁰²Beth Israel deaconess Medical Center, Boston, Ma, usa; ¹⁰³Independent Practice, new York, nY, usa; ¹⁰⁴northwestern feinberg school of Medicine, Chicago, IL, usa; ¹⁰⁵rMt university, Melbourne, australia; ¹⁰⁶university of Brighton, Brighton, uK; ¹⁰⁷department of Pediatrics, division of Pediatric endocrinology, ghent university Hospital, gent, Belgium; ¹⁰⁸division of Pediatric endocrinology and diabetes, Zna Queen Paola Children's Hospital, antwerp, Belgium; ¹⁰⁹department of Medical Psychology, amsterdam uMC location Vrije universiteit amsterdam, , amsterdam, netherlands; ¹¹⁰department of Psychiatry, southwestern Medical Center, university of texas, dallas, tX, usa; ¹¹¹department of endocrinology, Children's Health, dallas, tX, usa; ¹¹²denver Health, denver, Co, usa; ¹¹³university of Colorado school of Medicine, aurora, Co, usa; ¹¹⁴Malouf Counseling and Consulting, Baltimore, Md, usa; ¹¹⁵WPatH global education Institute; ¹¹⁶department of Psychiatry & Behavioral sciences, emory university school of Medicine, atlanta, ga, usa; ¹¹⁷Jacobs school of Medicine and Biomedical sciences, university at Buffalo, Buffalo, nY, usa; ¹¹⁸John r. oishei Children's Hospital, Buffalo, nY, usa; ¹¹⁹Professional association for transgender Health, south africa; ¹²⁰gender dynamix, Cape town, south africa; ¹²¹division of Plastic surgery, seattle Children's Hospital, seattle, Wa, usa; ¹²²division of Plastic surgery, department of surgery, university of Washington Medical Center, seattle, Wa, usa; ¹²³gender Confirmation Center, san francisco, Ca, usa; ¹²⁴saint francis Memorial Hospital, san francisco, Ca, usa; ¹²⁵Johns Hopkins Center for transgender Health, Baltimore, Md, usa; ¹²⁶Johns Hopkins Medicine office of diversity, Inclusion and Health equity, Baltimore, Md, usa; ¹²⁷division of speech and language Pathology, department of Clinical science, Intervention and technology, Karolinska Institutet, stockholm, sweden; ¹²⁸speech and language Pathology, Medical unit, Karolinska university Hospital, stockholm, sweden; ¹²⁹la robe university, Melbourne, australia; ¹³⁰Melbourne Voice analysis Centre, east Melbourne, australia; ¹³¹stanford university school of Medicine, department of obstetrics and gynecology, Palo alto, Ca, usa; ¹³²department of epidemiology and Population Health, stanford, Ca, usa; ¹³³Independent Practicethessaloniki, greece; ¹³⁴Military Community Mental Health Center, 424 general Military training Hospital, thessaloniki, greece; ¹³⁵talkspace, new York, nY, usa; ¹³⁶CytiPsychological LLC, san diego, Ca, usa; ¹³⁷Institute of HIV research and Innovation, Bangkok, thailand; ¹³⁸gender Identity research and education society, Leatherhead, uK; ¹³⁹division of endocrinology, Boston's Children's Hospital, Boston, Ma, usa; ¹⁴⁰department of reproductive Medicine, Karolinska university Hospital, stockholm, sweden; ¹⁴¹department of oncology-Pathology, Karolinska Institute, stockholm, sweden; ¹⁴²division of Pediatric endocrinology, uCsf, san francisco, Ca, usa; ¹⁴³uCsf Child and adolescent gender Center; ¹⁴⁴ftM Phoenix group, Krasnodar Krai, russia; ¹⁴⁵Mount sinai Center for transgender Medicine and surgery, new York, nY, usa; ¹⁴⁶epidemiology and Biostatistics, dornsife school of Public Health, drexel university, Philadelphia, Pa, usa; ¹⁴⁷epidemiology and Biostatistics, schulich school of Medicine and dentistry, Western university, ontario, Canada; ¹⁴⁸st george's university Hospitals nHs foundation trust, london, uK; ¹⁴⁹Iranti, Johannesburg, south africa; ¹⁵⁰university of Houston, Houston, tX, usa; ¹⁵¹Mayo Clinic, rochester, Mn, usa; ¹⁵²Children's national Hospital, Washington, dC, usa; ¹⁵³george Washington university school of Medicine, Washington, dC, usa; ¹⁵⁴atrium Health department of obstetrics and gynecology, division of female Pelvic Medicine and reconstructive surgery, Charlotte, nC, usa; ¹⁵⁵department for reproductive Medicine, ghent university Hospital, gent, Belgium; ¹⁵⁶department of endocrinology, ghent university Hospital, gent, Belgium; ¹⁵⁷Independent Practice, Campbell, Ca, usa; ¹⁵⁸department of obstetrics and gynaecology, amsterdam uMC location Vrije universiteit amsterdam, amsterdam, netherlands; ¹⁵⁹school of Psychology, university of Waikato/te Whare Wānanga o Waikato, Hamilton/Kirikiriroa, new Zealand/aotearoa; ¹⁶⁰department of Psychiatry & Psychology, Mayo Clinic, rochester, Mn, usa; ¹⁶¹division of general Internal Medicine, Mayo Clinic, rochester, Mn, usa; ¹⁶²trans learning Partnership at <https://spectra-london.org.uk/trans-learning-partnership>, uK; ¹⁶³College of nursing, university of Wisconsin Milwaukee/Milwaukee, WI, usa; ¹⁶⁴Health Connections Inc., glendale, WI, usa; ¹⁶⁵north Memorial Health Hospital, robbinsdale, Mn, usa; ¹⁶⁶university of Minnesota, Minneapolis, Mn, usa; ¹⁶⁷Bellvitge Biomedical research Institute (IDIBELL), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain.

საპრობლემატიკა

ზოგადი ინფორმაცია: ტრანსგენდერული ჯანდაცვა სწრაფად მზარდი დისციპლინათ- შორისი სფეროა. ბოლო ათწლეულის განმავლობაში, უპრეცედენტო მასშტაბით გაი- ზარდა იმ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პირების (ტგმ) რაოდენობა და ხილვადობა, რომლებიც მხარდაჭერასა და გენდერის დადასტურების სამედიცინო მკურნალობას მიმართავენ. ამის პარალელურად, მნიშვნელოვნად გაიზარდა ამ სფე- როსთან დაკავშირებული სამეცნიერო ლიტერატურის მოცულობაც. ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობის მსოფლიო პროფესიული ასოციაცია (WPATH) არის საერთაშორისო მულტიდისციპლინური და პროფესიული ასოციაცია, რომლის ფუნქციაა ხელი შეუწყოს ტრანსგენდერულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ მტკიცებულებებზე დაფუძნე- ბულ ზრუნვას, განათლებას, კვლევას, საზოგადოებრივ პოლიტიკასა და პატივისცემას. WPATH-ის ერთ-ერთი მთავარი ფუნქციაა, ზრუნვის სტანდარტების (SOC) მეშვეობით, ტგმ პირებისთვის უმაღლესი ხარისხის სტანდარტების ჯანმრთელობის დაცვის უზ- რუნველყოფა. ზრუნვის სტანდარტები პირველად 1979 წელს შემუშავდა და მისი ბოლო ვერსია (SOC-7) 2012 წელს გამოქვეყნდა. მზარდი მოცულობის სამეცნიერო მტკიცებუ- ლებების გამო WPATH-მა ზრუნვის სტანდარტების ახალი ვერსიის, ზრუნვის სტანდარ- ტები-8, შექმნა გადაწყვიტა.

მიზანი: ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიის მთავარი მიზანია ჯანდაცვის პროფესი- ონალებს (HCPS) გაუწიოს კლინიკური მეგზურობა, რაც ხელს შეუწყობს მათ, რომ ტგმ პირებს დაეხმარონ, რათა მათ უსაფრთხო და ეფექტურ მეთოდებზე ჰქონდეთ წვდომა საკუთარ გენდერულ იდენტობასთან ხანგრძლივი პერსონალური კომფორტის მიღწევის გზაზე, რათა საბოლოოდ უზრუნველყონ მათი ზოგადი ჯანმრთელობა, ფსიქოლოგიური კეთილდღეობა და საკუთარი თავით კმაყოფილება.

მეთოდები: ზრუნვის სტანდარტები-8 საუკეთესო ხელმისაწვდომ მეცნიერულ მტკიცე- ბულებებსა და ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობის პროფესიონალი ექსპერტების კონსენ- სუსს ეფუძნება. ზრუნვის სტანდარტების-8 კომიტეტი დაკომპლექტებული იყო საერ- თაშორისო პროფესიონალებითა და დაინტერესებული მხარეებით. სარეკომენდაციო დებულებები სისტემური ლიტერატურის მიმოხილვით მიღებული მონაცემების საფუძ- ველზე, ხოლო როდესაც ეს შესაძლებელი იყო, ზოგადი ინფორმაციის მიმოხილვასა და ექსპერტების აზრზე დაყრდნობით შემუშავდა. რეკომენდაციების ხარისხობრივი კლასი- ფიკაცია ინტერვენციებს, რისკებისა და ზიანის შესახებ დისკუსიებს, ასევე სხვადასხვა კონტექსტსა და სხვადასხვა ქვეყნისთვის სპეციფიკურ გარემოში მიზანშეწონილობასა და მისაღებობას ეფუძნება.

შედეგები: ზრუნვის სტანდარტები-8 18 თავისგან შედგება. ეს თავები მოიცავენ რეკო- მენდაციებს ჯანდაცვის სფეროს სპეციალისტებისთვის, რომლებიც ტგმ-პირებზე ზრუ- ნავენ და მკურნალობენ. თითოეულ რეკომენდაციას მოსდევს განმარტებითი ტექსტი შესაბამისი მითითებებით. ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ზო- გადი ინფორმაცია მოცემულია თავებში: „ტერმინოლოგია“, „გლობალური გამოყენება“, „პოპულაციის განსაზღვრა“ და „განათლება“. თავები, სადაც განხილულია ტგმ-პირების მრავალფეროვანი პოპულაცია, მოიცავს „მოზრდილთა შეფასებას“, „ინტერსექსუალ პი- რებს“ და „ინსტიტუციონალიზებულ გარემოში მცხოვრებ პირებს“. სქესის დადასტურე- ბის პროცედურები განხილულია შემდეგ თავებში: „ჰორმონული თერაპია“, „ქირურგია და პოსტოპერაციული მზრუნველობა“, „ხმა და კომუნიკაცია“, „პირველადი მზრუნველო- ბა“, „რეპროდუქციული ჯანმრთელობა“ „სქესობრივი ჯანმრთელობა“ და „ფსიქიკური ჯანმრთელობა“.

დასკვნები: ზრუნვის სტანდარტები-8-ის სახელმძღვანელო პრინციპების მიზანია, იყოს იმდენად მოქნილი, რომ დააკმაყოფილოს ტგმ-პირების მრავალფეროვანი სამედიცინო საჭიროებები მსოფლიოს მასშტაბით. გაიდლაინები მოქნილია და გვთავაზობენ ოპტიმა- ლური სამედიცინო მზრუნველობის სტანდარტებს იმ პირებისთვის, რომლებიც გენდე- რულ შეუთავსებლობას განიცდიან. ისევე როგორც ზრუნვის სტანდარტების წინა ვერსი- ებში, ამ დოკუმენტშიც გენდერის დადასტურების სამედიცინო ჩარევის კრიტერიუმები კლინიკური გაიდლაინებია; ცალკეულმა ჯანდაცვის სპეციალისტებმა, ან პროგრამებმა, შესაძლოა, ტგმ-პირებთან კონსულტაციის საფუძველზე წინამდებარე სახელმძღვანელო პრინციპები ინდივიდუალური საჭიროებების მიხედვით შეცვალონ.

საპრობლემატიკა

მოზარდები; შეფასება; ბავშვ- ვები; კომუნიკაცია; განათ- ლება; ენდოკრინოლოგია; ევსუქი; გენდერულად მრ- ვალფეროვანი; ჯანდაცვის სპეციალისტები; ინსტიტუ- ციონალიზებული გარემო; სქესთაშორისი; ფსიქიკური ჯანმრთელობა; არაბინარუ- ლი; პოპულაცია; პოსტოპე- რაციული მეთვალყურეობა; პირველადი მეთვალყურეობა; რეპროდუქციული ჯანმრთე- ლობა; სექსუალური ჯანმრ- თელობა; ზრუნვის სტან- დარტები-8; მზრუნველობის სტანდარტები; ქირურგია; ტერმინოლოგია; ტრანსგენ- დერი; ხმა.

სარჩევი	გვერდი
შესავალი	5
თავი 1. ტერმინოლოგია	14
თავი 2. გლობალური გამოყენება	19
თავი 3. პოპულაციის განსაზღვრა	30
თავი 4. განათლება	36
თავი 5. მოზრდილთა შეფასება	41
თავი 6. მოზარდები	58
თავი 7. ბავშვები	91
თავი 8. არაბინარული გენდერული იდენტობის მქონე პირები	108
თავი 9. ევნუქები	120
თავი 10. ინტერსექსუალები	127
თავი 11. ინსტიტუციონალიზებული გარემო	143
თავი 12. ჰორმონული თერაპია	152
თავი 13. ქირურგია და პოსტოპერაციული მზრუნველობა	178
თავი 14. ხმა და კომუნიკაცია	190
თავი 15. პირველადი მზრუნველობა	199
თავი 16. რეპროდუქციული ჯანმრთელობა	218
თავი 17. სექსუალური ჯანმრთელობა	228
თავი 18. მენტალური ჯანმრთელობა	239
მადლობა	248
გამოყენებული ლიტერატურა	249
დანართი A: მეთოდოლოგია	312
დანართი B: ლექსიკონი	319
დანართი C: გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული მკურნალობა	321
დანართი D: მოზარდებსა და მოზრდილებში ჰორმონული და ქირურგიული მკურნალობის კრიტერიუმების შეჯამება	324
დანართი E: გენდერის დამადასტურებელი ქირურგიული მკურნალობა	326

შესავალი

ზრუნვის სტანდარტის დანიშნულება და გამოყენება

ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობის მსოფლიო პროფესიული ასოციაციის (WPATH) მიერ შემუშავებული მზრუნველობის სტანდარტის მეორე გამოცემის (SOC-8) მიზანია, კლინიკური მეგზურობა გაუწიოს ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რაც დაეხმარება მათ, ხელი შეუწყონ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პირების (ტგმ) წვდომას უსაფრთხო და ეფექტურ მეთოდებზე საკუთარ გენდერულ იდენტობასთან ხანგრძლივი პერსონალური კომფორტის მიღწევის გზაზე, რათა საბოლოოდ უზრუნველყონ მათი ზოგადი ჯანმრთელობა, ფსიქოლოგიური კეთილდღეობა და საკუთარი თავითკმაყოფილება. აღნიშნული მეგზურობა შესაძლოა მოიცავდეს, მაგრამ არ შემოიფარგლებოდეს ჰორმონული და ქირურგიული მკურნალობით, ხმისა და კომუნიკაციის თერაპიით, პირველადი მზრუნველობით, თმის მოცილებით, რეპროდუქციულ, სქესობრივ და ფსიქოლოგიურ ჯანმრთელობაზე ზრუნვით. ჯანდაცვის სისტემებმა უნდა უზრუნველყონ გენდერის დადასტურების აუცილებელი სამედიცინო მზრუნველობა ტგმ-პირებისთვის (იხ. თავი 2 – გლობალური გამოყენება, დებულება 2.1.).

WPATH არის საერთაშორისო, მულტიდისციპლინური, პროფესიული ასოციაცია, რომლის მისიაცაა, ხელი შეუწყოს ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ზრუნვას, განათლებას, კვლევას, საჯარო პოლიტიკასა და პატივისცემას. ასოციაცია 1979 წელს დაარსდა და ამჟამად მასში გაწევრიანებულია ჯანდაცვის 3,000 სპეციალისტი, სოციალური მეცნიერი და სამართლის პროფესიონალი, რომელთაგან ყველა ჩართულია კლინიკურ პრაქტიკაში, კვლევაში, განათლებასა და ადვოკატირების საქმიანობაში, რომელსაც გავლენა აქვს ტგმ ადამიანების ცხოვრებაზე. WPATH-ის მიზანია ისეთი მსოფლიო, სადაც ყველა გენდერული იდენტობისა და გენდერული გამოხატვის ადამიანებს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ჯანდაცვაზე, სოციალურ სერვისებზე, სამართლიანობასა და თანასწორობაზე ექნებათ წვდომა.

WPATH-ის ერთ-ერთი მთავარი ფუნქციაა, მზრუნველობის სტანდარტის (SOC) მეშვეობით ტგმ-პირებისთვის უზრუნველყოს უმაღლესი ხარისხის ჯანდაცვა. ზრუნვის სტანდარტები-8 საუკეთესო ხელმისაწვდომ მეცნიერულ მტკიცებულებებსა და ტრანსგენდერთა ჯანდაცვის პროფესიონალი ექსპერტების კონსენსუსს ეფუძნება. ზრუნვის სტანდარტები პირველად 1979 წელს შემუშავდა და მისი ბოლო ვერსია (SOC-7) 2012 წელს გამოქვეყნდა.

ამ სფეროში კვლევისა და გამოცდილებების უდიდესი წილი ჩრდილოეთ ამერიკასა და დასავლეთ ევროპაზე მოდის; შესაბამისად, აუცილებელია ზრუნვის სტანდარტები-8-ს დანარჩენ მსოფლიოზე მორგება. ზრუნვის სტანდარტების წინამდებარე გამოცემა ასევე მოიცავს მოსაზრებებს კულტურული რელატიურობისა და კულტურული კომპეტენციების მიდგომების შესახებ.

WPATH აღიარებს, რომ ჯანმრთელობა მხოლოდ მაღალი ხარისხის კლინიკურ ზრუნვაზე არ არის დამოკიდებული და მოიცავს სოციო-პოლიტიკურ გარემოს, რომელიც უზრუნველყოფს საზოგადოებრივ ტოლერანტობას, თანასწორობასა და სრულუფლებიან მოქალაქეობას. ჯანდაცვის ხელშეწყობა ხდება საჯარო პოლიტიკით და საკანონმდებლო რეფორმებით, რომლებიც ზრდის ტოლერანტობასა და გენდერულ მრავალფეროვნებასთან დაკავშირებულ თანასწორობას და ებრძვის ჩაგვრას, დისკრიმინაციასა და სტიგმას. WPATH ამგვარი პოლიტიკისა და საკანონმდებლო ცვლილებების დაცვის ერთგულია. შესაბამისად, მოვუწოდებთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც ტგმ-პირებს სამედიცინო სერვისებს აწვდიან, უზრუნველყონ წვდომა უსაფრთხო და ლიცენზირებულ გენდერ-აფირმაციულ ზრუნვაზე და პატივი სცენ ინდივიდების ავტონომიას.

ეს დოკუმენტი უპირველესად ჯანდაცვის სპეციალისტებისთვისაა განკუთვნილი, თუმცა, პაციენტებს, მათ ოჯახის წევრებსა და საზოგადოებრივ ინსტიტუტებს ასევე აქვთ ზრუნვის სტანდარტები-8-ის გამოყენების უფლება, რათა გაეცნონ, თუ როგორ ეხმარება ის მრავალფეროვანი პოპულაციის წევრების ოპტიმალური ჯანმრთელობის მდგომარეობის ხელშეწყობას.

ზრუნვის სტანდარტები-8-ს აქვს 18 თავი,

რომელიც ჯანდაცვის სპეციალისტებისთვის ტგმ-პირებზე მზრუნველობის რეკომენდაციას მოიცავს. თითოეულ რეკომენდაციას მოსდევს განმარტებითი ტექსტი შესაბამისი მითითებებით. მოზრდილებისა და მოზარდების გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის (GAMSTs) რეკომენდაციები წარმოდგენილია შესაბამის თავებში (იხილეთ თავები „შეფასება მოზრდილებისთვის“ და „მოზარდები“) რეკომენდაციების შეჯამებისა და გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის კრიტერიუმებისთვის იხილეთ [დანართი D](#).

ზრუნვის სტანდარტები-8-ით გათვალისწინებული პოპულაციები

ამ ტექსტში ჩვენ ვიყენებთ ფრაზას „ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პირები (TGD)“, რათა ვიყოთ მაქსიმალურად ყოვლისმომცველი და აღვწეროთ მსოფლიოს მასშტაბით მრავალფეროვანი თემები, ან ადამიანები, რომელთაც დაბადების დროს მინიჭებული სქესისგან განსხვავებული გენდერული იდენტობა და გამოხატვა აქვთ. ეს ასევე მოიცავს ადამიანებს, რომლებსაც აქვთ კულტურისთვის, ან ენისთვის სპეციფიკური გამოცდილებები, იდენტობები და გამოხატვები, რომლებიც შესაძლოა იყოს ან არ იყოს დაფუძნებული გენდერის ან იმ ენის დასავლურ კონცეფციაზე, რომელიც გენდერის აღსაწერად გამოიყენება.

WPATH-ის ზრუნვის სტანდარტები-8 უფრო მეტად აფართოებს ტგმ ქოლგას და იმ კონტექსტს, რომელშიც წინამდებარე დებულებები ადამიანის უფლებებისა და თანასწორობის ხელშეწყობისთვის უნდა იყოს გამოყენებული.

მსოფლიოს მასშტაბით, ტგმ მოიცავს მრავალფეროვანი გენდერული იდენტობისა და გამოხატვის მქონე ინდივიდებს, რომლებსაც სიცოცხლის მანძილზე გენდერის დადასტურების სხვადასხვაგვარი ზრუნვა ესაჭიროებათ, რომლებიც მათ ინდივიდუალურ მიზნებსა და მახასიათებლებზე, ხელმისაწვდომ სამედიცინო რესურსებსა და სოციო-კულტურულ და პოლიტიკურ კონტექსტზე იქნება მორგებული. როდესაც გარკვეული ჯგუფებისთვის მზრუნ-

ველობის სტანდარტი არ არსებობს, შესაძლებელია, ამ ვაკუუმმა მათ შორის ისეთი მიდგომების გამრავლებას შეუწყოს ხელი, რომელიც კონტრპროდუქტიული ან დამაზიანებელია. ზრუნვის სტანდარტები-8 მოიცავს რეკომენდაციებს, რომლის მიზანია იმ გენდერულად მრავალფეროვანი ჯგუფების კეთილდღეობისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, რომლებიც ხშირად უგულებელყოფილნი ან მარგინალიზებულნი არიან, მათ შორის არიან არაბინარული ადამიანები, ევნუქები და ინტერსექსი ინდივიდები.

ზრუნვის სტანდარტები-8 აგრძელებს ახალგაზრდა ტგმ-პირებზე შესაბამისი მზრუნველობის მონახვის შემუშავებას, რომელიც საჭიროების შემთხვევაში, შესაძლოა სქესობრივი მომნიჭების დათრგუნვას და გენდერის დადასტურების მიზნით ჰორმონების შეყვანას მოითხოვდეს. მსოფლიოს მასშტაბით, ტგმ-პირები ტრანსფობიას, სტიგმატიზაციას, ინფორმაციის ნაკლებობასა და ჯანდაცვის სერვისებზე უარის თქმას განიცდიან, რაც მათ ჯანმრთელობაზე უარყოფითად მოქმედებს. ტგმ-პირებს ხშირად უწევთ, მკურნალ ექიმებს მკურნალობის შესახებ თავად მიუთითონ, ამ უკანასკნელთა არასაკმარისი ცოდნიდან და მომზადებიდან გამომდინარე. ტგმ-პირების მიმართ დისკრიმინაციის, სოციალური მარგინალიზაციისა და სიძულვილით მოტივირებული დანაშაულების ინტერსექციური ფორმები უმცირესობის სტრესს განაპირობებს. უმცირესობის სტრესი დაკავშირებულია ფსიქოლოგიური ჯანმრთელობის უთანასწორობასთან, რისი მაგალითიცაა სისგენდერ პოპულაციასთან შედარებით დეპრესიის, თვითმკვლელობისკენ მიდრეკილებისა და არასუიციდური თვითდაზიანებების გაზრდილი სიხშირე. მრავალი ტგმ-პირის მონყვლადობა ყველა დისციპლინის სპეციალისტებმა უნდა გაითვალისწინონ. WPATH მოუწოდებს ჯანდაცვის მესვეურებს, პოლიტიკის შემქმნელებსა და სამედიცინო საზოგადოებებს, ებრძოლონ ტრანსფობიას ჯანდაცვის სპეციალისტებს შორის და უზრუნველყონ მაქსიმალური ძალისხმევა ტგმ-პირების იმ ექიმებთან გადასამისამართებლად, რომლებსაც აქვთ გენდერის დადასტურების მკურნალობის ჩატარების გამოცდილება და მზადყოფნა.

ზრუნვის სტანდარტების მოქნილობა

ზრუნვის სტანდარტები-მ-ის გაიდლაინების მიზანია, იყოს იმდენად მოქნილი, რომ დააკმაყოფილოს ტგმ-პირების მრავალფეროვანი სამედიცინო საჭიროებები მსოფლიოს მასშტაბით. დებულებები ადაპტირებადია და გვთავაზობს ოპტიმალური სამედიცინო მზრუნველობის სტანდარტებს იმ პირებისთვის, რომლებიც გენდერული იდენტობის შეუთავსებლობას განიცდიან. ისევე როგორც ზრუნვის სტანდარტების წინა ვერსიებში, ამ დოკუმენტშიც გენდერის დადასტურების სამედიცინო ჩარევის კრიტერიუმები კლინიკური სახელმძღვანელოა; ცალკეულმა ჯანდაცვის სპეციალისტებმა, ან პროგრამებმა, შესაძლოა, ტგმ-პირებთან კონსულტაციის საფუძველზე მათი ინდივიდუალური მოდიფიკაცია მოახდინონ. შესაძლოა ზრუნვის სტანდარტებიდან კლინიკური გადახვევა მოხდეს პაციენტის უნიკალური ანატომიური, სოციალური, ან ფსიქოლოგიური მდგომარეობიდან გამომდინარე; გამოცდილი ჯანდაცვის სპეციალისტის მიერ სტანდარტული მეთოდის გაუმჯობესების საფუძველზე; მსოფლიოს გარკვეულ რეგიონებში რესურსების ნაკლებობის ნიადაგზე; ან ზიანის თავიდან აცილების საჭიროების გამო. ამგვარი გადახვევები პაციენტს უნდა განემარტოს და პაციენტის მზრუნველობის ხარისხისა და კანონიერი დაცვის უზრუნველყოფის მიზნით დოკუმენტირებული უნდა იყოს. ეს დასაბუთება ასევე მნიშვნელოვანია ახალი მონაცემების შეგროვებისთვის, რომელიც შესაძლოა რეტროსპექტულად შემოწმდეს და გამოყენებული იყოს ჯანდაცვის სერვისებისა და ზრუნვის სტანდარტების გასავითარებლად.

ზრუნვის სტანდარტები-მ მხარს უჭერს ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღებისა და ზიანის შემცირებისკენ მიმართული მიდგომების მნიშვნელობას. გარდა ამისა, ზრუნვის სტანდარტების ეს ვერსია აღიარებს და ადასტურებს გენდერის სხვადასხვა გამოხატულებას, რომელიც შესაძლოა, ფსიქოლოგიურ, ჰორმონულ ან ქირურგიულ მკურნალობას არ საჭიროებდეს. ჯანდაცვის სპეციალისტებს შეუძლიათ გამოიყენონ ზრუნვის სტანდარტები, რათა დაეხმარონ პაციენტებს განიხილონ მათთვის ღია

ჯანდაცვის სერვისების სრული სპექტრი მათი გენდერული გამოხატვის კლინიკური საჭიროებების შესაბამისად.

მრავალფეროვნება თუ ლიაზონი

გენდერული მახასიათებლების გამოხატულება, მათ შორის იდენტობები, რომლებიც სტერეოტიპულად ასოცირებული არ არის დაბადების დროს მინიჭებულ სქესთან, არის ფართოდ გავრცელებული და კულტურულად მრავალფეროვანი ადამიანური ფენომენი, რომელიც უარყოფით მოვლენად, ან პათოლოგიად არ უნდა ჩაითვალოს. სამწუხაროდ, გენდერული არაკონფორმულობა და მრავალფეროვნება მსოფლიოს მასშტაბით მრავალ საზოგადოებაში სტიგმატიზებულია. ამან შესაძლოა, ჩაგვრამდე და დისკრიმინაციამდე მიგვიყვანოს, რაც „უმცირესობის სტრესს“ იწვევს. უმცირესობის სტრესი არის უნიკალური (ზოგადი სტრესორების დამატებითი ფაქტორი, რომელსაც ყველა ადამიანი განიცდის), რომელმაც შესაძლოა, ტგმ ინდივიდები უფრო მონყვლადი გახადოს ისეთი ფსიქიკური ჯანმრთელობის ჩივილების მიმართ, როგორცაა შფოთვა და დეპრესია. საზოგადოების მხრიდან ჩაგვრისა და დისკრიმინაციის გარდა, სტიგმამ შესაძლოა, ინტერპერსონალურ ურთიერთობებში ძალადობა და გარიყვა გამოიწვიოს, რასაც ხშირად ფსიქოლოგიურ სტრესამდე მივყავართ. ეს სიმპტომები სოციალურადაა განპირობებული და ტგმ-სთვის დამახასიათებელი არ არის.

მიუხედავად ამისა, გენდერული დისფორია ამერიკის ფსიქოლოგთა ასოციაციის ფსიქიკურ აშლილობის დიაგნოსტიკურ და სტატისტიკურ სახელმძღვანელოში (DSM-5-TR) ჯერ კიდევ ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობად განიხილება. თუმცა გენდერული შეუთავსებლობა მსოფლიო ჯანდაცვის საზოგადოებაში პათოლოგიურ ან ფსიქიკურ აშლილობად აღარ განიხილება. გენდერული შეუთავსებლობა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ ICD-11-ში აღიარებულია ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ მდგომარეობად. ისტორიული და ამჟამინდელი სტიგმის გამო, შესაძლოა, ტგმ-პირებმა განიცადონ დისტრესი ან დისფორია, რომლის

აღმოფხვრაც შესაძლებელია გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის სხვადასხვა ვარიანტით. მიუხედავად იმისა, რომ ნომენკლატურა ექვემდებარება ცვლილებას და შესაძლოა, სხვადასხვა ჯანდაცვის ორგანიზაციებისა თუ ადმინისტრაციული ორგანოების მიერ ახალი ტერმინოლოგია და კლასიფიკაცია იყოს მიღებული, მკურნალობისა და მოვლის სამედიცინო აუცილებლობა აშკარად არის აღიარებული მრავალი ადამიანისთვის, რომლებიც დაბადებისას მინიჭებულ სქესსა და გენდერულ იდენტობას შორის შეუთავსებლობას განიცდიან.

ყველა საზოგადოება, ქვეყანა ან ჯანდაცვის სისტემა მკურნალობისთვის დიაგნოზს არ მოითხოვს. თუმცა, ზოგიერთ ქვეყანაში ამ დიაგნოზებმა შესაძლოა, სამედიცინო და უცილებელ ჯანდაცვის სერვისზე წვდომა გააადვილოს და შემდგომ კვლევებს ეფექტური მკურნალობის განსაზღვრაში ხელი შეუწყოს.

ჯანდაცვის სერვისები

გენდერის დამადასტურებელი ზრუნვის მიზანია ტგმ-პირებთან თანამშრომლობით დააკმაყოფილდეს ტგმ პირების სოციალური, ფსიქიკური და სამედიცინო ჯანმრთელობის საჭიროებები და კეთილდღეობა და დადასტურდეს მათი გენდერული იდენტობა. გენდერის დადასტურებაზე ზრუნვა მხარს უჭერს ტგმ ადამიანებს მთელი ცხოვრების განმავლობაში – ბავშობაში გენდერული შეუთავსებლობის პირველივე ნიშნების გამოვლენიდან, შემდგომ ზრდასრულ ასაკსა და ხანდაზმულ ასაკში; ისევე როგორც იმ ადამიანებს, რომლებიც გენდერულ იდენტობასთან დაკავშირებით განიცდიან წუხილსა და გაურკვევლობას, როგორც ტრანზიციამდე, ისე მას შემდეგ.

ტრანსგენდერთა ჯანდაცვა მეტია, ვიდრე მისი ცალკეული კომპონენტების ჯამი და ის ენდოკრინოლოგიას, ქირურგიას, ხმას და კომუნიკაციას და მენტალურ ჯანმრთელობას შორის ერთობლივ ინტერ და მულტიდისციპლინურ მზრუნველობას მოიცავს, რომელთა მიზანია გენდერის დადასტურების ინტერვენციების მხარდაჭერა, პრევენციული ზრუნვა და ქრონიკულ დაავადებათა მენეჯმენტი.

გენდერის დამადასტურებელი ინტერვენცია სქესობრივი მომწიფების დათრგუნვას, ჰორმონულ თერაპიასა, გენდერის დადასტურების ქირურგიასა და სხვა პროცედურებს მოიცავს. ხაზი უნდა გაესვას იმას, რომ არ არსებობს უნივერსალური მიდგომა და ტგმ-პირებს, შესაძლოა ზემოთ ჩამოთვლილი ყველა, არცერთი, ან რამდენიმე ინტერვენციის ჩატარება დასჭირდეთ. ეს გაიდლაინები პაციენტზე ორიენტირებულ გენდერის დამადასტურებელ ჩარევას ანიჭებენ უპირატესობას და ზრუნვის წინაშე არსებული ბარიერების შესამცირებლად მათში ბევრი ადრინდელი პირობა განახლებულია. იდეალურ შემთხვევაში ჯანდაცვის პროვაიდერებს შორის კომუნიკაცია უნდა დამყარდეს, რათა მოხდეს პაციენტის საჭიროებებზე ორიენტირებული გენდერის დადასტურების ინტერვენციის შედეგებისა და დროის ოპტიმიზაცია და ზიანის მინიმუმამდე შემცირება. სათანადო რესურსების პირობებში კონსულტაცია და კოორდინაცია ხშირად რუტინული მზრუნველობის ნაწილია, თუმცა მსოფლიოს მასშტაბით მრავალ რეგიონში ტრანსგენდერებზე ზრუნვისთვის საჭირო დანებსებულებები არ არის. ამ რეგიონებისთვის, თუ ეს შესაძლებელია, რეკომენდებულია, რომ ინდივიდუალურმა პროვაიდერებმა შექმნან ქსელი და უზრუნველყონ ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვა, რომელიც ადგილობრივად ხელმისაწვდომი არ არის.

მსოფლიოს მასშტაბით, ტგმ-პირებს ზოგჯერ ოჯახის წევრები თუ რელიგიური გაერთიანებები კონვერსიული თერაპიის გავლას აიძულებენ. WPATH მკაცრად ეწინააღმდეგება რეპარაციულ და კონვერსიულ თერაპიას (იხილეთ დებულებები 6.5 და 18.10).

ჯანდაცვის დაწესებულებები

ზრუნვის სტანდარტები-მ-ის სხელმძღვანელო პრინციპები დაფუძნებულია ტგმ-პირების ფუნდამენტურ უფლებებზე, რომლებიც ვრცელდება ყველა იმ გარემოზე, სადაც ინდივიდის სოციალური ან სამედიცინო გარემოებების მიუხედავად, ჯანდაცვა უზრუნველყოფილია. ეს მოიცავს რეკომენდაციას ზრუნვის სტანდარ-

ტების გამოყენების შესახებ ტგმ პირებისთვის, რომლებიც პატიმრობაში იმყოფებიან ან სხვა ინსტიტუციურ გარემოში ცხოვრობენ.

ინფორმირებული პროვაიდერებისა და დროული ხელმისაწვდომობის ნაკლებობის, ხარჯების ბარიერების და/ან ჯანდაცვის ადრინდელი მასტიგმატიზირებელი მდგომარეობის გამო, ბევრი ტგმ-პირი ჰორმონულ თერაპიას თვითნებურად, რეცეპტის გარეშე იღებს. ეს რისკებს უქმნის ჯანმრთელობას, რომლებიც დაკავშირებულია გაუკონტროლებელი თერაპიისას პოტენციურად სუპრათერაპიული დოზების გამოყენებასა და სისხლით გადამდებ დაავადებების პოტენციურ გადადებასთან, როდესაც ნემსები ერთობლივად გამოიყენება. თუმცა, ბევრი ადამიანისთვის ეს არის ერთადერთი საშუალება სქესის დამადასტურებელი მკურნალობის საჭირო სამედიცინო მკურნალობის მისაღებად, რომელიც სხვაგვარად მიუწვდომელია. ჰორმონის ურეცეპტოდ გამოყენებას ზიანის შემცირების კუთხით უნდა მივუდგეთ და უზრუნველყოფილი უნდა იყოს, რომ ადამიანები დაუკავშირდნენ პროვაიდერებს, რომლებსაც შეუძლიათ, უსაფრთხო და გაკონტროლებული ჰორმონოთერაპია დანიშნონ.

ზოგიერთ ქვეყანაში, ტგმ-ს უფლებებს სულ უფრო და უფრო მეტად აღიარებენ და იქმნება გენდერის კლინიკები, რომლებსაც ზრუნვის მაგალითის უზრუნველყოფა შეუძლიათ. თუმცა, სხვა ქვეყნებში ასეთი დაწესებულებები არ არის და ზრუნვა, შესაძლოა, უფრო ფრაგმენტული და ნაკლებრესურსიანი იყოს. მიუხედავად ამისა, იქმნება სხვადასხვა ახალი მოდელი, რომელიც პირველადი მზრუნველობის ცენტრებში გენდერის დადასტურებაზე ზრუნვის დეცენტრალიზაციას და ბარიერების შემცირებისა და ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით ტელეჯანმრთელობის სერვისების განვითარებას მოიცავს. ზრუნვის მიწოდების მეთოდის მიუხედავად, უნდა მოხდეს ზრუნვის სტანდარტები-მ-ში წარმოდგენილი გენდერის დადასტურებაზე ზრუნვის ადაპტირება, რათა ის შესაბამისობაში იყოს ადგილობრივ სოციალურ-კულტურულ, პოლიტიკურ და სამედიცინო კონტექსტებთან.

მეთოდოლოგია

მზრუნველობის სტანდარტის ეს ვერსია (SOC-მ) უფრო დეტალურ და მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ მიდგომებს ეყრდნობა, ვიდრე წინა ვერსიები. ეს მტკიცებულებები დაფუძნებულია არა მხოლოდ გამოქვეყნებულ ლიტერატურაზე (პირდაპირი და ზოგადი მტკიცებულებები), არამედ ექსპერტთა კონსენსუსზე დაფუძნებულ მოსაზრებებზე. მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გაიდლაინები მოიცავს რეკომენდაციებს, რომელთა მიზანია პაციენტზე ზრუნვის ოპტიმიზაცია და მასში გათვალისწინებულია მტკიცებულებები, სარგებლისა და ზიანის შეფასება, ჯანდაცვის პროვაიდერებისა და პაციენტების ღირებულებები და პრეფერენციები, ასევე რესურსების გამოყენება და ამ პრინციპების გატარების შესაძლებლობა.

მიუხედავად იმისა, რომ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კვლევა იძლევა საფუძველს სანდო კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინების და რეკომენდაციების შემუშავებისთვის, ის უნდა იყოს დაბალანსებული სხვადასხვა გარემოში ზრუნვის მიწოდების რეალობითა და მიზანშეწონილობის მიხედვით. ზრუნვის სტანდარტები-მ-ის შემუშავების პროცესი მოიცავს რეკომენდაციებს კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინის შემუშავების შესახებ, რომელიც ჩამოყალიბებულია მედიცინის ეროვნული აკადემიებისა და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ და რომელიც გამჭვირვალობას, ინტერესთა კონფლიქტის პოლიტიკას, კომიტეტის შემადგენლობას და ჯგუფურ პროცესს ეხება.

ზრუნვის სტანდარტები-მ გაიდლაინების კომიტეტი იყო მულტიდისციპლინური და შედგებოდა დარგის ექსპერტებისგან, ჯანდაცვის სპეციალისტებისგან, მკვლევარებისგან და სხვადასხვა ხედვისა და გეოგრაფიული წარმომავლობის დაინტერესებული მხარეებისგან.

გაიდლაინების მეთოდოლოგია საჯარო კომენტარების პერიოდში, საერთაშორისო საკონსულტაციო კომიტეტის მიერ მონაწილეობის დამატებითი ინფორმაციის დახმარებით, კითხვები და სისტემური მიმოხილვა დაგეგმა და შეიმუშავა. ინტერესთა კონფლიქტის დეკლარაციები კომიტეტის ყველა წევრმა შეავსო. ზრუნვის სტანდარტები-მ-ის რეკომენდაციები ეფუძნება

ხელმისაწვდომ მტკიცებულებებს, რომლებიც მხარს უჭერს ინტერვენციებს, რისკებისა და ზიანის განსაზღვრას, ასევე მიზანშეწონილობისა და იმის განხილვას, თუ რამდენად მისაღებია სხვადასხვა კონტექსტისა და ქვეყნის პირობებში. საბოლოო რეკომენდაციებზე კონსენსუსი მიღწეული იქნა დელფის მეთოდის გამოყენებით, რომელიც მოიცავდა გაიდლაინების კომიტეტის ყველა წევრს და მოითხოვდა, რომ სარეკომენდაციო დებულებები დამტკიცებულიყო წევრების მინიმუმ 75%-ის მიერ. ზრუნვის სტანდარტები-მ-ის მეთოდოლოგიის დანვრილებითი აღწერა მოცემულია [დანართ A-ში](#).

ზრუნვის სტანდარტები-მ-ის თავეის შეჯამება

ზრუნვის სტანდარტები-მ წინა ვერსიებთან შედარებით მნიშვნელოვანადაა გაუმჯობესებული. ამ ვერსიაში ცვლილებები ემყარება ფუნდამენტურად განსხვავებულ მეთოდოლოგიას, მნიშვნელოვან კულტურულ ძვრებს, მიღწევებს კლინიკურ ცოდნაში და ჯანმრთელობის დაცვის მრავალი პრობლემის გათვალისწინებას, რომლებიც შესაძლოა, ტემ-პირებს ჰორმონოთერაპიისა და ქირურგიის მიუხედავად შეექმნათ.

ეს განახლებული გაიდლაინები აგრძელებს ზრუნვის სტანდარტები-7-ის მიერ 2011 წელს დაწყებულ პროცესს, რათა „ტრანსგენდერობის დიაგნოზირებისთვის“ ვინრო ფოკუსი ფსიქოლოგიური მოთხოვნებიდან და გენდერული დისფორიის შემსუბუქების მიზნით სამედიცინო მკურნალობიდან გაფართოვდეს და გადავიდეს პაციენტის, როგორც ერთიანი და მთლიანი ინდივიდის გენდერული დადასტურების მზრუნველობაზე. WPATH აფართოებს ზრუნვის სტანდარტები-მ-ის გაიდლაინებს, იმის მიხედვით თუ ვისზე უნდა გავრცელდეს, რა უნდა და არ უნდა იყოს შეთავაზებული გენდერული დადასტურების ზრუნვასთან ერთად და, ასევე, იმ გარემოებებს, რომლებშიც ეს გაიდლაინები უნდა იყოს გამოყენებული თანასწორობისა და ადამიანის უფლებების ხელშეწყობის მიზნით.

ზრუნვის სტანდარტები-მ-ს აქვს რამდენიმე ახალი თავი, როგორცაა „ზრდასრულთა შეფასება“, „განათლება“, „ვენუქები“ და „არაბინარული სექსუალური იდენტობის მქო-

ნე პირები“. გარდა ამისა, ზრუნვის სტანდარტები-7-ის ბავშვთა და მოზარდთა თავი დაიყო ორ სხვადასხვა თავად. საერთო ჯამში, ზრუნვის სტანდარტები-მ მნიშვნელოვნად მოცულობითია, ვიდრე წინა ვერსიები და უზრუნველყოფს უფრო სიღრმისეულ ინფორმაციასა და რეკომენდაციებს ჯანდაცვის სპეციალისტებისთვის. ზრუნვის სტანდარტები-მ-ის ყველა თავის შეჯამება შეგიძლიათ იხილოთ ქვემოთ:

თავი 1 – ტერმინოლოგია

ეს ახალი თავი აყალიბებს ზრუნვის სტანდარტები-მ-ში გამოყენებული ენის ჩარჩოს და გვთავაზობს ტერმინოლოგიის გამოყენების შესახებ ნებაყოფლობით შეთანხმებულ რეკომენდაციებს. თავში მოცემულია (1)ტერმინები და განმარტებები და (2)მათი გამოყენების საუკეთესო პრაქტიკები. ამ დოკუმენტს ახლავს ლექსიკონი (იხ. დანართი B) საერთო ტერმინებისა და ენის შესახებ, რაც ზრუნვის სტანდარტები-მ-ის გამოყენებისა და ინტერპრეტაციისთვის გამოსადეგია.

თავი 2 – გლობალური გამოყენება

ეს თავი ეხება ძირითად ლიტერატურას, რომელიც დაკავშირებულია ჯანდაცვის სერვისების განვითარებასა და მიწოდებასთან, დასავლეთ ევროპისა და ჩრდილოეთ ამერიკის მიღმა ტგმ-პირებზე ზრუნვის ფართო ადვოკატირებასთან და გთავაზობს რეკომენდაციებს ზრუნვის სტანდარტები-მ-ის სხვადასხვა კონტექსტში ადაპტაციისა და თარგმნისთვის.

თავი 3 – პოპულაციის განსაზღვრა

ამ თავში განახლებულია მონაცემები პოპულაციაში ტგმ პირების რაოდენობის შესახებ. ამჟამინდელ მტკიცებულებებზე დაყრდნობით აღნიშნული პოპულაციის რაოდენობა შესაძლოა მერყეობდეს ერთი პროცენტის ნილადიდან რამდენიმე პროცენტამდე დათვლის კრიტერიუმის, ასაკობრივი ჯგუფისა და გეოგრაფიული ადგილმდებარეობის მიხედვით.

თავი 4 – განათლება

ეს ახალი თავი გთავაზობს ლიტერატურის ზოგად მიმოხილვას, რომელიც ტგმ-ის ჯანდაცვის სფეროში განათლებასთანაა დაკავშირებული. ის გთავაზობს რეკომენდაციებს სამთავრობო, არასამთავრობო, ინსტიტუციურ და პროვაიდერთა დონეზე კომპეტენტური, სოლიდარული ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით. ამის მიზანია, განათლების ამ სფეროში შეიქმნას საძირკველი და პედაგოგებსა და ჯანდაცვის სპეციალისტებს შორის უფრო ფართო და ღრმა დისკუსიები შედგეს.

თავი 5 – მოზრდილთა შეფასება

ეს ახალი თავი გვანვდის მითითებებს მოზრდილი ტგმ-პირების შეფასების თაობაზე, რომლებიც გენდერის დამადასტურებელ სამედიცინო და ქირურგიულ მკურნალობას (GAMST-ები) ითხოვენ. იგი აღწერს და აახლებს შეფასების პროცესს, როგორც პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომის ნაწილს და იმ კრიტერიუმებს, რომლებიც ჯანდაცვის სპეციალისტებმა უნდა დაიცვან, რათა ტგმ ზრდასრულებს გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები მისცენ.

თავი 6 – მოზარდები

ეს ახალი თავი მოზარდ ტგმ-პირებს ეძღვნება, ის ბავშვთა თავისგან გამოყოფილია და შექმნილია მე-8 გამოცემისთვის (1)მოზარდების მიმართვიანობის მაჩვენებლების საგრძნობი ზრდის; (2)მოზარდების გენდერულ მრავალფეროვნებასთან დაკავშირებული ზრუნვისთვის სპეციფიკური კვლევების ზრდისა; და (3)ამ ასაკობრივი ჯგუფის განვითარებისა და სქესის დამადასტურებელი ზრუნვის უნიკალური საკითხების გათვალისწინებით. ამ თავში მოცემულია რეკომენდაციები მოზარდების შეფასების პროცესთან დაკავშირებით, რომლებიც საჭიროებენ გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიულ მკურნალობას, ასევე რეკომენდაციები ტგმ ახალგაზრდებთან და მათ ოჯახებთან მუშაობისთვის.

თავი 7 – ბავშვები

ეს ახალი თავი პრეპუბერტატის ასაკის სქესობრივად მრავალფეროვან ბავშვებს ეხება და განვითარებისთვის შესაბამის ფსიქოსოციალურ პრაქტიკასა და თერაპიულ მიდგომებზეა ფოკუსირებული.

თავი 8 – არაბინარული გენდერული იდენტობის მქონე პირები

ზრუნვის სტანდარტები-მ-ის ამ ახალ თავში დეტალურადაა აღწერილი ტერმინი „არაბინარული“ და განხილულია მისი გამოყენების ბიოფსიქოსოციალური, კულტურული და ინტერსექციური პერსპექტივები. ამ თავშივე განხილულია გენდერის დამადასტურებელი ზრუნვის ხელმისაწვდომობა, გენდერის დადასტურებისთვის განკუთვნილი სპეციფიკური სამედიცინო ინტერვენციები, ასევე შესაბამისი დონის მხარდაჭერა.

თავი 9 – ევნუქები

ეს ახალი თავი აღწერს ევნუქების უნიკალურ საჭიროებებს და როგორ შეიძლება ზრუნვის სტანდარტების გამოყენება ამ პოპულაციაზე.

თავი 10 – ინტერსექსუალები

ეს თავი ყურადღებას ინტერსექსუალი პირების ინდივიდების კლინიკურ მზრუნველობაზე ამახვილებს. ის ასეთ პირებთან დაკავშირებული ცვალებადი ტერმინოლოგიის, პოპულაციაში მათი გავრცელებისა, მრავალფეროვნებისა და გამოვლინებების განვითარებას ეხება და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული განმარტებებით მათი ფსიქოსოციალური და სამედიცინო დახმარების რეკომენდაციებს იძლევა.

თავი 11 – ინსტიტუციური გარემო

ეს თავი გაფართოვდა, და მოიცავს როგორც საპატიმრო, ისე არასაპატიმრო გარემოს და აგებულია ზრუნვის სტანდარტების ბოლო სამ ვერსიაზე. ეს თავი აღწერს, თუ როგორ შეიძლება ზრუნვის სტანდარტები-მ-ის გამოყენება ამ გარემოში მცხოვრებ პირებზე.

თავი 12 – ჰორმონული თერაპია

ეს თავი აღწერს გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის დაწყებას, რეკომენდებულ მკურნალობის რეჟიმებს, ჯანმრთელობის პრობლემების სკრინინგს ჰორმონოთერაპიამდე და მის დროს, და სპეციფიკურ შეფასებას

ჰორმონოთერაპიასთან დაკავშირებით ოპერაციამდე. ამ თავში მოცემულია გაფართოებული დისკუსია ისეთ თემებზე, როგორცაა ახალგაზრდებში გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის (GnRH) აგონისტების უსაფრთხოება, სხვადასხვა ჰორმონული რეჟიმები, მონიტორინგი, რომელიც მოიცავს თერაპიასთან დაკავშირებული პოტენციური ჯანმრთელობის პრობლემების განვითარებას და მითითებებს, თუ როგორ უნდა ითანამშრომლონ ჰორმონის მიმწოდებლებმა ქირურგებთან.

თავი 13 – ქირურგია და პოსტოპერაციული მზრუნველობა

ეს თავი აღწერს გენდერის დამადასტურებელი ქირურგიული პროცედურების სპექტრს ინდივიდთა მრავალფეროვანი და ჰეტეროგენული პოპულაციისთვის, რომელიც თავს ტგმ-დ აიდენტიფიცირებს. მასში მოყვანილია დისკუსია ოპტიმალურ გენდერის დამადასტურებელი ქირურგიულ პროცედურებში ქირურგიული ტრენინგის, ოპერაციის შემდგომი მზრუნველობისა და კონტროლის, ასევე მოზრდილებისა და მოზარდების ქირურგიის ხელმისაწვდომობისა და ოპერაციების ინდივიდუალურად მორგების შესახებ.

თავი 14 – ხმა და კომუნიკაცია

ეს თავი აღწერს ხმისა და კომუნიკაციის მხრივ პროფესიულ მხარდაჭერასა და ინტერვენციებს, რომლებიც მოიცავს და აქცენტირდება მრავალფეროვნების ყველა ასპექტზე და აღარ შემოიფარგლება მხოლოდ ხმის ფემინიზაციითა და მასკულინიზაციით. ახალი რეკომენდაციები იმგვარად არის ჩამოყალიბებული, რომ დაკონკრეტებულია იმ სპეციალისტთა როლები და პასუხისმგებლობები, რომლებიც ჩართულნი არიან ხმის და კომუნიკაციის მხარდაჭერაში.

თავი 15 – პირველადი მზრუნველობა

ეს თავი განიხილავს პირველადი ჯანდაცვის მნიშვნელობას ტგმ პირებისთვის გულ-სისხლძარღვთა და მეტაბოლური ჯანმრთელობის, კიბოს სქრინინგის და პირველადი მეთვალყურეობის სისტემების ჩათვლით.

თავი 16 – რეპროდუქციული ჯანმრთელობა

ეს თავი გვანვძის უახლეს მონაცემებს ნაყოფიერების პერსპექტივებისა და მშობლობის შესახებ გენდერულად მრავალფეროვან ახალგაზრდებსა და მოზრდილებში, ინფორმაციას ნაყოფიერების შენარჩუნების მეთოდებში არსებული მიღწევების შესახებ (ქსოვილის კრიოკონსერვაციის ჩათვლით), მითითებებს ორსულობის, ორსულთა მზრუნველობის პრენატალური კონსულტაციისა და ძუძუთი კვების შესახებ. ასევე განხილულია კონტრაცეფციის მეთოდები და მოსაზრებები ტგმ პირებისთვის.

თავი 17 – სექსუალური ჯანმრთელობა

ამ ახალ თავში აღიარებულია სექსუალური ჯანმრთელობის დიდი გავლენა ტგმ პირების ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ კეთილდღეობაზე. ამ თავში აქცენტი კეთდება ტგმ პირებზე ზრუნვაში სექსუალური ფუნქციის, სიამოვნებისა და კმაყოფილების კომპონენტის შეტანის მნიშვნელობაზე.

თავი 18 – ფსიქიკური ჯანმრთელობა

ამ თავში განხილულია მოზრდილი ტგმ პირების ფსიქოლოგიური მდგომარეობის მენეჯმენტის პრინციპები და კავშირი ფსიქოლოგიური მდგომარეობის მენეჯმენტსა და ტრანზიციულ ზრუნვას შორის. ფსიქოთერაპია შესაძლოა, სასარგებლო გამოდგეს, მაგრამ ის გენდერის დადასტურების მკურნალობის აუცილებელი შემადგენელი ნაწილი არ უნდა იყოს, ასევე არ არის მიზანშეწონილი კონვერსიული მკურნალობის რეკომენდაცია.

თავი 1. ტერმინოლოგია

ეს თავი აყალიბებს ზრუნვის სტანდარტები-მ-ში გამოყენებული ენის სპეციფიკას და გვთავაზობს ტერმინოლოგიის გამოყენების შესახებ კონსენსუალურად შეთანხმებულ რეკომენდაციებს. თავში მოცემულია (1) ტერმინები და განმარტებები და (2) მათი გამოყენების საუკეთესო პრაქტიკა. ამ დოკუმენტს ახლავს ლექსიკონი საერთო ტერმინებისა და ენის შესახებ, რაც გამოსადეგია ზრუნვის სტანდარტები-მ-ის გამოყენებისა და ინტერპრეტაციისთვის (იხ. [დანართი B](#)).

ტერმინოლოგია

ამ დოკუმენტში ჩვენ ვიყენებთ ფრაზას „ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პირები (ტგმ)“, რათა ვიყოთ მაქსიმალურად ყოვლისმომცველი და აღწეროთ მსოფლიოს მასშტაბით სოციალურად მიღებული, ან დაბადებისას მინიჭებული სქესისგან განსხვავებული გენდერული იდენტობისა და გამოხატვის მქონე ადამიანების სხვადასხვა ჯგუფების წევრები. ეს ასევე მოიცავს ადამიანებს, რომლებსაც აქვთ კულტურასთან, ან ენასთან დაკავშირებული სპეციფიკური გამოხატვები, იდენტობები ან გამოცდილებები, რომლებსაც შესაძლოა არ მოიცავდეს (ან არ იყოს დაფუძნებული) გენდერის დასავლური კონცეფცია და/ან ენა, რომელიც მას აღწერს. ტგმ არის მოსახერხებელი, შემოკლებული სახელწოდება გენდერული მრავალფეროვნებისთვის.

ტერმინის „ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი“ მიღება აქტიურ პროცესი იყო და მას კამათის გარეშე არ ჩაუვლია. დისკუსიები მიედევნა ტერმინ „ტრანსგენდერზე“ ზედმეტი აქცენტის თავიდან აცილებას, არაბინარული გენდერული იდენტობებისა და გამოცდილების ინტეგრირებას, გენდერის გაგების გლობალური ვარიაციების აღიარებას, ტერმინ „გენდერული არაკონფორმულობის“ თავიდან აცილებას და ენის ცვალებადი ბუნების აღიარებას, რადგან იმან, რაც ახლა მნიშვნელოვანია, შეიძლება მომავალ წლებში აქტუალობა დაკარგოს. ამრიგად, ტერმინი ტრანსგენდერი და

გენდერული მრავალფეროვნება შეირჩა იმ მიზნით, რომ იყოს ყველაზე ინკლუზიური და ხაზი გაუსვას ტგმ პირების მრავალფეროვან გენდერულ იდენტობას, გამოხატვას, გამოცდილებას და ჯანდაცვის საჭიროებებს. დელფის პროცესის გამოყენებით, ტერმინებზე კონსენსუსის მისაღებად ზრუნვის სტანდარტები-მ თავის ავტორები რამდენიმე რაუნდის განმავლობაში ანონიმურად და განმეორებით გამოიკითხებოდნენ. ზრუნვის სტანდარტები-მ წარმოგიდგინებთ სტანდარტებს, რომლებიც ტგმ პირებისთვის გლობალურად უნდა იყოს გამოყენებული, მიუხედავად იმისა, თუ როგორ აიდეტიფიცირებს ან გამოხატავს საკუთარ თავს ადამიანი.

კონსენსუსი

ამ თავში გამოყენებული ენა შესაძლოა არ იყოს (და არც ოდესმე იყოს) ყველა კულტურისა და გეოგრაფიული რეგიონის/ადგილის ყოვლისმომცველი. ხშირად გვხვდება განსხვავებები და დებატები შესაბამისი ტერმინებისა და კონკრეტული ტერმინოლოგიების შესახებ და თითოეული ტერმინის გამოყენებას მოჰყვება კამათი. ამ თავის მიზანია, იყოს მაქსიმალურად ინკლუზიური და წარმოადგინოს საერთო ლექსიკა, რომელიც პატივისცემას გამოხატავს, ტგმ პირების მრავალფეროვან გამოცდილებას ასახავს და ამ დოკუმენტში დასახული მიზნებისთვის ხელმისაწვდომი იქნება ჯანდაცვის პრაქტიკოსებისთვის, პროვაიდერებისთვის და საზოგადოებისთვის.

საბოლოო ჯამში, ტრანზიციასთან დაკავშირებულ ჯანდაცვაზე მისაწვდომობა უნდა ეფუძნებოდეს ადეკვატური ინფორმაციის მიწოდებას და ინდივიდისგან ინფორმირებული თანხმობის მიღებას და არა იმას, თუ რა სიტყვებს იყენებენ ან ტგმ პირები ან მათი სერვის-პროვაიდერები მათი იდენტობის აღსაწერად. ისეთი ენისა და ტერმინოლოგიის გამოყენება, რომელიც პატივისცემას გამოხატავს და კულტურულად მგრძობიარეა, არის ძირითადი საფუძველი გენდერის დადასტურებასთან დაკავშირებული მზრუნველობის უზრუნველსაყოფად და სტიგმისა და ზიანის შესამცირებლად, რომელსაც განიცდის ბევრი ტგმ პირი, რომელსაც სამე-

დიცინო სერვისი ესაჭიროება. მომსახურების მიწოდებლებისთვის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია სერვისის მომხმარებლებთან ერთად განიხილონ, თუ როგორი ენაა მათთვის ყველაზე კომფორტული და ეს ენა შეძლებისდაგვარად გამოიყენონ.

ეს თავი განმარტავს, თუ რატომ გამოიყენება ამჟამინდელი ტერმინები სხვებზე უპირატესად. იმის ნაცვლად, რომ გამოვიყენოთ კონკრეტული ტერმინები სამედიცინო, იურიდიული და ადვოკატირების ჯგუფებისთვის, ჩვენი მიზანია, ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პირების ჯანმრთელობის ოპტიმიზაციის მიზნით, ტგმ-ს ჯანმრთელობისა და მასთან დაკავშირებულ ბევრ სფეროში (მაგ. ეპიდემიოლოგია, სამართალი) საერთო ენისა და გაგების ჩამოყალიბებას შევუწყოთ ხელი.

სქესი, გენდერი, გენდერული იდენტობა და გენდერული გამოხატვა ინგლისურ ენაში გამოიყენება როგორც აღწერები, რომლებიც შეიძლება გავრცელდეს ყველა ადამიანზე – მათზე, ვინც არის ტგმ და მათზეც, ვინც არ არის. არსებობს ჩახლართული მიზეზები, რის გამოც ძალზე სეპციფიკური ენა შეიძლება იყოს ყველაზე თავაზიანი, ყველაზე ინკლუზიური ან ყველაზე მისალევი გლობალური ტგმ თემებისთვის, ამ მიზეზებს შორისაა ამ ცნებების აღსაწერად სიტყვების არსებობა ან არარსებობა სხვა ენებზე, გარდა ინგლისურისა; სქესსა და გენდერს შორის სტრუქტურული ურთიერთობა; იურიდიული ლანდშაფტები ადგილობრივ, ეროვნულ და საერთაშორისო დონეზე; და ისტორიული და დღევანდელი სტიგმის შედეგები, რომელთა წინაშეც ტგმ პირები დგანან.

იმის გამო, რომ ამჟამად, ტგმ ჯანმრთელობის სფეროში ძლიერ დომინირებს ინგლისური ენა, ტერმინოლოგიის კონტექსტის ჩამოყალიბებაში არსებობს ორი სპეციფიკური პრობლემა,

რომელიც მუდმივად ჩნდება. პირველი პრობლემა ის არის, რომ ინგლისურში არსებობს სიტყვები, რომლებიც არ არსებობს სხვა ენებში (მაგ., „სქესი“ და „გენდერი“ მხოლოდ ერთი სიტყვით არის წარმოდგენილი ურდუში (Urdu-ინდო-არიანული ენა) და ბევრ სხვა ენაზე). მეორე პრობლემა ის არის, რომ არის სიტყვები, რომლებიც ინგლისური ენის მიღმა არსებობენ და ინგლისურად პირდაპირ არ ითარგმნებიან (მაგ., travesti, fa'afafine, hijra, selrata, muxe, kathoey, transpinoy, waria, machi). პრაქტიკულად, ეს ნიშნავს, რომ ინგლისური ენის ძლიერი გავლენა ამ სფეროში გავლენას ახდენს როგორც ტერმინებზე, რომლებიც ფართოდ გამოიყენება, ასევე იმ პირებზე რომლის იდენტობა ამ ტერმინებით ყველაზე მეტადაა წარმოდგენილი, ან დადასტურებული. გამოყენებული სიტყვები ასევე აყალიბებს ნარატივებს, რომლებიც აისახება რწმენებსა და აღქმებზე. მიუხედავად იმისა, რომ ზრუნვის სტანდარტების წინა ვერსიებში ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობის მსოფლიო პროფესიული ასოციაცია (WPATH) იყენებდა მხოლოდ „ტრანსგენდერს“, როგორც ფართოდ განსაზღვრულ ქოლგა ტერმინს, ვერსია 8 აფართოებს ამ ლექსიკონს და მთელ დოკუმენტში ქოლგა ტერმინად ტგმ-ს იყენებს (იხ. თავი 2 გლობალური გამოყენება).

გარდა ამისა, ენის მუდმივად განვითარებად ბუნებაზე გავლენას ახდენს გარე ფაქტორები და სოციალური, სტრუქტურული და პიროვნული ზეწოლა და ძალადობა ტგმ პირებსა და მათ სხეულებზე. ისტორიულად გამოყენებული მრავალი ტერმინი და ფრაზა შეზღუდულია იმის მიხედვით, თუ როგორ, როდის და რატომ გამოიყენეს ისინი ტგმ პირების განხილვისას და, შესაბამისად, ამოვარდნილია ხმარებიდან ან ტგმ პირებზე დისკუსიისას მწვავე კამათის საფუძველია, რადგან ზოგიერთი ინდივიდი ამ-

რეკომენდაციები

- 1.1- ჩვენ რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, სხვადასხვა გლობალურ გარემოში პაციენტებთან ურთიერთობისას კულტურულად შესაბამისი ენა გამოიყენონ (მათ შორის ტერმინები ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პირების აღსაწერად)
- 1.2- ჩვენ რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებისას გამოიყენონ ენა, რომელიც უსაფრთხოების, ღირსებისა და პატივისცემის პრინციპებს იცავს.
- 1.3- ჩვენ რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს განიხილონ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებთან, თუ რა ლექსიკას, ან ტერმინოლოგიას ანიჭებენ ისინი უპირატესობას.

ჯობინებს ტერმინებს, რომლებსაც სხვები შეურაცხმყოფლად მიიჩნევენ. ზოგიერთს სურს, რომ ზრუნვის ამ სტანდარტებმა უზრუნველყონ საყოველთაოდ მიღებული ტერმინების თანმიმდევრული ნაკრები ტგმ პირების, იდენტობებისა და მასთან დაკავშირებული ჯანდაცვის სერვისების აღსაწერად. თუმცა, ასეთი სია არ არსებობს და შეუძლებელია არსებობდეს ზოგიერთი ადამიანის გამორიცხვისა და რასის, ეროვნული წარმომავლობის, აბორიგენული სტატუსის, სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის, რელიგიის, სალაპარაკო ენების, ეთნიკურ კუთვნილების, ან სხვა ნიადაგზე სტრუქტურული ჩაგვრის გაძლიერების გარეშე. მეტად სავარაუდოა, რომ ზრუნვის სტანდარტები-მ-ში გამოყენებული ტერმინოლოგიის ნაწილი მაინც მე-9 ვერსიის შემუშავების დროისთვის მოძველდება. ზოგიერთი ადამიანი იმედგაცრუებული იქნება ამ რეალობით, მაგრამ იმედი გვაქვს, რომ ეს იქნება შესაძლებლობა ინდივიდებისა და თემებისთვის, განავითარონ და დახვეწონ თავიანთი ლექსიკა და ადამიანებმა ტგმ პირების ცხოვრებისა და საჭიროებების, მათ შორის მათი გამძლეობისა და ჩაგვრის მიმართ წინააღმდეგობის შესახებ კიდევ უფრო ნიუანსური ცოდნა მიიღონ.

და ბოლოს, მზრუნველობის ეს სტანდარტები კანონისა და სამართლის სპეციალისტების საქმიანობასაც მოიცავს. აქ მოყვანილია საერთაშორისო სამართალში ყველაზე ხშირად გამოყენებადი ტერმინები, რათა იურიდიულ კონტექსტში ამ ტერმინების ფუნქციური განმარტებების შემუშავება გაადვილდეს და მოძველებული და/ან შეურაცხმყოფელი ტერმინები ჩანაცვლდეს. ამჟამად ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო კანონში ყველაზე ხშირად გამოყენებული ტერმინია „გენდერულად მრავალფეროვანი“. ამ თავში ყველა დებულების რეკომენდაცია შემუშავებულია მტკიცებულებების საფუძვლიანი განხილვის, სარგებლისა და ზიანის, პროვაიდერებისა და პაციენტების ღირებულებებისა და პრეფერენციების, რესურსების გამოყენებისა და მიზანშეწონილობის შეფასების საფუძველზე. ზოგიერთ შემთხვევაში ჩვენ ვაღიარებთ, რომ მტკიცებულებები არასაკმარისია და/ან მომსახურება არასასურველი, ან ხელმიუწვდომელია.

დაკუთვნილი 1.1

ჩვენ რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, სხვადასხვა გლობალურ გარემოში პაციენტებთან ურთიერთობისას კულტურულად შესაბამისი ენა გამოიყენონ (მათ შორის ტერმინები, რომლებიც ტრანს-გენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან პირებს აღწერენ).

სხვადასხვა გლობალურ გარემოში ტგმ პირების აღსაწერად კულტურულად შესაბამისი ენა გამოიყენება. მაგალითად, სქესის, გენდერისა და გენდერული მრავალფეროვნების ცნებები, ისევე როგორც მათი აღწერისთვის გამოყენებული ენა სხვადასხვა კონტექსტში ერთმანეთისგან განსხვავდება. ამრიგად, ტერმინოლოგია, რომელიც ტაილანდში ტგმ პირებზე ზრუნვისას გამოიყენება, არ იქნება იგივე, რაც გამოიყენება ნიგერიაში. ჩვენ ვურჩევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს (HCPs), მზრუნველობის სტანდარტების გლობალურად მიწოდებისას, გამოიყენონ ადგილობრივი ენა და ტერმინები, რათა განსხვავებულ კულტურულ და/ან გეოგრაფიულ გარემოში მაღალი ხარისხის სერვისი უზრუნველყონ.

გენდერის დადასტურება ტგმ პირების გენდერული იდენტობის აღიარების ან/და დადასტურების პროცესს გულისხმობს – იქნება ეს სოციალურად, სამედიცინო თვალსაზრისით, კანონიერად, ქცევის თვალსაზრისით თუ მათი კომბინაციით (Reisner, Poteat et al., 2016). გენდერული ან ტრანსკომპეტენტური ჯანდაცვა ტგმ პირებზე ზრუნვისას კულტურულად სპეციფიკურ ენას იყენებს. გენდერის დადასტურებაზე ზრუნვა ტრანზიციული მკურნალობის სინონიმი არ არის. მხოლოდ ტრანზიციული მზრუნველობა, როგორცაა გენდერის სამედიცინო დადასტურება ჰორმონების ან ქირურგიული ჩარევის საშუალებით, არც გენდერის დადასტურებაზე ზრუნვას და არც განეული მომსახურების ხარისხსა და უსაფრთხოებას არ უზრუნველყოფს.

ტგმ პირებთან კონსულტაციამ და მათთან პარტნიორობამ შესაძლოა, ხელი შეუწყოს იმ ენის შესაბამისობისა და ინკლუზიურობის უზრუნველყოფას, რომელიც ადგილობრივ ჯანდაცვაში, კონკრეტულ კონტექსტსა და გარემოში გამოიყენება.

დეკლარაცია 1.2

ჩვენ რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებისას გამოიყენონ ენა, რომელიც უსაფრთხოების, ღირსებისა და პატივისცემის პრინციპებს იცავს.

უსაფრთხოება, ღირსება და პატივისცემა არის ადამიანის ბაზისური უფლებები (იურისტთა საერთაშორისო კომისია, 2007). ჩვენ ვურჩევთ სამედიცინო სფეროში მომუშავე პროფესიონალებს, ტგმ პირებთან ურთიერთობის დროს გამოიყენონ ისეთი ენა და ტერმინოლოგია, რომელიც ადამიანის ამ უფლებებს არ უგულვებელყოფს. ბევრი ტგმ პირი განიცდის სტიგმას, დისკრიმინაციას და არასათანადო მოპყრობას ჯანდაცვის სფეროში, რაც არაოპტიმალური მეთვალყურეობისა და ჯანმრთელობის მხრივ არასასურველ შედეგებს იწვევს (Reisner, Poteat et al., 2016; Safer et al., 2016; Winter Settle et al., 2016). ეს გამოცდილება მოიცავს გენდერის არასწორ განსაზღვრას, ავადმყოფობის, ან დაზიანების დროს სამედიცინო მზრუნველობისა და სერვისების მიწოდებაზე უარის თქმას და ასეთი პირების სათანადო მკურნალობისთვის ჯანდაცვის სპეციალისტების (HCPs) არასაკმარის კვალიფიკაციას (James et al., 2016). შესაბამისად, ბევრი ტგმ პირი სამედიცინო სერვისების მიღებისას თავს დაცულად ვერ გრძნობს. მათ შესაძლოა სამკურნალო დაწესებულებას არ მიმართონ და ჯანმრთელობის პრობლემების მოსაგვარებლად სხვა გზებს მიმართონ, როგორცაა სამედიცინო რეცეპტისა და მონიტორინგის გარეშე ჰორმონების მიღება, ან არაკომპეტენტური პირის სამედიცინო რჩევებზე დაყრდნობა. გარდა ამისა, ადრინდელი უარყოფითი გამოცდილების საფუძველზე შესაძლებელია, ტგმ პირებმა შემდგომ სამედიცინო მზრუნველობას თავი აარიდონ.

ბევრ ტგმ პირს გამოცდილი აქვს ჯანდაცვის სპეციალისტების მხრიდან უსამართლო მოპყრობა, ღირსების შელახვა და უპატივცემულობა, რაც ხშირად მათსა და ჯანდაცვის სისტემას შორის ნდობის ბარიერი ხდება. მსოფლიოს მასშტაბით ტგმ პირების ჯანმრთელობის, კეთილდღეობისა და უფლებების უზრუნველსაყოფად უმნიშვნელოვანესია მათთან ურთიერთობის

დროს უსაფრთხოების, ღირსებისა და პატივისცემის პრინციპებზე დაფუძნებული ენის გამოყენება. ენა არის გენდერის დამადასტურებელი ზრუნვის მნიშვნელოვანი კომპონენტი, მაგრამ მხოლოდ ენა არ წყვეტს ან არ ამცირებს ტგმ პირების მიმართ სისტემატიურ ძალადობას და ჩაგვრას მსოფლიოს მასშტაბით. ენა მხოლოდ ერთი მნიშვნელოვანი ნაბიჯია ტგმ პირებისთვის პაციენტზე/კლიენტზე ორიენტირებული და სამართლიანი ჯანდაცვის მიწოდებისკენ. სხვა კონკრეტული ქმედებები, რომელთა განხორციელება სამედიცინო პერსონალს შეუძლია, ინფორმირებული თანხმობის მიღებას და პიროვნების საჭიროებების მათი სქესის, ან ტგმ სტატუსის მიხედვით განსაზღვრისგან თავის შეკავებას მოიცავს.

დეკლარაცია 1.3

ჩვენ რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებთან ერთად განიხილონ, თუ რა ლექსიკას, ან ტერმინოლოგიას ანიჭებენ ისინი უპირატესობას.

ტგმ პირებისთვის ჯანდაცვის უზრუნველსაყოფად, ჩვენ ვურჩევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს განიხილონ პაციენტებთან, თუ რომელი ენის ან ტერმინოლოგიის გამოყენება ურჩევნიათ მიმართვისას. ეს დისკუსია მოიცავს ტგმ ადამიანებისთვის კითხვის დასმას, თუ როგორ უნდა მიმართონ მათ სახელით და ნაცვალსახელებით, როგორ ახდენენ საკუთარი გენდერის თვით-იდენტიფიკაციას და შეთანხმებას იმ ტერმინოლოგიის შესახებ, რომელიც მათი სხეულის ნაწილების აღსაწერად უნდა იყოს გამოყენებული. სწორი ლექსიკისა და ტერმინოლოგიის გამოყენება ტგმ-ის დამადასტურებელი ზრუნვის ძირითადი კომპონენტია (Lightfoot et al., 2021; Vermeir et al., 2018). გარდა ამისა, ამ დისკუსიებმა და კომუნიკაციებმა შესაძლოა ურთიერთობის დამყარება გააადვილოს და შეამციროს უნდობლობა, რომელსაც ბევრი ტგმ ადამიანი ჯანდაცვის სპეციალისტების და ჯანდაცვის სისტემების მიმართ გრძნობს. ენისა და ტერმინოლოგიის შესახებ დისკუსიებმა და მათმა გამოყენებამ ასევე შესაძლოა ხელი შეუწყოს ზრუნვაში ისეთ სამედიცინო აქტივო-

ბების ჩართულობას და მათ ხანგრძლივად წარმოებას, რომელიც კონკრეტულად ტგმ-სთან დაკავშირებული არ არის, მაგალითად, რუტინული პრევენციული სკრინინგების ჩატარება და გამოვლენილ ნიშნებზე შემდგომი სამედიცინო დაკვირვება. ჯანმრთელობის ელექტრონულ ჩანაწერებში ორგანოთა/ანატომიური ტერმინები შესაძლებელია, შესაბამისი კლინიკური ზრუნვისთვის სტანდარტულად იქნას გამოყენებული, და არა მხოლოდ დაბადებისას მინიჭებულ სქესის და/ან გენდერული იდენტიობის სახელდებისას.

ამ საკითხებზე საუბრის ხელშეწყობის მიზნით, ჯანდაცვის სპეციალისტებსა და სამკურნალო დაწესებულებებს შეუძლიათ, დაწერონ სტანდარტიზებული პროცედურები, როგორცაა: პაციენტების მიღების ფორმების გამოყენება, რომლებშიც გათვალისწინებული იქნება არჩეული ნაცვალსახელისა და სახელის ჩანერა, პერსონალისთვის იმის მონოდება, რომ გაცნობის დროს გამოიყენონ ნაცვალსახელები (გენდერის მიუხედავად, მაგ.: სისგენდერი, ტგმ), ეს ნაცვალსახელები სამედიცინო დოკუმენტებ-

შიც ჩანერონ და არ გამოიყენონ სქესის ინდიკატორები (მაგ.: Ms., Mr.). შესაძლოა, სამედიცინო დაწესებულებებისთვის და ჯანდაცვის პირობებისთვის დაინერგოს პოლიტიკა, რათა უზრუნველყოფილი იყოს დოკუმენტების სწორი წარმოება და ტგმ პირის პირადი ცხოვრების და კონფიდენციალურობის უფლება, მათ შორის, როდესაც ისინი ამჟღავნებენ, რომ ტგმ პირები არიან. მაგალითად, კლინიკის პოლიტიკა შეიძლება იყოს ინფორმაციის ჩანერა, როგორც პირადი და კონფიდენციალური ინფორმაცია სამედიცინო პერსონალსა და პაციენტებს/კლიენტებს შორის, და ის უნდა იყოს გამჟღავნებული მხოლოდ აუცილებლობის შემთხვევაში, „ცოდნის აუცილებლობის“ საფუძველზე.

შენიშვნა

1. A/73/152, A/73/152, დამოუკიდებელი ექსპერტის ანგარიში სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტიობის საფუძველზე ძალადობისა და დისკრიმინაციისგან დაცვის შესახებ.

თავი 2. გლობალური გამოყენება

ადამიანები, რომლებიც ენინააღმდეგებიან სქესის და გენდერის კულტურულ საზღვრებს, მსოფლიოს კულტურებში უძველესი დროიდან არსებობდნენ, რაც ზოგჯერ ასახულია ადგილობრივ ენის ტერმინებში (Feinberg, 1996). გენდერული მრავალფეროვნების დაავადებად მიჩნევისა და პათოლოგიზების ნაცვლად, ზოგიერთი კულტურა ამ მრავალფეროვნებას ტრადიციულად აღიარებს და მიესალმება (მაგ. Nanda, 2014; Peletz, 2009). დღეს ინგლისურენოვანი ქოლგა ტერმინი ტრანსგენდერი და გენდერული მრავალფეროვნება (ტგმ) გენდერული იდენტობებისა და გამოხატვის უზარმაზარ მრავალფეროვნებას და, შესაბამისად, ჯანდაცვის სხვადასხვა გამოცდილებისა და საჭიროებების მქონე მოსახლეობას აღწერს. ერთად, ტგმ ადამიანები ადამიანთა მრავალფეროვნების მნიშვნელოვან ასპექტს წარმოადგენენ, რაც, ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობის მსოფლიოს პროფესიული ასოციაციის (WPATH) აზრით, დაფასებული და აღიარებული უნდა იყოს. ტგმ პირები განაგრძობენ სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი წვლილის შეტანას იმ საზოგადოებებში, სადაც ისინი ცხოვრობენ, თუმცა ხშირად ეს აღიარებული არ არის.

შემაფოთებელია, რომ ბევრი ტგმ პირი თანამედროვე მსოფლიოში სტიგმას, წინარწმენას, დისკრიმინაციას, შევიწროებას, ჩაგვრასა და ძალადობას განიცდის, რაც მათ სოციალურ, ეკონომიკურ და სამართლებრივ მარგინალიზაციას, სავალალო ფსიქიკურ და ფიზიკურ ჯანმრთელობასა და სიკვდილსაც კი იწვევს – ეს პროცესი ხასიათდება როგორც სტიგმა-ავადობის დაღმართი (Winter, Diamond et al., 2016). მსგავსი გამოცდილება (და ასეთი გამოცდილების მოლოდინი ან შიში) იწვევს იმას, რასაც მეიერმა უმცირესობის სტრესი უწოდა (Meyer, 2003. იხილეთ ასევე Bockting et al., 2013. რომელიც კონკრეტულად ტგმ პირების შესახებ წერს) და ეს ჯანმრთელობის არასასურველ ფიზიკურ (მაგ. Rich et al. 2020) და ფსიქოლოგიურ (მაგ., Bränström et al., 2022; Scandurra et al., 2017; Shipherd et al., 2019; Tan et al., 2021) შედეგებთან არის დაკავშირებული.

განსაკუთრებული პრობლემაა ტგმ ადამიანების მიმართ ძალადობა. გლობალური პერსპექტივიდან ძალადობა ფართოდ არის გავრცელებული, ბუნებით მრავალფეროვანია (ემოციური, სექსუალური და ფიზიკური, მაგ. იხ. Mujugira et al., 2021) და მოიცავს მოძალადეების მრავალ ტიპს (მათ შორის სახელმწიფო მოხელეებს). მკვლელობა ძალადობის ყველაზე უკიდურესი ფორმაა და მკვლელობათა სტატისტიკა საგანგაშოა: მთელ მსოფლიოში 2008 წლის იანვრიდან 2021 წლის სექტემბრამდე 4000-ზე მეტი დასაბუთებული მკვლელობა დაფიქსირდა; ეს სტატისტიკა არასრულად მიიჩნევა, რადგან ბევრი შემთხვევა აღრიცხული არ არის (TGEU, 2020).

ზრუნვის სტანდარტების მე-7 ვერსიის (SOC-7) გამოქვეყნების შემდეგ, ტგმ პირებისა და მათი ჯანმრთელობის დაცვის ხედვებში დრამატული ცვლილებები მოხდა. წამყვანი გლობალური მედიცინა ტგმ-ის იდენტობებს ფსიქიკურ აშლილობად აღარ მიიჩნევს. ამერიკული ფსიქიატრიული ასოციაციის (APA, 2013) დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელოს მე-5 ვერსიაში (DSM-5), გენდერული დისფორიის დიაგნოზი ფოკუსირებულია ნებისმიერ დისტრესსა და დისკომფორტზე, რომელიც თან ახლავს ტგმ-ს, და არა თავად გენდერულ იდენტობაზე. 2022 წელს გამოქვეყნდა ტექსტის რევიზია (DSM-5-TR). დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მე-11 ვერსიაში (ICD-11), ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის დიაგნოსტიკურ სახელმძღვანელოში (WHO, 2019b), გენდერული არაკონფორმულობის დიაგნოზი სექსუალური ჯანმრთელობის შესახებ თავშია შეყვანილი და ფოკუსირებულია პიროვნების მიერ აღქმულ იდენტობაზე და გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის ნებისმიერ საჭიროებაზე, რომელიც ამ იდენტობიდან შეიძლება გამომდინარეობდეს. ასეთი განვითარება, რომელიც მოიცავს ტრანსგენდერული იდენტობების დეპათოლოგიზაციას (უფრო ზუსტად დეფსიქოპათოლოგიზაციას), ფუნდამენტურად მნიშვნელოვანია მრავალი მიზეზის გამო. ჯანდაცვის სფეროში, მათ შესაძლოა ხელი შეუწყონ მზრუნველობის ისეთი მოდელის ჩამოყალიბებას, რომელიც ხაზს უსვამს პაციენტების აქტიური მონაწილეობის მნიშვნელობას საკუთარი ჯანმრთელობის

შესახებ გადანყვეტილების მიღებაში, რომელიც პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტების დახმარებით მიიღება (Baleige et al., 2021). გონივრულია ვივარაუდოთ, რომ ამ მოვლენებმა, შესაძლოა, ხელი შეუწყოს უფრო სოციალურად ინკლუზიურ პოლიტიკას, როგორცაა საკანონმდებლო რეფორმა გენდერის აღიარებასთან დაკავშირებით, რაც ხელს უწყობს უფლებებზე დაფუძნებულ მიდგომას დიაგნოზის ჰორმონოთერაპიის და/ან ქირურგიის მოთხოვნების დანესების გარეშე. ტგმ პირები, რომლებმაც ძირითად დოკუმენტებზე სქესის მარკერები შეცვალეს, ფსიქიკურად უფრო ჯანმრთელები არიან (მაგ. Bauer et al., 2015; Scheim et al., 2020). ამ სფეროში უფლებებზე დაფუძნებულმა მიდგომამ შესაძლოა, ტგმ პირების საერთო ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაში დიდი როლი ითამაშოს (Arí stegui et al., 2017).

ზრუნვის სტანდარტების წინა გამოცემებმა აჩვენა, რომ ამ სფეროში აღრიცხული კლინიკური გამოცდილებისა და ცოდნის დიდი ნაწილი ჩრდილოეთ ამერიკისა და დასავლეთ ევროპის წყაროებიდან არის მიღებული. ისინი ყურადღებას ამახვილებდნენ გენდერის დამტკიცებაზე ორიენტირებულ ჯანდაცვაზე მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, რომლებიც ჯანდაცვის სისტემების (მათ შორის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის დატრენინგებული პროვაიდერებით, ენდოკრინოლოგებით, ქირურგებით და სხვა სპეციალისტებით) შედარებით უკეთესი რესურსებით სარგებლობენ და სადაც მომსახურება ხშირად საჯაროდ (ყოველ შემთხვევაში, ზოგიერთი პაციენტთან), ან კერძო დაზღვევით ფინანსდება.

ტგმ პირების ჯანდაცვის უზრუნველყოფა მრავალ ქვეყანაში მხოლოდ მისწრაფების დონეზეა; რესურსები ამ სფეროში შეზღუდულია ან არ არსებობს, და სერვისები ხშირად მიუწვდომელი, შეუსაბამო და ძნელად მოპოვებადია. შესაძლოა, სახეზე იყოს კვალიფიციური ჯანდაცვის სპეციალისტების (პირველადი ან სპეციალისტი) დეფიციტი. შესაძლოა, გენდერული კუთხით ჯანდაცვის დაფინანსება არ არსებობდეს და პაციენტები თავიანთი მომსახურების სრულ ხარჯებს იღებდნენ. ჯანდაცვის პროვაიდერებს კლინიკური და/ან კულტურული კომპეტენცია ამ სფეროში ხშირად

არ აქვთ. შესაძლოა, ამ პაციენტებთან მუშაობისთვის ტრენინგი შეზღუდული იყოს (მაგ.: Martinsetal., 2020). ყველა ამ მიზეზის გამო და ტგმ პირების მიმართ „დასავლური“ მედიცინის ძირითადი ისტორიული შეხედულების გამო, რომელიც მას როგორც ფსიქიკურ აშლილობად განიხილავდა (მოსაზრება, რომელიც სულ ახლახან შეიცვალა), ტგმ პირები ჯანდაცვის სერვისების მიღების მხრივ უუფლებოები აღმოჩნდნენ.

ჯანდაცვის პროვაიდერების მიერ მოპოვებული ინფორმაცია უმეტესწილად ჩრდილოეთ ამერიკული და დასავლეთ ევროპული წარმოშობისაა, რაც არასაკმარისი რესურსების მქონე ჯანდაცვის სისტემაში მომუშავე პირებისთვის მნიშვნელოვანი გამოწვევაა. ბოლოდროინდელი ინიციატივები, რომლებიც მოიცავს ტგმ პირების როგორც დაინტერესებულ მხარეებს, ამ სიტუაციას ცვლიან გარკვეულწილად სხვა რეგიონებში საუკეთესო პრაქტიკების შესახებ ცოდნის უზრუნველყოფით, მათ შორის იმის შესახებ, თუ როგორ უზრუნველყოფთ ეფექტური, კულტურულად კომპეტენტური ტგმ ჯანდაცვა გლობალურ ჩრდილოეთს მიღმა დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში.

უკანასკნელ წლებში ამ სფეროში დიდი რაოდენობით მნიშვნელოვანი რესურსი შეიქმნა. დალენმა და კოლეგებმა (2021) კლინიკური პრაქტიკის თორმეტი საერთაშორისო გაიდლაინი მიმოიხილეს; მიმოიხილული გაიდლაინების უმრავლესობა ჩრდილოეთ ამერიკის (მაგ. Hembree et al., 2017), ან ევროპის (მაგ. T'Sjoen et al., 2020) პროფესიული ორგანიზაციებიდანაა. სამი მათგანი WHO-დან არის (ყველაზე ახალია WHO, 2016). დღესდღეობით, არსებობს მრავალი სხვა რესურსი, რომელიც არ არის დალენისა და სხვების სიაში შეტანილი და რომელიც მხოლოდ ჩრდილოეთ ამერიკისა და ევროპის მიღმა რეგიონების გამოცდილებას ეყრდნობა. მაგალითად, აზიის და წყნარი ოკეანის (APTN, 2022; Health Policy Project et al., 2015), კარიბის ზღვის ქვეყნების (PAHO, 2014), ტაილანდის, ავსტრალიის (Telfer et al., 2020), ახალი ზელანდიის (Oliphant et al., 2018) და სამხრეთ აფრიკის (Tomson et al.,

2021) (იხ. ასევე TRANSIT (UNDP et al., 2016). ეს რესურსები, როგორც წესი, იქმნება ტგმ თემების ინიციატივით ან პარტნიორობით ადგილობრივ ან საერთაშორისო დონეზე. ამ პარტნიორულ მიდგომას, რომელიც კულტურულად უსაფრთხო და კომპეტენტური მეთოდებით ადგილობრივი მოთხოვნების დაკმაყოფილებას გულისხმობს, შესაძლოა, უფრო ფართო და საერთაშორისო მნიშვნელობაც ჰქონდეს. ამ პუბლიკაციებიდან ზოგიერთი შესაძლოა განსაკუთრებული მნიშვნელობის იყოს მათთვის, ვინც დაბალი შემოსავლისა და მწირი რესურსების ქვეყანაში სერვისების ორგანიზებაში, დაგეგმვასა და მიწოდებაში მონაწილეობს. ეს შესაძლოა, მოიცავდეს რესურსების გამოქვეყნებას ინგლისურის გარდა სხვა ენაზე, რომელიც ჩვენთვის უცნობია.

გლობალურად ტგმ იდენტობები შესაძლოა, დაკავშირებული იყოს სქესის, გენდერისა და სექსუალობის სხვადასხვა კონცეპტუალურ ჩარჩოებთან და არსებობდეს სხვადასხვა კულტურულ (და ზოგჯერ სულიერ) კონტექსტსა და დროში. სოციალურ და კულტურულ ფაქტორებს შორის, კანონმდებლობასა და გენდერის დამადასტურებელი ჯანდაცვის მოთხოვნისა და დებულებების კომპლექსური ურთიერთობის გათვალისწინებით, ზრუნვის სტანდარტები-მ უნდა იქნას ინტერპრეტირებული თითოეული ჯანდაცვის სპეციალისტის ინდივიდუალური პრაქტიკის პერსპექტივიდან და ამავდროულად შესაბამისი იყოს იმ ძირითადი პრინციპებისა, რომელსაც ზრუნვის სტანდარტები-მ წამოსწევს წინ (APTN and UNDP, 2012; Health Policy Project et al., 2015; PAHO, 2014).

სწორედ ამ კონტექსტში და ტგმ პირებისა და ჯანდაცვის პროვაიდერების ფართო გამოცდილებაზე დაყრდნობით ამ თავში ზრუნვის სტანდარტები-მ-ის გლობალურ გამოყენებას განვიხილავთ. ჩვენ ჩამოვთვალეთ ძირითადი მოსაზრებები ჯანდაცვის სპეციალისტებისთვის და რეკომენდაციების საშუალებით მათთვის ძირითადი პრინციპები და პრაქტიკა შევადგინეთ, რომელიც ფუნდამენტურია თანამედროვე ტგმ ჯანდაცვისთვის მიუხედავად იმისა, თუ სად ცხოვრობენ ისინი, ან რა რესურსებია მათთვის ხელმისაწვდომი.

დეკლარაცია 2.1

ჩვენ ვურჩევთ ჯანდაცვის სისტემებს უზრუნველყონ სამედიცინო კუთხით საჭირო გენდერის დადასტურების მზრუნველობა ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანებისთვის.

სამედიცინო აუცილებლობა საერთო ტერმინია ჯანდაცვის სერვისებისა და სადაზღვევო პოლისებისთვის მსოფლიო მასშტაბით. სამედიცინო აუცილებლობის საერთო განმარტება, რომელსაც იყენებენ მზღვეველები ან სადაზღვევო კომპანიები, არის „ჯანდაცვის მომსახურება“, რომელსაც გონივრული კლინიკური მსჯელობის საფუძველზე, პრევენციის, შეფასების, დიაგნოსტიკის ან მკურნალობის მიზნით, ექიმი და/ან ჯანდაცვის პროფესიონალი პაციენტს გაუწევს ავადმყოფობის, დაზიანების, დაავადების ან სიმპტომების შემთხვევაში და რომელიც შემდეგ კრიტერიუმებს აკმაყოფილებს: (a) სამედიცინო პრაქტიკის ზოგადად მიღებულ სტანდარტს შეესაბამება; (b) ტიპის, სიხშირის, მასშტაბისა, ადგილის, ხანგრძლივობისა და ჯანმრთელობაზე ხანგრძლივი გავლენის მიხედვით პაციენტის დაზიანებას, ან დაავადებას შეესაბამება; (c) უმთავრესად მორგებულია არა პაციენტის, ექიმის ან სხვა ჯანდაცვის მიმწოდებლის კომფორტზე და არ არის უფრო ძვირი, ვიდრე ალტერნატიული სერვისი ან სერვისების ჯაჭვი, რომელიც ისეთივე თერაპიულ ან დიაგნოსტიკურ შედეგებს მოიტანს. მკურნალი ჯანდაცვის სპეციალისტი ასაბუთებს და ამტკიცებს, რომ შემოთავაზებული მკურნალობა სამედიცინო თვალსაზრისით პაციენტის მდგომარეობის სამკურნალოდ აუცილებელია (ამერიკის სამედიცინო ასოციაცია, 2016).

ზოგადად, „სამედიცინო პრაქტიკის მიღებული სტანდარტები“ ნიშნავს სტანდარტებს, რომლებიც დაფუძნებულია სარწმუნო სამედიცინო ლიტერატურაში გამოქვეყნებულ კოლეგების მიერ შეფასებულ სამეცნიერო მტკიცებულებებზე, რომელიც ზოგადად აღიარებულია შესაბამისი სამედიცინო საზოგადოების, სამედიცინო სპეციალობის საზოგადოებების და/ან სამედიცინო კოლეჯების ლეგიტიმური რეკომენდაციების და ექიმების და/ან შესაბამის კლინიკურ სფეროებში სამედიცინო პერსონალის მოსაზრებებით.

დაკლავი და რეკომენდაციები

2.1 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სისტემებს, უზრუნველყონ სამედიცინო კუთხით საჭირო გენდერის დამადასტურებელი ზრუნვა ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანებისთვის.

2.2 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს და ზრუნვის სტანდარტების სხვა მომხმარებლებს, გამოიყენონ მე-8 (SOC-8) ვერსიის რეკომენდაციები ისე, რომ ადგილობრივი ტრანსგენდერი და გენდერული მრავალფეროვანი თემების საჭიროებები დააკმაყოფილონ, უზრუნველყონ ზრუნვა კულტურის გათვალისწინებით, რომელიც აღიარებულია იმ ქვეყნებში, სადაც ისინი მუშაობენ

2.3 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროვაიდერებს, გააცნობიერონ სოციალური დამოკიდებულებების, კანონების, ეკონომიკური გარემოებების და ჯანდაცვის სისტემების გავლენა ტრანსგენდერი და გენდერული მრავალფეროვანი ადამიანების გამოცდილებაზე მთელ მსოფლიოში.

2.4 გავცემთ რეკომენდაციას, რომ ზრუნვის სტანდარტების თარგმანები ფოკუსირებული იყოს კულტურულ, კონცეპტუალურ და ლიტერატურულ ეკვივალენტობაზე, რათა უზრუნველყოფილი იყოს ზრუნვის სტანდარტები-8-ის ძირითად პრინციპებთან შესაბამისობა.

2.5 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს და პოლიტიკის შემქმნელებს ყოველთვის გაითვალისწინონ ზრუნვის სტანდარტები-8 ძირითადი პრინციპები ტრანსგენდერებთან და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებთან მუშაობისას, რათა უზრუნველყონ ადამიანის უფლებების პატივისცემა და შესაბამისი და კომპეტენტური ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა, მათ შორის,

ზოგადი პრინციპები:

- იყავით მხარდამჭერი/გამაძლიერებელი და ინკლუზიური. იმუშავეთ სტიგმის შესამცირებლად და უზრუნველყავით სათანადო ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა ყველასთვის, ვინც მას ეძებს;
- პატივი ეცით მრავალფეროვნებას. პატივი ეცით ყველა კლიენტს და ყველა გენდერულ იდენტობას. არ მოახდინოთ გენდერული იდენტობისა და გამოხატვის პათოლოგიზაცია;
- პატივი ეცით ადამიანის საყოველთაო უფლებებს, მათ შორის სხეულებრივი და ფსიქიკური მთლიანობის უფლებას, ავტონომიასა და თვითგამორკვევას; დისკრიმინაციისგან თავისუფლებისა და ჯანმრთელობის უმაღლესი სტანდარტის მიღების უფლებას.

შესაბამისი სერვისებისა და ხელმისაწვდომი ჯანდაცვის განვითარებისა და დანერგვის პრინციპები:

- ჩართეთ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანები სერვისების შემუშავებასა და განხორციელებაში;
- გაეცანით სოციალურ, კულტურულ, ეკონომიკურ და სამართლებრივ ფაქტორებს, რომლებმაც შეიძლება ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანების ჯანმრთელობაზე (და ჯანდაცვის საჭიროებებზე), ისევე როგორც პიროვნების სურვილსა და სერვისების წვდომის შესაძლებლობებზე გავლენა იქონიოს;
- უზრუნველყავით ჯანდაცვა (ან მიმართე მცოდნე კოლეგებს), რომელიც გენდერული იდენტობისა და გამოხატვის დადასტურებას ემსახურება, მათ შორის ზრუნვა, რომელიც გენდერულ დისფორიასთან დაკავშირებულ დისტრესს (თუ ეს არსებობს) ამცირებს;
- უარი თქვით კონვერსიულ მიდგომებზე და თავიდან აიცილეთ ამგვარი მიდგომებისა და სერვისების რაიმე სახის პირდაპირი ან ირიბი რეკლამირება.

კომპეტენტური სერვისების მიწოდების პრინციპები:

- გაეცანით (გაიარეთ ტრენინგი, სადაც ეს შესაძლებელია) ტრანსგენდერი და გენდერულად განსხვავებული ადამიანების ჯანდაცვის საჭიროებებს, მათ შორის გენდერის დამადასტურებელი ზრუნვის სარგებელსა და რისკებს;
- შეუსაბამეთ მკურნალობის მიდგომა კლიენტების სპეციფიკურ საჭიროებებს, განსაკუთრებით მათ მიზნებს გენდერული იდენტობასა და გამოხატვასთან დაკავშირებით;
- ფოკუსირდით ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ხელშეწყობაზე და არა მხოლოდ გენდერული დისფორიის შემცირებაზე, რომელიც შეიძლება არსებობდეს ან არ არსებობდეს;
- საჭიროების შემთხვევაში მიმართეთ ზიანის შემცირების მიდგომებს;
- უზრუნველყავით ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანების სრული და მუდმივი ინფორმირებული მონაწილეობა გადაწყვეტილებებში მათი ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის შესახებ;
- გააუმჯობესეთ ჯანდაცვის სერვისები, მათ შორის ადმინისტრაციულ სისტემებთან და ზრუნვის უწყვეტობასთან დაკავშირებული სერვისები.

ფართო საზოგადოებრივი მიდგომებით ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე მუშაობის პრინციპები:

- დააკავშირეთ ადამიანები თემებთან და თანასწორთა მხარდაჭერის ქსელებთან;
- საჭიროების შემთხვევაში უზრუნველყავით კლიენტების მხარდაჭერა და ადვოკატირება მათ ოჯახებსა და საზოგადოებებში (სკოლები, სამუშაო ადგილები და სხვა გარემო).

მსოფლიოს ზოგიერთ ნაწილში სამედიცინო აუცილებლობა გადახდის, სუბსიდირების და/ან ჯანმრთელობის დაცვის ანაზღაურების უმთავრეს ფაქტორს წარმოადგენს. მკურნალ ჯანდაცვის სპეციალისტს შეუძლია დაადასტუროს, რომ არსებული მდგომარეობის პროფილაქტიკისთვის ან მკურნალობისთვის მოცემული მკურნალობა სამედიცინო თვალსაზრისით აუცილებელია. თუ ჯანდაცვის პოლიტიკა და პრაქტიკა მკურნალობის სამედიცინო აუცილებლობას ეჭვქვეშ აყენებს, შეგიძლიათ დამოუკიდებელი სამედიცინო განხილვისთვის სამთავრობო ან სხვა უწყებას მიმართოთ.

უნდა ვაღიაროთ, რომ გენდერული მრავალფეროვნება საერთოა ყველა ადამიანისთვის და ის პათოლოგიას არ წარმოადგენს. თუმცა, გენდერის შეუთავსებლობა, რომელიც იწვევს კლინიკურად მნიშვნელოვან დისტრესს და ზიანს, ხშირად კლინიკურ ჩარევებს საჭიროებს. ბევრ ქვეყანაში სამედიცინო სქესის დამადასტურებელი სამედიცინო დახმარება დოკუმენტირებულია მკურნალი ჯანდაცვის სპეციალისტის მიერ, როგორც მკურნალობა გენდერის შეუთავსებლობისთვის HA60 ICD-11-ში; WHO, 2019b) და/ან როგორც მკურნალობა გენდერული დისფორიისთვის (F64.0 DSM-ში. 5-TR; APA, 2022).

არსებობს ძლიერი მტკიცებულება, რომელიც ტგმ პირებში გენდერის დამადასტურებელი სათანადოდ შესრულებული მკურნალობის, მათ შორის ენდოკრინული და ქირურგიული პროცედურების, ცხოვრების ხარისხსა და კეთილდღეობაზე დადებით გავლენას ადასტურებს, როგორც ეს ასახულია მზრუნველობის სტანდარტებში (ვერსია 8) (მაგ. Ainsworth & Spiegel, 2010; Aires et al., 2020; Aldridge et al., 2020; Almazan & Keuroghlian, 2021; Al-Tamimi et al., 2019; Balakrishnan et al., 2020; Baker et al., 2021; Buncamper et al., 2016; Cardoso da Silva et al., 2016; Eftekhari Ardebili, 2020; Javier et al., 2022; Lindqvist et al., 2017; Mullins et al., 2021; Nobili et al., 2018; Owen-Smith et al., 2018; Özkan et al., 2018; T'Sjoen et al., 2019; van de Griff, Elaut et al., 2018; White Hughto & Reisner, Poteat et al., 2016; Wierckx, van Caenegem et al., 2014; Yang, Zhao et al., 2016). გენდერის

დადასტურების ინტერვენციები ასევე შეიძლება მოიცავდეს თმის მოცილების/გადაწმენვის პროცედურებს, ხმის თერაპიას/ოპერაციას, კონსულტაციას და სხვა სამედიცინო პროცედურებს, რომლებიც საჭიროა ინდივიდის გენდერული იდენტობის ეფექტურად დასადასტურებლად და გენდერული შეუთავსებლობისა და დისფორიის შესამცირებლად. გარდა ამისა, სამართლებრივი სახელი და სქესი ან გენდერის შეცვლა პირადობის დამადასტურებელ დოკუმენტებზე ასევე შეიძლება მომგებიანი იყოს და ზოგიერთ იურისდიქციაში დამოკიდებულია სამედიცინო დოკუმენტაციაზე, რომლისთვისაც პაციენტებმა შეიძლება პრაქტიკოს ექიმებს მიმართონ, რათა შესაბამის დანებსებულებებში წარმოადგინონ. გენდერის დამადასტურებელი ინტერვენციები ეფუძნება ათწლეულების კლინიკურ გამოცდილებას და კვლევებს; ამიტომ, ისინი არ განიხილება ექსპერიმენტულად, კოსმეტიკურად ან მხოლოდ პაციენტისთვის მოსახერხებლად. ეს ჩარევები უსაფრთხო და ეფექტურია გენდერული შეუთავსებლობისა და გენდერული დისფორიის შესამცირებლად (e.g., Aires et al., 2020; Aldridge et al., 2020; Al-Tamimi et al., 2019; Balakrishnan et al., 2020; Baker et al., 2021; Bertrand et al., 2017; Buncamper et al., 2016; Claes et al., 2018; Eftekhari Ardebili, 2020; Esmonde et al., 2019; Javier et al., 2022; Lindqvist et al., 2017; Lo Russo et al., 2017; Marinkovic & Newfield, 2017; Mullins et al., 2021; Nobili et al., 2018; Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2018; Özkan et al., 2018; Poudrier et al., 2019; T'Sjoen et al., 2019; van de Griff, Elaut et al., 2018; White Hughto & Reisner, Poteat et al., 2016; Wierckx, van Caenegem et al., 2014; Wolter et al., 2015; Wolter et al., 2018).

შესაბამისად, WPATH მოუწოდებს ჯანდაცვის სისტემებს, უზრუნველყონ საჭირო მკურნალობა და აღმოფხვრან ნებისმიერი გამონაკლისი მათი პოლიტიკის დოკუმენტებიდან და სამედიცინო გაიდლაინებიდან, რომლებიც ტგმ პირების აუცილებელი პროცედურების ან მკურნალობის დაფარვას გამორიცხავს. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, მთავრობებმა უნდა უზრუნველყონ, რომ ტგმ ადამიანებისთვის ჯანდაცვის სერვისები შეიქმნას, გაფართოვდეს ან გაძლი-

ერდეს (როგორც მიზანშეწონილია), ისევე როგორც ნებისმიერი საყოველთაო ჯანდაცვის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, მთავრობის მიერ სუბსიდირებული სისტემების ან მთავრობის მიერ რეგულირებული კერძო სისტემების არსებული ელემენტები. ჯანდაცვის სისტემებმა უნდა უზრუნველყონ როგორც რუტინული, ისე სპეციალიზებული ჯანდაცვის მუდმივი ხელმისაწვდომობა ყველა მოქალაქისთვის თანასწორ საფუძველზე.

ზრუნვის სტანდარტები-8-ში განხილულია სამედიცინოდ აუცილებელი ინტერვენციები გენდერის დადასტურებისთვის. ეს მოიცავს, მაგრამ არ შემოიფარგლება ჰისტორიულით +/- ორმხრივი სალპინგო-ოოფორექტომით; ორმხრივი მასტექტომიით, გულმკერდის რეკონსტრუქციით ან მაფემინიზებული მამოპლასტიკით, ძუძუს თავის ზომის შეცვლით ან მკერდის პროთეზების განთავსებით; სასქესო ორგანოების რეკონსტრუქციით (მაგალითად, ფალოპლასტიკა და მეტოიდოპლასტიკა, სკროტოპლასტიკა და პენისის და სათესლე ჯირკვლის პროთეზები, პენექტომია, ორქიექტომია, ვაგინოპლასტიკა და ვულვოპლასტიკა); თმის მოცილებით სახის, სხეულისა და სასქესო ორგანოებიდან გენდერის დასადასტურებლად ან წინასაოპერაციო მომზადების პროცესის ფარგლებში; გენდერის დამადასტურებელი სახის ქირურგიით და სხეულის კონტურირებით; ხმის თერაპია და/ან ქირურგიით; ასევე სქესობრივი მომნიშვნის დამბლოკავი მედიკამენტებით და გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონებით; კონსულტაციით ან ფსიქოთერაპიული მკურნალობით. ეს დამოკიდებულია პაციენტისთვის შესაფერისი ინდივიდუალური გარემოებებისა და საჭიროებების განხილვაზე.

დასკვნა 2.2

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს და ზრუნვის სტანდარტების სხვა მომხმარებლებს, გამოიყენონ მე-8 (SOC-8) ვერსიის რეკომენდაციები ისე, რომ ადგილობრივი ტრანსგენდერი და გენდერული მრავალფეროვანი თემის საჭიროებები დააკმაყოფილონ, უზრუნველყონ კულტურულად

სენსიტიური ზრუნვა იმ ქვეყნის რეალობების გათვალისწინებით, რომელშიც ისინი მუშაობენ.

ტგმ ადამიანები მსოფლიოში სხვადასხვანაირად იდენტიფიცირდებიან და ეს იდენტობები კულტურულ კონტექსტებში არსებობენ. ინგლისურენოვან ქვეყნებში ტგმ ადამიანები იდენტიფიცირდებიან როგორც ტრანსსექსუალები, ტრანსები, გენდერულად არაკონფორმულები, გენდერ-ქვიარები ან გენდერულად მრავალფეროვანები, არაბინარული, ან ნამდვილი ტრანსგენდერი და/ან გენდერულად მრავალფეროვანები და ა.შ. ისევე როგორც მდედრობითი და მამრობითი (ბევრისთვის, ვინც თავს ბინარულად აიდენტიფიცირებს (მაგ. James et al., 2016; Strauss et al., 2017; Veale et al., 2019)).

სხვაგან, იდენტობები მოიცავს, მაგრამ არ შემოიფარგლება შემდეგით: „ტრანსესტი“ (ლათინური ამერიკის დიდ ნაწილში), „ჰიჯრა“ (სამხრეთ აზიის დიდ ნაწილში), „ხვაჯა სირა“ (პაკისტანში), „აჩუტი“ (მიანმარში), „მაკნიაჰი“, „პაკნიაჰი“ (მალაიზიაში), „ვარია“ (ინდონეზია) „კატო“, „ფინგ ხამ ფეტი“, „საო პრაფეტ სონგი“, (ტაილანდი), „ბაკლა“, „ტრანსპინაი“, „ტრანსპინოი“ (ფილიპინები), ფა-აფაფინი (სამოა), „მაჰუ“ (საფრანგეთის პოლინეზია, ჰავაი), „ლეიტი“ (ტონგა), „ფაკაფიფინი“ (ნიუე), „პინაპინაინი“ (ტუვალუ და კირიბატი), „ვაკასალევალევა“ (ფიჯი), „პალოპა“ (პაპუა-ახალი გვინეა), „ძმა-ბიჭები“ და „და-ქალები“ (აბორიგენები და ტორესის სრუტის კუნძულები ავსტრალიაში) და „აკავაინი“ (კუკის კუნძულები) (მაგ. APTN და UNDP, 2012; პროექტი ჯანმრთელობის პოლიტიკა და სხვ., 2015; კერი, 2014).

ჩრდილოეთ ამერიკაში ასევე არსებობს ორი სულის მქონე იდენტობების დიდი რაოდენობა (მაგ. „ნადლეჰი“ ნავახოს (დინე) კულტურაში) (Sheppard & Mayo, 2013). იდენტობები, რომლებსაც თითოეული ეს ტერმინი ეხება, ხშირად კულტურულად რთულად აღსაქმელია და შეიძლება გარკვეულ სპირიტუალურ ან რელიგიურ კონტექსტში არსებობდეს. კულტურებიდან და იდენტობებიდან გამომდინარე, ზოგიერთი შეიძლება ჩაითვალოს ეგრეთ წოდებულ „მესამე გენდერად“, რომელიც გენდერულ ბინარულობას სცილდება (მაგ. Graham, 2010; Nanda,

2014; Peletz, 2009). ზოგიერთი ტგმ იდენტობა ნაკლებად მყარად არის ჩამოყალიბებული, ვიდრე სხვები. მსოფლიოში ბევრგან, ტრანსგენდერი მამაკაცებისა და ტრანსმასკულინური არაბინარული იდენტობების ხილვადობა. ხილვადობა შედარებით ახალია, ტრადიციული ტერმინები ადგილობრივ ენებზე მცირე რაოდენობისაა, ან საერთოდ არ გამოიყენება (Health Policy Project et al., 2015). იმისდა მიუხედავად, თუ სად ან ვისთან მუშაობს სამედიცინო პერსონალი (მათ შორის, ვინც მუშაობს ეთნიკურ უმცირესობებთან, მიგრანტებთან და ლტოლვილებთან), მათ უნდა იცოდნენ კულტურული კონტექსტი, რომელშიც ადამიანები გაიზარდნენ და ცხოვრობენ, ისევე როგორც ჯანდაცვის თანმხლები შედეგები.

მსოფლიოში ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა, მომსახურება, დამაკმაყოფილებლობა და ხარისხი მნიშვნელოვნად განსხვავდება, რაც ქვეყნების შიგნით და ქვეყნებს შორის უთანასწორობას იწვევს (OECD, 2019). ზოგიერთ ქვეყანაში, ჯანდაცვის ფორმალური სისტემები დამკვიდრებულ ტრადიციულ და ხალხურ ჯანდაცვის სისტემებთან ერთად, ჯანმრთელობის ინდიჯენისტურ (მკვიდრი, აბორიგენული, ძველი ადათ-წესები, ოდიტგანვე ცნობილი) მოდელბებთან ერთად არსებობს, რომლებიც ჰოლისტიკური ჯანდაცვის მნიშვნელობას ეფუძნება (WHO, 2019a).

სამედიცინო პერსონალმა უნდა იცოდეს ის ტრადიციები და რეალობები, რომლებშიც ხელმისაწვდომია ჯანდაცვა და უზრუნველყონ დახმარება, რომელიც ტგმ ადამიანების ადგილობრივი საჭიროებებისა და იდენტობისკენაა მიმართული და მათთვის კულტურულად კომპეტენტურ და უსაფრთხო სერვისებს უზრუნველყოფენ.

დეკლარაცია 2.3

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროვაიდერებს, გააცნობიერონ სოციალური დამოკიდებულებების, კანონების, ეკონომიკური გარემოებების და ჯანდაცვის სისტემების გავლენა ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანების გამოცდილებაზე მთელ მსოფლიოში.

ტგმ ადამიანების ცხოვრებისეული გამოცდილებების მნიშვნელოვნად ცვალებადია, ეს დამოკიდებულია მთელ რიგ ფაქტორებზე, მათ შორის სოციალურ, კულტურულ, სულიერ, იურიდიულ, ეკონომიკურ და გეოგრაფიულ ფაქტორებზე. როდესაც ტგმ ადამიანები ცხოვრობენ გარემოში, რომელიც მათ გენდერულ და/ან კულტურულ იდენტობას აღიარებს, შესაძლოა ეს გამოცდილება ძალიან პოზიტიური იყოს. ამ მხრივ განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ოჯახები (მაგ. Pariseau et al., 2019; Yadegarfar et al., 2014; Zhou et al., 2021). თუმცა, გლობალური პერსპექტივიდან განხილვისას, სიტუაციები, რომლებშიც ტგმ ადამიანები ცხოვრობენ, ხშირად რთულია. ხშირად მათ ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სამართალში ფართოდ აღიარებულ უფლებებზე უარს ეუბნებიან. ეს მოიცავს განათლების, ჯანმრთელობისა და სამედიცინო ძალადობისგან დაცვის უფლებებს, სამუშაოს და ცხოვრების ადეკვატურ დონეს, საცხოვრისის, გადაადგილებისა და გამობატვის თავისუფლებას, კონფიდენციალობას, უსაფრთხოებას, სიცოცხლის, ოჯახური ცხოვრების, თავისუფლების უკანონო აღკვეთისგან დაცვას, სამართლიან სასამართლოს. ჰუმანურად მოპყრობას პატიმრობაში ყოფნისას და წამებისგან, არაადამიანური ან ღირსების შემლახავი მოპყრობისა თუ სასჯელისგან დაცვას (იურისტთა საერთაშორისო კომისია, 2007). საყოველთაოდ აღიარებულია, რომ უფლებების უარყოფამ შეიძლება სექსუალურ და გენდერულ უმცირესობათა ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე გავლენა მოახდინოს (მაგ. OHCHR et al., 2016; WHO, 2015). აქედან გამომდინარე, ჩვენ ვადასტურებთ ტგმ პირების ზემოთ ჩამოთვლილი უფლებების მნიშვნელობას და WPATH-ით გათვალისწინებულ უფლებებს სხვადასხვა დოკუმენტის მეშვეობით ვუწვევთ ადვოკატირებას (მაგ. WPATH, 2016, 2017, 2019). სამედიცინო პერსონალს შეუძლია უფლებების, მათ შორის, შესაბამის და ხელმისაწვდომ გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო მომსახურების ადვოკატირებაში მნიშვნელოვანი როლი შეასრულოს.

მთელ მსოფლიოში, კვლევების დიდი რაოდენობა დეტალურად აღწერს გამოწვევებს ტგმ ადამიანების ცხოვრებაში და მათ გავლენას ჯან-

მრთელობასა და კეთილდღეობაზე. (მაგ. Aurat Foundation, 2016; Bhattacharya & Ghosh, 2020; Chumakov et al., 2021; Coleman et al., 2018; Heylens, Elaut et al., 2014; Human Rights Watch, 2014; James et al., 2016; Lee, Operario et al., 2020; Luz et al., 2022; McNeil et al., 2012, 2013; Motmans et al., 2017; Muller et al., 2019; Scandurra et al., 2017; Strauss et al., 2019; Suen et al., 2017; Valashany & Janghorbani, 2019; Veale et al., 2019; Wu et al., 2017). კვლევამ აჩვენა, რომ ტგმ ადამიანები ხშირად განიცდიან სტიგმას და წინარწმენებს, ასევე დისკრიმინაციას და შევიწროებას, სასტიკ მოპყრობასა და ძალადობას, ან ასეთი ქმედებების მოლოდინსა და შიშში ცხოვრობენ. ხშირად ტგმ პირებისადმი მტრულად განწყობილი სოციალური ღირებულებები და დამოკიდებულებები ბავშვებს სასკოლო კურიკულუმებიდან მიენოდებათ (Olivier & Thurasukam, 2018), აგერთვე გამოხატულია ოჯახის მიერ ამ ადამიანების უარყოფაში (Yadegarfard et al., 2014). ეს ხშირად მხარდაჭერილია კანონების, პოლიტიკისა და საზოგადოებაში ფართოდ გავრცელებული პრაქტიკის მიერ, რომელიც ზღუდავს საკუთარი გენდერული იდენტობისა და სექსუალობის გამოხატვის თავისუფლებას და საცხოვრისზე, საჯარო სივრცეებზე, განათლებაზე, დასაქმებასა და მომსახურებაზე (მათ შორის ჯანდაცვის) ხელმისაწვდომობას. საბოლოო შედეგი არის ის, რომ ტგმ პირები ჩვეულებრივ მოკლებულნი არიან შესაძლებლობების ფართო სპექტრს, რომელიც ხელმისაწვდომია სისგენდერებისთვის და ოჯახების მხარდაჭერის გარეშე დარჩენილი ტგმ ადამიანები ხშირად საზოგადოების მხრიდან მარგინალიზაციას განიცდიან. კიდევ უფრო უარესი არის ის, რომ მსოფლიოს დიდ ნაწილში ტგმ ადამიანების წვდომა გენდერის სამართლებრივ აღიარებაზე შეზღუდულია ან არ არსებობს. (ILGA World, 2020a; TGEU, 2021; UNDP and APTN, 2017). ზოგიერთ ქვეყანაში ასეთი ბარიერები დღეს „გენდერის საკითხის მთავარი კრიტიკულად განწყობილი თეორეტიკოსების“ მხარდაჭერას ეყრდნობა. (Madrigal-Borloz, 2021; Zanghellini, 2020).

გენდერული იდენტობის შეცვლის მცდელობები (გენდერის რეპარაციული ან გენდერის კონვერსიის პროგრამები, რომლებიც მიზნად პიროვნების სისგენდერად გარდაქმნას ისახავს)

ფართოდ არის გავრცელებული, რაც ტგმ პირებს ზიანს აყენებს (APTN, 2020a, 2020b, 2020c, 2021; Bishop, 2019; GIRES et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020), და (როგორც სექსუალური ორიენტაციის ცვლილების მცდელობები) არაეთიკურად ითვლება (e.g., APS, 2021; Trispiotis and Purshouse, 2022; Various, 2019, 2021). ეს მცდელობები შეიძლება ძალადობის ფორმად ჩაითვალოს. გაეროს დამოუკიდებელმა ექსპერტმა ძალადობისა და დისკრიმინაციისგან დაცვის საკითხებში სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის საფუძველზე მსგავსი პრაქტიკის გლობალური აკრძალვა (Madrigal-Borloz, 2020) მოითხოვა. იურისდიქციების მზარდი რაოდენობა ამგვარ საქმიანობას კრძალავს (ILGA World, 2020b).

უთანასწორობა წარმოიქმნება მთელი რიგი ფაქტორებიდან, მათ შორის ეკონომიკური დამკვიდრებიდან და ღირებულებებიდან, რომლებიც ხშირად ჯანდაცვის სისტემების უზრუნველყოფის საფუძველია, განსაკუთრებით ჯანდაცვის სახელმწიფო, კერძო და თვითდაფინანსებაზე გამახვილებული აქცენტის გამო. ჯანდაცვის სათანადო სერვისებზე ხელმისაწვდომობის ნაკლებობამ შესაძლოა, არაფორმალური ცოდნის სისტემებზე დამოკიდებულების ზრდა გამოიწვიოს. ეს მოიცავს ჰორმონებით თვითდახმარებას, რომელიც ხშირ შემთხვევაში, აუცილებელი სამედიცინო მონიტორინგისა და ზედამხედველობის გარეშე ხორციელდება (მაგ., Do et al., 2018; Liu et al., 2020; Rashid et al., 2022; Reisner et al., 2021; Winter & Doussantousse, 2009).

მსოფლიოს ზოგიერთ ნაწილში, ტრანსგენდერი ქალების დიდი რაოდენობა სხეულის მოდიფიკაციის მიზნით სილიკონს იყენებს, რაც გულისხმობს „ჩატუმბვის“ მომსახურებებს და/ან ინექციის „პროცედურებს“, რომელსაც ისინი თავიანთ წრეში, არასამედიცინო გარემოში იტარებენ. სილიკონის ინექციას მყისიერი შედეგებთან ერთად ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი რისკები ახლავს (მაგ., Aguayo-Romero et al., 2015; Bertin et al., 2019; Regmi et al., 2021), განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც სამრეწველო სილიკონი ან სხვა საინექციო ნივთიერებები გამოიყენება, რა დროსაც შესაძლოა ქირურგიული მოცილება რთული აღმოჩნდეს.

საბოლოოდ, სექსუალური ჯანმრთელობის შედეგები ტგმ ადამიანებისთვის უარყოფითია.

მსოფლიოს მასშტაბით, ქალაქად მცხოვრებ ტრანსგენდერ ქალებში აივ-გავრცელება დაახლოებით 19%-ს შეადგენს, რაც საერთო პოპულაციაში გავრცელების ფონურ მაჩვენებელს 49-ჯერ აღემატება (Baral et al., 2013). პრობლემურია ტრანსგენდერი მამაკაცების სექსუალური ჯანმრთელობის შედეგებიც (მაგ., Mujugira et al., 2021).

წიგნული 2.4

გავცემთ რეკომენდაციას, რომ ზრუნვის სტანდარტების თარგმანები ფოკუსირებული იყოს კულტურულ, კონცეპტუალურ და ლიტერატურულ ეკვივალენტობაზე, რათა უზრუნველყოფილი იყოს ზრუნვის სტანდარტები-მ-ის ძირითად პრინციპებთან შესაბამისობა.

ტგმ პირების შესახებ კვლევითი ლიტერატურის დიდი ნაწილი მაღალშემოსავლიან და ინგლისურენოვან ქვეყნებში ინარმოება. ამ ლიტერატურაში ტგმ პირების შესახებ გლობალური ჩრდილოეთის შეხედულებები დომინირებს (მათ შორის, ჯანდაცვის საჭიროებებთან და უზრუნველყოფასთან დაკავშირებული მოთხოვნილებების აღწერა). ამჟამინდელი ავტორების მიერ ჩატარებული ძიება 2021 წლის მაისის SCOPUS-ის მონაცემთა ბაზაში აჩვენებს, რომ ტრანსგენდერთა ჯანდაცვის შესახებ ლიტერატურის 99% ევროპიდან, ჩრდილოეთ ამერიკიდან, ავსტრალიიდან ან ახალი ზელანდიიდანაა. მთლიანობაში, ლიტერატურის 96% ინგლისურ ენაზეა. გლობალური სამხრეთის ინგლისურენოვან ლიტერატურაში შედარებით მცირე ყურადღება ექცევა ტგმ პირებს, აგრეთვე ტგმ პირებთან მომუშავე სამედიცინო სპეციალისტების მიერ განეული სამუშაო ხშირად დოკუმენტირებული არ არის, ან არ ქვეყნდება და ინგლისურად არ ითარგმნება. გლობალურ ჩრდილოეთში წარმოებული რესურსების გამოყენება შეიცავს ადგილობრივი ცოდნის, კულტურული ჩარჩოებისა და პრაქტიკის შესაბამისობის უგულებელყოფის რისკებს და ამცირებს სხვების ნამუშევრებით საკითხის შესწავლის შესაძლებლობებს. ზრუნვის სტანდარტები-მ-ში ჩამოყალიბებული პრინციპების თარგმნისას, ჩვენ გირჩევთ მიჰყევთ ენის თარგმნის საუკეთესო პრაქტიკის სახელმძღვანელო მითითებებს, რათა უზრუნველყოთ მაღალი ხარისხის წერილობითი რესურსების წარმოება, რომელი-

ბიც კულტურულად და ენობრივად ადგილობრივი გარემოს შესატყვისი იქნება. მნიშვნელოვანია, რომ თარგმნებს ჰქონდეთ ტგმ იდენტობებისა და კულტურების შესახებ ცოდნა, რათა შეამოწმონ, რომ პირდაპირი თარგმანი კულტურულად კომპეტენტური და ადგილობრივი ტგმ პირებისთვის უსაფრთხოა. ასევე მნიშვნელოვანია, რომ თარგმანი, ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით, დადგენილ პროცესებს მიჰყვებოდეს (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2010; Sprager & Martinez, 2015).

წიგნული 2.5

რეკომენდაციას ვაძლევთ, ჯანდაცვის სპეციალისტებს და პოლიტიკის შემქმნელებს ყოველთვის გაითვალისწინონ ზრუნვის სტანდარტები-მ-ის ძირითადი პრინციპები ტრანსგენდერებთან და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებთან მუშაობისას, რათა უზრუნველყონ ადამიანის უფლებების პატივისცემა და შესაბამისი და კომპეტენტური ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა, მათ შორის:

ზოგარი პრინციპები

- იყავით გაძლიერებაზე ორიენტირებული და ინკლუზიური. იმუშავეთ სტიგმის შესამცირებლად და უზრუნველყავით სათანადო ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა ყველასთვის, ვინც მას ეძებს;
- პატივი ეცით მრავალფეროვნებას. პატივი ეცით ყველა კლიენტს და ყველა გენდერულ იდენტობას. არ მოახდინოთ გენდერული იდენტობისა და გამომხატულების გამომხატვის პათოლოგიზაცია;
- პატივი ეცით ადამიანის საყოველთაო უფლებებს, მათ შორის უფლებას სხეულისა და გონებრივი მთლიანობის, ავტონომიისა და თვითგამორკვევის შესახებ; დისკრიმინაციისგან თავისუფლებისა და ჯანმრთელობის უმაღლესი სტანდარტის მიღების უფლებას.

შესაბამისი სერვისებისა და ხელმისაწვდომი ჯანდაცვის განვითარებისა და დანერგვის პრინციპები

- ჩართეთ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანები სერვისების შემუშავებისა და განხორციელების პროცესში;
- გაეცანით სოციალურ, კულტურულ, ეკონომიკურ და სამართლებრივ ფაქტორებს, რომლებმაც შეიძლება ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანების ჯანმრთელობაზე (და ჯანდაცვის საჭიროებებზე), ისევე როგორც პიროვნების მზაობასა და სერვისების წვდომის შესაძლებლობებზე გავლენა იქონიოს;
- უზრუნველყავით ჯანდაცვა (ან მიმართე მცოდნე კოლეგებს), რომელიც გენდერული იდენტობისა და გამოხატვის დადასტურებას ემსახურება, მათ შორის ზრუნვა, რომელიც გენდერულ დისფორიასთან დაკავშირებულ დისტრესს (თუ ეს არსებობს) ამცირებს;
- უარი თქვით კონვერსიულ მიდგომებზე და თავიდან აიცილეთ ამგვარი მიდგომებისა და სერვისების რაიმე სახის პირდაპირი ან ირიბი რეკლამირება.

კომპეტენტური სერვისების მიწოდების პრინციპები

- გაეცანით (გაიარეთ ტრენინგი, სადაც ეს შესაძლებელია) ტრანსგენდერი და გენდერულად განსხვავებული ადამიანების ჯანდაცვის საჭიროებებს, მათ შორის გენდერის დამადასტურებელი ზრუნვის სარგებელსა და რისკებს;
- შეუსაბამეთ მკურნალობის მიდგომა კლიენტების სპეციფიკურ საჭიროებებს, განსაკუთრებით მათ მიზნებს გენდერული იდენტობასა და გამოხატვასთან დაკავშირებით;
- ფოკუსირდით ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ხელშეწყობაზე და არა მხოლოდ გენდერული დისფორიის შემცირებაზე, რომელიც შეიძლება არსებობდეს, ან-არა;
- საჭიროების შემთხვევაში მიმართეთ ზიანის შემცირების მიდგომებს;
- უზრუნველყავით ტრანსგენდერი და გენ-

დერულად მრავალფეროვანი ადამიანების სრული და მუდმივი ინფორმირებული მონაწილეობა გადაწყვეტილებებში მათი ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის შესახებ;

- გააუმჯობესეთ ჯანდაცვის სერვისები, მათ შორის ადმინისტრაციულ სისტემებთან და ზრუნვის უწყვეტობასთან დაკავშირებული სერვისები.

ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე მუშაობის პრინციპები ფართო საზოგადოებრივი მიდგომებით

- დააკავშირეთ ადამიანები თემებთან და თანასწორთა მხარდაჭერის ქსელებთან;
- საჭიროების შემთხვევაში უზრუნველყავით კლიენტების მხარდაჭერა და დაცვა მათ ოჯახებსა და საზოგადოებებში (სკოლები, სამუშაო ადგილები და სხვა გარემოებები).

ჩვენ უკვე ვახსენეთ კვლევა, რომელიც დეტალურად ასახავს იმ გამოწვევების ფართო სპექტრს, რომლის წინაშეც შესაძლოა, ტგმ ადამიანები აღმოჩნდნენ, ეს მოიცავს როგორც სოციალურ ეკონომიკურ და სამართლებრივ დაბრკოლებებს, ასევე ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის პრობლემას. მიუხედავად იმისა, რომ მთლიანობაში ჯანდაცვის სერვისები მრავალფეროვანია მთელ მსოფლიოში (მათი არსებობის, ხელმისაწვდომობის და ხარისხის თვალსაზრისით), ტგმ ადამიანებისთვის ხელმისაწვდომი სერვისები ხშირად არაადეკვატურია. მრავალი ანგარიში მსოფლიოს სხვადასხვა რეგიონიდან აჩვენებს, რომ ტგმ პირების გარკვეულ ნაწილს ჯანდაცვის სერვისებთან დაკავშირებული დადებითი გამოცდილება აქვს, ხოლო დანარჩენს – არა (მაგ. Callander et al., 2019; Costa, da Rosa Filho et al., 2018; Do et al., 2018; Gourab et al., 2019; Health Policy Project et al., 2015; Liu et al., 2020; Motmans et al., 2017; Muller et al., 2019; PAHO, 2014; Reisner et al., 2021; Strauss et al., 2017; TGEU, 2017). ნამყვანი ჯანდაცვის სტანდარტული პრაქტიკა მათ საჭიროებებს ხელმისაწვდომობის, მისაწვდომობისა და ხარისხის თვალსაზრისით ხშირად ვერ აკმაყოფილებს. კლინიკებსა და საავადმყოფოებში პაცი-

ენტიების მართვის სტანდარტული პროცედურები ტგმ პაციენტების გენდერულ იდენტობის ამოცნობას ხშირად ვერ ახერხებენ (მათ შორისაა შემთხვევები, სადაც პაციენტები თავს ბინარულობის მიღმა აიდენტიფიცირებენ). პაციენტები შეიძლება განთავსდნენ მათი გენდერისთვის შეუსაბამო პალატებში, რაც მათ სექსუალური შევიწროების საფრთხის წინაშე აყენებს. ტგმ პაციენტები ხშირად სამედიცინო დაწესებულებებისა და დამხმარე პერსონალის მხრიდან მხარდაჭერის ნაკლებობას, ან მტრულ დამოკიდებულებას აწყდებიან და შესაძლოა მათ მომსახურებაზეც კი უთხრა უარი. დიდად შემაშფოთებელია, რომ ჯანდაცვის სპეციალისტები, მსოფლიოს ზოგიერთ ნაწილში, გენდერული იდენტობის შეცვლის მცდელობებშია ჩართული, როგორც ამ თავში ზემოთ იყო აღწერილი.

მთელ მსოფლიოში, გენდერული ჯანდაცვის უზრუნველყოფის მრავალი ბარიერი არსებობს. ჯანდაცვის სპეციალისტებს ხშირად არ სურთ უზრუნველყონ სერვისები, რომლებსაც ტგმ ადამიანები ითხოვენ. ზოგიერთ ქვეყანაში შეიძლება არსებობდეს კანონები ან რეგულაციები, რომლებიც მათ ამას უკრძალავენ ან ხელს უშლიან. როდესაც ზოგად პრაქტიკოსებს და სხვა ჯანდაცვის პროვაიდერებს მკაფიო გაიდლაინებზე მათ ენაზე წვდომა არ აქვთ, მათ შესაძლოა, სერვისები სათანადოდ ვერ მიანოდონ. იმ სიტუაციებშიც კი, სადაც ჯანდაცვა ხელმისაწვდომია, პაციენტებს შეიძლება გაუჭირდეთ წვდომა მანძილის, წვდომის შეზღუდვის, მიწოდებისა და მოთხოვნის პრობლემების გამო, რაც ხანგრძლივ ლოდინს ან ხარჯების ზრდას იწვევს. ზოგიერთ შემთხვევაში გენდერის დამადასტურებელი პროცედურები შეიძლება არ იყოს ჩართული ჯანდაცვის საყოველთაო დებულებაში ან კერძო დაზღვევით დაფარული არ იყოს, მიუხედავად იმისა, რომ მსგავსი პროცედურები სისგენდერი პაციენტებისთვის ანაზღაურდება.

ყველა ამ მიზეზთა გამო, ბევრი ტგმ ადამიანი ოფიციალურ ჯანდაცვის სერვისებს თავს

არიდებს, როცა ეს შეუძლია. თავად მათი თემი ჩვეულებრივ ავსებს სიცარიელეს და მოქმედებს როგორც მნიშვნელოვანი რესურსი მათი წევრებისთვის. მტრულ გარემოში ისინი ხშირად სოციალურ და ემოციურ მხარდაჭერას უზრუნველყოფენ. გარდა ამისა, ისინი ხშირად მოქმედებენ როგორც საერთო ინფორმაციის საცავები ჯანდაცვის ხელმისაწვდომი ვარიანტების შესახებ, მათ შორის პარალელური და ძირითადი მედიცინის შესახებ (და უფრო ხელმისაწვდომი და ხელმისაწვდომი, ვიდრე) წამყვანი მედიცინის მიღმა. როგორც ამ თავში ზემოთ არის ნახსენები, ეს ხშირად მოიცავს ინფორმაციის გაზიარებას სილიკონის და სხვა საინექციო ნივთიერებების გამოყენებით სხეულის ტრანსფორმაციის და ჰორმონების შესახებ, რომლებიც დამოუკიდებლად, საჭირო სამედიცინო მონიტორინგისა და ზედამხედველობის გარეშე იმართება. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია აღნიშნავს, რომ ტგმ პირები, რომლებიც გენდერის დამადასტურებელ ჰორმონოთერაპიას თავად იტარებენ, მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ინფორმაციაზე, ხარისხის პროდუქტებზე და სტერილურ საინექციო აღჭურვილობაზე წვდომის შემთხვევაში უფრო მეტ სარგებელს ნახავდნენ (WHO, 2021). ასეთ ინფორმაციაზე წვდომა შეიძლება იყოს ზიანის შემცირებისკენ მიმართული უფრო ფართო მიდგომის ნაწილი (მაგ. Idrus & Hyman, 2014).

ზემოთ ჩამოთვლილი მნიშვნელოვანი ძირითადი პრინციპების პრაქტიკაში გამოყენებამ შესაძლოა, ჯანდაცვის გამოცდილება გააუმჯობესოს და ყველა ადგილობრივ კონტექსტში ტგმ პირების პატივისცემას ხელი შეუწყოს. ეს შეიძლება მოხდეს ჯანდაცვის სისტემაში არსებული რეალობების (მათ შორის კულტურული, სოციალური, სამართლებრივი, ეკონომიკური კონტექსტის, რომელშიც ჯანდაცვის უზრუნველყოფა ხდება), ხელმისაწვდომობის დონის მიუხედავად ან იმ ტგმ პირების, რომლებიც ასეთ მომსახურებას ეძებენ.

თაქი 3. პოპულაციის განსაზღვრა

ზრუნვის სტანდარტების წინა გამოცემაში, მე-7 ვერსიაში, ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობის მსოფლიო პროფესიულმა ასოციაციამ (WPATH) გამოავლინა სტატიების მხოლოდ მცირე რაოდენობა, რომლებიც ცდილობდნენ ტრანსგენდერი და გენდერული მრავალფეროვანი (ტგმ) პოპულაციის ზომა შეეფასებინათ და დაახასიათეს, როგორც უახლესი მეცნიერების „საწყისი წერტილი“, რომელიც შემდგომ სისტემურ შესწავლას საჭიროებს (Coleman et al., 2012). მას შემდეგ ამ საკითხზე ლიტერატურა მნიშვნელოვნად გაიზარდა, რაც დასტურდება უახლესი მიმოხილვებით, რომლებიც ხელმისაწვდომი მტკიცებულებების სინთეზირებას ცდილობდნენ (Arcelus et al., 2015; Collin et al., 2016; Goodman et al., 2019; Meier & Labuski, 2013; Zhang et al., 2020).

ტგმ პოპულაციასთან დაკავშირებული ეპიდემიოლოგიური მონაცემების განხილვისას, უმჯობესია, თავიდან ავიცილოთ ტერმინები „სიხშირე“ და „პრევალენტობა“. ამ და მსგავსი ტერმინების თავიდან აცილებამ შესაძლოა, ტგმ ადამიანების შეუსაბამო პათოლოგიზაცია გამოიწვიოს (Adams et al., 2017; Bouman et al., 2017). უფრო მეტიც, ტერმინი „სიხშირე“ არ შეიძლება იყოს გამოყენებული ამ სიტუაციაში, რადგან ის ვარაუდობს, რომ ტგმ სტატუსს აქვს დანყების ადვილად იდენტიფიცირებადი დრო, რადგან ეს სიხშირის გამოთვლის წინაპირობაა (Celentano & Szklo, 2019). ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი მიზეზის გამო, ტგმ პოპულაციის აბსოლუტური და ფარდობითი ზომის აღსანიშნავად, ჩვენ გირჩევთ, გამოიყენოთ ტერმინები „რაოდენობა“ და „წილი“.

შესაძლოა, ამ ლიტერატურის მიმოხილვისას ყველაზე მნიშვნელოვანი ფაქტორი ცვლადის განსაზღვრა, რომელიც გამოიყენება ტგმ პოპულაციასთან მიმართებაში (Collin et al., 2016; Meier & Labuski, 2013). კლინიკაზე დაფუძნებულ კვლევებში, ტგმ პირების მონაცემები, როგორც წესი, შემოიფარგლება იმ პირებით, რომლებსაც ტრანსგენდერობასთან დაკავშირებული დიაგნოზი დაუსვეს ან კონსულტაცია გაიარეს, ან მათ, ვინც მოითხოვა ან გაიარა გენდერის დამადასტურებელი თერაპია, მაშინ როდესაც გა-

მოკითხვაზე დაფუძნებული კვლევა, როგორც წესი, ეყრდნობა უფრო ფართო, უფრო ინკლუზიურ განმარტებას, რომელიც თვითიდენტიფიცირებად გენდერულ იდენტობაზეა დაფუძნებული.

სხვა მეთოდოლოგიური ფაქტორი ტგმ პოპულაციის ზომისა და განაწილების შეფასებისას არის იმის გაგება, თუ როგორია შერჩევის ჩარჩო. როგორც აღინიშნა ბოლო მიმოხილვებში (Goodman et al., 2019; Zhang et al., 2020), ბევრმა გამოქვეყნებულმა კვლევამ, განსაკუთრებით ათ წელზე მეტი ხნის წინ ჩატარებულმა, პირველად შეაფასა პაციენტების რაოდენობა კონკრეტულ კლინიკურ ცენტრში და შემდეგ ეს რიცხვი მოსახლეობის სავარაუდო ზომაზე გაყო. ნაკლებად სავარაუდოა, რომ ეს ზუსტ შეფასებას წარმოადგენდა, რადგან გამოთვლებში მრიცხველი სულაც არ შედის მნიშვნელში და მნიშვნელის ნამდვილი ზომა ხშირად უცნობი რჩება. ამ მოსაზრებების გათვალისწინებით, მიზანშეწონილია კონკრეტულად ფოკუსირება მოვახდინოთ უახლეს, ბოლო ათწლეულში გამოქვეყნებულ კვლევებზე, რომლებიც იყენებდნენ საიმედო მეთოდოლოგიას ტგმ ადამიანების იდენტიფიცირებისას პოპულაციის კარგად განსაზღვრულ შერჩევის ჩარჩოში. ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი მიზეზის გამო, წინამდებარე თავი ფოკუსირებულია კვლევებზე, რომლებიც აკმაყოფილებდნენ შემდეგ ჩართვის კრიტერიუმებს 1)გამოქვეყნდა პრესაში 2009 წელს ან მოგვიანებით; 2)გამოიყენა ტგმ-ის სტატუსის მკაფიო განმარტება; 3)ტგმ პირების გამოთვლილი პროპორციები კარგად განსაზღვრული მოსახლეობის მნიშვნელის საფუძველზე; და 4) მიმოხილულია კოლეგების მიერ. ამ ტიპის კვლევებს თანამედროვე შეფასებების უფრო ზუსტი უზრუნველყოფა შეუძლია.

ხელმისაწვდომი კვლევები შეიძლება დაიყოს სამ ჯგუფად: 1) ისინი, რომლებმაც ჯანდაცვის დიდ სისტემებში ჩართულ პირებს შორის ტგმ პირების წილი წარმოადგინეს; 2) მათ, რომლებმაც უპირატესად ზრდასრული მონაწილეების მოსახლეობის გამოკითხვის შედეგები წარმოადგინეს; და 3) ისეთები, რომლებიც სკოლებში ჩატარებულ ახალგაზრდების გამოკითხვებს ეფუძნებოდა. ამ სამი კატეგორიის ყველაზე ინ-

ფორმატიული და მეთოდოლოგიურად გამართული კვლევები შეჯამებულია ქვემოთ. დამატებითი დეტალები ამ და სხვა მსგავსი კვლევების შესახებ შეგიძლიათ ლიტერატურის უახლეს მიმოხილვებში იხილოთ (Goodman et al., 2019; Zhang et al., 2020).

ყველა კვლევა, რომელიც ჯანდაცვის დიდ სისტემებში აღრიცხული ტრანსგენდერული ზომას აფასებდა, ჩატარდა აშშ-ში და ყველა მათგანი ჯანმრთელობის ელექტრონული ჩანაწერებიდან მიღებულ ინფორმაციას ეყრდნობოდა. ჯანდაცვის სისტემაზე დაფუძნებული ოთხი კვლევა ექსკლუზიურად ტრანსგენდერული დიაგნოსტიკურ კოდებს ეყრდნობოდა. ორმა კვლევამ (Blosnich et al., 2013; Kauth et al., 2014) გამოიყენა მონაცემები ვეტერანთა ჯანმრთელობის საკითხების (Veterans Health Affairs) სისტემიდან, რომელიც 9 მილიონზე მეტ ადამიანს ფარავს, და ორმა კვლევამ (Dragon et al., 2017; Ewald et al., 2019) გამოიყენა საჩივრების მონაცემები Medicare-დან, ჯანმრთელობის დაზღვევის ფედერალური პროგრამიდან, რომელიც ძირითადად 65 წელზე უფროსი ასაკის ადამიანებს მოიცავს. ამ დიაგნოსტიკურ კოდზე დაფუძნებულ კვლევებში დადგინდა ტრანსგენდერული ნილი დაახლოებით 0.02%-დან 0.03%-მდე მერყეობდა. სხვა უახლესმა პუბლიკაციამ ტრანსგენდერების იდენტიფიცირებისთვის ასევე Medicare-ისა და კომერციული დაზღვევის მონაცემები გამოიყენა და ჩართვის კრიტერიუმები გააფართოვა, რათა დაემატებინა დიაგნოსტიკური კოდები პროცედურებისა და ჰორმონოთერაპიის შესახებ ინფორმაციით (Jasuja et al., 2020). ამ მეთოდოლოგიის გამოყენებით, ტრანსგენდერული ნილი ყველა იმ პირს შორის, რომელიც ჯანდაცვის პროგრამებში იყო ჩართული, 0.03%-ს შეადგენდა. ჯანდაცვის სისტემაზე დაფუძნებული მეექვსე კვლევა (Quinn et al., 2017) Kaiser Permanente-ს პროგრამის ფარგლებში, ჯორჯიისა და კალიფორნიის შტატებში ჩატარდა; ეს პროგრამა დაახლოებით 8 მილიონ ნევრს მოიცავს, რომლებიც ჩარიცხულნი არიან დამსაქმებლების მიერ, სამთავრობო პროგრამებით ან ინდივიდუალურად. დიაგნოსტიკური კოდების და, ასევე, თავისუფალი ტექსტის კლინიკური შენიშვნების გამოყენებით Kaiser Permanente-

კვლევაში ტრანსგენდერული ნილი ყველა ასაკობრივ ჯგუფში დადგინდა. Kaiser Permanente-ში გამოვლენილი ტრანსგენდერული ნილი უფრო მაღალი იყო, ვიდრე ვეტერანთა ჯანმრთელობის საკითხებისა (Veterans Health Affairs) და Medicare-ის კვლევებში წარმოდგენილი მონაცემები, და უახლესი შეფასებით 0,04-დან 0,08%-მდე მერყეობდა.

ჯანდაცვის სისტემაზე დაფუძნებული კვლევების შედეგებისგან განსხვავებით, კვლევების დასკვნებმა, რომლებიც ტრანსგენდერული ნილის შესახებ თვითანგარიშებს ეყრდნობოდა, უფრო მაღალი მაჩვენებლები აჩვენა. აშშ-ს ორმა კვლევამ გამოიყენა ქცევითი რისკფაქტორების ზედამხედველობის კვლევა (BRFSS), რომელიც არის ყოველწლიური სატელეფონო გამოკითხვა აშშ-ის ორმოცდაათივე შტატში (Conron et al., 2012; Crissman et al., 2017). პირველმა კვლევამ გამოიყენა 2007-2009 წლების BRFSS-ის მონაცემები მასაჩუსეტსის შტატიდან, ხოლო მეორე კვლევამ გამოიყენა 2014 წლის BRFSS მონაცემები 19 შტატიდან და გუამის ტერიტორიიდან. ორივე კვლევამ აჩვენა, რომ ზრდასრული მონაწილეების (მინიმუმ 18 წლის) დაახლოებით 0.5%-მა დადებითად უპასუხა კითხვას „თვლით თუ არა საკუთარ თავს ტრანსგენდერად?“. ინტერნეტზე დაფუძნებულ გამოკითხვაში, რომელიც ჩატარდა ჰოლანდიის მოსახლეობის 15-70 წლის პოპულაციაზე (Kuypers & Wijnen, 2014) მონაწილეებისგან ითხოვდნენ შეეფასებინათ ორი შეკითხვა 5-ბალიან ლიკერტის სკალაზე: „შეგიძლიათ მიუთითოთ, რა ხარისხით მიიჩნევთ საკუთარ თავს მამაკაცად?“ და „შეგიძლიათ მიუთითოთ, რა ხარისხით მიიჩნევთ საკუთარ თავს ქალად?“ რესპონდენტებს მიიჩნევდნენ „გენდერულად ამბივალენტურად“, თუ ისინი ორივე შეკითხვას ერთსა და იმავე ქულას უწერდნენ და „გენდერულად არაკონფორმულად“ როდესაც ისინი დაბადებისას მინიჭებული სქესს უფრო დაბალ ქულას ანიჭებდნენ, ვიდრე საკუთარ გენდერული იდენტობას. მონაწილეთა ის ნილი, რომელიც აღნიშნავდა შეუსაბამო და ამბივალენტურ გენდერულ იდენტობას, შესაბამისად, იყო 1.1% და 4.6% იმ პირებში, რომლებსაც დაბადებისას მამრობითი სქესი ჰქონდათ მინიჭებული (AMAB), და 0.8% და 3.2% იმ პი-

რებში, რომლებსაც დაბადებისას მდედრობითი სქესი ჰქონდათ მინიჭებული (AFAB).

ანალოგიურად შემუშავებულმა კვლევამ, ბელგიის ფლანდრიის რეგიონში, ქვეყნის ეროვნული რეესტრიდან აღებული ნიმუშის გამოყენებით, ტგმ მაცხოვრებლების პროპორცია შეაფასა (Van Caenegem, Wierckx et al., 2015). მონაწილეებს სთხოვეს, 5-ბალიანი ლიკერტის სკალაზე შეეფასებინათ შემდეგი გამონათქვამები: „მე ვგრძნობ თავს ქალად“ და „მე ვგრძნობ თავს კაცად“. ჰოლანდიურ კვლევაში გამოყენებული იგივე განმარტებების გამოყენებით (Kuyper & Wijsen, 2014), გენდერული შეუთავსებლობის იდენტობის ინდივიდების წილი დაბადებისას მინიჭებულ მამრობითი სქესის ადამიანებში 0.7% იყო, ხოლო დაბადებისას მინიჭებული მდედრობითი სქესის ადამიანებში – 0.6%. AMAB (დაბადებისას განსაზღვრული მამრობითად) და AFAB (დაბადებისას განსაზღვრული მდედრობითად) ადამიანებში გენდერული ამბივალენტობის შესაბამისი შეფასებები, შესაბამისად, 2.2%-სა და 1.9%-ს შეადგენდა.

პოპულაციაზე დაფუძნებულმა უფრო უახლესმა კვლევამ ტგმ პირების რაოდენობა შეედეთში, სტოკჰოლმის ოლქის დაახლოებით 50000 ზრდასრულ მაცხოვრებელს შორის შეაფასა (Åhs et al., 2018). მრიცხველი განისაზღვრა მონაწილეებისთვის შემდეგი შეკითხვების დასმით: „მინდა, რომ ჰორმონოთერაპია, ან ქირურგია ჩამიტარდეს, რათა სხვა სქესის ადამიანს დავემსგავსო“. გენდერული შეუთავსებლობის მქონე პირების იდენტიფიცირებისთვის შეიქმნა ორი დამატებითი ელემენტი: „მე ვგრძნობ თავს სხვა სქესის ადამიანად“ და „მინდა ვიცხოვრო ისე, როგორც სხვა სქესის წარმომადგენელმა ან მომექცნენ ისე, როგორც სხვა სქესის ადამიანს“. ან ჰორმონოთერაპიის ან გენდერის დამადასტურებელი ოპერაციის სურვილი მონაწილეთა 0.5%-ის მიერ დაფიქსირდა. ინდივიდები, რომლებიც სხვა სქესის პიროვნებად გრძნობდნენ თავს და ისინი, ვისაც სურდა ეცხოვრა ისე, როგორც სხვა სქესის წარმომადგენელს, შეადგენდნენ მთლიანი შერჩევის 2.3% და 2.8%-ს, შესაბამისად.

პოპულაციაზე დაფუძნებული მონაცემები ჩრდილოეთ ამერიკისა და დასავლეთ ევროპის

გარეთ ნაკლებად გავრცელებულია. ერთ-ერთი ბოლო კვლევა გვთავაზობს მნიშვნელოვან მონაცემებს ბრაზილიაში 6000 ზრდასრული ადამიანის დიდი გამოკითხვიდან (Spizzirri et al., 2021). მონაწილეთა გენდერული იდენტობა შეფასდა შემდეგი სამი კითხვის საფუძველზე: 1) „ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან რომელი აღწერს საუკეთესოდ, თუ რას გრძნობთ ამჟამად?“ (ვარიანტები: ვგრძნობ, რომ კაცი ვარ; ვგრძნობ, რომ ქალი ვარ; და ვგრძნობ, რომ არც კაცი ვარ და არც ქალი); 2) „რა სქესი გაქვთ მინიჭებული დაბადების მონაწილეთა?“ (პასუხები: მამრობითი, მდედრობითი და განუსაზღვრელი); და 3) „ამ სიტუაციებიდან რომელი აღწერს თქვენს მდგომარეობას საუკეთესოდ?“ (ვარიანტები: დავიბადე კაცად, მაგრამ ბავშვობიდან თავს ქალად ვგრძნობდი; დავიბადე ქალად, მაგრამ ბავშვობიდან თავს კაცად ვგრძნობდი; დავიბადე კაცად და ჩემს სხეულში თავს კომფორტულად ვგრძნობ; დავიბადე ქალად და ჩემს სხეულში თავს კომფორტულად ვგრძნობ). ამ სამ კითხვაზე პასუხების საფუძველზე ავტორებმა დაადგინეს, რომ გამოკითხულთა 1.9% იყო ტგმ (0.7% განსაზღვრული, როგორც ტრანსგენდერი, და 1.2% განსაზღვრული, როგორც არაბინარული).

ტგმ ახალგაზრდების (19 წლამდე პირები) მოსახლეობის რაოდენობის შესახებ ლიტერატურა სკოლებში ჩატარებულ რამდენიმე კვლევას მოიცავს. 2012 წელს ახალ ზელანდიაში ჩატარებულმა ნაციონალურმა კროსსექციურმა კვლევამ საშუალო სკოლის მოსწავლეებს შორის ტგმ იდენტობის შესახებ ინფორმაცია შეაგროვა (Clark et al., 2014). გამოკითხულ 8000-ზე მეტ მონაწილეს შორის, 1.2%-მა თვითიდენტიფიცირდა როგორც ტგმ და 2.5%-მა განაცხადა, რომ არ იყო დარწმუნებული. სკოლის მოსწავლეების კიდევ ერთი კვლევა აშშ-ს მინესოტას შტატში მე-9 და მე-11 კლასის მოსწავლეებს (14-18 წლის ასაკის) შორის 2016 წელს ჩატარებულ გამოკითხვას (Eisenberg et al., 2017) ეფუძნებოდა. თითქმის 81,000 გამოკითხული რესპონდენტიდან 2.7%-მა განაცხადა, რომ ტგმ იყო. უფრო ახალმა კვლევამ (Johns et al., 2019) წარმოადგინა ახალგაზრდების სარისკო ქცევის კვლევის (YRBS) შედეგები, რომელიც აშშ-ს საშუალო სკოლის მოსწავლეებში, 9-12 კლასებში

(დაახლოებითი ასაკობრივი დიაპაზონი 13-19 წელი) ადგილობრივი, შტატებისა და ეროვნული მასშტაბით ორ წელიწადში ერთხელ ტარდება. 2017 წლის YRBS-ციკლი ჩატარდა 10 შტატსა და 9 დიდ ურბანულ რაიონში და მოიცავდა შემდეგ კითხვებს: „ზოგიერთი ადამიანი საკუთარ თავს აღწერს, როგორც ტრანსგენდერს, როდესაც მათი დაბადებისას მინიჭებული სქესი საკუთარ აღქმულს, ან იდენტიფიცირებულს არ ემთხვევა. ტრანსგენდერი ხართ?“ კვლევის 19 საიტზე თითქმის 120,000 მონაწილიდან 1.8%-მა უპასუხა „დიახ, მე ვარ ტრანსგენდერი“ და 1.6%-მა უპასუხა „არ ვარ დარწმუნებული, ვარ თუ არა ტრანსგენდერი“.

შეერთებულ შტატებში კიდევ ერთხელ, ახლახან გამოქვეყნებულმა სასკოლო კვლევამ წარმოადგინა 2015 წლის გამოკითხვის შედეგები, რომელიც ჩატარდა ფლორიდასა და კალიფორნიაში და რომლის მიზანიც 9-12 კლასების 6000-ზე მეტ მოსწავლეს შორის გენდერულად მრავალფეროვანი ბავშვებისა და მოზარდების იდენტიფიცირება იყო (Lowry et al., 2018). „მაღალი გენდერული შეუსაბამობა“ გამოიყენებოდა იმ დაბადებისას მინიჭებული მამრობითი სქესის ბავშვების აღსაწერად, რომლებმაც განაცხადეს, რომ იყვნენ ძალიან/ძირითადად/გარკვეულწილად ქალური და დაბადებისას მინიჭებული მდედრობითი სქესის იმ ბავშვების აღსაწერად, რომლებიც აღნიშნავენ, რომ იყვნენ ძალიან/ძირითადად/გარკვეულწილად მამაკაცური. ამ განმარტებებზე დაყრდნობით, ტგმ მონაწილეთა წილი იყო დაბადებისას მინიჭებული მამრობითი სქესის სტუდენტებს შორის 13%, დაბადებისას მინიჭებული მდედრობითი სქესის სტუდენტებს შორის 4%, ხოლო მთლიანობაში 8.4%-ს შეადგენდა.

თვითიდენტიფიცირებული ტგმ ბავშვების პროცენტული მაჩვენებელი მცირე ასაკობრივ ჯგუფში მხოლოდ ერთმა კვლევამ შეისწავლა. შილდსმა და სხვ. გააანალიზეს 2011 წლის გამოკითხვის მონაცემები 6-8 კლასების 2700 მოსწავლეზე (ასაკობრივი დიაპაზონი 11-13 წელი) სან-ფრანცისკოს 22 საჯარო საშუალო სკოლაში (Shields et al., 2013). ოცდაცამეტმა ბავშვმა მოახერხა თვითიდენტიფიცირებულიყო როგორც ტგმ კითხვაზე „რა არის თქვენი სქესი?“, რომლის შესაძლო პასუხები იყო „მდედრობითი, მამ-

რობითი, ან ტრანსგენდერი“. ტრანსგენდერთა გამოკითხვის შედეგად მათმა წილმა შეადგინა 1.3%. თუმცა, ეს განმარტება გამორიცხავს ტგმ პირებს, რომლებიც თავს არაბინარულად აიდენტიფიცირებენ და მათ, ვინც ლიად არ აცხადებს, რომ ტრანსგენდერია.

ერთად აღებული, ეს მონაცემები ჯანდაცვის სისტემაზე დაფუძნებულ კვლევებზე მიუთითებს, რომლებიც სადიაგნოსტიკო კოდებს ან სამედიცინო ჩანაწერებში დაფიქსირებულ სხვა მტკიცებულებებს ეყრდნობოდა (Blosnich et al., 2013; Dragon et al., 2017; Ewald et al., 2019; Kauth et al., 2014; Quinn et al., 2017), ბოლო წლებში (2011–2016) დაფიქსირებული ტგმ ადამიანების რაოდენობა 0.02%-დან 0.08%-მდე მერყეობდა. ამის საპირისპიროდ, როდესაც ტგმ-ის სტატუსი თვითიდენტიფიკაციის საფუძველზე დგინდებოდა და იგივე განმარტებები გამოიყენებოდა, შესაბამისი მაჩვენებლები უფრო მაღალი და უფრო სანდო იყო. როდესაც კვლევები კონკრეტულად „ტრანსგენდერული“ იდენტობის შესახებ კითხვებს მოიცავდა, მაჩვენებლები მოზრდილებში 0.3%-დან 0.5%-მდე მერყეობდა, ხოლო ბავშვებსა და მოზარდებში 1.2%-დან 2.7%-მდე. როდესაც გენდერული მრავალფეროვნების განმარტება უფრო გაფართოვდა, როგორცაა გენდერული შეუთავსებლობა ან გენდერული ამბივალენტობა, შესაბამისი პროპორციები უფრო მაღალი იყო: 0.5%-დან 4.5%-მდე მოზრდილებში და 2.5%-დან 8.4%-მდე ბავშვებსა და მოზარდებში.

როგორც სხვაგანაც იყო მიმოხილული (Goodman et al., 2019), კიდევ ერთი საყურადღებო დაკვირვება არის, მოსახლეობაში ჩატარებული გამოკითხვებით, ტგმ პოპულაციის როგორც ზომის, ასევე შემადგენლობის მუდმივი ზრდა ჯანდაცვის სისტემებში დაფიქსირებული ტგმ ადამიანების წილის ზრდის ტენდენციებით; ასევე ზრდა შეინიშნება გენდერის სამართლებრივი აღიარების მონაცემებში. უახლეს ლიტერატურაში დაფიქსირებული უფრო მაღალი შეფასებები ამტკიცებს ზოგიერთ წინა პუბლიკაციაში გამოთქმულ მოსაზრებას, რომელიც მიუთითებს, რომ სავარაუდოდ, წინა კვლევებში ტგმ პოპულაციის ზომა სათანადოდ შეფასებული არ იყო (Olyslager & Conway, 2008).

ზოგად პოპულაციური ტემპირების პროპორციის შეჯამება

ჯანდაცვის სისტემებზე დაფუძნებული კვლევები: 0.02–0.1%

მოზრდილების გამოკითხვებზე დაფუძნებული კვლევები: 0.3–0.5% (ტრანსგენდერი), 0.3–4.5% (ყველა ტემ)

ბავშვებისა და მოზარდების გამოკითხვებზე დაფუძნებული კვლევები: 1.2–2.7% (ტრანსგენდერი), 2.5–8.4% (ყველა ტემ)

დინამიკური ტენდენციები დაბადებისას მინიჭებულ მამრობით სქესსა და დაბადებისას მინიჭებულ მდედრობითი სქესის თანაფარდობაში ასევე დაფიქსირდა კვლევებში, რომლებიც აანალიზებენ მიმართვებს როგორც კლინიკებში, ასევე ჯანმრთელობის ინტეგრირებულ სისტემებში; ამ თანაფარდობაში წინა ათწლეულებიდან უპირატესი იყო დაბადებისას მინიჭებული მამრობითი სქესი, ხოლო ბოლო წლებში უპირატესია დაბადებისას მინიჭებული მდედრობითი სქესი, განსაკუთრებით ტემ ახალგაზრდებში (Aitken et al., 2015; de Graaf, Carmichael et al., 2018; de Graaf, Giovanardi et al. 2018; Steensma et al., 2018; Zhang et al., 2021). ახალგაზრდა ასაკობრივ ჯგუფებში ტემ-ს რაოდენობის ზრდის მიდრეკილება და ასაკთან დაკავშირებული განსხვავებები AMAB (დაბადებისას მინიჭებულ მამრობით სქესთან) და AFAB (დაბადებისას მინიჭებულ მდედრობით სქესთან) თანაფარდობაში, სავარაუდოდ, „კოჰორტის ეფექტს“ წარმოადგენს, რომელიც სოციოპოლიტიკურ მიღწევებს, მიმართვიანობის ცვლილებებს, ჯანდაცვასა და სამედიცინო ინფორმაციაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდას, ნაკლებად გამოხატულ კულტურულ სტიგმასა და სხვა ცვლილებებს ასახავს, რომელსაც თაობებზე დიფერენციალური გავლენა აქვს (Ashley 2019d; Pang et al., 2020; Zhang et al., 2020).

გამოქვეყნებული კვლევების ხარისხის ბოლოდროინდელი გაუმჯობესების მიუხედავად, დასავლეთ ევროპისა და ჩრდილოეთ ამერიკის ფარგლებს გარეთ რეცენზირებული პუბლიკაციების შედარებითი სიმცირე არსებული ლიტერატურის მნიშვნელოვან შეზღუდვას წარმოადგენს. გლობალური შეფასებების შესახებ ზოგიერთი შესაბამისი ინფორმაციის მიღება შესაძლებელია მთავრობების ან არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ წარმოდგენილი ანგარიშებიდან (Fisher et al., 2019; Kasianczuk & Trofymenko, 2020), მაგრამ ამ ანგარიშების სისტემატურად იდენტიფიცირება და შეფასება

შესაძლოა რთული იყოს, სანამ ისინი რეცენზირებად ლიტერატურაში არ გამოჩნდებიან. ტემ პოპულაციების გლობალური განაწილების შეფასების სხვა ბარიერები მოიცავს დემოგრაფიულ მონაცემებზე არაადეკვატურ წვდომას და მსოფლიო ლიტერატურაში ინგლისურენოვანი ჟურნალების ზედმეტად წარმოდგენას.

მიუხედავად ამ შეზღუდვებისა, ხელმისაწვდომი უმაღლესი ხარისხის მონაცემები ნათლად მიუთითებს, რომ ტემ ადამიანები საერთო პოპულაციის მნიშვნელოვან და მზარდ ნაწილს წარმოადგენენ. დღემდე ხელმისაწვდომი სანდო მტკიცებულებების საფუძველზე ეს პროპორცია შეიძლება მერყეობდეს პროცენტის მეთაფებიდან რამდენიმე პროცენტამდე, ჩართვის კრიტერიუმების, ასაკობრივი ჯგუფისა და გეოგრაფიული მდებარეობის მიხედვით. ტემ მოსახლეობის რაოდენობის, განაწილების და შემადგენლობის ზუსტი შეფასებები, ისევე როგორც რესურსების განაწილება, რომელიც ტემ ადამიანების ჯანმრთელობის საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად საჭირო, უნდა ეყრდნობოდეს სისტემატურად შეგროვებულ მაღალი ხარისხის მონაცემებს, რომლებიც დროთა განმავლობაში სულ უფრო ხელმისაწვდომი ხდება. ცდომილების შესამცირებლად და მოხსენებული შედეგების გადაჭარბებულად და არასაკმარისად შეფასების თავიდან ასაცილებლად საჭიროა ამ მონაცემების უწყვეტი და რუტინული შეგროვება. მაგალითად, დიდი ალბათობით ხელმისაწვდომი გახდება უფრო სანდო და ზუსტი შეფასებები, როდესაც მოსახლეობის აღწერები ამჟამად დადასტურებული ორ ეტაპიანი მეთოდის გამოყენებით სისტემატურად დაიწყებენ დაბადებისას მინიჭებული სქესის და გენდერული იდენტობის შესახებ მონაცემების შეგროვებასა და მონაცემთა წარმოდგენას, ასექსუალური და არაბინარული კატეგორიების ჩათვლით. პირველი ასეთი აღწერაზე დაფუძნებული შეფასება კანადის ეროვნულმა სტატისტიკის სამსახურმა გამოაქვეყნა. 2021 წლის

აღწერის მონაცემებზე დაყრდნობით, 30,5 მილიონი კანადელიდან 100,815 თავს აიდენტიფიცირებდა ტრანსგენდერად ან არაბინარულად; ეს შეადგენდა 15 წელზე უფროსი ასაკის მოსახლეობის 0,33%-ს (კანადის სტატისტიკა, 2022). გამოქვეყნებული ლიტერატურის შესაბამისად, ტრანსგენდერი და არაბინარული ადამიანების პროპორციები გაცილებით მაღალი იყო Z-თაობასა (დაბადებული 1997-2006 წლებში, 0,79%) და მილენიალებში (დაბადებული 1981-1996 წლებში, 0,51%), ვიდრე X-თაობაში (1966-1980, 0.19%), ბეიბი ბუმერებსა (დაბადებულები

1946-1965 წლებში, 0.15%) და ომთაშორის და მათზე უფროს თაობებში (დაბადებული 1945 წელს ან უფრო ადრე, 0.12%). მიუხედავად იმისა, რომ ეს შედეგები დღეს არსებულ მაღალხარისხიან მონაცემებს წარმოადგენს, არ არის ნათელი, როგორ შეიძლება კანადაში მოხსენებული მოსახლეობის პროპორციები სხვა ქვეყნებთან შედარდეს. საერთაშორისო თანამშრომლობის გაუმჯობესებით შესაძლოა, კიდევ უფრო შემცირდეს განსხვავებები მონაცემთა შეგროვების მეთოდებსა და განმარტებებში, თუ რას წარმოადგენს ტგმ პოპულაცია.

თავი 4. განათლება

ამ თავში მოცემულია ლიტერატურის ზოგადი მიმოხილვა ტრანსგენდერებისა და გენდერული მრავალფეროვნების (ტგმ) ჯანდაცვის განათლებასთან დაკავშირებით. რეკომენდაციები შემოთავაზებულია სამთავრობო, არასამთავრობო, ინსტიტუციონალურ და პროვაიდერების დონეზე კომპეტენტურ, პაციენტებზე ორიენტირებულ ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით. თავის მხრივ, ამ გაზრდილმა ხელმისაწვდომობამ ტგმ პოპულაციებში ჯანმრთელობის შედეგები უნდა გააუმჯობესოს. ეს არის ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობის მსოფლიო პროფესიული ასოციაციის (WPATH) ზრუნვის სტანდარტების ახალი თავი, რომლის მიზანია, საფუძველი ჩაუყაროს საგანმანათლებლო სფეროს და მხარი დაუჭიროს უფრო ფართო და ღრმა დისკუსიებს პედაგოგებსა და ჯანდაცვის სპეციალისტებს შორის.

ჯანდაცვის პროფესიონალები, რომლებიც ტრანსგენდერთა მზრუნველობაში არიან ჩართული, დისციპლინების ფართო სპექტრს მოიცავს. ჯანდაცვის პროფესიული განათლება ქვეყნისა თუ რეგიონის მიხედვით სტრუქტურის, ლიცენზირებისა და პოლიტიკის მხრივ მნიშვნელოვნად განსხვავდება. გამოქვეყნებული ლიტერატურა ტგმ-სთან დაკავშირებული განათლების შესახებ ძირითადად ჩრდილოეთ ამერიკიდან, ევროპიდან, ავსტრალიიდან და ახალი ზელანდიიდანაა. ეს თავი არ შეიცავს თითოეული დისციპლინის საგანმანათლებლო ლიტერატურის მიმოხილვას, თითოეული დისციპლინის სპეციფიკურ საჭიროებებს (რომლებიც შეგიძლიათ იხილოთ შესაბამის თავებში) ან თითოეული ქვეყნის/რეგიონის ჯანმრთელობის განათლების სისტემის სპეციფიკურ მოთხოვნებს. საჭიროა, მეტი გაგება და კვლევა მთელ მსოფლიოში ჯანდაცვის საგანმანათლებლო სისტემების, ლიცენზირებისა და ტრანსგენდერების ჯანმრთელობის კვეთასთან დაკავშირებით.

გლობალურ დონეზე, ეროვნული და საერთაშორისო ჯანმრთელობის უთანასწორობის აღმოსაფხვრელად, ტგმ-სთან დაკავშირებული ჯანდაცვის განათლება აუცილებელია. ტგმ თემთან დაკავშირებული კულტურული კომპე-

ტენცია კვლავ მწირია. მსოფლიო ბანკის ჯგუფი (2018) ფართოდ გავრცელებული დისკრიმინაციის, შევიწროების, ძალადობისა და ძალადობის შესახებ იუწყება, რომელიც ტგმ პირებზე გავლენას ახდენს. ისინი ასევე აცხადებენ, რომ ტგმ ადამიანები ძალადობასა და დისკრიმინაციას ყველაზე ხშირად განიცდიან (მსოფლიო ბანკის ჯგუფი, 2018). მიუხედავად იმისა, რომ ბევრ მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყანას ეროვნული ანტიდისკრიმინაციული კანონები აქვს და გენდერული იდენტობა დაცულია, დისკრიმინაცია სამუშაო ადგილზე, განათლებასა და ჯანდაცვაში კვლავ პრობლემატურია (მსოფლიო ბანკის ჯგუფი, 2018).

მრავალ დისციპლინაში, ყველა საფეხურზე – ბაკალავრიატში, დიპლომის შემდგომ განათლებაში – ტგმ-სთან დაკავშირებული კულტურული ან კლინიკური განათლება ისტორიულად უგულვებელყოფილია. გაერთიანებულმა კომისიამ (აშშ) რეკომენდაცია გაუწია ჯანდაცვის ორგანიზაციებს „უზრუნველყონ საგანმანათლებლო პროგრამები და ფორუმები, რომლებიც ლგბტ თემის უნიკალურ საჭიროებებისკენაა მიმართული“ და „წარმოადგინონ საგანმანათლებლო შესაძლებლობები, რომლებიც ლგბტ თემის ჯანმრთელობის საკითხებს ეხება“ (The Joint Commission, 2011). თუმცა, ეს აღსრულებული არ არის.

ინდივიდუალურ დონეზე, საჭიროა პასუხი რამდენიმე კითხვაზე. რა ტიპის საგანმანათლებლო ინტერვენციებს შეუძლია, ტრანსფობიის ყველაზე ეფექტურად გადაჭრა და დამოკიდებულებების ხანგრძლივად შეცვლა? რა ინტერვენციები ინვესტენ ამ სფეროში ზრუნვის მიმწოდებელთა რაოდენობის ზრდას, ისევე როგორც ტგმ ადამიანების რაოდენობას, რომლებიც ასეთ ზრუნვას იღებენ? ზრდის თუ არა კლინიკური ექსპოზიცია პროვაიდერების ნდობას დროთა განმავლობაში? რა საგანმანათლებლო ინტერვენციებმა განაპირობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება ტგმ პოპულაციაში და თუ ასეა, როდის და როგორ მიაღწია ამას ამ ინტერვენციებმა? მიუხედავად იმისა, რომ ჯანდაცვის პროფესიებმა დაიწყეს ტგმ ჯანმრთელობის ჩართვა განათლების სხვადასხვა მოდალობებსა და ტრენინგის სხვადასხვა დონეებზე, ძალისხმევა ჯანდაცვის დარგების მი-

სარეკომენდაციო ღებულებები

4.1- ჩვენ ვურჩევთ ყველა პერსონალს, რომელიც მუშაობს სამთავრობო, არასამთავრობო და კერძო სააგენტოებში, გაიაროს კულტურული ცნობიერების ამაღლების ტრენინგი, რომელიც ორიენტირებულია ტრანსგენდერი და გენდერული მრავალფეროვანი პიროვნებების მიმართ ღირსეულად და პატივისცემით მოპყრობაზე.

4.2- ჩვენ ვურჩევთ ჯანდაცვის ყველა სპეციალისტს, გაიაროს კულტურული ცნობიერების ამაღლების ტრენინგი, რომელიც ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პირების ღირსეულად მკურნალობაზეა ორიენტირებული, როგორც ნლიური ან უწყვეტი განათლების ნაწილი

4.3- ჩვენ ვურჩევთ ჯანდაცვის სპეციალისტების ტრენინგში ჩართულ დანესებულებებს, მათი სპეციალობის თითოეული კომპეტენციის სფეროს ფარგლებში განავითარონ კომპეტენციები და შეიმუშაონ საგანმანათლებლო მიზნები ტრანსგენდერებისა და გენდერულად მრავალფეროვანი პირების ჯანდაცვის უზრუნველსაყოფად.

ხედვით განსხვავდება და ამას არც სისტემური და არც სისტემატური ხასიით არ აქვს. (მაგ. Brennan et al., 2012; Chinn, 2013; Eliason et al., 2010; Lim et al., 2015; Obedin-Maliver et al., 2011; Rondahl, 2009).

საბოლოო საგანმანათლებლო მიზანია კულტურულ თავმდაბლობასთან ერთად კაცობრიობის მრავალფეროვნების სრულად დაფასება. ამის თქმით, განათლებისადმი ეს საწყისი მოწოდება მიმართულია კულტურული ცნობიერებისა და კულტურული კომპეტენციის საფუძვლის შექმნისკენ, რომელიც ამჟამად მსოფლიოს უმეტეს ნაწილში სუსტია ან არ არსებობს.

ამ თავში ყველა დებულება მტკიცებულებების საფუძვლიან განხილვას, სარგებლისა და ზიანის ანალიზს, პროვაიდერებისა და პაციენტების ღირებულებებსა და პრეფერენციებს, რესურსების გამოყენებისა და მიზანშეწონილობის შეფასებას ეფუძნება. ზოგიერთ შემთხვევაში, ჩვენ ვაღიარებთ, რომ მტკიცებულებები შეზღუდულია და/ან სერვისები შეიძლება ხელმისაწვდომი ან სასურველი არ იყოს.

რეკომენდაცია 4.1

რეკომენდაციას ვაძლევთ სამთავრობო, არასამთავრობო და კერძო სააგენტოებში დასაქმებულ პერსონალს, გაიაროს კულტურული ცნობიერების ამაღლების ტრენინგი, რომელიც ორიენტირებულია ტრანსგენდერი და გენდერული მრავალფეროვანი პიროვნებების მიმართ ღირსებით და პატივისცემით მოპყრობაზე.

გაეროს ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციის 1-ლი მუხლის მიხედვით: „ყველა ადამიანი იბადება თავისუფალი და თანასწორი

ღირსებითა და უფლებებით“ (გაერო, 1948). სულ ახლახან ეს ფუნდამენტური განცხადება მოიცავდა იმის აღიარებას, რომ ტგმ უფლებებიც ადამიანის უფლებებია (UNOCHR, 2018). გლობალურად, ტგმ თემების შესახებ ყველა დონის ტრენინგი კვლავაც დეფიციტურია. 2002 წელს, ანტიდისკრიმინაციული დაცვა ტგმ თანამშრომლებისთვის Fortune 500-ის კომპანიების მხოლოდ 3%-ს ჰქონდა და არც ერთი არ თავაზობდა სადაზღვევო დაფარვას გენდერული მნიშვნელობის მქონე ჯანდაცვისთვის (ადამიანის უფლებათა კამპანიის ფონდი, 2017). 2022 წლისთვის Fortune 500-ის კომპანიების 91%-მა აშშ-ს არადისკრიმინაციულ პოლიტიკაში გენდერული იდენტობა შეიტანა, ხოლო 66%-მა თანამშრომლებს ტგმ-სთან დაკავშირებული დაზღვევაც შესთავაზა.

თუმცა, ლესბოსელების, გეების, ბისექსუალების, ტრანსგენდერებისა და ქვიარ-პირების შესახებ (ლგბტქ) კულტურული ცოდნის ტრენინგს მუშახელისთვის მხოლოდ 72% ატარებს (Human Rights Campaign Foundation, 2022). ცოდნის ასეთი დეფიციტი დისკრიმინაციის მთელ დიაპაზონს უწყობს ხელს. ერთად აღებული, ეს შეუსაბამობები ინდივიდებისა და თემის ჯანმრთელობაზე უარყოფითად აისახება და ჯანდაცვის უთანასწორობასა და შეუსაბამობას ამძაფრებს. ბრიტანეთში ტგმ მუშაკთა მხოლოდ 28% გრძნობდა, რომ სამუშაო ადგილზე უმაღლესი რგოლის ხელმძღვანელობა ტგმ თანასწორობის პრინციპების ერთგულია; ტგმ თანამშრომლების 21% სამუშაო ადგილზე (Stonewall, 2018) ტრანსფობიური შევიწროების შესახებ იუწყება. მათგან 34%, ვინც ღიად ტგმ პირია, თანამშრომლების მიერ გარიყული იქნა, 35% შეურაცხყოფილ იქნა მომხმარებლების მიერ, 24%-ს მათი გენდერული იდენტობის გამო

დანინაურებაზე უარი ეთქვა, ხოლო 11% სამსახურიდან გაათავისუფლეს (Stonwall, 2018). მსოფლიო ბანკმა განაცხადა, რომ სამხრეთ-აღმოსავლეთ ევროპაში ფართოდ გავრცელებული დისკრიმინაცია, შევიწროება და ძალადობა ფართოდ არის გავრცელებული და ამ რეგიონში ტემ პირები ძალადობისა და დისკრიმინაციის ყველაზე მაღალი მაჩვენებლების წინაშე დგანან (მსოფლიო ბანკის ჯგუფი, 2018). ხშირად, დისკრიმინაციის შესახებ ინფორმაცია არ ვრცელდება, რადგან ადამიანების 60% ნდობის ნაკლებობის, ან იმ შიშის გამო, რომ საჩივრის განხილვის შემდგომ ის დისკრიმინაციის ან დაცინვის საფუძველი გახდებოდა, ამ ინფორმაციას არ ავრცელებდა (მსოფლიო ბანკის ჯგუფი, 2018). მიუხედავად იმისა, რომ რეგიონის ბევრ ქვეყანას აქვს ეროვნული ანტიდისკრიმინაციული კანონები და გენდერული იდენტობა დაცულია, დისკრიმინაცია სამუშაო ადგილზე, განათლებაში და ჯანდაცვაში კვლავ პრობლემატურია (World Bank Group, 2018). ანტიდისკრიმინაციული კანონებით ამ ქვეყნების სამთავრობო, არასამთავრობო და კერძო სააგენტოების პასუხისმგებლობა ტემ მოსახლეობის უფლებების უზრუნველყოფა. შესაბამისად, ისინი ვალდებული არიან იპოვონ გზები, რომლითაც შეიძლება შემცირდეს დისკრიმინაცია და სტიგმა. ერთ-ერთი ეს არის განათლება. ადგილობრივი კულტურები, რომლებიც ხელს უწყობენ ტემ-ს საწინააღმდეგო დამოკიდებულებებს, ამ საჭირო განათლებისთვის ხშირად ბარიერს ქმნიან. მიუხედავად იმისა, რომ კულტურული კომპეტენციის ტრენინგებმა ბუნდოვან შედეგებამდე მიგვიყვანა, შეპარდი (2019) იძლევა რეკომენდაციას, რომ კულტურული ცოდნის მიცემამ და ამ მიმართულებით მომზადებამ, რომელიც ადგილობრივ კულტურულ საკითხებს პრიორიტეტს ანიჭებს და ფოკუსირებულია ღიაობის, ტოლერანტობისა და პასუხისმგებლობის ღირებულებებზე, შესაძლოა, სასურველ შედეგებამდე მიგვიყვანოს. კულტურული ცოდნის ტრენინგის განხორციელებას სჭირდება ისეთი ხელმძღვანელობა, რომელსაც მზაობა ექნება პრიორიტეტი მიაჩნოს მომზადებას და დრო, ფული ადამიანური კაპიტალი დაუთმოს საწყის და უწყვეტ მომზადებას.

რეკომენდაცია 4.2

ჩვენ ვურჩევთ ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე ყველა მუშაკს, გაიარონ კულტურული ცნობიერების ამაღლების ტრენინგი, რომელიც იქნება წლიური ან უწყვეტი განათლების ნაწილი, რომელიც აქცენტს აკეთებს ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პირების ღირსეულ მოპყრობაზე.

მრავალ დისციპლინაში, ყველა საფეხურზე – ბაკალავრიატში, დიპლომისშემდგომ განათლებაში, რეზიდენტურასა თუ უწყვეტ განათლებაში – ტემ-სთან დაკავშირებული კულტურული ან კლინიკური განათლება ისტორიულად უგულებელყოფილია. ფაქტორები, რომლებიც ინკლუზიის ნაკლებობას ხელს უწყობენ, მოიცავს ფაკულტეტის ცოდნის ნაკლებობას, გამოცდილების ნაკლებობას, ამ საკითხთან დაკავშირებულ დისკომფორტს, მიკერძობას, შეზღუდულ ადგილს არსებულ საკვლევ კურიკულუმში და ინსტრუქციების ნაკლებობას, თუ როგორ უნდა მოხდეს ამ საკითხების მათში ინტეგრირება (McDowell & Bower, 2016). ასეთი განათლების ნაკლებობისა და საჭიროების კვლევა მხოლოდ ტემ-ს ჯანმრთელობის პრობლემებს არ ეხება. უფრო მეტიც, არსებული ლიტერატურა ტემ-სთან დაკავშირებული ჯანდაცვის განათლებას ლგბტქ-ზე ორიენტირებული კულტურული და კლინიკურ-კომპეტენტური ტრენინგების არარსებობის მიზეზების ფართო განხილვაში აერთიანებს. მაგალითისთვის, საექთნო ბაკალავრიატის პროგრამები ლგბტქ პირების ჯანმრთელობის შესახებ საშუალოდ 2.12 საათიან სწავლებას მოიცავდა (Lim et al., 2015). სამართლიანი ვარაუდია, რომ დრო, რომელიც ტემ პირებისთვის სპეციფიკურ ჯანმრთელობის საკითხებს დაეთმო, ამ დროის მხოლოდ მცირე ნაწილს შეადგენდა.

ლგბტქ კომპეტენციის უფრო ფართო კონტექსტში ტემ-ის კულტურული და კლინიკური კომპეტენციის ტრენინგის ნაკლებობა ჯანდაცვის განათლების დიდი ხნის ნაკლოვანებაა (Aldridge et al., 2021). აშშ-ში ჯანდაცვისა და ადამიანური სერვისების დეპარტამენტის „ჯანსაღი ადამიანები 2020“, (ამერიკის შეერთებული შტატების ჯანმრთელობისა და ადამიანური სერვისების დეპარტამენტი (2013, 10 აპრილი), მედიცინის

ეროვნული აკადემია (მედიცინის ინსტიტუტი, 2011) და ერთობლივი კომისია (შერეული კომისია, 2011) შეთანხმდნენ, განათლების ნაკლებობა უარყოფითად აისახება ლგბტქ ადამიანების, მათ შორის ტგმ პიროვნებების უნარზე, მიიღონ შესაბამისი დ საჭირო სამედიცინო დახმარება. გაერთიანებული სამეფოს თემთა პალატის ქალთა და თანასწორობის კომიტეტმა დაადგინა, რომ განათლების ნაკლებობამ ხელი შეუწყო ჯანდაცვის ეროვნულ სამსახურში ტგმ პირების ჯანდაცვის სერვისების მიღების უთანასწორობას (საერთო პალატის ქალები და თანასწორობის კომიტეტი, 2015, 8 დეკემბერი). ტგმ ჯანდაცვის განათლების ნაკლებობა გამოვლენილია აშშ-ში (Obedin-Maliver et al., 2011), დიდ ბრიტანეთში (Tollemache et al., 2021), სამხრეთ აფრიკაში (de Vries et al., 2020; Taylor et al. 2018; Wilson et al., 2014), კანადაში (Bauer et al., 2014), ავსტრალიაში (Riggs & Bartholomaeus, 2016), შვედეთში, ესპანეთში, სერბეთში, პოლონეთში (Burgwal et al., 2021), პაკისტანსა (Martins et al., 2020) და სხვა ქვეყნებში.

კურიკულუმის შემუშავების გარდა, შეპარდი (2022) აცხადებს, რომ კლინიკური შეხვედრებისა და მომხმარებელთა კმაყოფილების გასაუმჯობესებლად აუცილებელია როგორც კლინიკური, ასევე ორგანიზაციული კომპონენტები. ორგანიზაციულ დონეზე, ის უნდა იყოს განხორციელებადი და, ასევე, ადგილობრივად პრაქტიკაზე ორიენტირებული (Shepherd, 2022). ინდივიდუალურ დონეზე, გარდა ცოდნის ტრენინგისა, ჯანდაცვის პროფესიონალებს დაეხმარება ზოგადი მახასიათებლების გამოყენება, რომლებიც ღიაობის, ტოლერანტობისა და პასუხისმგებლობის ღირებულებებზეა ფოკუსირებული (Shepherd, 2018).

რეკომენდაცია 4.3.

ჩვენ ვურჩევთ ჯანდაცვის სპეციალისტების ტრენინგში ჩართულ ინსტიტუციებს, მათი სპეციალობის თითოეული კომპეტენციის სფეროს ფარგლებში განავითარონ კომპეტენციები და შეიმუშაონ საგანმანათლებლო მიზნები ტრანსგენდერებისა და გენდერულად მრავალფეროვანი პირების ჯანდაცვის უზრუნველსაყოფად.

ჯანდაცვის თითოეულ მიმართულებას საკუთარი საგანმანათლებლო დაწესებულებები, ადმინისტრაციული და სალიცენზიო ორგანოები აქვს, რომლებიც განსხვავდება ქვეყნებისა და პროფესიების მიხედვით. არცერთი ძირითადი ჯანდაცვის პროფესიული ორგანიზაცია, საგანმანათლებლო დაწესებულება ან ლიცენზირების ორგანო ტგმ-ის ჯანდაცვის საკითხებში ტრენინგს არ მოითხოვს. მიუხედავად იმისა, რომ ეს ორგანიზაციები სულ უფრო ხშირად იძლევიან ლგბტქ და ინტერსექსუალების ჯანმრთელობის საკითხით დაკავების რეკომენდაციას, თავიანთი სპეციალობის ფარგლებში ტგმ პირებთან მუშაობის კომპეტენციებს, უნარებს ან განათლების მიზნებს იშვიათად აკონკრეტებენ. გამოქვეყნებული მასალა ტგმ-ის ჯანდაცვის პროფესიული განათლების შესახებ ძირითადად საექთნო, სამედიცინო და ფსიქიკურ მზრუნველობაზეა ორიენტირებული და უმეტესწილად არის ჩრდილოეთ ამერიკიდან, ევროპიდან, ავსტრალიიდან და ახალი ზელანდიიდან. აუცილებელია, ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობისა და სამედიცინო/ჯანმრთელობის პროფესიული განათლების სისტემებისა და მოთხოვნების გლობალური გაგება.

მიუხედავად ტგმ ადამიანების მზარდი ხილვადობისა, ხელმისაწვდომობა მცოდნე და კულტურულად კომპეტენტური ჯანდაცვის პროფესიონალებზე მთელ მსოფლიოში გამომწვევად რჩება (James et al., 2016; Lerner et al., 2020; Müller, 2017). მცოდნე პროვაიდერების ნაკლებობა ტრანსგენდერი პირების გენდერის დადასტურების პროცედურის მთავარი ბარიერია (Puckett et al., 2018; Safer et al., 2016) და ჯანდაცვის დიდ უთანასწორობას უწყობს ხელს (Giffort & Underman, 2016; Reisman et al., 2019). ადეკვატური პროფესიული განათლების ნაკლებობა ტგმ-ის ჯანდაცვაში გლობალური პრობლემაა (Do & Nguyen, 2020; Martins et al., 2020; Parameshwaran et al., 2017), რომელიც თავს ტრენინგის ყველა დონეზე იჩენს (Dubin et al., 2018) და ჯანდაცვის მრავალ დისციპლინასა (Glick et al., 2020; Gunjawate et al., 2020; Johnson & Federman, 2014) და სამედიცინო სპეციალობებს (Fung et al., 2020; Korpaisarn and Safer, 2018) მოიცავს.

გამონვევები დღემდე არსებობს, ვინაიდან დღევანდელ კვლევებში წარმოდგენილია მცირე ზომის შერჩევები, ეს კვლევები მოიცავენ მხოლოდ ერთჯერად ტრენინგებს, მოიცავენ მრავალ დისციპლინას სხვადასხვა კარიერულ დონეებზე, ფოკუსირდებიან ხანმოკლე გამოსავალზე და ფარავენ LGBTQI-ის ზოგადად ყველა საკითხს, ტგმ-ს სპეციფიკური საკითხებისგან განსხვავებით, რომლებიც ამჯერად მიმდინარე საგანმანათლებლო აქტივობების ფოკუსში არ არის (Dubin et al., 2018).

რეკომენდაციების წარმატებით განსახორციელებლად დაწესებულებებს შესაძლოა დასჭირდეს: 1) პროფესიული მოღვაწეობის მანძილზე სისტემური და სისტემატური მიდ-

გომების შემუშავება ჯანდაცვის თითოეული დისციპლინის კომპეტენციების განხორციელებისთვის; 2) სტანდარტიზებული შეფასებები მოსწავლეებისთვის, ტგმ საზოგადოების მონაცემების დაყრდნობით; და 3) სასწავლო რესურსების, მათ შორის მოსამზადებელი ტრენინგების პროგრამისა და მკაფიო, კონსენსუალური და საგანმანათლებლო მიზნების შესაბამისად საჭირო დროის გადანაწილება (Dubin et al., 2018; Pratt-Chapman, 2020). გარდა ამისა, ამ ინტერვენციების შეფასება არა მხოლოდ უნდა იყოს ფოკუსირებული შედეგებზე, არამედ უნდა ცდილობდეს იმის გაგებას, თუ როგორ, როდის და რატომ დგება ეს შედეგები (Allen et al., 2021).

თავი 5. მოზრდილთა შეუსაკა

ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან (ტგმ) ზრდასრულთა შეფასებისთვის, რომლებიც სამედიცინოდ აუცილებელ გენდერის დამადასტურებელ სამედიცინო და/ან ქირურგიულ მკურნალობას (GAMSTs) საჭიროებენ, რათა მათი სხეული გენდერულ იდენტობას უკეთ შეესაბამებოდეს (იხ. სამედიცინოდ აუცილებელი დებულება მე-2 თავში – გლობალური გამოყენება, განცხადება 2.1). ზრდასრული ტგმ პირები არიან უმრავლესობის ან მასზე უფროსი ასაკის ზრდასრულები, რომლებსაც გენდერული მრავალფეროვნების გარკვეული ფორმა აქვთ. მოზარდების თავში მოყვანილი განვითარების ელემენტები, მათ შორის მშობლის/მზრუნველის ჩართულობის მნიშვნელობა შეიძლება, აქტუალური იყოს ახალგაზრდა მოზრდილებზე ზრუნვისთვისაც მაშინაც კი, თუ ისინი სრულწლოვანები არიან.

ეს თავი მოიცავს გენდერული იდენტობებისა და ტრანზიციის ყველა ფორმას, მათ შორის და არა მხოლოდ მამრობითი, მდედრობითი, გენდერული მრავალფეროვნება, არაბინარულობა, აგენდერობა და ევნუქობა. ზრდასრული ტგმ პოპულაცია ჰეტეროგენულია და განსხვავდება მათი კლინიკური საჭიროებების, ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური სიტუაციების, აგრეთვე ჯანდაცვის სერვისზე ხელმისაწვდომობის მიხედვით. როგორც ასეთი, გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობების ნებისმიერი შეფასება ადაპტირებული უნდა იყოს წარმოდგენილი გენდერული იდენტობის სამეცნიერო, კლინიკურ და საზოგადოებრივ ცოდნის ბაზასთან, ისევე როგორც ადგილობრივ გარემოებებთან. ეს თავი აღიარებს, რომ როდესაც სახელმწიფო ან სხვები ჯანდაცვის სერვისებს უზრუნველყოფენ, ინდივიდები შესაძლოა, ადგილობრივ დონეზე კლინიკური ან მარეგულირებელი ზედამხედველობის სხვადასხვა ზომებს დაექვემდებარონ.

ინდივიდის გენდერული იდენტობა არის შინაგანი იდენტიფიკაცია და განცდა. შემფასებლის როლი არის შეაფასოს გენდერული არაკონფორმულობის არსებობა და გამოავლინოს თანაარსებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები, შესთავაზოს ინფორმაცია გენდერის დამადასტურ-

ებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის შესახებ, დაენმაროს ტგმ პირს გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის ეფექტების/რისკების გათვალისწინებაში და შეაფასოს, აქვს თუ არა ტგმ პირს შესაძლებლობა, გაიგოს შემოთავაზებული მკურნალობა და მოუტანს თუ არა მკურნალობა სარგებელს. შემფასებელს ასევე შეუძლია დაენმაროს ტგმ პირს განიხილოს ალტერნატივები, რომლებმაც შესაძლოა, გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის შედეგები გააუმჯობესოს. ამ თავში აღწერილი გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის შეფასების მიდგომა აღიარებს ტგმ პირების ცხოვრების გამოცდილებას, თვითიდენტიფიკაციასა და შემფასებელი ჯანდაცვის პროფესიონალის (HCP) კლინიკურ ცოდნას. შესაბამისად, ამ მიდგომით, გადანყვეტილებას გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის გადასვლის შესახებ ტგმ პირი და შემფასებელი ჯანდაცვის სპეციალისტთან ერთად იღებენ, ერთობლივი გადანყვეტილების მიღებაში ორივე მნიშვნელოვან როლს თამაშობს.

ზოგიერთი სისტემა გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის მსურველი ტგმ მოზრდილებისთვის იყენებს ზრუნვის მოდელს, რომელიც გადანყვეტილების მიღებაში პრიორიტეტს ზრდასრულ ტგმ პირს ანიჭებს, ხოლო ჯანდაცვის სპეციალისტი მოქმედებს როგორც მრჩეველი, რომელიც უკუჩვენებებზე მიუთითებს. ეს მოდელები ჰორმონული თერაპიის განხილვისას გამოიყენება და არა ქირურგიული ჩარევის დროს და ხშირად მათ „ინფორმირებული თანხმობის“ მოდელებს უწოდებენ (Deutsch, 2011, 2016a). ბევრი ასეთი მოდელი იყენებს შემოკლებულ შეფასებას, რომელიც ძირითადად ფოკუსირებულია ტგმ პირის უნარზე, განაცხადოს ინფორმირებული თანხმობა და გამოიყენოს ინფორმაცია გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის შესახებ გადანყვეტილების მიღებისთვის. ასეთი მოდელები მნიშვნელოვნად განსხვავდება იურისდიქციების, სისტემებისა და ჯანდაცვის სპეციალისტების მიხედვით (Deutsch, 2011; Morenz et al., 2020). უკვე გარკვეული დროის გან-

მავლობაში ბევრ ადგილობრივ გარემოში ინფორმირებული თანხმობის მოდელები ჰორმონების გამოწერისთვის გამოიყენება.

ეს თავი მიზნად ისახავს მოქნილი გლობალური სახელმძღვანელოს შესთავაზებას, რომელიც ადგილობრივ გარემოებებთან უნდა იყოს ადაპტირებული. ჯანდაცვის სპეციალისტს დასჭირდება იმის განსაზღვრა, თუ შეფასების რომელი მიდგომები აკმაყოფილებს ადგილობრივ გარემოში არსებულ საჭიროებებს. ამ მიდგომების შეფასება საუკეთესოდ განხორციელდება ტემ პირებთან თანამშრომლობით.

ვინაიდან ტემ პირები გენდერული იდენტობისა და გამოხატვის მრავალფეროვან სპექტრს წარმოადგენენ და აქვთ გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის განსხვავებული საჭიროებები, საერთო შეფასების პროცესი ნებისმიერ ადამიანს ან სიტუაციას ვერ მოერგება. ზოგიერთ ტემ პირს შეიძლება დასჭირდეს გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის შედარებით მოკლე შეფასების პროცესი. ტემ მოზრდილებისთვის რთული ჩვენებით ან მათთვის, ვინც ითხოვს ნაკლებად გავრცელებულ ან შეზღუდული კვლევითი მტკიცებულების მქონე მკურნალობას, საჭირო იქნება უფრო ყოვლისმომცველი შეფასებები მულტიდისციპლინური გუნდის სხვადასხვა წევრის მიერ. შეფასებები შეიძლება, პირადად ან ტელეჯანმრთელობის მეთოდებით ჩატარდეს. მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთ შემთხვევაში ფსიქომეტრული შეფასების ინსტრუმენტები გამოიყენება, ისინი გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის შეფასების აუცილებელ ნაწილს არ წარმოადგენენ. კონსულტაცია ან ფსიქოთერაპია შეიძლება იყოს გამოსადეგი, როდესაც ამას თავად ტემ ადამიანი ითხოვს. თუმცა კონსულტაცია ან ფსიქოთერაპია, რომელიც სპეციალურად მათ ტემ იდენტობაზეა ფოკუსირებული, საჭირო არ არის გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის შეფასებისთვის ან მათი დაწყებისთვის. გენიტალური გამოკვლევები გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის შეფასებისთვის დაწყების წინაპირობა არ არის და მხოლოდ კლინიკური ჩვენების შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს.

გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის ჩატარება შესაძლებელია სხვადასხვა გარემოში. გარემოებები დამოკიდებული იქნება თითოეულ ქვეყანაში არსებულ ჯანდაცვის სისტემებზე და შეიძლება მოიცავდეს ნაციონალიზებულ/საჯარო ჯანდაცვას, კერძო სექტორის პარამეტრებს, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პარამეტრებს და საქველმოქმედო ინსტიტუციებს. შესაბამისად, ადგილობრივმა და რეგიონულმა გარემოებებმა შესაძლოა ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობაზე გავლენა მოახდინოს. განურჩევლად გარემოსი, ტემ პირებისთვის შესთავაზებული ჯანდაცვა მაქსიმალურად მაღალი ხარისხის უნდა იყოს. ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობის მსოფლიო პროფესიული ორგანიზაცია (WPATH) მიიჩნევს, რომ შეფასება და მკურნალობა ხელმისაწვდომი უნდა იყოს. შეფასებისა და მკურნალობის ხელმისაწვდომობა ტემ პირებისთვის, რომლებსაც გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის ჩატარება სურთ, კრიტიკულია ამ ინტერვენციების აშკარა სამედიცინო აუცილებლობისა და ღრმა სარგებლობის გათვალისწინებით, რომელსაც ისინი ტემ პირებს სთავაზობენ (Aldridge et al., 2020; Byne et al., 2012). ამ თავში მოცემული სახელმძღვანელო როგორც ადგილობრივ, ასევე ინდივიდუალურ, კლინიკურ და სოციალურ გარემოებებთან უნდა იყოს ადაპტირებული.

ქვემოთ მოყვანილი განცხადებები ეფუძნება მნიშვნელოვან ზოგად ლიტერატურას, მათ შორის ლიტერატურას, რომელიც გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიულ მკურნალობაზე ხელმისაწვდომობის ძლიერ პოზიტიურ გავლენას აჩვენებს; ხელმისაწვდომ ემპირიულ მტკიცებულებებს; რისკისა და სარგებლის ხელსაყრელ თანაფარდობას; და საუკეთესო პროფესიული პრაქტიკის კონსენსუსს. ტემ პირების შეფასების ემპირიული მტკიცებულების ბაზა შეზღუდულია. ის, პირველ ყოვლისა, მოიცავს შეფასების მიდგომას, რომელიც იყენებს სპეციფიკურ კრიტერიუმებს და ჯანდაცვის სპეციალისტებისა და მოზრდილ ტემ პირს შორის მჭიდრო თანამშრომლობას და არ მოიცავს რანდომიზებულ კონტროლირებად ან გრძელვადიან კვლევებს (Olson-Kennedy et al., 2016). ეს გასაგებია, თუ გავითვალისწინებთ სხვადასხვა შეფასების

ჯგუფებში პაციენტების გადანაწილების სირთულეს, ეთიკურ მოსაზრებებს და კვლევისა და სხვა

რესურსების ნაკლებობას მიდგომების გრძელვადიანი შედეგების შესაფასებლად.

სარეკომენდაციო ღებულობა

5.1 გავცემთ რეკომენდაციას, რომ ჯანდაცვის სპეციალისტები, რომლებიც ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ზრდასრულებს ფიზიკური მკურნალობისთვის აფასებენ:

5.1. a-იყენენ ლიცენზირებული თაიანთი ნორმატიული ორგანოს მიერ და ფლობდნენ, მინიმუმ, მაგისტრის ან ეკვივალენტურ ხარისხს კლინიკურ სფეროში, რომელიც შეესაბამება ამ როლს და მინიჭებული აქვს ეროვნული აკრედიტებული ნორმატიული ინსტიტუტის მიერ;

5.1. b-ქვეყნებისთვის, რომლებიც საჭიროებენ დიაგნოზს სერვისზე ხელმისაწვდომობისთვის, ჯანდაცვის მუშაკს უნდა შეეძლოს დიაგნოსტიკისთვის ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICD) უახლესი გამოცემის გამოყენება. ქვეყნებში, რომლებსაც უახლესი ICD დანერგილი არ აქვთ, დასაშვებია სხვა ტაქსონომიების გამოყენება; უახლესი ICD-ის გამოყენების დასაწყებად ძალისხმევა რაც შეიძლება მაღე უნდა განხორციელდეს;

5.1. c-უნდა შეეძლოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ან სხვა ფსიქოსოციალური პრობლემების გამოვლენა და მათი გენდერული დისფორიისგან, არაკონფორმულობისა და მრავალფეროვნებისგან გამიჯვნა;

5.1. d -შეეძლოს, შეაფასონ პაციენტის მიერ მკურნალობაზე თანხმობის განცხადების უნარი;

5.1. e-ფლობდნენ გამოცდილებას და კვალიფიკაციას გენდერული დისფორიის, არაკონფორმულობისა და მრავალფეროვნების კლინიკური ასპექტების შესაფასებლად;

5.1. f-იღებდნენ უწყვეტ განათლებას ჯანდაცვის სფეროში, რომელიც ეხება გენდერულ დისფორიას, არაკონფორმულობასა და მრავალფეროვნებას.

5.2 ჩვენ ვთავაზობთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც გენდერის დამადასტურებელ მკურნალობის მსურველ ტრანსგენდერებსა და გენდერულად მრავალფეროვან მოზრდილებს აფასებენ, საჭიროების შემთხვევაში, კონსულტაციისა და რჩევის მიღებისთვის ტრანსგენდერთა ჯანდაცვის სხვადასხვა დისციპლინის სპეციალისტს დაუკავშირდნენ.

სქესის დამადასტურებელი სამედიცინო და ქირურგიული მკურნალობის მოთხოვნებთან დაკავშირებით მოცემულია შემდეგი რეკომენდაციები (ყველა უნდა დაკმაყოფილდეს):

5.3 ჩვენ რეკომენდაციას ვუწვევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, შეაფასონ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი მოზრდილები სქესის დამადასტურებელი სამედიცინო და ქირურგიული მკურნალობისთვის:

5.3. a-რეკომენდაცია გაუწიონ ტგმ პირის მიერ მოთხოვნილ გენდერის დამადასტურებელ სამედიცინო მკურნალობას მხოლოდ მაშინ, როდესაც გენდერული შეუთავსებლობა გამოხატული და თვალსაჩინოა;

5.3. b-უზრუნველყონ დიაგნოსტიკური კრიტერიუმების შესრულება გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის დაწყებამდე იმ რეგიონებში, სადაც დიაგნოზი ჯანდაცვის სერვისებისთვის აუცილებელია;

5.3. c-დაადგინონ და გამოირიცხონ გენდერული შეუთავსებლობის სხვა შესაძლო მიზეზები გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის დაწყებამდე;

5.3. d-დარწმუნდნენ, რომ მკურნალობასთან დაკავშირებით გადანყვეტილების მიღებამდე ნებისმიერი ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობა, რომელმაც შესაძლოა, გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო მკურნალობის შედეგზე უარყოფითად იმოქმედოს, განიხილება რისკებისა და სარგებელის გათვალისწინებით;

5.3. e-დარწმუნდნენ, რომ მკურნალობასთან დაკავშირებით გადანყვეტილების მიღებამდე ფიზიკური ჯანმრთელობის ნებისმიერი მდგომარეობა, რომელმაც შესაძლოა, გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო მკურნალობის შედეგზე უარყოფითად იმოქმედოს, განიხილება რისკებისა და სარგებელის გათვალისწინებით;

5.3. f-შეაფასონ სპეციფიკურ ფიზიკურ მკურნალობაზე თანხმობის განცხადების შესაძლებლობა ამ მკურნალობის დაწყებამდე;

5.3. g-გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის დაწყებამდე შეაფასონ გენდერულად მრავალფეროვანი და ტრანსგენდერი ზრდასრული ადამიანის შესაძლებლობები, გააცნობიეროს გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის ეფექტი რეპროდუქციაზე და პაციენტთან ერთად განიხილონ რეპროდუქციული ვარიანტები.

5.4 ჩვენ გავცემთ რეკომენდაციას, რომ სპეციალისტებმა, რომლებიც გენდერული მკურნალობის მსურველი ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანების შეფასებაში კომპეტენტურები არიან, ინდივიდთან ერთად განიხილონ სოციალური ცვლილების როლი, როგორც გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული ან ქირურგიული მკურნალობის შეფასების ნაწილი.

5.5 ჩვენ რეკომენდაციას ვუწვევთ ტრანსგენდერებსა და გენდერულად მრავალფეროვან ზრდასრულ ადამიანებს, რომლებიც გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და ქირურგიული მკურნალობის კრიტერიუმებს აკმაყოფილებენ, მკურნალობის დაწყებამდე აზრი მოისმინონ პროფესიონალისგან, რომელსაც ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანების შეფასებაში კომპეტენტია აქვთ და რომელთაც სურთ გენდერთან დაკავშირებული სამედიცინო და ქირურგიული მკურნალობის ჩატარება.

5.6 ჩვენ ვთავაზობთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც გონადექტომიის მსურველ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს აფასებენ, სანამ ტგმ პირი შეუქცევად ქირურგიულ ჩარევას გაივლის, განიხილონ მინიმუმ ოთხიანი ჰორმონოთერაპია, როგორც ეს ტგმ პირის გენდერულ მიზნებს შეესაბამება (თუკი ჰორმონები პაციენტისთვის კლინიკურად უკუნაჩვენებია არ არის).

5.7 ჩვენ რეკომენდაციას ვუწვევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც გენდერული ჰორმონული, ქირურგიული ან ორივე ჩარევის და დეტრანზიციის მსურველ ზრდასრულ ადამიანებს აფასებენ, გამოიყენონ ყოვლისმომცველი მულტიდისციპლინური შეფასება, რომელიც ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით გამოცდილი ჯანდაცვის პროფესიონალების დამატებით შეხედულებებს მოიცავს და რომელიც ითვალისწინებს ცვლილების ინდივიდუალურ და სოციალურ როლს, როგორც შეფასების პროცესის ნაწილს.

ამ სახელმძღვანელოს შექმნა რთული ნა-
მონყება იყო. ამ თავში მოცემული კრიტერიუმე-
ბი ზრუნვის სტანდარტები-7-ის შემდგომ მნიშ-
ვნელოვნად შეიცვალა, რათა მზრუნველობის
არასაჭირო მოთხოვნები და არასაჭირო ბარიე-
რები შემცირებულიყო. ვიმედოვნებთ, რომ მო-
მავალი კვლევა შეისწავლის ამ მოდელის ეფექ-
ტურობას, ასევე ჰორმონული თერაპიისა და
ქირურგიის შეფასების მოდელებს, რაც მუდმივ
გაუმჯობესებას შესაძლებელს გახდის.

ამ თავის ყველა დებულება მოყვანილია
მტკიცებულებების საფუძვლიანი განხილვის,
სარგებლისა და ზიანის ანალიზის, პროვაიდერ-
ებისა და პაციენტების ღირებულებებისა და
უპირატესობების, რესურსების გამოყენებისა
და მიზანშეწონილობის შეფასების საფუძველ-
ზე. ზოგიერთ შემთხვევაში, ჩვენ ვაღიარებთ,
რომ მტკიცებულებები შეზღუდულია და/ან სერ-
ვისები შესაძლოა, ხელმისაწვდომი ან სასურვე-
ლი არ იყოს.

დასკვნა 5.1.

**გავცემთ რეკომენდაციას, რომ ჯანდაცვის
სპეციალისტები, რომლებიც ტრანსგენდერ და
გენდერულად მრავალფეროვან ზრდასრულებს
ფიზიკური მკურნალობისთვის აფასებენ:**

დასკვნა 5.1.A

**იყვნენ ლიცენზირებული თავიანთი ნორმატი-
ული ორგანოს მიერ და ფლობდნენ, სულ მცო-
რე, მაგისტრის ან ეკვივალენტურ ხარისხს
კლინიკურ სფეროში, რომელიც შეესაბამება
ამ როლს და მინიჭებულია ეროვნული აკრე-
დიტებული ნორმატიული ინსტიტუტის მიერ.**

ტგმ პირებისთვის, ისევე როგორც ყველა
სხვა ადამიანისთვის, რომელსაც ჯანდაცვა ესა-
ჭიროება, ხელმისაწვდომი უნდა იყოს უმაღლესი
ხარისხის სერვისი, რომელიც ყველა იმ ადამიანს
შეესაბამება, ვინც მათ იყენებს (ჯოკიაკარტას
პრინციპები, 2017). იმის გამო, რომ ეს მთელ
მსოფლიოში განსხვავებულია, პროფესიონალის
სპეციფიკა, რომელიც გენდერის დამადასტურ-
ებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიულ მკურ-
ნალობას აფასებს, განსხვავდება ადგილობრივ

გარემოში ჯანდაცვის სპეციფიკის, ასევე ლი-
ცენზირებისა და სარეგისტრაციო საბჭოს მიერ
დადგენილი მარეგულირებელი მოთხოვნების
მიხედვით. მნიშვნელოვანია, რომ უზრუნველ-
ყოფილი ჯანდაცვა მოიცავდეს შეფასებას, რო-
მელსაც ატარებს კომპეტენტური, კანონით რე-
გულირებული სამედიცინო ცენტრი, რომელსაც
აქვს კომპეტენცია, გამოავლინოს გენდერული
შეუთავსებლობა და მათ შეფასებაში წვლილი
შეიტანოს და ასევე, რომელთაც აქვთ უნარი,
გამოავლინონ პირობები, რომლებშიც შესაძ-
ლოა, პირი შეცდომით ჩაითვალოს გენდერული
შეუთავსებლობის შეუთავსებლობის მქონედ
(RCGP, 2019 წ.). შემფასებლებს უნდა შეეძლოთ,
მიმართონ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომ-
ლებსაც აქვთ გენდერის დამადასტურებელი
სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის
უზრუნველსაყოფად საჭირო ლიცენზია.

ჯანდაცვის სპეციალისტებს უნდა ჰქონდეთ
მინიმუმ მაგისტრის დონის კვალიფიკაცია ან
სხვა ეკვივალენტური, კანონით რეგულირებუ-
ლი შემდგომი კლინიკური მომზადება ტრანს-
გენდერთა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ
კლინიკურ სფეროში; მაგალითები მოიცავს
ფსიქიკური ჯანდაცვის სპეციალისტს (ფფს),
ზოგადი პროფილის ექიმს, მედას ან სხვა კვა-
ლიფიციურ ჯანდაცვის სპეციალისტს. ზოგი-
ერთ გარემოში, კანონით რეგულირებულ და-
ბალკვალიფიციურ ჯანდაცვის სპეციალისტებს
შეუძლიათ, კვალიფიკაცია აიმაღლონ იმ ჯან-
დაცვის სპეციალისტების ზედამხედველობის
ქვეშ, რომელიც გენდერის დამადასტურებელი
სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის
შეფასების ხარისხსა და სიზუსტეზე საბოლოო
კლინიკურ პასუხისმგებლობას იღებს. დამატე-
ბითი ინფორმაციისთვის იხილეთ თავი 4 – გა-
ნათლება.

ზოგჯერ შესაძლოა, კომპეტენტურ, კანონით
რეგულირებულ, გენდერის დამადასტურებელი
სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის
შეფასების კვალიფიკაციის მქონე ჯანდაცვის
სპეციალისტზე წვდომა რთული იყოს. შესაბამი-
სად, ზრუნვის უწყვეტობისთვის, ხელმისაწვდომ
სერვისებში არსებული ხარვეზების მინიმუმამ-
დე შემცირებისთვის, ან სერვისების მნიშვნე-
ლოვნად დაგვიანების შემთხვევაში (მაგ. გრძე-

ლი ლოდინის სია) შესაძლოა, საჭირო გახდეს, რომ საქმეში ისეთი ჯანდაცვის სპეციალისტი ჩაერთოს, რომელსაც ტგმ პირის გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობისთვის შეფასებაში კომპეტენცია არ აქვს. სერვისების მიწოდების ზედმეტი შეფერხებების თავიდან აცილება ძალზე მნიშვნელოვანია. თუმცა ტგმ პირებს უნდა ჰქონდეთ მხარდაჭერა, რათა გამოცდილ ჯანდაცვის სპეციალისტებთან წვდომა რაც შეიძლება მალე მიიღონ (RCGP, 2019).

დამკვიდრებული პრაქტიკა მოითხოვს კომპეტენციას გენდერული შეუთავსებლობის იდენტიფიცირებისა და დიაგნოსტიკისთვის (Hembree et al., 2017; Reed et al., 2016; T'Sjoen et al., 2020) და იმ მდგომარეობების დიფერენციაციის უნარს, რომლებშიც შესაძლოა, შეცდომით იქნას განსაზღვრული როგორც გენდერული შეუსაბამობა. (Byne et al., 2018; Dhejne et al., 2016; Hembree et al., 2017). დამკვიდრებული პრაქტიკა ასევე ხაზს უსვამს მუდმივი უწყვეტი განათლების აუცილებლობას ტგმ პირების შეფასებასა და ზრუნვაში (ამერიკის ფსიქოლოგთა ასოციაცია, 2015; T'Sjoen et al., 2020). დამატებითი ინფორმაციისთვის იხილეთ თავი 4 – განათლება.

დეკლარაცია 5.1.B

ქვეყნებისთვის, რომლებიც სერვისზე ხელმისაწვდომობისთვის მოითხოვენ დიაგნოზის არსებობას, ჯანდაცვის მუშაკს უნდა შეეძლოს დიაგნოსტიკისთვის ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICD) უახლესი გამოცემის გამოყენება. ქვეყნებში, რომლებსაც უახლესი ICD დანერგილი არ აქვთ, დასაშვებია სხვა ტაქსონომიების გამოყენება; რაც შეიძლება მალე უნდა ჩაიდოს ძალისხმევა, რათა დაინიშნოს უახლესი ICD-ის გამოყენება.

ზოგიერთ ქვეყანაში, გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიულ მკურნალობაზე წვდომისთვის, შესაძლოა, საჭირო გახდეს გენდერული შეუთავსებლობის დიაგნოზი (როგორც აღწერილია ქვემოთ). ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც ამ ქვეყნებში ტგმ

პირებს აფასებენ, უნდა შეეძლოთ გენდერული შეუთავსებლობის დიაგნოსტიკის უახლესი კლასიფიკაციის სისტემის გამოყენება, რომელიც ტგმ პირების გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიულ მკურნალობაზე წვდომისთვის აუცილებელია. ICD-11 (WHO, 2019a) არის კლასიფიკაციის სისტემა, რომელიც ტგმ პირების იდენტიფიკაციასა და გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის ნებისმიერ საჭიროებაზეა ფოკუსირებული და ტგმ იდენტიფიკაციას ფსიქიკურ დაავადებად არ მიიჩნევს.

დეკლარაცია 5.1.C

უნდა შეეძლოთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ან სხვა ფსიქოსოციალური პრობლემების გამოვლენა და მათი გენდერული დისფორიისგან, არაკონფორმულობისა და მრავალფეროვნებისგან გამიჯვნა.

გენდერული მრავალფეროვნება არის ბუნებრივი ვარიაცია ადამიანებში და არა თანდაყოლილი პათოლოგია (ამერიკის ფსიქოლოგთა ასოციაცია, 2015). თუმცა, მდგომარეობას საუკეთესოდ აფასებს ის ექიმი, რომელიც ფსიქიატრიაში გარკვეულ გამოცდილებას ფლობს, რაც მას საშუალებას აძლევს, გამოავლინოს ისეთი პირობები, რომლებიც შესაძლოა, გენდერულ არაკონფორმულობად შეცდომით იყოს მიჩნეული. ასეთი პირობები იშვიათია და, როდესაც არსებობს, ხშირად ფსიქოლოგიური ხასიათისაა (Byne et al., 2012; Byne et al., 2018; Hembree et al., 2017).

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში გარკვეული კვალიფიკაციის მქონე ჯანმრთელობის სპეციალისტების ჩართვის აუცილებლობა არ გულისხმობს ყველა შეფასებაში ფსიქოლოგის, ფსიქიატრის ან სოციალური მუშაკის ჩართვას. ამის ნაცვლად, ეს მოთხოვნა, შესაძლოა ზოგადი პროფილის ექიმმა, მედდამ ან სხვა კვალიფიციურმა სამედიცინო პერსონალმა შეასრულოს, თუ მათ აქვთ გამოცდილება, რომელიც საკმარისია გენდერული შეუთავსებლობის იდენტიფიცირებისთვის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების ამოცნობისთვის და მათი გენდერული დისფორიის, შეუთავსებლობისა და მრავალფეროვნებისგან გან-

სხვაგვებისთვის, ტგმ პირზე ზრუნვის დაგეგმვისა და გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის მომზადებისთვის და, საჭიროების შემთხვევაში, ფსიქიატრთან (MHP) გადამისამართებისთვის. როგორც ჯანმრთელობის თავშია აღწერილი, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ტგმ პირებზე ზრუნვაში. მაგალითად, ბულინგმა და დისკრიმინაციამ, რომელსაც ზოგიერთი ტგმ პირი განიცდის (Robles et al., 2016) შეიძლება დეპრესია, შფოთვა ან სხვა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება გამოიწვიოს. ასეთ შემთხვევებში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტის ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა შეუძლია. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტს და ფსიქიკური ჯანმრთელობის გამოცდილების მქონე ჯანდაცვის სპეციალისტს შეუძლიათ გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობისთვის მზაობის შეფასება, ასევე იმ ტგმ ადამიანების მხარდაჭერა, რომლებიც ფსიქიკური ჯანმრთელობის ჩარევას ან მხარდაჭერას საჭიროებენ ტრანზიციის პერიოდში. დამატებითი ინფორმაციისთვის იხილეთ თავი 18 – ფსიქიკური ჯანმრთელობა.

წიგნული 5.1.D

შეძლოთ, შეაფასონ პაციენტის მიერ მკურნალობაზე თანხმობის განცხადების უნარი.

გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის შეფასება უნდა მოიცავდეს ტგმ პირის მიერ მკურნალობაზე თანხმობის განცხადების უნარის შეფასებას. თანხმობა მოითხოვს კოგნიტურ უნარს, გაიაზროს მკურნალობის რისკები და სარგებელი და პოტენციური უარყოფითი და დადებითი შედეგები. ის ასევე მოითხოვს ამ ინფორმაციის დამახსოვრების უნარს გადანყვეტილების მიღების მიზნით (საჭიროებისამებრ დამხმარე საშუალებების გამოყენებას) და კოგნიტურ უნარს, ეს ინფორმაცია ინფორმირებული გადანყვეტილების მისაღებად გამოიყენოს (ამერიკის სამედიცინო ასოციაცია, 2021; Applebaum, 2007).

ტგმ ზოგიერთ პირს აქვს უნარი, შეფასების დროს თანხმობა დაუყოვნებლივ გასცეს. ზო-

გიერთ ტგმ პირს შესაძლოა უფრო ხანგრძლივი პროცესი დასჭირდეს, რათა დისკუსიისა და სამედიცინო გადანყვეტილების მიღებაზე ფიქრის შემდგომ თანხმობის მიცემა შეძლოს. ფსიქიატრიული დაავადების ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის სიმპტომების არსებობა არ წარმოადგენს ბარიერს გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობისთვის, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც ფსიქიატრიული დაავადება ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის სიმპტომები ტგმ პირის კონკრეტულ მკურნალობაზე თანხმობის განაცხადების შესაძლებლობაზე, ან მკურნალობის მიღების უნარზე გავლენას მოახდენს. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რადგან აღმოჩნდა, რომ გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობა ტგმ პირებისთვის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სიმპტომატიკას ამცირებს (Aldridge et al., 2020).

ჯანდაცვის სისტემებს შეუძლიათ განიხილონ გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობა იმ პირებისთვის, რომლებსაც თანხმობის გაცემა არ შეუძლიათ, თუ შესაბამისი კანონიერი მეურვე ან კანონით დამტკიცებული დამოუკიდებელი გადანყვეტილების მიმღები, რომელსაც უფლება აქვს, მკურნალობასთან დაკავშირებული გადანყვეტილება მიიღოს, გასცემს თანხმობას და დაადასტურებს, რომ შემოთავაზებული მკურნალობა ტგმ პირის საჭიროებებსა და სურვილებს შეესაბამება.

წიგნული 5.1.E

ფლობდნენ გამოცდილებას და კვალიფიკაციას გენდერული დისფორიის, შეუთავსებლობისა და მრავალფეროვნების კლინიკური ასპექტების შესაფასებლად. დამხმარე ტექსტისთვის იხილეთ დებულება 5.1.f.

წიგნული 5.1.F

მიიღონ უწყვეტი განათლება ჯანდაცვის სფეროში, რომელიც ეხება გენდერულ დისფორიას, შეუთავსებლობას და მრავალფეროვნებას.

როგორც კლინიკური პრაქტიკის ნებისმიერ სხვა სფეროში, აქაც სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია რომ ჯანდაცვის სპეციალისტები, რომლებიც გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის დაწყებისთვის შეფასებას უზრუნველყოფენ, ტგმ პირების ჯანმრთელობის საკითხებში მცოდნე და გამოცდილნი იყვნენ. თუ ეს ადგილობრივ კონტექსტში შეუძლებელია, ჯანდაცვის სპეციალისტმა, რომელიც შეფასებას უზრუნველყოფს, მცოდნე და გამოცდილ სამედიცინო პერსონალთან მჭიდროდ უნდა ითანამშრომლოს. კლინიკური პრაქტიკის ფარგლებში, ჯანდაცვის სპეციალისტებმა ტგმ-ის ჯანდაცვის შესახებ მუდმივი ტრენინგი უნდა გაიარონ, უნდა გახდნენ შესაბამისი პროფესიული ორგანოების წევრი, დაესწრონ შესაბამის პროფესიულ შეხვედრებს, სამუშაო შეხვედრებს ან სემინარებს, გაიარონ კონსულტაცია შესაბამისი გამოცდილების მქონე ჯანდაცვის სპეციალისტებთან და/ან ტგმების საზოგადოებასთან. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ტგმ-სთან დაკავშირებულ ჯანდაცვის სფეროში, რადგან ის შედარებით ახალია და ცოდნა და ტერმინოლოგია მუდმივად იცვლება (American Psychological Association, 2015; Thorne, Yip et al., 2019). შესაბამისად, ტგმ ჯანმრთელობის სფეროებში მუდმივი განახლება სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია ყველასთვის, ვინც გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის შეფასებაში მონაწილეობს.

დეკლარაცია 5.2

ჩვენ ვთავაზობთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც გენდერის დამადასტურებელ მკურნალობის მსურველ ტრანსგენდერებსა და გენდერულად განსხვავებულ მოზრდილებს აფასებენ, საჭიროების შემთხვევაში, კონსულტაციისა და რჩევის მიღებისთვის ტრანსგენდერთა ჯანდაცვის სხვადასხვა დისციპლინის სპეციალისტს დაუკავშირდნენ.

საჭიროების შემთხვევაში და თუ ეს შესაძლებელია, გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის შეფასება უნდა ჩატარდეს მულტიდისციპლინური გუნდის

მიერ (Costa, Rosa-e-Silva et al., 2018; Hembree et al., 2017; Karasic & Fraser, 2018; T'Sjoen et al., 2020), რომლის წევრებსაც ერთმანეთთან დროული და ადეკვატური კონტაქტი აქვთ. ეს გუნდი შეიძლება მოიცავდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტს, ენდოკრინოლოგს, ზოგადი პროფილის ექიმს, ქირურგს, ხმისა და კომუნიკაციის სპეციალისტს, ტგმ-ის სპეციალისტების კოორდინატორს და სხვებს. ზოგიერთ შემთხვევაში, შესაძლოა, მულტიდისციპლინური გუნდი საჭირო არ იყოს; თუმცა, მისი საჭიროების შემთხვევაში, მნიშვნელოვანია, რომ ჯანდაცვის სპეციალისტს შეეძლოს სხვადასხვა დისციპლინის კოლეგებს დროულად დაუკავშირდეს, რათა გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის შეფასება ჩაატაროს და ტგმ პირის საჭიროებები მაქსიმალურად დააკმაყოფილოს. ასევე მნიშვნელოვანია ტგმ პირების მხარდაჭერა საკონტროლო ვიზიტების დანიშვნით იმ ჯანდაცვის სპეციალისტთან, რომელიც იყო გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის შეფასებაში ჩართული, გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის დაწყებამდე, მის დროს და მისი დაწყების შემდეგ.

გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და ქირურგიული მკურნალობის მოთხოვნებთან დაკავშირებით მოცემულია შემდეგი რეკომენდაციები (ყველა უნდა დაკმაყოფილდეს):

დეკლარაცია 5.3

რეკომენდაციას ვუნებთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, შეაფასონ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი მოზრდილები გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და ქირურგიული მკურნალობისთვის:

დეკლარაცია 5.3.A

რეკომენდაცია გაუწიონ ტგმ პირის მიერ მოთხოვნილ გენდერის დამადასტურებელ სამედიცინო მკურნალობას მხოლოდ მაშინ, როდესაც გენდერული შეუთავსებლობა გამოხატული და თვალსაჩინოა.

გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობაზე წვდომისთვის, ტგმ პირის გენდერული შეუთავსებლობა თვალსაჩინო და მდგრადი უნდა იყოს. ეს შეიძლება გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის საჭიროებას და განცდილი გენდერის მქონე ადამიანად გადაქცევის სურვილს მოიცავდეს. შესაბამისად, მნიშვნელოვანია გენდერული შეუთავსებლობის ბუნების, ხანგრძლივობისა და თანმიმდევრულობის გათვალისწინება. ეს შეიძლება მოიცავდეს ისეთ ფაქტორებს, როგორცაა სახელისა და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტების შეცვლა; ჯანმრთელობის დაცვის დოკუმენტაციის, გენდერის ან გენდერული გამოხატვის ცვლილებების შესახებ სხვების ინფორმირება. თუმცა გამოსატყუი და მდგრადი გენდერული შეუთავსებლობა შეიძლება არსებობდეს და ამას ტგმ პირი არავის უმხელდეს (Brumbaugh-Johnson & Hull, 2019; Saeed et al., 2018; Sequeira et al., 2020). გენდერული იდენტობის მკვეთრი ან ზედაპირული ცვლილება ან მდგრადობის ნაკლებობა არასაკმარისია გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის დასაწყებად და რეკომენდებულია შემდგომი შეფასება. ასეთ ვითარებაში, გენდერული შეუთავსებლობის თანმიმდევრულობისა და მდგრადობის უზრუნველსაყოფად გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის დაწყებამდე სასარგებლოა მუდმივი შეფასება.

მიუხედავად იმისა, რომ გამოსატყუი და მდგრადი გენდერული შეუთავსებლობა უნდა არსებობდეს, არ არის აუცილებელი, რომ ტგმ პირები საკუთარი გენდერული იდენტობის მიმართ ძლიერ დისტრესს განიცდიდნენ, რათა გენდერის დადასტურების მკურნალობა მიიღონ. ფაქტობრივად, გენდერის დამადასტურებელ მკურნალობაზე ხელმისაწვდომობა შეიძლება იყოს პროფილაქტიკური ღონისძიება, რათა დისტრესი თავიდან იყოს აცილებული (Becker et al., 2018; Giovanardi et al., 2021; Nieder et al., 2021; Nobili et al., 2018; Robles et al., 2016). ზრდასრულ ტგმ პირებს შესაძლოა, ჰქონდეთ გენდერული შეუსაბამობა მნიშვნელოვანი დისტრესის გარეშე და გენდერის დამა-

დასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობით მაინც ისარგებლონ.

დამკვიდრებულ კლინიკურ პრაქტიკაში გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის დაწყების განხილვისას გენდერული შეუთავსებლობის მდგრადობას იკვლევენ (Chen & Loshak, 2020). 200 კლინიკური ჩანაწერის მიმოხილვაში, ჯონსმა, ბრევენმა და სხვებმა (2017) მზრუნველობის დაგეგმვისას „გენდერული იდენტობის სტაბილურობის“ მნიშვნელობა დაადგინეს. გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის მიწოდება ტგმ პირებისთვის მუდმივი გენდერული შეუთავსებლობის მქონე პაციენტების სინანულის დაბალ და კმაყოფილების მაღალ მაჩვენებლებთან არის დაკავშირებული (Becker et al., 2018; El-Hadi et al., 2018; Staples et al., 2020; Wiepjes et al., 2018). თუმცა, მიუხედავად იმისა, რომ ICD-11 (WHO, 2019a) გენდერული შეუთავსებლობის დიაგნოზის დასადგენად გენდერული შეუთავსებლობის გამოსატყულ და მუდმივ არსებობას მოითხოვს, მცირე კონკრეტული მტკიცებულება მოზრდილებში მკურნალობისთვის საჭირო მდგრადობის ხანგრძლივობის შესახებ. ჯანდაცვის სპეციალისტებმა, რომლებიც მონაწილეობენ ტგმ პირების გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის შეფასებაში, შესაფასებელი ზრდასრული ადამიანის ცხოვრების ეტაპი, ისტორია და მიმდინარე გარემოებები უნდა გაითვალისწინონ.

დეკლარაცია 5.3.B

უზრუნველყონ დიაგნოსტიკური კრიტერიუმების შესრულება გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის დაწყებამდე იმ რეგიონებში, სადაც დიაგნოზი ჯანდაცვის სერვისებზე წვდომისთვის აუცილებელია.

ზოგიერთ რეგიონში მკურნალობასთან წვდომისთვის შესაძლოა, საჭირო გახდეს გენდერული შეუთავსებლობის დიაგნოზი. როდესაც დიაგნოზი აუცილებელია გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიულ მკურნალობაზე წვდომისთვის,

გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის შეფასება დიაგნოზის დადგენასა და მინიჭებას მოიცავს. ამ შემთხვევებში, სამედიცინო პერსონალს უნდა ჰქონდეს დაავადებათა და მასთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის პრობლემების უახლესი საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICD) გამოყენების კომპეტენცია (WHO, 2019a). რეგიონებში, სადაც ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობისთვის აუცილებელია დიაგნოზი, გენდერის დამადასტურებელი ინტერვენციების დაწყებამდე უნდა განისაზღვროს დიაგნოზი „HA60 – მოზარდების ან ზრდასრულების გენდერული შეუთავსებლობა“. გენდერის დამადასტურებელი ინტერვენციები, მეორადი „HA6Z – გენდერული შეუთავსებლობა, დაუზუსტებელი“ დიაგნოსტიკის შემდეგ, შესაძლოა, განხილული იყოს მულტიდისციპლინური გუნდის უფრო ყოვლისმომცველი შეფასების კონტექსტში.

არსებობს მტკიცებულება, რომ „ტრანზიციისთვის მზაობისთვის“ ხისტი შეფასების ინსტრუმენტების გამოყენებამ შესაძლოა, ზრუნვაზე ხელმისაწვდომობა შეამციროს და ეს ტგმ პირის საუკეთესო ინტერესებში ყოველთვის არ შედის (Mackinnon et al., 2020). ამიტომ, იმ სიტუაციებში, როდესაც მზრუნველობაზე ხელმისაწვდომობისთვის დიაგნოზის დასმა სავალდებულოა, ტგმ პირების ინტერესებიდან გამომდინარე, პროცესი ჯანდაცვის სპეციალისტებსა და გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის მსურველ ტგმ ინდივიდს შორის ნდობასა და გამჭვირვალობას უნდა მოიცავდეს. მართლაც, მაღალი ხარისხის ურთიერთობები ტგმ პირებსა და მათ ჯანდაცვის სპეციალისტებს შორის დაბალ ემოციურ დისტრესთან და უკეთეს შედეგებთან ასოცირდება (Kattari et al., 2016). იმის გამო, რომ ბევრი ტგმ პირი შიშობს, რომ ჯანდაცვის სპეციალისტები ტრანსგენდერულ იდენტობას და ფსიქიკურ დაავადებას ერთმანეთში აურევენ (Ellis et al., 2015), დიაგნოსტიკური შეფასება სიფრთხილით უნდა ჩატარდეს, რათა ექიმსა და ტგმ პირს შორის საუკეთესო ურთიერთობა შედგეს.

დასკვნა 5.3.C

დაადგინონ და გამორიცხონ გენდერული შეუთავსებლობის სხვა შესაძლო მიზეზები გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის დაწყებამდე.

იშვიათ შემთხვევებში, ტგმ ინდივიდებს შეიძლება ჰქონდეთ ისეთი მდგომარეობა, რომელიც შეიძლება შეცდომით გენდერულ შეუთავსებლობად შეფასდეს, ან შესაძლებელია, ტგმ პირებმა მკურნალობას სხვა მიზეზით მიმართონ. ამ შემთხვევებში და როდესაც გენდერული შეუთავსებლობის დიაგნოზთან დაკავშირებით გაურკვევლობა არსებობს, მნიშვნელოვანია უფრო დეტალური და ყოვლისმომცველი შეფასება. მაგალითად, შეიძლება საჭირო გახდეს შემდგომი ხანგრძლივი შეფასება, რათა დადგინდეს, გრძელდება თუ არა გენდერული შეუთავსებლობა მწვავე ფსიქოზური ეპიზოდის შემდგომ. თუ მწვავე ფსიქოზური ეპიზოდის გაქრობის შემდეგ გენდერული შეუთავსებლობა გრძელდება, გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობა შეიძლება განიხილებოდეს მხოლოდ მას შემდგომ, რაც ტგმ პირს აქვს შესაძლებლობა, კონკრეტულ მკურნალობას დაეთანხმოს და ჩაიტაროს. თუ გენდერული არაკონფორმულობა არ შენარჩუნდება და მხოლოდ ასეთი ეპიზოდის დროს ვითარდება, მკურნალობა არ უნდა განიხილებოდეს. გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის დაწყებამდე მნიშვნელოვანია ასეთი გარემოებების იდენტიფიცირება და გამორიცხვა (Byne et al., 2012, 2018; Hembree et al., 2017). თუმცა ისიც მნიშვნელოვანია გვესმოდეს, რომ ტგმ პირებს შეიძლება ერთდროულად აღენიშნებოდეთ გენდერული შეუთავსებლობა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობა, აუტისტური სპექტრის აშლილობა ან სხვა ნეირომრავალფეროვნება (Glidden et al., 2016). მართლაც, ზოგიერთი ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობა, როგორცაა შფოთვა (Bouman et al., 2017), დეპრესია (Heylens, Elaut et al., 2014; Witcomb et al., 2018) და თვითდაზიანება (Arcelus et al., 2016; Claes. და სხვ., 2015) უფრო მეტად გავრცელებულია იმ ტგმ პირებში, რომლებსაც გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიულ მკურნალობაზე ხელი

არ მიუწვდებათ. ბოლო ლონგიტუდური კვლევების თანახმად, გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ შეინიშნება იმ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სიმპტომების გაუმჯობესების ტენდენცია, რომელსაც ტგმ ადამიანები უჩივიან (Aldridge et al., 2020; Heylens, Verroken et al., 2014; White Hughto & Reisner, 2016). არ არსებობს არანაირი მტკიცებულება, რომელიც გენდერული არაკონფორმულობის მქონე ტგმ პირებისთვის გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიულ მკურნალობაზე თავშეკავების სარგებელზე მიუთითებს, რომელიც მხოლოდ იმის საფუძველზეა, რომ მათ ფსიქიკური ჯანმრთელობა ან ნეიროგანვითარების პრობლემა აქვთ, დამატებითი ინფორმაციისთვის იხილეთ თავი 18 – ფსიქიკური ჯანმრთელობა.

ლეკლეკი 5.3.0

დარწმუნდნენ, რომ მკურნალობასთან დაკავშირებით გადაწყვეტილების მიღებამდე ნებისმიერი ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობა, რომელმაც შესაძლოა, გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო მკურნალობის შედეგზე უარყოფითად იმოქმედოს, რისკებისა და სარგებლის გათვალისწინებით განიხილება.

სისგენდერი პირების მსგავსად, ტგმ პირებსაც შესაძლოა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები ჰქონდეთ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მკურნალობა შესაძლებელია და უნდა ჩატარდეს გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიულ მკურნალობასთან ერთად, როდესაც საჭიროა სამედიცინო ტრანზიცია. სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია, გენდერის დამადასტურებელი ზრუნვა არ შეფერხდეს, იმ უკიდურესად იშვიათი შემთხვევების გარდა, როცა შეფერხება აუცილებელია საკუთარი თავისთვის, ან სხვებისთვის ზიანის რისკის ასაცილებლად. ამ შემთხვევებში, ასევე მნიშვნელოვანია გავითვალისწინოთ ფსიქიკური და ფიზიკური ჯანმრთელობის რისკები, რომლის წინაშეც გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის გაჭიანურების შემთხვევაში ტგმ პირები აღმოჩნდებიან (Byne et al., 2018).

ზოგადად ტგმ პირების როგორც სამედიცინო, ასევე სოციალური ტრანზიცია ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების შემცირებასთანაც არის დაკავშირებული (Aldridge et al., 2020; Bouman et al., 2017; Durwood et al., 2017; Glynn et al., 2016; Hughto & Reisner, 2016; Wilson et al., 2015; Witcomb et al., 2018). სამწუხაროდ, სოციალური მხარდაჭერის დაკარგვამ და ფიზიკურმა და ფინანსურმა სტრესმა, რომელიც შეიძლება გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის დაწყებასთან იყოს ასოცირებული, შესაძლოა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის მანამდე არსებული პრობლემები გააძლიეროს და მკურნალი ჯანდაცვის სპეციალისტისგან დამატებითი მხარდაჭერა მოითხოვოს (Budge et al., 2013; Yang, Wang et al., 2016). ფსიქიკური ჯანმრთელობის სიმპტომების შეფასებას შეუძლია გააუმჯობესოს ტრანზიციის შედეგები, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც შეფასება ტრანზიციის პერიოდში ფსიქოლოგიურ და სოციალურ მხარდაჭერაზე ხელმისაწვდომობის გასაადვილებლად გამოიყენება (Byne et al., 2012). იშვიათ გარემოებებში, ტრანზიცია შესაძლებელია შეფერხდეს თუ მაგალითად, ჩაითვლება, რომ ტგმ პირი ტრანზიციის პროცესში ვერ ჩაერთვება ან ოპერაციის შემდგომი კონტროლი შეუძლებელი იქნება. თუკი აღმოჩნდება, რომ გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის როგორც უკანასკნელი ინსტანციის გადადება აუცილებელია, ჯანდაცვის სპეციალისტმა პაციენტს ფსიქიკური ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად რესურსები და მხარდაჭერა და გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის პროცესში რაც შეიძლება მალე ხელახლა ჩართვა უნდა შესთავაზოს. უნდა აღინიშნოს, რომ ტგმ პირებისთვის სამედიცინო ტრანზიციაზე ხელმისაწვდომობა ხელს უწყობს სოციალურ ტრანზიციას და საზოგადოებაში უსაფრთხოებას აუმჯობესებს (Rood et al., 2017). თავის მხრივ, თუ ტგმ პირების მათ გენდერულ იდენტობასთან შესაბამისობა არის ცხოვრების ხარისხისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის შედეგების საუკეთესო მაჩვენებელი სამედიცინო ტრანზიციის შემდეგ (Austin & Goodman, 2017), ფსიქიკური

ჯანმრთელობის პრობლემების არსებობის გამო გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიულ მკურნალობაზე წვდომის დაგვიანებამ შესაძლოა, სიმპტომები გააძლიეროს (Owen-Smith et al., 2018) და დააზიანოს ურთიერთობა; შესაბამისად, ეს უნდა გაკეთდეს მხოლოდ მაშინ, როცა ყველა სხვა გზა მოჭრილია.

ლეგენდა 5.3.E

დარწმუნდნენ, რომ მკურნალობასთან დაკავშირებით გადაწყვეტილების მიღებამდე ნებისმიერი ფიზიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობა, რომელმაც შესაძლოა, გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო მკურნალობის შედეგზე უარყოფითად იმოქმედოს, განიხილება რისკებისა და სარგებელის გათვალისწინებით.

იმვინათ შემთხვევებში, გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიულ მკურნალობას, როგორცაა ჰორმონული და ქირურგიული ჩარევები, შესაძლოა, იატროგენული შედეგები ჰქონდეს ან უკვე არსებული ფიზიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაამწვავოს (Hembree et al., 2017). ამ შემთხვევებში, სქესის დამადასტურებელი მკურნალობის დაწყებისას (საჭიროების შემთხვევაში) ან გაგრძელებისას შესაძლებელია, არსებული ფიზიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის მართვა ფრთხილად უნდა მოხდეს. მკურნალობის ნებისმიერი შეწყვეტა უნდა იყოს რაც შეიძლება ხანმოკლე და მკურნალობა ხელახლა უნდა დაიწყოს რაც შეიძლება მალე. შეზღუდული მონაცემები და არათანმიმდევრული მიგნებები მოზრდილ ტგმ პირებში გულსისხლძარღვთადა მეტაბოლურ რისკებსა და ჰორმონულ თერაპიას შორის კავშირზე (Getahun, 2018; Iwamoto, Defreyne et al., 2019; Iwamoto et al., 2021; Spanos et al., 2020). ხანგრძლივ მკურნალობასთან დაკავშირებული შესაძლო ზიანისა და ჰორმონული მკურნალობის დაწყებამდე და მის დროს გამოყენებული პროფილაქტიკური ზომების მოსალოდნელი სავარაუდო სარგებლიანობის გამო, მნიშვნელოვანია მკურნალობის დაწყებამდე ფიზიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის ფრთხილად შეფასება. ზოგიერთი სპეციფიკური მდგომარეობა, როგორცაა

ჰორმონისადმი მგრძობიარე კიბოს ისტორია, შეიძლება შემდგომ შეფასებასა და მენეჯმენტს მოითხოვდეს, რამაც შესაძლოა ჰორმონული მკურნალობა გამორიცხოს (Center of Excellence for Transgender Health, 2016; Hembree et al., 2017).

მსგავსი საშიშროება შეიძლება მოზრდილ ტგმ პირებშიც გამოვლინდეს, რომლებსაც ქირურგიული ჩარევები სურთ. გენდერის დამადასტურებელ თითოეულ ქირურგიულ ჩარევას კონკრეტული რისკები და პოტენციურად არასახარბიელო შედეგები აქვს (Bryson & Honig, 2019; Nassiri et al., 2020; Remington et al., 2018). თუმცა, სპეციფიკური ფიზიკური პირობების არსებობასთან დაკავშირებული ინტერვენციის სპეციფიკური რისკები კარგად არ არის გამოკვლეული. ამრიგად, ტგმ პირების შეფასების დროს წამოჭრილი სამედიცინო საფრთხე, როგორც წესი, ნებისმიერი სხვა ქირურგიული კანდიდატისგან არ განსხვავდება.

ფსიქიკური და ფიზიკური ჯანმრთელობის უთანასწორობის (Brown & Jones, 2016) და ჯანდაცვის ბარიერების გათვალისწინებით (Safer et al., 2016), რომლებსაც ტგმ პირები აწყდებიან, ჯანდაცვის სპეციალისტების მიერ ფიზიკური მდგომარეობის შეფასება სამედიცინო ჩარევების ისტორიით არ უნდა შემოიფარგლებოდეს. თუ ტგმ პირს ფიზიკური ჯანმრთელობის პრობლემა აქვს, მნიშვნელოვანია ამ პრობლემების გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის დაწყებისას ან გაგრძელებისას მართვა, როდესაც ეს შესაძლებელია. მკურნალობის ნებისმიერი შეწყვეტა უნდა მოხდეს რაც შეიძლება მალე ხელახალი მკურნალობის დაწყების მიზნით. ასევე მნიშვნელოვანია, რომ ჯანდაცვის სპეციალისტებმა ფიზიკური პრობლემების მართვისთვის მკურნალობის სტრატეგია შეიმუშაონ, რაც ჯანმრთელობასა და მკურნალობის გეგმის თანმიმდევრულ დაცვას შეუწყობს ხელს.

ლეგენდა 5.3.F

შეაფასონ სპეციფიკურ ფიზიკურ მკურნალობაზე თანხმობის განცხადების შესაძლებლობა ამ მკურნალობის დაწყებამდე.

მკურნალობაზე ინფორმირებული თანხმობის პრაქტიკა ჯანდაცვის სერვისის მისაწოდებლად მთავარი კომპონენტია. ინფორმირებული თანხმობა ემყარება ეთიკურ პრინციპს, რომ ჯანდაცვის მიმღებებმა უნდა გააცნობიერონ, თუ რა მომსახურებას იღებენ და ნებისმიერი პოტენციური შედეგი, რომელიც შეიძლება მას მოჰყვეს. ინფორმირებული თანხმობის მნიშვნელობა ჩართულია ბევრ საკანონმდებლო და მარეგულირებელ პრაქტიკაში, რომლითაც ჯანდაცვის სპეციალისტები მთელ მსოფლიოში ხელმძღვანელობენ (Jefford & Moore, 2008). შეუძლებელია ჯანდაცვის მკურნალობის ყველა პოტენციური შედეგის ცოდნა; ამის ნაცვლად, იმის გათვალისწინება, თუ რისი მოლოდინი იქნებოდა „გონივრული“ ხშირად გამოიყენება თანხმობის მინიმალურ კრიტერიუმად (Jefford & Moore, 2008; Spatz et al., 2016) და ეს პრინციპი გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის შემთხვევაშიც მოქმედებს. ჯანდაცვის პროცედურაზე ან კლინიკურ ჩარევაზე თანხმობა რამდენიმე რთულ კოგნიტურ პროცესს მოითხოვს. თანხმობა მოითხოვს პაციენტის კოგნიტურ შესაძლებლობებს, გაიგოს მკურნალობის რისკები და სარგებელი და პოტენციური უარყოფითი და დადებითი შედეგები. ის ასევე მოითხოვს ამ ინფორმაციის დამახსოვრების უნარს გადანყვეტილების მიღების მიზნით (საჭიროებისამებრ დამხმარე საშუალებების გამოყენებას) და კოგნიტურ უნარს, ეს ინფორმაცია ინფორმირებული გადანყვეტილების მისაღებად გამოიყენოს (American Medical Association, 2021; Applebaum, 2007). სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია, რომ ტემ პირი და შემფასებელი ჯანდაცვის სპეციალისტი წინასწარ განიხილავდნენ მოთხოვნილი მკურნალობის ბუნებას და პოტენციურ დადებით და უარყოფით ზემოქმედებას, რომელიც მას შესაძლოა, ჰქონდეს ტემ პირის ცხოვრების ბიოლოგიურ, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ სფეროებზე.

მნიშვნელოვანია იმის აღიარება, რომ ფსიქიკურმა დაავადებამ, კერძოდ, კოგნიტურმა გაუარესებამ ან ფსიქოზის სიმპტომებმა შესაძლოა გავლენა მოახდინოს პირის უნარზე, გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურ-

გიულ მკურნალობაზე თანხმობა გასცეს (Hostiuc et al., 2018). თუმცა, ასეთი სიმპტომების არსებობა თანხმობის მიცემის უუნარობას სულაც არ უტოლდება, რადგან ფსიქიკური ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი სიმპტომების მქონე ბევრ ადამიანს შეუძლია გაიგოს მკურნალობის რისკები და სარგებელი და ინფორმირებული გადანყვეტილება მიიღოს (Carpenter et al., 2000). ამის ნაცვლად, მნიშვნელოვანია ჩატარდეს საგულდაგულო შეფასება, რომელიც შეისწავლის თითოეული ტემ პირის უნარს, გააცნობიეროს განხილული კონკრეტული გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის სპეციფიკა, განიხილოს მკურნალობის ვარიანტები, მათ შორის რისკები და სარგებელი, შეაფასოს გადანყვეტილების პოტენციური მოკლე და გრძელვადიანი შედეგები და განაცხადონ მათი არჩევანის შესახებ, ჩაიტარონ მკურნალობა (Grootens-Wiegers et al., 2017).

შესაძლოა, იყოს შემთხვევები, როდესაც ინდივიდს არ აქვს უნარი სამედიცინო სერვისების მიღებას დაეთანხმოს, მაგალითად, ფსიქოზის მწვავე ეპიზოდის დროს ან სიტუაციებში, როდესაც ინდივიდს ხანგრძლივი კოგნიტური გაუარესება აქვს. თუმცა, მკურნალობაზე თანხმობის შესაძლებლობის შეზღუდვამ ინდივიდებს შესაბამისი გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის მიღებაში ხელი არ უნდა შეუშალოს. ზოგიერთისთვის, რისკებისა და სარგებლის გაგების გაადვილებამ შესაძლოა, დროთა განმავლობაში არაფორმალურ ენაზე განმეორებითი ახსნა-განმარტებების, ან დიაგრამების გამოყენება მოითხოვოს. მულტი-დისციპლინური ჯანდაცვის ჯგუფის მიერ განხორციელებულმა ყოვლისმომცველმა და საფუძვლიანმა შეფასებამ შესაძლოა, ამ პროცესზე დამატებითი ინფორმაცია გახადოს ნათელი. სხვებისთვის შესაძლოა, საჭირო გახდეს გადანყვეტილების ალტერნატიული მიმღების, როგორც კანონიერი მეურვის ან მარეგულირებლის მიერ დამოუკიდებელი გადანყვეტილების მიმღების დანიშვნა. ეს სიტუაციები უნდა განიხილებოდეს ინდივიდუალურად, რათა ინდივიდისთვის ყველაზე დადებითი და ნაკლებად შეზღუდავი სერვისები იყოს უზრუნველყოფილი. ასევე იხილეთ თავი 11 – ინსტიტუციური გარემო.

დეკლარაცია 5.3.6

გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის დაწყებამდე შეაფასონ გენდერულად მრავალფეროვანი და ტრანსგენდერი ზრდასრული ადამიანის შესაძლებლობები, გააცნობიეროს გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის ეფექტი რეპროდუქციაზე და რეპროდუქციული ვარიანტები პაციენტთან ერთად განიხილონ.

ვინაიდან გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო ჩარევები რეპროდუქციულ შესაძლებლობებზე ხშირად ახდენს გავლენას, ჯანდაცვის სპეციალისტებმა ტემ პირს მკურნალობის რეპროდუქციული შედეგების, სასქესო უჯრედების (გამეტების) შენახვის და სხვა დამხმარე რეპროდუქციული ვარიანტების შესახებ უნდა აცნობოს. დადგენილია, რომ გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონით მკურნალობა გავლენას ახდენს რეპროდუქციულ ფუნქციებზე და ნაყოფიერებაზე, თუმცა შედეგები დაბადებისას მინიჭებული ყველა სქესის ადამიანისთვის განსხვავებულია (Adeleye et al., 2019; Jindarak et al., 2018; Taub et al., 2020). შესაძლოა, ეფექტებში ტემ მოზრდილებში ინდივიდუალური განსხვავებები და ცდომილებები არსებობდეს. ამიტომ მნიშვნელოვანია, რომ გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიულ მკურნალობაზე თანხმობის უნარის შეფასების ფარგლებში, ჯანდაცვის სპეციალისტებმა ტემ პირს მათ რეპროდუქციულ პოტენციალზე მკურნალობის შესაძლო ზემოქმედების შესახებ აცნობონ. რეპროდუქციული ვარიანტები გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის დაწყებამდე უნდა იყოს განხილული. იმის გამო, რომ ჰორმონული თერაპიის დროს ჩასახვის შესაძლებლობის შესახებ ლიტერატურა გაურკვეველია, შესაძლოა, არასასურველი ორსულობის თავიდან ასაცილებლად საჭირო გახდეს ინფორმაცია კონტრაცეფციის გამოყენების აუცილებლობისა და კონტრაცეფციის სხვადასხვა მეთოდების შესახებ (Light et al., 2014; Schubert & Carey, 2020).

სხვადასხვა პოპულაციის კლინიკურ და არაკლინიკურ შერჩევებში კროსსექციური კვლევები თანმიმდევრულად ადასტურებენ, რომ მოზრდილი ტემ პირები გამოსხატავენ მშობლობის

სურვილს და სურთ ნაყოფიერების სხვადასხვა ხარისხით შეინარჩუნება, რაც დაკავშირებულია ასაკთან, სქესთან და გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონით მკურნალობის ხანგრძლივობასთან (Auer et al., 2018; De Sutter et al., 2002; Defreyne, Van Schuvenbergh et al., 2020; Wierckx, Stuyver et al., 2012). მცირე შერჩევაში აღმოჩნდა, რომ ნაყოფიერების შესახებ ინფორმაციის მიწოდებას ნაყოფიერების შენარჩუნებასთან დაკავშირებული გადანყვეტილების მიღებაზე გავლენა აქვს (Chen et al., 2019). მიუხედავად იმისა, რომ არ შედარებულა ჯგუფები, რომლებმაც ნაყოფიერებასთან დაკავშირებული კონსულტაცია მიიღეს და რომლებმაც არ მიიღეს, ტრანსგენდერ პირებთან ნაყოფიერების ყოვლისმომცველი კონსულტაციის შემდეგ ნაყოფიერების შენარჩუნების მაღალი მაჩვენებლები დაფიქსირდა (Amir et al., 2020). გარდა ამისა, ერთმა კვლევამ აჩვენა, რომ სპეციალისტთან კონსულტაციამ შეამცირა სინანული ნაყოფიერების შენარჩუნების პროცედურების გაგრძელების გადანყვეტილების მიღებასთან დაკავშირებით (Vyas et al., 2021). დამატებითი ინფორმაციისთვის იხილეთ თავი 16 – რეპროდუქციული ჯანმრთელობა.

დეკლარაცია 5.4

ჩვენ გავცემთ რეკომენდაციას, რომ სპეციალისტებმა, რომლებიც გენდერული მკურნალობის მსურველი ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანების შეფასებაში კომპეტენტურები არიან, ინდივიდთან ერთად განიხილონ სოციალური ტრანზიციის როლი, როგორც გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული ან ქირურგიული მკურნალობის შეფასების ნაწილი.

სოციალური ტრანზიცია შესაძლოა, ბევრი ტემ პირისთვის ძალიან მომგებიანი იყოს, თუმცა ყველა ტემ ადამიანს არ შეუძლია სოციალური ტრანზიცია ან არ სურს სოციალური ტრანზიცია (Bränström & Pachankis, 2021; Koehler et al., 2018; Nieder, Eyssel et al., 2020). შესაბამისად, ზოგიერთი ტემ პირი ითხოვს გენდერის დამადასტურებელ ინტერვენციებს – ზოგი სოციალური ტრანზიციის შემდეგ, ზოგი მანამდე,

ზოგი ტრანზიციის დროს და ზოგიც სოციალური ტრანზიციის არარსებობის შემთხვევაშიც.

სოციალურმა ტრანზიციამ და გენდერული იდენტობის გამყდარებამ შესაძლოა გააუმჯობესოს იმ ტგმ პირების ფსიქიკური ჯანმრთელობა, რომელიც გენდერის დამადასტურებელი ინტერვენციებს მოითხოვს (Hughto et al., 2020; McDowell et al., 2019). გარდა ამისა, გულმკერდისა და სახის ოპერაციებმა ჰორმონოთერაპიამდე შეიძლება სოციალურ ტრანზიციას შეუწყოს ხელი (Altman, 2012; Davis & Colton Meier, 2014; Olson-Kennedy, Warus et al. 2018; Van Boerum et al., 2019). თუ სოციალური ტრანზიცია იგეგმება, შეფასების პროცესში ჯანდაცვის სპეციალისტებმა უნდა განიხილონ ნებისმიერი დაგეგმილი სოციალური ტრანზიციის დრო და თუ რომელი სოციალური როლი არის ყველაზე კომფორტული ტგმ პირისთვის (Barker & Wylie, 2008). შეფასების პროცესში აუცილებელია, ჯანდაცვის სპეციალისტებმა პატივი სცენ გენდერული სოციალური როლების ფართო მრავალფეროვნებას, მათ შორის არაბინარულ და ბინარულ გამოხატვას, რომლებიც კულტურული, ადგილობრივი, საზოგადოებრივი და ინდივიდუალური გაგების მიხედვით განსხვავდება.

ყველას, ვინც ითხოვს გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიულ მკურნალობას, სოციალური ტრანზიცია არ სურს ან არ შეუძლია. ცოტა რამ არის ცნობილი იმ ტგმ პირების შესახებ, რომლებიც სამედიცინო მკურნალობამდე, მის დროს ან მის შემდეგ სოციალურ ტრანზიციას არ გადიან, რადგან ეს საკითხი დეტალურად შესწავლილი არ არის. სოციალური ტრანზიციის თავიდან აცილების ყველაზე ხშირი მიზეზებია ოჯახის ან მეგობრების მიერ მიტოვების შიში, ეკონომიკური დანაკარგის შიში (Bradford et al., 2013) და დისკრიმინაცია და სტიგმატიზაცია (Langenderfer-Magruder et al., 2016; McDowell et al., 2019; White Hughto et al., 2015). თუმცა, ზოგიერთი ადამიანი სოციალურ ტრანზიციას არ გადის, რადგან ფიქრობს, რომ გენდერული დისფორიის შესამცირებლად ჰორმონული ან ქირურგიული მკურნალობა საკმაოდ სუბიექტურ გაუმჯობესებას მოუტანს.

თუ არ არსებობს სოციალური ტრანზიციის მკაფიო გეგმა, ან თუ სოციალური ტრანზი-

ცია არასასურველია, მკურნალობის მოთხოვნის სპეციფიკური ხასიათისა და მიზანშეწონილობის დასადგენად მნიშვნელოვანია დამატებითი შეფასება, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, როდესაც ქირურგიული მკურნალობაა მოთხოვნილი. დამატებით შეფასებას შეუძლია, ტგმ პირს შესთავაზოს შესაძლებლობა, განიხილოს სოციალური ტრანზიციის შესაძლო ეფექტები გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობის მიღებისას. თუ გავითვალისწინებთ ჯანმრთელობის შედეგების შესახებ მონაცემების ნაკლებობას იმ ტგმ პირებისთვის, რომლებიც სოციალურ ტრანზიციას არ გადიან (Evans et al., 2021; Levine, 2009; Turban, Loo et al., 2021), ასეთ ვითარებაში გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიულ მკურნალობას ფრთხილად უნდა მივუდგეთ.

დეკლარაცია 5.5

რეკომენდაციას ვუწევთ ტრანსგენდერებსა და გენდერულად მრავალფეროვან ზრდასრულ ადამიანებს, რომლებიც გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და ქირურგიული მკურნალობის კრიტერიუმებს აკმაყოფილებენ, მკურნალობის დაწყებამდე აზრი იმ პროფესიონალისგან მოისმინონ, რომელსაც კომპეტენცია აქვს იმ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანების შეფასებაში, რომელთაც სურთ გენდერთან დაკავშირებული სამედიცინო და ქირურგიული მკურნალობის ჩატარება.

ზრუნვის სტანდარტების სახელმძღვანელოს წინა ვერსიები მოითხოვდა ტგმ პირების გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობისთვის ორი კვალიფიციური ჯანდაცვის სპეციალისტის მიერ შეფასებას. ითვლებოდა, რომ ორი დამოუკიდებელი აზრის არსებობა საუკეთესო პრაქტიკა იყო, რადგან ის უზრუნველყოფდა უსაფრთხოებას როგორც ტგმ ადამიანებისთვის, ასევე ჯანდაცვის სპეციალისტებისთვის. ვარაუდობდნენ, რომ შეუქცევადი სამედიცინო ჩარევების განხორციელებისას ორი ჯანდაცვის სპეციალისტის შეხედულება თავდაჯერებულობას აძლევს როგორც

ტგმ პირებს, ასევე მათ შემფასებელ ჯანდაცვის სპეციალისტებს.

თუმცა, შეზღუდული კვლევა ამ სფეროში მიუთითებს, რომ ორი მოსაზრება მეტწილად არასაჭიროა. მაგალითად, ჯონსმა, ბრეინმა და სხვებმა (2017) სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ გენდერულ სერვისებში მომუშავე გამოცდილი სამედიცინო პერსონალის ჩანაწერები განიხილეს და აღმოაჩინეს, რომ არსებობდა აბსოლუტური კორელაცია ორივე მოსაზრებას შორის და, შესაბამისად, ერთ-ერთი მათგანი ზედმეტი იყო. გარდა ამისა, ბუმანმა და სხვ. (2014) დაადგინეს, რომ ორი დამოუკიდებელი შემფასებლის მოთხოვნა ჯანდაცვის სერვისებში პატერნალიზმს ასახავდა და ტგმ ინდივიდების ავტონომიის პოტენციურ დარღვევას მოიცავდა. ავტორებმა განაცხადეს, რომ როდესაც კლიენტები ადეკვატურად მომზადებულნი არიან და ფასდებიან მულტიდისციპლინური გუნდის ზედამხედველობის ქვეშ, მეორე დამოუკიდებელი შეფასება არასაჭიროა.

შესაბამისად, თუ საჭიროა წერილობითი დოკუმენტაცია ან წერილი გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და ქირურგიული მკურნალობის (GAMST) რეკომენდაციისთვის, ტგმ პირები, რომლებიც მკურნალობას, მათ შორის ჰორმონებს და სასქესო ორგანოების, გულმკერდის, სახის და სხვა სქესის დამადასტურებელ ოპერაციებს მოითხოვენ, ერთი კომპეტენტური ჯანდაცვის სპეციალისტის წერილობით მოსაზრებას/ხელმოწერას საჭიროებენ, რომელსაც შეუძლია დამოუკიდებლად შეფასება და დიაგნოზის დასმა (Bouman et al., 2014; Yuan et al., 2021). დამატებითი წერილობითი მოსაზრებები/ხელმოწერები შეიძლება აუცილებელი გახდეს იქ, სადაც ამის კონკრეტული კლინიკური საჭიროებაა.

დეკლარაცია 5.6

ჩვენ ვთავაზობთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც გონადექტომიის მსურველ ტრანსგენდერ და გენდერულ მრავალფეროვან ადამიანებს აფასებენ, სანამ ტგმ პირი შეუქცევად ქირურგიულ ჩარევას გაივლის, განიხილონ მინიმუმ 6 თვიანი ჰორმონოთერაპია, როგორც ეს ტგმ პირის გენდერულ მიზნებს

შესაბამება (თუკი ჰორმონები პაციენტისთვის კლინიკურად უკუნაჩვენები არ არის).

ენდოკრინოლოგთა საზოგადოების კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინები გენიტალური ქირურგიის ჩატარებამდე ჰორმონებით თანმიმდევრული მკურნალობის დაწყებას გვიჩვენებს (Hembree et al., 2017). მიუხედავად იმისა, რომ ამ მოსაზრების მხარდამჭერი კვლევების რაოდენობა შეზღუდულია, ეს რეკომენდაცია კარგ კლინიკურ პრაქტიკად იქნა მიჩნეული, რადგან ის ოპერაციის შეუქცევად გამოცდილებამდე უფრო შექცევად გამოცდილებას იძლევა. მაგალითად, სათესლე ჯირკვლებს ამოკვეთის ოპერაციის შემდგომ, შესაძლოა, სექსუალურ ლტოლვაში ცვლილებები დაფიქსირდეს (Lawrence, 2005; Wierckx, Van de Peer et al., 2014). ამ კონტექსტში, ტესტოსტერონის შექცევადმა დათრგუნვამ შესაძლოა, ტგმ პირს გარკვეული პერიოდი მისცეს, რათა მან ტესტოსტერონის არარსებობა განიცადოს და გადაწყვიტოს, რამდენად სწორია ეს მისთვის. უნდა აღინიშნოს, რომ ოოფორექტომიის შემდეგ შემცირებული ესტროგენის ეფექტი ტგმ პირის სექსუალურ სურვილზე და ფუნქციონირებაზე ნაკლებად არის დადასტურებული.

სასქესო ჯირკვლების ამოღება არის შეუქცევადი პროცედურა, რომელიც ნაყოფიერებისა და ენდოგენური სქესობრივი სტეროიდების ეფექტების დაკარგვას იწვევს. შეფასების პროცესის ორივე ეფექტი უნდა განიხილებოდეს. დამატებითი ინფორმაციისთვის იხილეთ თავი 16 – რეპროდუქციული ჯანმრთელობა. რა თქმა უნდა, ჰორმონები კლინიკურად არ არის ნაჩვენები მოზრდილ ტგმ პირებში, რომლებსაც არ სურთ ისინი ან იმ შემთხვევებში, როდესაც ისინი უკუნაჩვენებია ჯანმრთელობის მიზეზების გამო. დამატებითი ინფორმაციისთვის იხილეთ თავი 13 – ქირურგია და პოსტოპერაციული მოვლა.

დეკლარაცია 5.7

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც გენდერული ჰორმონული, ქირურგიული ან ორივე ჩარევის და დეტრანზიციის მსურველ ზრდასრულ ადამიანებს აფასებენ, გამოიყენონ ყოვლისმომცველი

მულტიდისციპლინური შეფასება, რომელიც ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით გამოცდილი ჯანდაცვის პროფესიონალების დამატებით შეხედულებებს მოიცავს და რომელიც ითვალისწინებს ინდივიდუალურ და სოციალური ცვლილების როლს, როგორც შეფასების პროცესის ნაწილს.

ბევრმა ზრდასრულმა ტგმ პირმა შეიძლება განიხილოს გენდერული პრეზენტაციის ელემენტების მთელი რიგი, სანამ ისინი თავიანთ გენდერულ იდენტობას ეძებენ და ტრანზიციის ვარიანტებს განიხილავენ. შესაბამისად, ადამიანს შეუძლია გენდერულ იდენტობაში ან პრეზენტაციაში გარკვეული დრო გაატაროს, სანამ აღმოაჩენს, რომ ის იქ თავს კომფორტულად არ გრძნობს და მოგვიანებით მას მოერგოს ან ადრინდელ იდენტობას ან პრეზენტაციას დაუბრუნდეს (Turban, King et al., 2021). ზოგიერთმა ზრდასრულმა ტგმ პირმა შეიძლება ასევე განიცადოს გენდერული იდენტობის ცვლილება დროთა განმავლობაში ისე, რომ მათი მოთხოვნები სამედიცინო მკურნალობაზე შეიცვალოს. ეს არის ჯანსაღი და გონივრული პროცესი ცხოვრების ყველაზე კომფორტული და თანმიმდევრული წესის დასადგენად, რომელშიც დიდ როლს გენდერული იდენტობა და ცხოვრების კონტექსტი თამაშობს. არ არის აუცილებელი, რომ იდენტობის ძიების ეს პროცესი სინანულთან, დაბნეულობასთან ან ცუდი გადაწყვეტილების მიღებასთან გაიგივდეს, რადგან ზრდასრული ტგმ პირის გენდერული იდენტობა შეიძლება წინა იდენტობის გაუფასურების გარეშე შეიცვალოს (MacKinnon et al., 2021; Turban, Loo et al., 2021). იდენტობის ნებისმიერი ძიებისა და ნებისმიერ სხვა ცვლილების კუთხით მოზრდილ ტგმ პირებს დახმარება უნდა გაენიოთ (Expósito-Campos, 2021). სანამ კვლევა გრძელდება და გრძელვადიანი მიზნები და შედეგები ცხადი გახდება, გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობა, რომელიც შეუქცევადია, თავიდან უნდა იქნას აცილებული.

დეტრანზიციის გადაწყვეტილება იშვიათია (Defreyne, Motmans et al., 2017; Hadje-Moussa et al., 2019; Wiepjes et al., 2018). იმ ადამიანების რაოდენობის შეფასებები, რომლებიც დეტრანზიციას იდენტობის ცვლილების გამო გადის, სავარაუდოდ, კვლევის სხვადასხვა ფაზის

შერწყმის გამო, ზედმეტად გაბერილი იქნება (Expósito-Campos, 2021). მაგალითად, დეტრანზიციის კვლევის კოჰორტაში ხშირად შედის მოზრდილი ტგმ პირები, რომლებმაც დეტრანზიცია როგორც მათი იდენტობის ცვლილების გამო, ასევე იდენტობის ცვლილების გარეშე აირჩიეს. მიუხედავად იმისა, რომ დეტრანზიციის სისტემატიურად შესასწავლად ჩატარდა მცირე კვლევა, რომლებიც დაკავშირებულია ზრდასრული ტგმ პირების გადაწყვეტილებასთან, შეაჩერონ ტრანზიციის პროცესი ან დეტრანზიცია გაიარონ, ბოლო კვლევამ აჩვენა, რომ ტგმ ადამიანების უმეტესობამ, ვინც აირჩია დეტრანზიცია, ეს გააკეთა არა გენდერული იდენტობის ცვლილებების არამედ ისეთი გარე ფაქტორების გამო, როგორცაა სტიგმა და სოციალური მხარდაჭერის ნაკლებობა (Turban, King et al., 2021). ზრდასრულ ტგმ პირებს, რომლებსაც არ განუცდიათ იდენტობის ცვლილება, შესაძლოა, ტრანზიცია ან დეტრანზიცია ჩაგვრის, ძალადობის და სოციალური/ურთიერთობითი კონფლიქტის, ქირურგიული გართულებების, ჯანმრთელობის პრობლემების, ფიზიკური უკუჩვენებების, რესურსების ნაკლებობის ან შედეგებით უკმაყოფილების გამო აირჩიოს (Expósito-Campos, 2021). ასეთ შემთხვევებში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს მოვუწოდებთ, ტგმ პირს ამ გამონაკლისების დაძლევაში დაეხმარონ.

მიუხედავად იმისა, რომ დეტრანზიციის არჩევანი პროპორციულად იშვიათია, ზრდასრულ იდენტიფიცირებულ ტგმ პირთა რაოდენობის მოსალოდნელი საერთო ზრდა, გამოინვევს იმ ადამიანების აბსოლუტური რაოდენობის ზრდას, რომლებიც ცდილობენ, ტრანზიცია შეაჩერონ ან შეაბრუნონ. თუმცა, მიუხედავად იმისა, რომ აბსოლუტური რიცხვები შეიძლება გაიზარდოს, იმ ადამიანების პროცენტი, რომლებიც ცდილობენ, მუდმივი ფიზიკური ცვლილებები შეაჩერონ ან შეაბრუნონ, სავარაუდოდ, სტატიკურად დაბალი დარჩება. ამ იშვიათი მოთხოვნის არსებობა მოზრდილი ტგმ პირებისთვის კრიტიკული, სამედიცინოდ აუცილებელი სერვისების, მათ შორის ჰორმონებითა და ქირურგიული მკურნალობის შეწყვეტის მიზეზი არ უნდა გახდეს.

ამ სფეროში კვლევების შეზღუდული რაოდენობის გამო, კლინიკური ხელმძღვანელობა

ძირითადად ინდივიდუალურ შემთხვევის კვლევებს და ტგმ მოზრდილებთან მომუშავე ჯანდაცვის სპეციალისტების ექსპერტულ მოსაზრებას ეფუძნება (Expósito-Campos, 2021; Richards & Barrett, 2020). შესაბამისად, თუ ზრდასრულმა ტგმ პირმა განიცადა მუდმივი ფიზიკური ცვლილებები და ცდილობს მათ შებრუნებას, შემფასებელი ჯანდაცვის წარმომადგენელი ყოვლისმომცველ მულტიდისციპლინური შეფასების ჯგუფთან ერთად უნდა მოქმედებდეს. მულტიდისციპლინური გუნდი საშუალებას გაძლევთ, ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობაში გამოცდილი სამედიცინო პერსონალისგან დამატებითი შეხედულებები გაითვალისწინოთ. ზრდასრულ ტგმ პირებთან თანამშრომლობით, მულტიდისციპლინურ გუნდს აქვს საშუალება, რომ სანყისი მკურნალობისა და გადანყვეტილების მიღების მოტივაცია საფუძვლიანად გაიგოს. წინა ფიზიკურ ცვლილებებთან დაკავშირებული ნებისმიერი საფრთხე გულდასმით უნდა იყოს გამოკვლეული და მნიშვნელოვანი ძალისხმევა უნდა განხორციელდეს იმისთვის, რომ მსგავსი პრობლემები დეტრანზიციის გამო აღარ განმეორდეს.

მუდმივი ფიზიკური ცვლილებების შებრუნებით კმაყოფილებისა და კომფორტის ყველაზე დიდი ალბათობის უზრუნველსაყოფად, ზრდასრულმა ტგმ პირმა და მულტიდისციპლინურმა გუნდმა უნდა გამოიკვლიონ სოციალური ტრანზიციის როლი დეტრანზიციის შეფასებასა და მომზადებაში. ასეთ შემთხვევებში, დიდი ალბათობით, საჭირო იქნება როლში ცხოვრების გახანგრძლივება შემდგომი ფიზიკური ცვლილებების რეკომენდაციამდე. ჯანდაცვის სპეციალისტები ზრდასრულ ტგმ პირებს ნებისმიერი სოციალურ ცვლილებისას, ისევე როგორც ასეთი ცვლილების განხორციელების გადანყვეტილების მიღებისას წარუმატებლობის, სირცხვილის, დეპრესიის ან დანაშაულის გრძნობის განცდის გადალახვაში უნდა დაეხმარონ. გარდა ამისა, ადამიანებს უნდა ჰქონდეთ მხარდაჭერა ნებისმიერ ცრურწმენასთან ან სოციალურ სირთულეებთან გამკლავებაში, რაც მათ შესაძლოა განიცადეს და რამაც შესაძლოა დეტრანზიციის გადანყვეტილების მიღება გამოიწვიოს. ასევე მნიშვნელოვანია, დაეხმაროთ ადამიანს, მთე-

ლი პროცესის განმავლობაში ჯანდაცვის სერვისებში ჩართული დარჩეს (Narayan et al., 2021).

მიუხედავად იმისა, რომ ხელმისაწვდომი კვლევა აჩვენებს თანმიმდევრულ პოზიტიურ შედეგებს ზრდასრულ ტგმ პირთათვის, რომლებიც ტრანზიციას ირჩევენ (Aldridge et al., 2020; Byne et al., 2012; Gorin-Lazard et al., 2012; Owen-Smith et al., 2018; White Hughto & Reisner, 2016), ტრანზიციის პერიოდის შემდეგ ზოგიერთი ზრდასრული ტგმ პირი შესაძლოა დეკომპენსაციას განიცდიდეს ან გაუარესებულ მდგომარეობას უჩიოდეს. მცირე კვლევა ჩატარდა იმ ცვლადების სისტემატურად გამოსაკვლევად, რომლებიც ტრანზიციის პერიოდის შემდეგ ცუდ ან გაუარესებულ ბიოლოგიურ, ფსიქოლოგიურ ან სოციალურ პირობებთანაა დაკავშირებული (Hall et al., 2021; Littman, 2021); თუმცა, ეს მოვლენა იშვიათია (Hall et al., 2021; Wiepjes et al., 2018). იმ შემთხვევებში, როდესაც ადამიანები განიცდიან დეკომპენსაციას ფიზიკური ან სოციალური ტრანზიციის შემდეგ და შემდეგ უფრო ცუდ ბიოლოგიურ, ფსიქოლოგიურ ან სოციალურ მდგომარეობაში რჩებიან, ვიდრე ტრანზიციის პერიოდში იყვნენ, სერიოზულად უნდა იქნას განხილული, არის თუ არა ტრანზიციის ასეთ დროს ამ ადამიანისთვის შესაფერისი. იმ შემთხვევებში, როდესაც მკურნალობა აღარ არის მხარდაჭერილი, უნდა განხორციელდეს მხარდაჭერა, რაც პირს ხელს შეუწყობს, მართოს მკურნალობის შეწყვეტის პროცესი და ნებისმიერი თანმხლები სირთულეები (Narayan et al., 2021).

სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია, რომ ადამიანები, რომლებიც რაიმე მიზეზით დეტრანზიციას გადაიან, სათანადოდ იყვნენ მხარდაჭერილი. თუმცა უნდა გვახსოვდეს, რომ ეს იშვიათი მოვლენაა და ლიტერატურა გვიჩვენებს თანმიმდევრულად დადებით შედეგებს ზრდასრულ ტგმ პირთა უმრავლესობაში, რომლებიც მათთვის კომფორტულ გენდერს ითვისებენ, მათ შორის მათში, ვინც გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და/ან ქირურგიული მკურნალობას იტარებს (Byne et al., 2012; Green & Fleming, 1990; Lawrence, 2003; Motmans et al., 2012; Van de Griff, Elaut et al., 2018).

თავი 6. მოზარდები

ისტორიული კონტექსტი და ხაზიკვანძო ზრუნვის წინა სტანდარტის გამოკვლევა

ტრანსგენდერი მოზარდებისთვის სპეციალიზებული ჯანდაცვის პოლიტიკის წარმოება 1980-იან წლებში დაიწყო, როდესაც მთელს მსოფლიოში ახალგაზრდებისთვის რამდენიმე სპეციალიზებული გენდერული კლინიკა შეიქმნა, რომლებიც ბავშვებისა და მოზარდების შედარებით მცირე რაოდენობას ემსახურებოდნენ. ბოლო წლებში მკვეთრად გაიზარდა მოზარდების რიცხვი, რომლებიც გენდერულ ზრუნვას საჭიროებენ (Arnoldussen et al., 2019; Kaltiala, Bergman et al., 2020). მას შემდეგ დაარსდა ახალი კლინიკები, მაგრამ ბევრგან კლინიკური სერვისები ზრუნვის მსურველ ახალგაზრდების მზარდ რაოდენობას ვერ აკმაყოფილებდა. აქედან გამომდინარე, ხშირად არის სერვისების მიღების მომლოდინეთა გრძელი რიგები და მთელს მსოფლიოში მრავალი ტრანსგენდერი ახალგაზრდა ზრუნვის მიღებასთან დაკავშირებული ბარიერების წინაშე დგას (Tollit et al., 2018).

ბოლო დრომდე ინფორმაცია მოზარდებში გენდერული მრავალფეროვნების გავრცელების შესახებ შეზღუდული იყო. საშუალო სკოლის შერჩევების კვლევები მიუთითებს ბევრად უფრო მაღალ მაჩვენებლებზე, ვიდრე ადრე იყო მოსალოდნელი, ანგარიშებში მონაწილეთა 1.2%-მდე თავს ტრანსგენდერად მიიჩნევს (Clark et al., 2014) და 2.7%-მდე ან მეტი (მაგ. 7-9%) გენდერული მრავალფეროვნების სხვადასხვა გამოვლინებებზე მიუთითებს (Eisenberg et al., 2017; Kidd et al., 2021; Wang et al., 2020). ეს კვლევები ამტკიცებს, რომ გენდერული მრავალფეროვნება ახალგაზრდებში აღარ უნდა განიხილებოდეს როგორც იშვიათი. გარდა ამისა, გენდერულ კლინიკებში არათანაბარი თანაფარდობა დაფიქსირდა – მოზარდები, რომლებსაც დაბადებისას ქალის სქესი აქვთ მინიჭებული (AFAB) 2.5-7.1-ჯერ უფრო ხშირად მიმართავენ კლინიკებს, ვიდრე მოზარდები, რომლებსაც დაბადებიდან მამრობითი სქესი აქვთ მინიჭებული (AMAB) (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).

ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობის მსოფლიო პროფესიული ასოციაციის (WPATH) ზრუნვის სტანდარტების განყოფილება, რომელიც ბავშვებისა და მოზარდების საჭიროებებს ეძღვნებოდა, პირველად 1998 წლის WPATH-ის ზრუნვის სტანდარტებში, მე-5 ვერსიაში შევიდა (Levine et al., 1998). 16 წელზე უფროსი ასაკის ახალგაზრდები სქესის დამადასტურებელი სამედიცინო დახმარების მისაღებად შესაფერის კანდიდატებად მიიჩნეეს, მაგრამ მხოლოდ ცალკეულ შემთხვევებში. შემდგომში მე-6 (Meyer et al., 2005) და მე-7 (Coleman et al., 2012) ვერსიებმა მოზარდების სამედიცინო დამადასტურებელი მკურნალობა სამ კატეგორიად დაყვეს და წარმოადგინეს დამაკმაყოფილებელი კრიტერიუმები ასაკთან/პუბერტატის სტადიასთან დაკავშირებით – კერძოდ, სრულად შექცევადი სქესობრივი მომწიფების ბლოკატორები პუბერტატის დაწყებისთანავე; ნაწილობრივ შექცევადი ჰორმონული თერაპია (ტესტოსტერონი, ესტროგენი) მოზარდებისთვის ზრდასრულ ასაკში, რომელიც ევროპის ზოგიერთ ქვეყანაში 16 წელი იყო; და შეუქცევადი ოპერაციები 18 წლის, ან უფროს ასაკში, გარდა გულმკერდის „მასკულინიზაციული“ მასტექტომიისა, რომლის მინიმალური ასაკიც 16 წელი იყო. გენდერთან დაკავშირებული სამედიცინო დახმარების დამატებითი კრიტერიუმები მოიცავდა გენდერული „არაკონფორმულობის“ / დისფორიის მუდმივ, ხანგრძლივ (ბავშვობაში) ისტორიას, რომელიც პუბერტატის დაწყებისას ჩნდება ან ძლიერდება; მკურნალობის ხელისშემშლელი ფსიქოლოგიური, სამედიცინო ან სოციალური პრობლემების არარსებობას ან მათ წარმატებით მართვას; მშობლების/მეურვის მხრიდან მხარდაჭერის უზრუნველყოფას ინტერვენციის დასაწყებად; და ინფორმირებულ თანხმობას. ზრუნვის სტანდარტების ამ მე-8 გამოცემისთვის შექმნილია ცალკე თავი – ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი (ტგმ) შესახებ, რომელიც განსხვავდება ბავშვების ნაწილისგან შემდგომ: 1) მოზარდთა მიმართვიანობის საგრძნობლად გაზრდილი მონაცემებით 2) მოზარდთა გენდერულ მრავალფეროვნებასთან დაკავშირებული ზრუნვის სპეციფიკური კვლევების გაზრდილი

რაოდენობით; და 3) ამ ასაკობრივი ჯგუფის განვითარებისა და გენდერის დამადასტურებელი ზრუნვის უნიკალური საკითხებით.

გენდერთან დაკავშირებული ზრუნვის არასპეციფიკური ტერმინები თავიდან აცილებულია (მაგ. გენდერის დამადასტურებელი მოდელი, გენდერული კვლევის მოდელი), რადგან ეს წარმოადგენს არა ერთიან, არამედ ჰეტეროგენული მზრუნველობის პრაქტიკებს, რომლებიც სხვადასხვა გარემოში განსხვავებულად არის განსაზღვრული.

მოზარდობის მიმოხილვა

მოზარდობა ბავშვობიდან ზრდასრულობამდე განვითარების პერიოდია, რომელიც შედარებით სწრაფი ფიზიკური და ფსიქოლოგიური მომნიშვნელობით ხასიათდება (Sanders, 2013). განვითარების მრავალი პროცესი, მათ შორის, პუბერტატული სიგნალის ცვლილებები, ერთდროულად მიმდინარეობს. პუბერტატულ პროგრესთან ერთად კოგნიტური, ემოციური და სოციალური სისტემები მნიშვნელოვნად ვითარდება ფიზიკური ცვლილებები. ეს პროცესები ყველა ადამიანისთვის ერთსა და იმავე დროს და ერთსა და იმავე ასაკში არც იწყება და არც მთავრდება. ამიტომ, მოზარდობის ქვედა და ზედა საზღვრები არაზუსტია და არ შეიძლება, მხოლოდ ასაკის მიხედვით განისაზღვროს. მაგალითად, ფიზიკური პუბერტატული ცვლილებები შეიძლება დაიწყოს გვიან ბავშვობაში და ძირითადი ნერვული სისტემები განვითარებას 20-იან წლებამდე გაგრძელებს (Ferguson et al., 2021). ქვეყნები და მთავრობები ზრდასრულობის ასაკს სხვადასხვანაირად განსაზღვრავენ (იგულისხმება გადაწყვეტილების მიღების სამართლებრივი სტატუსი; Dick et al., 2014). მიუხედავად იმისა, რომ ზრდასრულობის ასაკად ბევრი 18 წელს მიიჩნევს, ზოგიერთ ქვეყანაში ეს 15 წელი (მაგ. ინდონეზია და მიანმარი), ხოლო ზოგ ქვეყანაში 21 წელია (მაგ. აშშ-ის შტატი მისისიპი და სინგაპური).

სიცხადისთვის, ეს თავი ეხება მოზარდებს სქესობრივი მომნიშვნელობის დაწყებიდან სრულწლოვანებამდე (უმეტეს შემთხვევაში 18 წლამ-

დე), თუმცა ამ თავში შეტანილია განვითარების სხვა ელემენტები, მათ შორის მშობლების/მეურვის ჩართულობის მნიშვნელობა, რომლებიც ტრანზიციული ასაკის ახალგაზრდებზე ზრუნვისთვის ხშირად აქტუალურია და სათანადოდ უნდა განიხილებოდეს.

მოზარდობის კოგნიტურ განვითარებას ხშირად ახასიათებს აბსტრაქტული აზროვნების, რთული მსჯელობისა და მეტაკოგნიციის განვითარება (ახალგაზრდის უნარი, იფიქროს საკუთარ გრძნობებზე და იმაზე, თუ როგორ აღიქვამენ მათ სხვები; Sanders, 2013). ჰიპოთეტური სიტუაციების მსჯელობის უნარი საშუალებას აძლევს ახალგაზრდას, რაიმე კონკრეტული გადაწყვეტილება გააცნობიეროს. თუმცა, მოზარდობა ასევე ხშირად რისკის შემცველ ქცევებთან ასოცირდება. ამ შესამჩნევ ცვლილებებთან ერთად, მოზარდობის პერიოდს ხშირად მშობლებისგან ინდივიდუაცია და გაზრდილი პიროვნული ავტონომიის განვითარება ახასიათებს. ხშირად არის გაზრდილი ფოკუსირება თანატოლებთან ურთიერთობაზე, რაც შეიძლება როგორც სასარგებლო, ასევე საზიანო იყოს (Gardner & Steinberg, 2005).

მოზარდები ხშირად განიცდიან გაძლიერებულ გრძნობას, რომელიც გამონვეულია დაჯილდოებისადმი ჰიპერმგრძნობელობით და ნაჩვენებია, რომ მათი დროის შეგრძნება ხანდაზმული ადამიანებისგან განსხვავდება (Van Leijenhorst et al., 2010). სოციალურ-ემოციური განვითარება, როგორც წესი, მოზარდობის პერიოდში პროგრესირებს, თუმცა ახალგაზრდებს შორის ინტერპერსონალური და ინტრაპერსონალური კომუნიკაციის მხრივ სიმწიფის დონის თვალსაზრისით დიდი განსხვავებაა (Grootens-Wiegers et al., 2017). ტემ მოზარდებისთვის, რომლებიც იღებენ გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილებებს – გადაწყვეტილებები, რომლებსაც შეიძლება მოჰყვეს უწყვეტი შედეგები – მნიშვნელოვანია იმის გაგება, თუ როგორ შეიძლება გავლენა იქონიოს განვითარების ყველა ამ ასპექტმა გადაწყვეტილების მიღებაზე მოცემული ახალგაზრდისთვის მათ სპეციფიკური კულტურული კონტექსტში.

მოზარდთა გენდერული იდენტობის განვითარება

მოზარდობის ასაკში გენდერული იდენტობის განვითარების ჩვენი გაგება განვითარებას აგრძელებს. გენდერულად მრავალფეროვანი ახალგაზრდებისა და მათი ოჯახებისთვის კლინიკური დახმარების განწესებას მნიშვნელოვანია ვიცოდეთ, რა არის და რა არ არის ცნობილი გენდერული იდენტობის შესახებ მოცემულ მომენტში (Berenbaum, 2018). მკურნალობის განხილვისას, ოჯახებს შეიძლება ჰქონდეთ კითხვები მათი მოზარდის გენდერული იდენტობის განვითარებასთან დაკავშირებით და აინტერესებდეთ, შენარჩუნდება თუ არა მათი მოზარდის მიერ იდენტიფიცირებული გენდერი დროთა განმავლობაში. ზოგიერთი მოზარდისთვის დეკლარირებული გენდერული იდენტობა, რომელიც განსხვავდება დაბადებისას მინიჭებული სქესისგან, მათი მშობლებისთვის/მეურვეებისთვის გასაკვირი არ არის, რადგან მათი გენდერული გამოხატვის ისტორია ბავშვობიდან იწყება (Leibowitz & de Vries, 2016). სხვებისთვის, ეს ნათელი პუბერტატული ცვლილებების დროს ან მოზარდობის ასაკში ხდება (McCallion et al., 2021; Sorbara et al., 2020).

ისტორიულად, სოციალური დასწავლისა და კოგნიტური განვითარების კვლევა გენდერულ განვითარებაზე ძირითადად ტარდებოდა იმ ახალგაზრდებთან, რომლებსაც გენდერულად მრავალფეროვანი იდენტობა და გამოხატვა არ ჰქონდათ და იმ ვარაუდით ტარდებოდა, რომ გენდერი კონკრეტულ სქესთან იყო კორელაციაში; ამიტომ, გენდერული იდენტობის განვითარებას მცირე ყურადღება ეთმობოდა. გარდა ბიოლოგიური ფაქტორებისა, რომლებიც გავლენას ახდენენ გენდერულ განვითარებაზე, ამ კვლევამ აჩვენა, რომ ფსიქოლოგიური და სოციალური ფაქტორები ასევე ასრულებენ როლს (Perry & Pauletti, 2011). მიუხედავად იმისა, რომ ტემ ახალგაზრდებში გენდერული იდენტობის განვითარებაზე ნაკლები ფოკუსი იყო, არსებობს საკმარისი საფუძველი ვივარაუდოთ, რომ ბიოლოგიური ფაქტორების გარდა, ფსიქოსოციალური ფაქტორებიც მონაწილეობს (Steensma, Kreukels et al., 2013). ზოგიერთი ახალგაზრდისთვის გენდერული იდენტობის განვითარება მყარია და ხშირად მცირე ასაკიდანაა გამომხატული,

ზოგისთვის კი ეს შეიძლება იყოს განვითარების პროცესი, რომლის დროსაც გენდერული იდენტობა დროთა განმავლობაში ყალიბდება.

ნეიროვიზუალიზაციის კვლევები, გენეტიკური კვლევები და სხვა ჰორმონების კვლევები ინტერსექს ინდივიდებში აჩვენებენ ბიოლოგიურ წვლილს გენდერული იდენტობის განვითარებაში ზოგიერთი ინდივიდისთვის, რომელთა გენდერული იდენტობა დაბადებისას მინიჭებულ სქესს არ ემთხვევა (Steensma, Kreukels et al., 2013). ვინაიდან ოჯახებს სწორედ ამ საკითხთან დაკავშირებით ხშირად კითხვები უჩნდებათ, მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ შეუძლებელია ერთმანეთისგან განასხვავოთ ისინი, ვისთვისაც გენდერული იდენტობა დაბადებიდან ფიქსირებულია და ისინი, ვისთვისაც გენდერული იდენტობის განვითარება განვითარების პროცესია. ვინაიდან შეუძლებელია ყველა მოზარდისთვის გენდერული იდენტობის განვითარების ხელშემწყობი სხვადასხვა ფაქტორების ცალსახად დადგენა, მნიშვნელოვანი და აუცილებელია ყოვლისმომცველი კლინიკური მიდგომა (იხ. დებულება 3). მომავალი კვლევები, თუ ისინი დიდი ხნის განმავლობაში სხვადასხვა კოჰორტის ჯგუფებზე ჩატარდება, გენდერული იდენტობის განვითარებას მეტ ნათელს მოჰფენს. ასევე აუცილებელი იქნება გენდერული იდენტობის კონცეპტუალიზაცია მამრობითი და მდედრობითი სქესის დიქოტომიური (მაგ. ბინარული) კატეგორიზაციიდან გენდერული სპექტრის განზომილებაზე გადასვლის გზით (APA, 2013).

გენდერულად მრავალფეროვანი ახალგაზრდებისთვის მოზარდობის ასაკი შეიძლება გენდერული იდენტობის განვითარებისთვის კრიტიკული პერიოდი იყოს (Steensma, Kreukels et al., 2013). ჰოლანდიაში ჩატარებულმა ხანგრძლივმა კლინიკურმა კვლევებმა ბავშვობაში გენდერული დისფორიის მქონე მოზარდებზე, რომლებმაც სქესობრივი მომწიფების დათრგუნვა, ან გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონები, ან ორივე ჩაიტარეს, დადგინდა, რომ ზრდასრულ ასაკში არცერთი ახალგაზრდა მოზარდობისას მიღებულ გადაწყვეტილებებს არ ნანობდა (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; de Vries et al., 2014). ეს დასკვნები მიუთითებს, რომ მოზარდები, რომლებიც სრულყოფილად შეფასდნენ და განისაზღვრა,

რომ ემოციურად საკმარისად მომნიშვნელები იყვნენ, რათა გენდერის დამადასტურებელ სამედიცინო ზრუნვასთან დაკავშირებით მკურნალობის გადაწყვეტილებები მიეღოთ, კვლევის ჩატარების პერიოდში გენდერული იდენტობის სტაბილურობა ჰქონდათ.

ჰოლანდიური კოჰორტის ლონგიტუდური კვლევების შედეგების ექსტრაპოლაციისას დღევანდელ გენდერულად მრავალფეროვან მოზარდებზე, რომლებიც ზრუნვას საჭიროებენ, მნიშვნელოვანია გავითვალისწინოთ სოციალური ცვლილებები, რომლებიც დროთა განმავლობაში ტემპირებთან მიმართებით მოხდა. ტემპ იდენტობების ხილვადობის ზრდის გათვალისწინებით, მნიშვნელოვანია გვესმოდეს, თუ როგორ შეიძლება ცნობიერების ამაღლებამ გავლენა იქონიოს გენდერულ განვითარებაზე (Kornienko et al., 2016). გამოვლენილი ერთ-ერთი ტენდენცია არის ის, რომ გენდერულ კლინიკებს არაბინარული იდენტობების მქონე უფრო მეტი ახალგაზრდა მიმართავს (Twist & de Graaf, 2019). კიდევ ერთი ფენომენი, რომელიც კლინიკურ პრაქტიკაში ხდება, არის იმ მოზარდების რაოდენობის ზრდა, რომლებსაც ბავშვობის წლებში გენდერული მრავალფეროვნება ერთი შეხედვით არ ჰქონიათ გამოცდილი, გამომხატული (ან გამოცდილი და გამომხატული). ერთმა მკვლევარმა სცადა გენდერული მრავალფეროვნების გამოცდილების მოგვიანებით გამოვლენის კონკრეტული ფორმა შეესწავლა და აღენერა (Littman, 2018). თუმცა, კვლევის შედეგები უნდა განიხილებოდეს მნიშვნელოვანი მეთოდოლოგიური გამოწვევების კონტექსტში, მათ შორის 1) კვლევამ გამოკითხა მშობლები და არა ახალგაზრდების პერსპექტივები; და 2) რეკრუტირება მოიცავდა მშობლებს ისეთი სათემო გარემოდან, სადაც გენდერული დისფორიის მკურნალობა სკეპტიციზმით განიხილება და აკრიტიკებენ. თუმცა, ეს მიგნებები სხვა კვლევებში არ განმეორდა. ახალგაზრდების შერჩეული ქვეჯგუფისთვის, სოციალური გავლენისადმი მიდრეკილება, რომელიც გავლენას ახდენს გენდერზე, შეიძლება მნიშვნელოვანი განმასხვავებელი იყოს (Kornienko et al., 2016). თუმცა, სიფრთხილე უნდა იქნას გამოჩენილი, რათა თავიდან იქნას აცილებული იმის ვარაუდი,

რომ ეს ფენომენები ნაადრევად განვითარდება ცალკეულ მოზარდში და რომელიც ეყრდნობა მონაცემთა ბაზის ინფორმაციას, რომელიც შესაძლოაა, მიკერძოებული იყოს (Bauer et al., 2022; WPATH, 2018). მნიშვნელოვანია გავითვალისწინოთ ის სარგებელი, რომელიც შეიძლება ჰქონდეს სოციალურ კავშირს იმ ახალგაზრდებისთვის, რომლებსაც ურთიერთობა მხარდამჭერ ადამიანებთან აქვს (Tuzun et al., 2022) (იხ. დებულება 4).

მოზარდის გენდერული იდენტობის განვითარების შესახებ ცოდნის განვითარებადი ბუნების გათვალისწინებით, კლინიკური ზრუნვისადმი ინდივიდუალური მიდგომა ეთიკური და აუცილებელია. როგორც ეს მედიცინის ყველა სფეროშია მიღებული, თითოეულ კვლევას აქვს მეთოდოლოგიური შეზღუდვები და კვლევის შედეგად გამოტანილი დასკვნები არ შეიძლება და არ უნდა იყოს საყოველთაოდ გამოყენებული ყველა მოზარდის მიმართ. ეს ასევე ეხება მშობლების საერთო კითხვებს კონკრეტული ახალგაზრდის გენდერული იდენტობის განვითარების სტაბილურობასა და არასტაბილურობაზე. მიუხედავად იმისა, რომ მომავალი კვლევა გენდერული იდენტობის განვითარების მეცნიერულ გაგებას ხელს შეუწყობს, გარკვეული ხარვეზები ყოველთვის შეიძლება დაფიქსირდეს. გარდა ამისა, ზრუნვის დროს თვითგამორკვევის ეთიკის გათვალისწინებით, ამ ხარვეზებმა მოზარდი ტემპირი მნიშვნელოვანი და აუცილებელი ზრუნვის გარეშე არ უნდა დატოვოს.

ტრანსგენდერი მოზარდების გენდერული დახმარების საპროცედურული რეკომენდაციები

ტრანსგენდერ მოზარდთა მოვლის მთავარი გამოწვევა მტკიცებულების ხარისხია, რომელიც სამედიცინოდ აუცილებელი გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და ქირურგიული მკურნალობის (GAMST) ეფექტურობას აფასებს (იხ. აუცილებელი სამედიცინო განცხადება გლობალურ თავში, დებულება 2.1), დროთა განმავლობაში. იმის გათვალისწინებით, თუ რა გავლენას მოახდენს სამედიცინო მკურნალობა მთელი ცხოვრების განმავლობაში და მცირე ასაკში მკურნალობის დაწყებიდან გამომდინარე, მოზარდები, მათი

მშობლები და ზრუნვის მიმწოდებლები მტკიცებულების ხარისხის შესახებ ინფორმირებული უნდა იყვნენ. მიზანშეწონილია, რომ გადანყვეტილებები მედიკამენტურ და ქირურგიულ მკურნალობაზე გადასვლის შესახებ სიფრთხილით იყოს მიღებული. ადრეული სამედიცინო ჩარევის ეფექტურობის მხარდაჭერი მტკიცებულებების ნელ-ნელა მზარდი რაოდენობის მიუხედავად, კვლევების რაოდენობა, რომელიც ახალგაზრდებზე დაკვირვებას ზრდასრულ ასაკშიც აგრძელებს, ჯერ კიდევ მცირეა. ამიტომ, მოზარდებში მკურნალობის შედეგების სისტემატური მიმოხილვა შეუძლებელია. ამის ნაცვლად მოცემულია მოკლე ნარატიული მიმოხილვა.

ამ თავის დაწერის დროს არსებობდა რამდენიმე შემდგომი ლონგიტუდური კოჰორტის კვლევა, რომელიც ადრეული (მოზარდების) სამედიცინო მკურნალობის დადებით შედეგებს აჩვენებდა; მნიშვნელოვანი დროის განმავლობაში, ამ კვლევებიდან ბევრი ჰოლანდიის ერთ-ერთ კლინიკაში ჩატარდა (e.g., Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; de Vries, Steensma et al., 2011; de Vries et al., 2014; Smith et al., 2001, 2005). შედეგებმა ცხადყო, რომ გენდერული დისფორიის გადანყვეტა გაუმჯობესებულ ფსიქოლოგიურ ფუნქციონირებასა და სხეულის ხატით კმაყოფილებასთანაა დაკავშირებული. ამ კვლევების უმეტესობა მეთოდოლოგიურ დიზაინს მიჰყვა და საბაზისო ფსიქოლოგიური მდგომარეობა სამედიცინო გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის მიწოდების შედეგებს შეადარა. სხვადასხვა კვლევებმა მკურნალობის ინტერვენციების ინდივიდუალური ასპექტები ან კომბინაციები შეაფასა, რაც მოიცავდა 1) გენდერის დამადასტურებელ ჰორმონებს და ოპერაციებს (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; Smith et al., 2001, 2005); 2) პუბერტატის დათრგუნვა (de Vries, Steensma et al., 2011); და 3) პუბერტატის დათრგუნვა, დამადასტურებელი ჰორმონები და ოპერაციები (de Vries et al., 2014). 2014 წლის ლონგიტუდური კვლევა არის ერთადერთი კვლევა, რომელიც ახალგაზრდებს ადრეული მოზარდობის ასაკიდან (წინასწარი მკურნალობა, საშუალო ასაკი 13.6) ადრეულ ზრდასრულობამდე (მკურნალობის შემდგომ, საშუალო ასაკი 20.7) მიჰყვა. ეს იყო პირველი კვლევა,

რომელმაც აჩვენა, რომ გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობა საშუალებას აძლევდა ტრანსგენდერ მოზარდებს, განეხორციელებინათ ასაკის შესაბამისი განვითარების ტრანზიცია და ზრდასრულ ასაკში დადასტურებულ გენდერთან დამაკმაყოფილებელი ობიექტური და სუბიექტური შედეგებით ეცხოვრათ (de Vries et al., 2014). მიუხედავად იმისა, რომ კვლევამ გამოიყენა მცირე და სოციალურად მხარდაჭერილი შერჩევა ($n = 55$), შედეგები დამაჯერებელი აღმოჩნდა. აღსანიშნავია, რომ მონაწილეები იყვნენ იმ ჰოლანდიური კლინიკის ნაწილი, რომელიც ცნობილია მულტიდისციპლინური მიდგომით, მათ შორის გენდერული დისფორიის ყოვლისმომცველი, მუდმივი შეფასების და მართვის უზრუნველყოფისა და ემოციური კეთილდღეობისკენ მიმართული მხარდაჭერით.

რამდენიმე ახლახან გამოქვეყნებული ხანგრძლივი კვლევა მონაწილეებს მათი გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის სხვადასხვა ეტაპზე აფასებდა. ამ კვლევებში ზოგიერთ მონაწილეს გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო მკურნალობა არ დაუწყია, ზოგს პუბერტატის დათრგუნვით მკურნალობდნენ, ზოგმა კი გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონები დაიწყო ან გენდერის დამადასტურებელი ოპერაციაც გაიკეთა (GAS). (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). მკურნალობისა და მეთოდების ჰეტეროგენულობის გათვალისწინებით, ამ ტიპის დიზაინი შედეგების ინტერპრეტაციას უფრო რთულს ხდის. მიუხედავად იმისა, საბაზისო შეფასებებთან შედარებით, მკურნალობის შემდგომ სამი თვიდან ორ წლამდე მონაცემები მუდმივად აჩვენებენ გაუმჯობესებულ ან სტაბილურ ფსიქოლოგიურ ფუნქციონირებას, სხეულის ხატსა და მკურნალობით კმაყოფილებას.

კროსსექციური კვლევები გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის ეფექტების შესაფასებლად სხვა დიზაინს გვთავაზობს. ერთ-ერთმა ასეთმა კვლევამ ტრანსგენდერ მოზარდებში სანყის ეტაპზე და სქესობრივი მომნიშვნის დათრგუნვის დროს ფსიქოლოგიური მდგომარეობები მათი სისგენდერი თანატოლების ფსიქოლოგიურ მდგომარეობას შეადარა.

საწყის ეტაპზე ტრანსგენდერმა ახალგაზრდებმა სისგენდერ თანატოლებთან შედარებით დაბალი ფსიქოლოგიური ფუნქციონირება აჩვენეს, მაშინ როცა პუბერტატის დათრგუნვისას მათ უკეთესი ფუნქციონირება ჰქონდათ, ვიდრე მათ სისგენდერ თანატოლებს (van der Miesen et al., 2020). გრანისმა და სხვ. (2021) აჩვენეს, რომ ტრანსგენდერ მამაკაცებს, რომლებმაც ტესტოსტერონის მიღება დაიწყეს, უფრო დაბალი ინტერნალიზებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სიმპტომები ჰქონდათ (დეპრესია და შფოთვა), ვიდრე მათ, ვისაც ტესტოსტერონის მიღება არ დაუწყია.

ოთხი დამატებითი კვლევა სხვადასხვა დიზაინს მიყვებოდა. რეტროსპექტული სამედიცინო ჩანაწერების კვლევაში (Kaltiala, Heino et al., 2020) ტრანსგენდერი მოზარდები, რომლებსაც გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონების დაწყებამდე ფსიქიკური ჯანმრთელობის უმნიშვნელო გამოწვევები ჰქონდათ ან საერთოდ არ ჰქონდათ, ზოგადად მკურნალობას კარგად იტანდნენ. თუმცა მოზარდებთან, რომლებსაც საწყის ეტაპზე უფრო მეტი ფსიქიკური ჯანმრთელობის გამოწვევები ჰქონდათ, გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო მკურნალობის დროს მათი გამოვლენა გრძელდებოდა. ნიდერმა და კოლეგებმა (2021) შეისწავლეს ზრუნვით კმაყოფილება, როგორც შედეგის საზომი და აჩვენეს, რომ ტრანსგენდერი მოზარდები დაწყებული მკურნალობის პროგრესირებასთან ერთად უფრო და უფრო კმაყოფილები იყვნენ. ჰისლე-გორმანმა და სხვებმა (2021) 3,754 ტგმ მოზარდისგან შემდგარ დიდ პოპულაციაში ერთმანეთს შეადარა მედიკამენტების გამოყენება გენდერის დამადასტურებელი ფარმაცევტული საშუალებების დაწყებამდე და დაწყების შემდგომ – როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის სიმძიმის ინდიკატორი. ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესების შესახებ ავტორების ჰიპოთეზის საპირისპიროდ, ამ კვლევაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტატუსი მნიშვნელოვნად არ შეცვლილა და ფსიქოტროპული მედიკამენტების მოხმარება გაიზარდა. ტრანსგენდერი მოზარდების დიდ შერჩევაში ტურბანმა და სხვებმა (2022) აღმოაჩინეს, რომ მათ, ვისაც მოზარდობის პერიოდში გენდერის დამადასტურებელ ჰორმონებ-

ზე ხელმისაწვდომობა ჰქონდათ, გასული წლის განმავლობაში თვითმკვლელობის უფრო დაბალი შანსები ჰქონდათ იმ ტრანსგენდერ ადამიანებთან შედარებით, რომლებიც გენდერის დამადასტურებელ ჰორმონების მიღებას ზრდასრულ ასაკში იწყებდნენ.

ექიმებმა შეიძლება განიხილონ შესაძლებლობა, რომ მოზარდმა გენდერის დამადასტურებელი გადაწყვეტილებები მოზარდობის პერიოდში ინანონ, და გაუჩნდეთ მკურნალობის შეწყვეტისა და დაბადებისას მინიჭებული გენდერული როლით ცხოვრებაში დაბრუნების სურვილი. ორი ჰოლანდიური კვლევა აჩვენებს მოზარდების მცირე რაოდენობას (1.9% და 3.5%), რომლებიც სქესობრივი მომნიშვნის დათრგუნვის შეჩერებას ირჩევენ (Brik et al., 2019; Wiepjes et al., 2018). ეს კვლევები კვლავინდებურად ჩატარდა იმ კლინიკებში, რომლებიც მიჰყვებიან პროტოკოლს, რომელიც გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო მკურნალობის დაწყებამდე ყოვლისმომცველ შეფასებას მოიცავს. ამჟამად, ხელმისაწვდომი არ არის კლინიკური კოჰორტის კვლევები იმ მოზარდების პოპულაციაზე, რომლებიც დამადასტურებელი მკურნალობის შემდეგ თავდაპირველ გადაწყვეტილებას ნანობენ ან დეტრანზიციას გადიან. ბოლო კვლევები მიუთითებს, რომ არიან მოზარდები, რომლებიც დეტრანზიციას გადიან, მაგრამ არ ნანობენ მკურნალობის დაწყებას, რადგან მათ მიაჩნიათ, რომ მკურნალობის დაწყება ეს მათი გენდერთან დაკავშირებული ზრუნვის საჭიროებების გამორკვევის ნაწილია (Turban, 2018).

თუმცა ეს პერსპექტივა შეიძლება არ ჭარბობდეს იმ ადამიანებში, რომლებიც დეტრანზიციას გადიან (Littman, 2021; Vandebussche, 2021). ზოგიერთმა მოზარდმა შეიძლება გადადგმული ნაბიჯები ინანოს (Dyer, 2020). აქედან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია ტრანსგენდერი მოზარდების დახმარებისას მათთვის შესაძლო შედეგების სრული დიაპაზონის გაცნობა. გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო მკურნალობის დაწყებამდე სპეციალისტებმა ეს თემა მოზარდთან და მათ მშობლებთან/მეურვეებთან თანამშრომლობით და ნდობის გზით (როგორც „პოტენციური სამომავლო გამოცდილება და განხილვა“) უნდა განიხილონ. ასევე, პროვაიდე-

რები მზად უნდა იყვნენ იმ მოზარდების მხარდასაჭერად, რომლებიც დეტრანზიციას გადაიან. ინტერნეტ გამოკითხვაში მონაწილე 237 დეტრანზიცია გავლილი პირიდან, რომელთა საშუალო ასაკი 25.02 წელი იყო და გამოკითხულთა 90% დაბადებისას მდედრად იყო განსაზღვრული, 18 წლამდე სამედიცინო ტრანზიცია 25%-ს, ხოლო დეტრანზიცია 14%-ს ჰქონდა გავლილი (Vandenbussche, 2021). მიუხედავად იმისა, რომ ინტერნეტ გამოკითხვის ნიმუში რესპონდენტთა შერჩევას გულისხმობს, ეს კვლევა გვაფიქრებს, რომ ტრანსგენდერმა ახალგაზრდა მოზარდებმა შესაძლოა დეტრანზიცია გაიარონ და ჯანდაცვის პროფესიონალებმა ამის შესახებ უნდა იცოდნენ. ბევრი მათგანი აღნიშნავდა, რომ დეტრანზიციის პროცესში სირთულეებს გადაწყდა და რომ ეს იყო მაიზოლირებული პროცესი, რომლის დროსაც მათ საკმარისი და შესაბამისი მხარდაჭერა ვერ მიიღეს (Vandenbussche, 2021).

დასკვნის სახით შეიძლება დავაფიქსიროთ, რომ მიუხედავად იმისა, რომ არსებული შერჩევები ახალგაზრდების შედარებით მცირე ჯგუფებს მოიცავდა (მაგ. n = 22-101) და დაკვირვების დრო კვლევების მიხედვით განსხვავდებოდა (6 თვე-7 წელი), მტკიცებულების ეს ბაზა იმ ტრანსგენდერი მოზარდების ცხოვრების ზოგად გაუმჯობესებაზე მიუთითებს, რომლებმაც ფრთხილი შეფასების შემდგომ სამედიცინო თვალსაზრისით აუცილებელი გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო მკურნალობა გაიარეს. გარდა ამისა, დაფიქსირებული სინანულის მაჩვენებელი კვლევის მონიტორინგის პერი-

ოდებში დაბალია. მთლიანობაში, მონაცემები გვიჩვენებს, რომ ადრეული სამედიცინო ჩარევა – როგორც გენდერული დისფორიასა და ზოგად კეთილდღეობაზე ფოკუსირებული შეფასების და მკურნალობის უფრო ფართო მიდგომების ნაწილი – შეიძლება ეფექტური და გამოსადეგი იყოს მრავალი ტრანსგენდერი მოზარდისთვის, რომლებიც ამ მკურნალობას საჭიროებენ.

შეჯამება და კვლევის უსუსურობები

მოზარდთა ზრუნვის სტანდარტების განცხადების ფორმულირებისას ასევე გათვალისწინებული იყო სამედიცინო ეთიკა და ადამიანის უფლებების ასპექტები. მაგალითად, შეუქცევადი სქესობრივი მომნიშვნის დაშვება მოზარდებში, რომლებსაც აქვთ გენდერული არაკონფორმულობა/შეუთავსებლობა, არ არის ე.წ. ნეიტრალური აქტი იმის გათვალისწინებით, რომ მას შესაძლოა, ტრანსგენდერ ახალგაზრდაზე მყისიერი და მთელი სიცოცხლის მანძილზე მავნე ზემოქმედება ჰქონდეს (Giordano, 2009; Giordano & Holm., 2020; Kreukels & Cohen-Kettenis, 2011). ადამიანის უფლებათა პერსპექტივიდან გამომდინარე, გენდერული მრავალფეროვნების, როგორც ნორმალური და მოსალოდნელი ცვალებადობის გათვალისწინებით, ადამიანის გამოცდილების ფართო მრავალფეროვნების ფარგლებში, მოზარდის უფლებაა საკუთარი ჯანმრთელობისა და ცხოვრების შესახებ გადაწყვეტილების მიღების პროცესში მონაწილეობა მიიღოს, და გენდერულ ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა ჰქონდეს (Amnesty International, 2020).

საკომენტარი დაკვლევა

- 6.1 გაცემთ რეკომენდაციას, რომ ჯანდაცვის სპეციალისტები, რომლებიც გენდერულად მრავალფეროვან მოზარდებთან მუშაობენ:
- 6.1.a- იყვნენ ლიცენზირებული თავიანთი ნორმატიული ორგანოს მიერ და ამ როლის შესაბამის კლინიკურ სფეროში ფლობდნენ მაგისტრის ან უფრო მაღალი ხარისხის დიპლომს ან მის ეკვივალენტს, რომელიც ეროვნული ნორმატიული ორგანოს მიერ არის მინიჭებული;
- 6.1.b- გაიარონ თეორიული და მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მომზადება და განავითარონ ცოდნა ბავშვის, მოზარდისა და ოჯახის ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ;
- 6.1.c- გაიარონ მომზადება და ჰქონდეთ გამოცდილება გენდერული იდენტობის განვითარებისა და ბავშვებისა და მოზარდების გენდერული მრავალფეროვნების საკითხებში, ჰქონდეთ უნარი, შეაფასონ თანხმობის/თანხმობის მიღების უნარი, და ჰქონდეთ ზოგადი ცოდნა მთელი სიცოცხლის მანძილზე გენდერული მრავალფეროვნების შესახებ.
- 6.1.d- გაიარონ მომზადება და გააღრმავონ ცოდნა აუტისტური სპექტრის აშლილობების და სხვა ნეიროგანვითარების შესახებ, ან გენდერულად მრავალფეროვან აუტისტ/ნეირომრავალფეროვან მოზარდებთან მუშაობისას შესაბამის სპეციალისტთან ითანამშრომლონ;
- 6.1.e- გააგრძელონ პროფესიული განვითარება ყველა სფეროში, რომელიც გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვებს, მოზარდებს და მათ ოჯახებს ეხება;

- 6.2- ჩვენ ვურჩევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომლებიც გენდერულად მრავალფეროვან მოზარდებთან მუშაობენ, ხელი შეუწყონ გენდერის შესწავლას და გამოხატვას ღიად და პატივისცემით ისე, რომ რომელიმე კონკრეტულ იდენტობას უპირატესობა არ მიანიჭონ;
- 6.3- ჩვენ ვურჩევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომლებიც გენდერულად მრავალფეროვან მოზარდებთან მუშაობენ, ჩაატარონ იმ მოზარდების ყოვლისმომცველი ბიოფსიქოსოციალური შეფასება, რომლებსაც გენდერულ იდენტობასთან დაკავშირებული ჩივილები აწუხებთ და სამედიცინო/ქირურგიულ დახმარებას საჭიროებენ და ეს ერთობლივად, მეგობრული გზით განახორციელონ;
- 6.4- ჩვენ ვურჩევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს იმუშაონ ოჯახებში, სკოლებსა და სხვა შესაბამის გარემოში, რათა მოზარდის ქცევისა და იდენტობის გენდერულად მრავალფეროვანი გამოხატვის მიმართ ტოლერანტობას ხელი შეუწყონ;
- 6.5- ჩვენ რეკომენდაციას გავცემთ ჯანდაცვის სპეციალისტებისთვის, რომ მათ არ შესთავაზონ რეპარაციული და კონვერსიული თერაპია, რომელიც მიზნად ისახავს შეცვალოს ადამიანის გენდერი და არსებული გენდერული გამოხატვა, რათა ის დაბადებისას მინიჭებულ სქესს შეესაბამებოდეს;
- 6.6- ჩვენ ვურჩევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან მოზარდებს გულმკერდის შემოკვრას(აბინდერის ტარება) და სასქესო ორგანოების კონტურების დამალვის შესახებ ინფორმაცია მიანიჭონ, სარგებლისა და რისკების მიმოხილვის ჩათვლით;
- 6.7- ჩვენ ვთავაზობთ სპეციალისტებს, განიხილონ მენსტრუაციის დამორგუნველი აგენტების დანიშვნა მოზარდებისთვის, რომლებსაც აღენიშნებათ გენდერის შეუთავსებლობა და რომლებსაც არ სურთ ტესტოსტერონის თერაპია, ან რომლებსაც სურთ, მაგრამ ტესტოსტერონო-თერაპია ჯერ არ დაუწყიათ, ან ტესტოსტერონის თერაპიასთან ერთად დანიშნონ მენსტრუაციის დამორგუნველი აგენტები შუალედური სისხლდენისთვის;
- 6.8- ჩვენ ვურჩევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს შეინარჩუნონ მუდმივი კავშირი გენდერულად მრავალფეროვან და ტრანსგენდერ მოზარდებთან და ნებისმიერ მეურვესთან, რათა სქესობრივი მომნიშვნის დათრგუნვის მკურნალობის, ჰორმონული მკურნალობისა და გენდერთან დაკავშირებული ქირურგიის ხანგრძლივობის განმავლობაში ტრანზიციის მიღწევამდე მოზარდს გადაწყვეტილებების მიღებაში დაეხმარონ;
- 6.9- ჩვენ ვურჩევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, ტრანზიციის დაწყებამდე ჩართონ შესაბამისი დისციპლინები, მათ შორის ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და სამედიცინო სპეციალისტები, რათა მიიღონ გადაწყვეტილება იმის შესახებ, არის თუ არა გენდერულად მრავალფეროვანი და ტრანსგენდერი მოზარდებისთვის სქესობრივი მომნიშვნის დათრგუნვა, ჰორმონების დაწყება ან გენდერთან დაკავშირებული ოპერაცია საუკეთესო არჩევანი და შენარჩუნდება თუ არა შედეგი მთელი კურსის განმავლობაში;
- 6.10- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო ან ქირურგიულ მკურნალობის მსურველ ტრანსგენდერებთან და გენდერულად მრავალფეროვან მოზარდებთან მუშაობენ, მკურნალობის დაწყებამდე, ახალგაზრდების პუბერტატული განვითარების კონტექსტში, აცნობონ მათ რეპროდუქციული ეფექტების შესახებ, ნაყოფიერების პოტენციური დაკარგვის ჩათვლით, და ნაყოფიერების შესანარჩუნებლად არსებული ვარიანტების შესახებ;
- 6.11- ჩვენ გავცემთ რეკომენდაციას, რომ როდესაც მოზარდებისთვის მითითებულია გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო ან ქირურგიული მკურნალობა, ჯანდაცვის პროფესიონალებმა, რომლებიც ტრანსგენდერებთან და გენდერულად მრავალფეროვან მოზარდებთან მუშაობენ, შეფასების და მკურნალობის პროცესში ჩართონ მშობელი(ები)/მეურვე(ები), თუ მათი ჩართულობა მოზარდისთვის საზიანო ან შეუსაბამო არ არის.
- შემდეგი რეკომენდაციები მოცემულია გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და ქირურგიული მკურნალობის მოთხოვნებთან დაკავშირებით (ყველა მათგანი უნდა დაკმაყოფილდეს):
- 6.12- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან მოზარდებს აფასებენ, პაციენტის მიერ მოთხოვნილ გენდერის დამადასტურებელ სამედიცინო ან ქირურგიულ მკურნალობას რეკომენდაცია მხოლოდ მაშინ გაუწიონ, როდესაც:
- 6.12.a- მოზარდი აკმაყოფილებს გენდერული შეუთავსებლობის დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებს ICD-11-ის მიხედვით იმ სიტუაციებში, როდესაც დიაგნოზი აუცილებელია ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობისთვის. იმ ქვეყნებში, რომლებსაც არ აქვთ დანერგილი უახლესი ICD, შეიძლება გამოყენებულ იქნას სხვა ტაქსონომიები, თუმცა ძალისხმევა უნდა იქნას ჩადებული უახლესი ICD-ის გამოსაყენებლად, რაც შეიძლება მალე;
- 6.12.b- გენდერული მრავალფეროვნება/შეუთავსებლობა თვალსაჩინოა და დროთა განმავლობაში შენარჩუნებულია;
- 6.12.c- მოზარდი ავლენს ემოციურ და გონებრივ სიმნიშვნეს, რომელიც მკურნალობაზე ინფორმირებული თანხმობის/თანხმობის გასაცემად საკმარისია;
- 6.12.d- მოგვარებულია მოზარდის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემა (ასეთის არსებობის შემთხვევაში), რომელმაც შეიძლება, დიაგნოსტიკის სიცხადეს, თანხმობის უნარს და გენდერის დამადასტურებელ სამედიცინო მკურნალობას ხელი შეუშალოს;
- 6.12.e- მოზარდი ინფორმირებულია რეპროდუქციული ეფექტების, მათ შორის, ნაყოფიერების პოტენციური დაკარგვისა და ნაყოფიერების შენარჩუნების არსებული საშუალებების შესახებ, და ეს განხილულია მისი პუბერტატული განვითარების სტადიის კონტექსტში;
- 6.12.f- მოზარდმა მიაღწია პუბერტატის ტენერის(ტენერის სკალა) მე-2 სტადიას რა დროსაც პუბერტატული დათრგუნვის დაწყება დასაშვებია;
- 6.12.g- მოზარდს ჩატარდა მინიმუმ თორმეტთვიანი გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპია, საჭიროების შემთხვევაში, და სასურველი ქირურგიული შედეგის მისაღწევად გენდერის დამადასტურებელი სხვა პროცედურების, მათ შორის, სარძევე ჯირკვლის გადიდება, ორქიექტომია, ვაგინოპლასტიკა, ჰისტერექტომია, ფალოპლასტიკა, მეტოიდოპლასტიკა და სახის ქირურგია, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც ჰორმონოთერაპია არ არის სასურველი ან სამედიცინო თვალსაზრისით არსებობს უკუჩვენება.

დეკლარაციის მოკლე შეჯამება და მოზარდებისთვის სპეციფიკური საკითხები

წინამდებარე სახელმძღვანელო პრინციპები შექმნილია მოზარდობის გენდერული იდენტობის განვითარების შესახებ ცნობილი და ნაკლებად ცნობილი ინფორმაციის, მოზარდობის პერიოდში გენდერის დადასტურების მტკიცებულებებისა და მოზარდობის განვითარების სხვა ეტაპებისგან განმასხვავებელი უნიკალური ასპექტების გათვალისწინებით.

იდენტობის ძიება: მოზარდობის განმსაზღვრელი მახასიათებელია იდენტობის, მათ შორის გენდერული იდენტობის ასპექტების გამყარება. დებულება 6.2 ეხება იდენტობის ძიებას გენდერული იდენტობის განვითარების კონტექსტში. დებულება 6.12.b ითვალისწინებს იმ დროის ხანგრძლივობას, რომელიც საჭიროა ახალგაზრდისთვის, რათა განიცადოს გენდერული მრავალფეროვნების იდენტობა, ან გამოხატოს გენდერული მრავალფეროვნების იდენტობა, ან ორივე ერთად, რათა გენდერის დამადასტურებელ ზრუნვასთან დაკავშირებით მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილება მიიღოს.

თანხმობა და გადაწყვეტილების მიღება: მოზარდობისას თანხმობის გაცემა და გადაწყვეტილების მიღება ინდივიდის ემოციური, გონებრივი და ფსიქოსოციალური განვითარების შეფასებას მოითხოვს. დებულება 6.12.c ემოციურ და შემეცნებით სიმწიფეს პირდაპირ ეხება და შეფასების პროცესის აუცილებელ კომპონენტებს აღწერს, რომლებიც გადაწყვეტილების მიღების უნარის შესაფასებლად გამოიყენება.

მშობლების/მეურვეების ჩართულობა: მოზარდები, როგორც წესი, თავიანთ აღმზრდელებზე/მშობლებზე მრავალმხრივ არიან დამოკიდებულნი. ეს მოქმედებს მაშინაც, როდესაც ახალგაზრდა ადამიანი მკურნალობის ვარიანტების შესახებ გადაწყვეტილების მიღებაში მონაწილეობს. დებულება 6.11 მეურვის/მშობლის ჩართულობის მნიშვნელობას ეხება და შეფასებასა და მკურნალობაში მათ როლს განიხილავს. არცერთ სახელმძღვანელო მითითებას არ შეუძლია გლობალური მასშტაბით თითოეული ინდივიდუალური გარემოება გაითვალისწინოს.

დეკლარაცია 6.1

ჩვენ გავცემთ რეკომენდაციას, რომ ჯანდაცვის სპეციალისტები, რომლებიც გენდერულად მრავალფეროვან მოზარდებთან მუშაობენ:

ა) იყვნენ ლიცენზირებული თავიანთი ნორმატიული ორგანოს მიერ და ამ როლის შესაბამის კლინიკურ სფეროში ფლობდნენ მაგისტრის ან მასთან გათანაბრებულ ხარისხს, რომელიც ეროვნული ნორმატიული ორგანოს მიერ არის მინიჭებული;

ბ) გაიარონ თეორიული და მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მომზადება და განივითარონ ცოდნა ბავშვის, მოზარდისა და ოჯახის ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ;

გ) გაიარონ მომზადება და ჰქონდეთ გამოცდილება გენდერული იდენტობის განვითარებისა და ბავშვებისა და მოზარდების გენდერული მრავალფეროვნების საკითხებში, ჰქონდეთ უნარი, შეაფასონ დასტურის/თანხმობის მიცემის შესაძლებლობა და ჰქონდეთ ზოგადი ცოდნა მთელი სიცოცხლის მანძილზე გენდერული მრავალფეროვნების შესახებ;

დ) გაიარონ მომზადება და გააღრმავონ ცოდნა აუტისტური სპექტრის აშლილობების და სხვა ნეიროგანვითარების გამოვლინებების შესახებ და გენდერულად მრავალფეროვან აუტისტური სპექტრის მქონე ნეიროდივერგენტულ მოზარდებთან მუშაობისას შესაბამის სპეციალისტთან ითანამშრომლონ;

ე) გააგრძელონ პროფესიული განვითარება ყველა სფეროში, რომელიც გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვებს, მოზარდებს და მათ ოჯახებს ეხება.

ტკმ მოზარდების და მათი ოჯახების შეფასებისას და მხარდაჭერისას, ექიმებს/ჯანდაცვის სპეციალისტებს (ჯდს) ესაჭიროებათ როგორც ზოგადი, ასევე სპეციფიკური ცოდნა და მომზადება გენდერულ საკითხებში. ექიმები, რომლებიც მომზადებულნი არიან მოზარდებთან და ოჯახებთან სამუშაოდ, ახალგაზრდებსა და ოჯახებზე ზრუნვისას მოზარდის განვითარებისა და ოჯახის დინამიკის საკითხებში მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ (Adelson et al., 2012; American Psychological Association, 2015;

Hembree. და et al., 2017). ზრუნვის ამ სტანდარტების სხვა თავები უფრო დეტალურად აღწერს ამ კრიტერიუმებს პროფესიონალებისთვის, რომლებიც გენდერულ ზრუნვას უზრუნველყოფენ (იხ. თავი 5 – შეფასება მოზრდილებისთვის; თავი 7 – ბავშვები; ან თავი 13 – ქირურგია და პოსტოპერაციული მოვლა). მოზარდებთან მომუშავე პროფესიონალებმა უნდა გაიგონ, რა არის და რა არ არის ცნობილი მოზარდის გენდერული იდენტობის განვითარებასთან დაკავშირებით და როგორ განსხვავდება ცოდნის ეს ბაზა უფროსებისა და პუბერტატამდელი ასაკის ბავშვების შესახებ არსებული ინფორმაციისგან. ჯანდაცვის სპეციალისტებს შორის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტს (ფჯს) აქვს ყველაზე შესაფერისი მომზადება და გამოყოფილი კლინიკური დრო, რათა შეფასება ჩაატაროს ტრანსგენდერ ახალგაზრდებთან, მათ შორის გენდერის დამადასტურებელი მედიკამენტური/ქირურგიული ჩარევის მსურველ პირებთან მუშაობისას მკურნალობის პრიორიტეტები და მიზნები განმარტოს. ოჯახის წევრების დინამიკის გაგება და მართვა, რომლებსაც შესაძლოა, ახალგაზრდის ისტორიასა და საჭიროებებთან დაკავშირებით განსხვავებული მოსაზრება ჰქონდეთ, მნიშვნელოვანი კომპეტენციაა, რომლის გადასაჭრელადაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები ხშირად მზად არიან.

როდესაც შეუძლებელია ბავშვებისა და მოზარდების განვითარებაში მომზადებულ პროფესიონალებთან წვდომა, სამედიცინო პერსონალმა უნდა აიღოს ვალდებულება, გაიაროს ტრენინგი ოჯახის დინამიკისა და მოზარდის განვითარების, მათ შორის გენდერული იდენტობის განვითარების სფეროებში. ანალოგიურად, იმის გათვალისწინებით, რომ აუტისტი/ნეიროდოვერგენტული ტრანსგენდერი ახალგაზრდები იმ პაციენტების მნიშვნელოვან უმცირესობას წარმოადგენენ, რომლებიც მსოფლიო მასშტაბით გენდერულ კლინიკებში სერვისებს იღებენ, მნიშვნელოვანია, რომ სამედიცინო პერსონალმა გაიაროს დამატებითი ტრენინგი აუტიზმის სფეროში და გააცნობიეროს აუტისტური სპექტრის მქონე გენდერულად მრავალფეროვან ახალგაზრდებზე ზრუნვის უნიკალური ელემენტები (Strang, Meagher et al., 2018). თუ ამ კვალიფი-

კაციის მიღება შეუძლებელია, მაშინ რეკომენდებულია კონსულტაცია და თანამშრომლობა პროვაიდერთან, რომელიც აუტიზმსა და ნეირომრავალფეროვნებაშია სპეციალიზებული.

დაკავშირებული 6.2

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომლებიც გენდერულად მრავალფეროვან მოზარდებთან მუშაობენ, ხელი შეუწყონ გენდერის ძიებასა და გამოხატვას ღიად და პატივისცემით ისე, რომ რომელიმე კონკრეტულ იდენტობას უპირატესობა არ მიანიჭოს.

მოზარდობა არის განვითარების პერიოდი, რომელიც მოიცავს ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ ცვლილებებს, რომელიც ხასიათდება ინდივიდუალობით და მშობლებისგან დამოუკიდებლობის მოპოვებით (Berenbaum et al., 2015; Steinberg, 2009). ეს არის პერიოდი, რომლის დროსაც ახალგაზრდები შესაძლოა იდენტობის, მათ შორის გენდერული იდენტობის სხვადასხვა ასპექტებს ეძიებდნენ.

მოზარდები თავიანთი იდენტობის ასპექტების შესწავლისა და მათ მიმართ ერთგულების ხარისხის თვალსაზრისით ერთმანეთისგან განსხვავდებიან (Meeus et al., 2012). ზოგიერთი მოზარდისთვის იდენტობის სიმყარის მიღწევის ტემპი სწრაფია, ზოგისთვის კი უფრო ნელი. ზოგიერთი მოზარდისთვის ფიზიკური, ემოციური და ფსიქოლოგიური განვითარება ხდება ერთსა და იმავე ზოგად ვადებში, ზოგისთვის კი განვითარების ამ ასპექტებს შორის გარკვეული ცდომილებები არსებობს. ანალოგიურად, არსებობს ცვალებადობა გენდერული იდენტობის განვითარების ვადებშიც (Arnoldussen et al., 2020; Katz-Wise et al., 2017). ზოგიერთი ახალგაზრდისთვის გენდერული იდენტობის განვითარება არის მკაფიო პროცესი, რომელიც იწყება ადრეულ ბავშვობაში, ზოგისთვის კი პუბერტატული ცვლილებები ხელს უწყობს პიროვნებისთვის გარკვეული გენდერული იდენტიფიკაციის ჩამოყალიბებას (Steensma, Kreukels et al., 2013), და მრავალი სხვისთვის ეს პროცესი შესაძლოა, პუბერტატული ცვლილებების დასრულების შემდეგაც დაიწყოს. ამ ვარიაციების

გათვალისწინებით, არ არსებობს ერთი კონკრეტული ტემპი, პროცესი ან შედეგი, რომლის ინდივიდუალური პროგნოზირებაც გენდერის დადასტურების მსურველი მოზარდისთვის შესაძლებელი იქნება.

ამიტომ, მოზარდებთან მომუშავე სამედიცინო პერსონალმა ისეთი გარემოს შექმნას უნდა შეუწყოს ხელი, რომელიც ერთდროულად პატივს სცემს მოზარდის დადასტურებულ გენდერულ იდენტობას და ასევე მოზარდს საშუალებას აძლევს, ღიად გაეცნოს გენდერულ საჭიროებებს, მათ შორის სოციალური, სამედიცინო და ფიზიკური გენდერის დამადასტურებელ ინტერვენციებს, ასევე დროთა განმავლობაში მათ ცვლილებასა და განვითარებას.

დასკვნა 6.3

რეკომენდაციას ვაძლევთ გენდერულად მრავალფეროვან მოზარდებთან მომუშავე ჯანდაცვის პროფესიონალებს, ჩაატარონ იმ მოზარდების ყოვლისმომცველი ბიოფსიქოსოციალური შეფასება, რომლებსაც გენდერულ იდენტობასთან დაკავშირებული ჩივილები აქვს და სამედიცინო/ქირურგიულ დახმარებას საჭიროებენ და ეს ერთობლივად, მეგობრული გზით განახორციელონ.

მოზარდობის პერიოდში იდენტობის მრავალგვარი განვითარების გათვალისწინებით, ჩვენ გირჩევთ გამოიყენოთ ყოვლისმომცველი ბიოფსიქოსოციალური შეფასება, რათა მკურნალობასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებები წარმართოთ და შედეგების ოპტიმიზაცია უზრუნველყოთ. ეს შეფასება, მოვლის ინდივიდუალიზაციის საბაზით, მიზნად უნდა ისახავდეს მოზარდის ძლიერი მხარეების, სუსტი მხარეების, დიაგნოსტიკური პროფილისა და უნიკალური საჭიროებების გაგებას. როგორც 6.1-დებულებაშია აღნიშნული, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს აქვთ ყველაზე შესაფერისი ცოდნა, გამოცდილება და გამოყოფილი დრო, რომელიც აქ განხილული ინფორმაციის მისაღებადაა საჭირო. შეფასების პროცესს უნდა მივუდგეთ მოზარდთან და მათ აღმზრდელ(ებ)თან ერთად, როგორც ცალ-ცალკე, ისე ერთობლივად, რაც უფრო დეტალურად

აღწერილია დებულებაში – 6.11. შეფასება უნდა მოხდეს ნებისმიერი სამედიცინო ან ქირურგიული ჩარევის განხილვამდე (მაგ. სქესობრივი მომნიჭების მახლოკირებელი მედიკამენტები, გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონები, ოპერაციები). იხილეთ სამედიცინო თვალსაზრისით საჭირო დებულებები მე-2 თავში – გლობალური გამოყენება, დებულება 2.1; იხილეთ ასევე თავი 12 – ჰორმონული თერაპია და თავი 13 – ქირურგია და პოსტოპერაციული მოვლა.

ახალგაზრდებმა შეიძლება გენდერული იდენტობის განვითარების მრავალნაირი გზა გაიარონ. გენდერის სოციოკულტურული დეფინიციები და გამოცდილება დროთა განმავლობაში განვითარებას აგრძელებს და ახალგაზრდები თავიანთ იდენტობას, გამოცდილებასა და გენდერთან დაკავშირებულ საჭიროებებს სულ უფრო ხშირად ავლენენ (Twist & de Graaf, 2019). მაგალითად, ზოგიერთი ახალგაზრდა მიხვდება, რომ ისინი ტრანსგენდერები, ან უფრო ფართო და მრავალფეროვანი გენდერული იდენტობის მქონე პირები არიან და გადადგამენ ნაბიჯებს, რათა თავი შესაბამისად წარმოადგინონ. ზოგიერთი ახალგაზრდისთვის გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო მკურნალობის მიღება მნიშვნელოვანია, ზოგისთვის კი ეს ნაბიჯები შეიძლება საჭირო არ იყოს. მაგალითად, დროთა განმავლობაში, ძიების პროცესმა შესაძლოა ახალგაზრდას დაბადებისას მინიჭებული სქესისგან განსხვავებული გენდერული იდენტობა არ განუვითაროს და, შესაბამისად, გენდერთან დაკავშირებული სამედიცინო ჩარევა საჭირო არ გახდეს (Arnoldussen et al., 2019).

ყველაზე ძლიერი ხანგრძლივი მტკიცებულება, რომელიც მოზარდებში გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და ქირურგიული მკურნალობის უპირატესობებს უჭერდა მხარს, მოპოვებული იქნა ისეთ კლინიკურ გარემოში, რომლის ზრუნვის პროტოკოლიც გარკვეული დროის განმავლობაში დეტალური და ყოვლისმომცველი დიაგნოსტიკური შეფასების პროცესს ითვალისწინებდა (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; de Vries et al., 2014). ამ კვლევისა და საზოგადოებაში გენდერულად მრავალფეროვანი გამოცდილების მუდმივი

ცვლილების გათვალისწინებით, მოზარდობის პერიოდში ყოვლისმომცველი დიაგნოსტიკური ბიოფსიქოსოციალური შეფასება ერთი მხრივ მტკიცებულებებს ეფუძნება, ხოლო ამავე დროულად გადაწყვეტილების მიღების პროცესის მთლიანობას ინარჩუნებს. სრული დიაგნოსტიკური პროფილის არარსებობის შემთხვევაში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სხვა ერთეულები, რომელთა პრიორიტიზება უნდა მოხდეს და რომლებიც მკურნალობას საჭიროებენ, შესაძლოა, გამოვლენილი არ იყოს. არ არსებობს კვლევები გენდერთან დაკავშირებული სამედიცინო მკურნალობის გრძელვადიანი შედეგების შესახებ იმ ახალგაზრდებისთვის, რომლებსაც ყოვლისმომცველი შეფასება არ გაუვლიათ. ამ კონტექსტში მკურნალობას (მაგ. შეზღუდული შეფასება ან შეფასების გარეშე) ემპირიული მხარდაჭერა არ გააჩნია და, შესაბამისად, შეიცავს რისკს, რომ გადაწყვეტილება გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო ჩარევების დაწყების შესახებ, დროის კონკრეტულ მონაკვეთში, ახალგაზრდის გრძელვადიან ინტერესებში არ შედიოდეს.

ვინაიდან ჯანდაცვის მიწოდება და სპეციალისტების ხელმისაწვდომობა გლობალურად განსხვავდება, ხშირად არსებული რესურსების ადაპტირებისთვის აუცილებელია შეფასების კონკრეტული პროცესის შემუშავება. ზოგიერთ შემთხვევაში, შესაძლოა უფრო გაფართოებული შეფასების პროცესი სასარგებლო იყოს, მაგალითად, ახალგაზრდებისთვის, რომლებსაც უფრო რთული გამოვლინებები (მაგ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ისტორიის გართულება (Leibowitz & de Vries, 2016)) და აუტიზმის სპექტრის ნიშნები (Strang, Powers et al., 2018) აქვთ და/ან რომლებსაც გენდერული შეუთავსებლობის განცდა ბავშვობაში არ ჰქონდათ (Ristori & Steensma, 2016). კონკრეტული პოპულაციისთვის არსებული უნიკალური კულტურული, ფინანსური და გეოგრაფიული ფაქტორების გათვალისწინებით, პროვაიდერებმა უნდა შეიმუშაონ შეფასების მოდელები, რომლებიც მოქნილი იქნება და რაც შეიძლება მეტ ახალგაზრდაზე სათანადო დროულ ზრუნვას გახდის შესაძლებელს, რის შედეგადაც შეფასებისას შესაძლებელი იქნება

მოზარდის ძლიერი და სუსტი მხარეების, დიაგნოსტიკური პროფილისა და ინდივიდუალური საჭიროებების შესახებ ინფორმაციის ეფექტურად მოპოვება. ფსიქომეტრულად დადასტურებული ფსიქოსოციალური და გენდერული საზომები ასევე შესაძლოა, დამატებითი ინფორმაციის მისაღებად იყოს გამოყენებული.

მულტიდისციპლინური შეფასება ახალგაზრდებისთვის, რომლებსაც გენდერის დამადასტურებელ სამედიცინო/ქირურგიულ ჩარევები ესაჭიროებათ, მოიცავს შემდეგ სფეროებს, რომლებიც შესაბამის დებულებებს შეესაბამება:

- **გენდერული იდენტობის განვითარება:** დებულებები 6.12.a და 6.12.b განიხილავს გენდერული იდენტობის განვითარებასთან დაკავშირებულ ფაქტორებს სპეციფიკურ კულტურულ კონტექსტში ტემ მოზარდების შეფასებისას;
- **სოციალური განვითარება და მხარდაჭერა, ინტერსექციურობა:** დებულებები 6.4 და 6.11 განიხილავს უმცირესობის სტრესის, ოჯახური დინამიკისა და სხვა ასპექტების შეფასების მნიშვნელობას, რომლებსაც სოციალურ განვითარებასა და ინტერსექციურობაზე გავლენის მოხდენა შეუძლიათ;
- **შესაძლო თანმხლები ფსიქიკური დაავადებებისა და/ან განვითარების პრობლემების დიაგნოსტიკა:** დებულება 6.12.d ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან ან განვითარებასთან დაკავშირებულ ჩივილებს და ახალგაზრდის გენდერულ იდენტობას/გენდერული მრავალფეროვნების გამოხატვას შორის კავშირის (თუ ის არსებობს) გააზრების მნიშვნელობას განიხილავს;
- **გადაწყვეტილების მიღების უნარი:** განცხადება 6.12.c განიხილავს ახალგაზრდის ემოციური სიმწიფის შეფასებას და შესაბამისობას, როდესაც მოზარდი გენდერის დამადასტურებელ სამედიცინო/ქირურგიულ მკურნალობასთან დაკავშირებით გადაწყვეტილებას იღებს.

ფიგურა 6.4

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, იმუშაონ ოჯახებში, სკოლებსა და სხვა შესაბამის გარემოში, რათა მოზარდის ქცევისა და იდენტობის გენდერულად მრავალფეროვანი გამოხატვის მიმართ ტოლერანტობას ხელი შეუწყონ.

მრავალი კვლევა და მასთან დაკავშირებული ექსპერტთა კონსენსუსი მხარს უჭერს იმ მიდგომების განხორციელებას, რომელიც ხელს უწყობს გენდერულად მრავალფეროვანი ახალგაზრდების მიღებას და მათ მიმართ ტოლერანტობას ყველა გარემოში, მათ შორის ოჯახებში, სკოლებში, ჯანდაცვის დანესებულებებში და ყველა სხვა ორგანიზაციასა და საზოგადოებაში, რომლებთანაც ისინი ურთიერთობენ (მაგ., Pariseau et al., 2019; Russell et al., 2018; Simons et al., 2013; Toomey et al., 2010; Travers et al., 2012). მიღება და დადასტურება მიიღწევა მთელი რიგი მიდგომების, ქმედებებისა და პოლიტიკის მეშვეობით, რომლებიც, ჩვენი რეკომენდაციით, უნდა ამოქმედდეს სხვადასხვა ურთიერთობებსა და გარემოში, რომელშიც ახალგაზრდა ადამიანი არსებობს და ფუნქციონირებს. მნიშვნელოვანია, რომ მოზარდის ცხოვრებაში ჩართულმა ოჯახის წევრებმა და საზოგადოების წევრებმა ერთობლივად იმუშაონ და გასწიონ ძალისხმევა, თუ მათი ჩართულობა მოზარდისთვის საზიანოდ არ არის მიჩნეული. პარისოს და კოლეგების მიერ (2019) შემოთავაზებული მაგალითები გენდერული მრავალფეროვნების მიმღებლობისა და დადასტურების და იდენტობის გააზრებისა და გამოხატვის შესახებ, რომელიც შეიძლება განხორციელდეს ოჯახის, პერსონალისა და ორგანიზაციების მიერ, მოიცავს:

1. ქმედებებს, რომლებიც ახალგაზრდების გენდერულად გაფართოებულ (მაგ. არაკონფორმულ) აქტივობებში და ინტერესებში ჩართვას უჭერს მხარს;
2. კომუნიკაციებს, რომლებიც მხარს უჭერს ახალგაზრდებს, როდესაც ისინი საკუთარ გამოცდილებებს გამოხატავენ მათი გენდერისა და გენდერის ძიების შესახებ;
3. ახალგაზრდების მიერ მოთხოვნილი სახელის/ნაცვალსახელების გამოყენებას;

4. ახალგაზრდების მიერ იმ სამოსის/ფორმების, ვარცხნილობებისა და ნივთების (მაგ. სამკაულები, მაკიაჟი) გამოყენების მხარდაჭერას, რომლებიც მათ მიერ აღქმულ გენდერს შეესაბამება;
5. პოზიტიურ და მეგობრულ კომუნიკაციას ახალგაზრდებთან მათი გენდერისა და გენდერული ჩივილების შესახებ;
6. განათლებას გენდერული მრავალფეროვნების საკითხებზე ახალგაზრდების ცხოვრებაში (მაგ. ოჯახის წევრების, ჯანდაცვის პროვაიდერების, სოციალური მხარდაჭერის ქსელების), საჭიროებისამებრ, ინფორმაციის მიწოდებას იმის შესახებ, თუ როგორ უნდა დაიცვან გენდერულად მრავალფეროვანი ახალგაზრდები საზოგადოებაში, სკოლაში, სამკურნალო დანესებულებებსა და სხვა გარემოებებში;
7. გენდერულად მრავალფეროვანი ახალგაზრდების შესაბამის საზოგადოებებთან (მაგ. ლგბტქ-ჯგუფები, ღონისძიებები, მეგობრები) დაკავშირებას;
8. საჭიროების შემთხვევაში სამედიცინო მკურნალობის ვარიანტების განხილვისა და შესწავლის შესაძლებლობების უზრუნველყოფას;
9. პოლიტიკას ბულინგის წინააღმდეგ;
10. არაბინარული გამოცდილების ჩართვას ყოველდღიურ ცხოვრებაში, საკითხავ მასალასა და სასწავლო პროგრამებში (მაგ. წიგნების, ჯანმრთელობისა და სექსუალური განათლების გაკვეთილები, ესეების თემები, რომლებიც ბინარულ, ლგბტქ და მსგავს ჯგუფებს სცილდება);
11. გენდერულად ინკლუზიური საშუალებები, რომლებზეც ახალგაზრდებს ადვილად შეუძლიათ წვდომა სხვადასხვა თანატოლებისგან განცალკევების გარეშე (მაგ. სველი წერტილები, გასახდელეები).

ჩვენ ვურჩევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს იმუშაონ მშობლებთან, სკოლებთან და სხვა ორგანიზაციებთან/ჯგუფებთან, ტგმ პირების იდენტობისა და გამოხატვის მიმღებლობაზე და მათ მიმართ ტოლერანტობას ხელი შეუწყონ, იმის

მიუხედავად, განხორციელდება თუ არა სოციალური ან სამედიცინო ინტერვენციები, რადგან მიმღებლობა და ტოლერანტობა დაკავშირებულია ნაკლებ ნეგატიურ ფსიქიკური ჯანმრთელობის შედეგებთან და ქცევით სიმპტომებთან და მეტ დადებით ფსიქიკურ ჯანმრთელობასა და ქცევით ფუნქციონირებასთან (Day et al., 2015; de Vries et al., 2016; Greytak et al., 2013; Pariseau et al., 2019; Peng et al., 2019; რასელი და სხვები., 2018; Simons et al., 2013; Taliaferro et al., 2019; Toomey et al., 2010; Travers et al., 2012). რასელმა და კოლეგებმა (2018) აღმოაჩინეს, რომ სხვადასხვა გარემოში (მაგ. სახლი, სკოლა, სამსახური და მეგობრები) ფსიქიკური ჯანმრთელობა მეტ მიმღებლობასთან და ტოლერანტობასთან ერთად უმჯობესდება. ოჯახის, თანატოლების და სკოლის პერსონალის მიერ გარიყვა (მაგ. სახელისა და ნაცვალსახელის განზრახ გამოყენება, რომელთანაც ახალგაზრდები არ აიდენტიფიცირებენ თავს, გენდერული იდენტობის არალიარება, ბულინგი, შევიწროება, სიტყვიერი და ფიზიკური შეურაცხყოფა, ცუდი ურთიერთობები, მარგინალიზაცია) მჭიდროდ იყო დაკავშირებული ნეგატიურ შედეგებთან, როგორცაა შფოთვა, დეპრესია, სუიციდური აზრები, სუიციდის მცდელობები და ნარკოტიკების მოხმარება (Grossman et al., 2005; Klein & Golub; 2016; Pariseau et al., 2019; Peng et al., 2019; Reisner, Greytak et al., 2015; Roberts et al., 2013). მნიშვნელოვანია გვესმოდეს, რომ უარყოფითი სიმპტომები უარყოფის დონის მატებასთან ერთად უარესდება და ზრდასრულ ასაკშიც გრძელდება (Roberts et al., 2013).

ასევე დადგენილია, რომ მოზარდთა გენდერული მრავალფეროვნებისა და გენდერის ძიებისადმი ნეიტრალურმა და გულგრილმა დამოკიდებულებამ (მაგ. ბავშვისთვის ნების დართვა, რომ სხვებს თავისი შერჩეული სახელი უთხრას, მაგრამ მასთან მიმართებით ამ სახელის არგამოყენება, ბავშვის არდაცვა, როდესაც ის თანატოლებისგან ან სკოლის პერსონალისგან დისკრიმინაციას განიცდის და საქმეში დამხმარე მექანიზმების (ფსიქოთერაპევტი, ან დამხმარე ჯგუფები) არჩართვამ შესაძლოა, უარყოფითი შედეგები გამოიწვიოს, როგორცაა დეპრესიის სიმპტომატიკა (Pariseau et al., 2019). აქედან გა-

მომდინარე, მნიშვნელოვანია, რომ მოზარდების კითხვები გენდერთან დაკავშირებით არ უგულვებლევყოთ და ისინი შესაბამისი ზრუნვის გარეშე არ დავტოვოთ. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სპეციალისტების მიერ ინდივიდუალიზებული საჭიროების მქონე მოზარდის ამოცნობა, მხარდაჭერა და გენდერულ გამოხატვასთან, იდენტობასთან და განსახიერებასთან დაკავშირებული საჭიროებების იდენტიფიცირება სხვადასხვა დროსა და სივრცეში. მოზარდს შესაძლებელია მათი გენდერული იდენტობისადმი სხვების ტოლერანტობის ჩამოყალიბების/მასზე მორგების დაძაბულობასთან გასამკლავებლად დახმარება დასჭირდეს (მაგ. Kuper, Lindley et al., 2019). მნიშვნელოვანია, რომ სპეციალისტებმა მშობლებთან და სხვებთან ითანამშრომლონ, რათა მათ გრძნობების გადამუშავებასა და გენდერული მრავალფეროვნების შესახებ ინფორმაციის მიღებაში დაეხმარონ, რადგან ეს პროცესი ხშირად უარყოფისა და მიუღებლობის რისკს ზრდის და ტოლერანტობასა და მიმღებლობას უწყობს ხელს (მაგ. Katz-Wise et al., 2017).

დასკვნები 6.5

რეკომენდაციას გაცემთ რეპარაციული და კონვერსიული თერაპიის წინააღმდეგ, რომელიც მიზნად ისახავს შეცვალოს ადამიანის გენდერი და არსებული გენდერული გამოხატვა, რათა ის დაბადებისას მინიჭებულ სქესს შეუსაბამოს.

ზოგიერთმა ჯანდაცვის პროვაიდერმა, სეკულარულმა ან რელიგიურმა ორგანიზაციამ და ოჯახმა, შეიძლება, მოზარდის გენდერული მრავალფეროვნების გამოხატვას ხელი შეუშალოს, გარდა იმ გამოხატვისა და ქცევისა, რომელიც დაბადებისას მინიჭებულ სქესს შეესაბამება. შექცევადი სოციალური გამოხატვის ან ტრანზიციის დაბლოკვის ასეთი მცდელობები შეიძლება მოიცავდეს ახალგაზრდის მიერ თვითიდენტიფიცირებული სახელისა და ნაცვალსახელების არგამოყენებას ან საკუთარი თავის გამოხატვის შეზღუდვას სამოსსა და ვარცხნილობაში (Craig et al., 2017; Green et al., 2020). ეს უარყოფითად დამუხტული ქცევები, როგორც წესი, მიზნად ისახავს გააძლიეროს შეხედულებები,

რომ ახალგაზრდის გენდერული იდენტობა/გამოხატვა უნდა შეესაბამებოდეს დაბადებისას მინიჭებულ სქესს ან მოლოდინებს, რომელიც მას ეფუძნება. იმ აქტივობებმა და მიდგომებმა (რომელიც ზოგჯერ მოიხსენიება როგორც „მკურნალობა“), რომელიც მიზნად ისახავდა, პიროვნების გენდერული იდენტობისა და გამოხატვის შეცვლასა და დაბადებისას მინიჭებულ სქესთან შეთანხმებას, ნაყოფი არ გამოიღო და მას გენდერული იდენტობის ცვლილება არ მოჰყოლია (Craig et al., 2017; Green et al., 2020). ჩვენ გავცემთ რეკომენდაციას, ასეთი მცდელობები აღარ განმეორდეს, რადგან აღმოჩნდა, რომ ისინი არაეფექტიანია და ფსიქოლოგიური მდგომარეობის გაუარესებასთან არის დაკავშირებული (Craig et al., 2017; Green et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020).

კვლევების დიდმა ნაწილმა, რომელიც „კონვერსიულ თერაპიას“ და „რეპარაციულ თერაპიას“ აფასებდა, გამოიკვლია გენდერული გამოხატვის (მასკულინობა ან ფემინურობა) შეცვლის მცდელობების გავლენა სექსუალურ ორიენტაციასა და გენდერულ იდენტობაზე (APA, 2009; Burnes et al., 2016; Craig et al., 2017). ზოგიერთი ასეთი მცდელობა ფოკუსირებული იყო როგორც გენდერულ იდენტობაზე, ისე გამოხატვაზე (AACAP, 2018). კონვერსიული/რეპარაციული თერაპია დაკავშირებულია გაზრდილ შფოთვასთან, დეპრესიასთან, სუიციდური აზრებთან, სუიციდის მცდელობებთან და ჯანდაცვის სერვისების თავიდან აცილებასთან (Craig et al., 2017; Green et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020). მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთი კვლევა მათი მეთოდოლოგიებისა და დასკვნების გამო გააკრიტიკეს (მაგ. D'Angelo et al., 2020), ამან არ უნდა დააკნინოს ფაქტი, რომ პიროვნების იდენტობის შესაცვლელად განხორციელებული ზომები და ძალისხმევა კლინიკურად და ეთიკურად მიუღებელია. ჩვენი რეკომენდაციაა, უარი ითქვას ნებისმიერი სახის კონვერსიასა ან პიროვნების გენდერული იდენტობის შეცვლის მცდელობებზე, რადგან 1) როგორც სეკულარული, ისე რელიგიაზე დაფუძნებული მცდელობები გენდერული იდენტობის/გამოხატვის შესაცვლელად კავშირშია ნეგატიურ ფსიქოლოგიურ ფუნქციონირებასთან, რომელიც ზრდას-

რულ ასაკშიც გრძელდება (Turban, Beckwith et al., 2020); და 2) არსებობს უფრო მნიშვნელოვანი ეთიკური მიზეზები, რომლებიც გენდერული იდენტობების პატივისცემას ხაზს უსვამს.

როდესაც ახალგაზრდა ადამიანებს მათი გენდერული იდენტობის გამოკვლევაში ვეხმარებით, მნიშვნელოვანია განვიხილოთ შესაძლო ფაქტორები, რომელიც მათი გენდერის გამოცდილებასა და აღქმაზე ახდენს გავლენას. ამის გაკეთება, როდესაც ეს მოზარდის მიერ საკუთარი თავის აღმოჩენის კონტექსტში ხდება, არ მიიჩნევა „რეპარაციულ თერაპიად“, თუ პირველად ამოცანას რომელიმე კონკრეტული გენდერული იდენტობის ან გამოხატვის წახალისება ან შეცვლა არ წარმოადგენს (AACAP, 2018; იხ. დებულება 6.2). იმის უზრუნველსაყოფად, რომ ეს კვლევა-ძიება თერაპიული იყოს, ჩვენ გირჩევთ გამოიყენოთ აფირმაციული მსჯელობა და მხარდამჭერი ტონი იმის განხილვისას, თუ რა ნაბიჯები იქნა მოსინჯული, განხილული და დაგეგმილი ახალგაზრდების გენდერული გამოხატვისთვის. ეს სადისკუსიო თემები შეიძლება მოიცავდეს იმას, თუ რა იყო გამოსადეგი ან აფირმაციული, რა იყო უსარგებლო ან შემანუხებელი და რატომ. ჩვენ გირჩევთ, გამოიყენოთ აფირმაციული პასუხები ამ ნაბიჯებთან და დისკუსიებთან დაკავშირებით, როგორც ეს ზრუნვის სტანდარტები-8-ის დებულება 6.4-შია აღწერილი.

წიგნული 6.6

ჩვენ ვთავაზობთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან მოზარდებს გულმკერდის შემოკვრასა და სასქესო ორგანოების კონტურების დამალვის შესახებ ინფორმაცია მიაწოდონ, სარგებლისა და რისკების მიმოხილვის ჩათვლით.

ტგმ ახალგაზრდებმა შესაძლოა, გულმკერდისა და სასქესო ორგანოების ანატომიასთან დაკავშირებული დისტრესი განიცადონ. ისეთი პრაქტიკები, როგორიცაა გულმკერდის შემოკვრა, გულმკერდის დამალვა, სასქესო ორგანოების შეკეცვა და სასქესო ორგანოების კონტურების დამალვა, არის შექცევადი არასამედიცინო ჩარევები, რომლებიც შესაძლოა, ამ დისტრესის

შემსუბუქებას დაეხმაროს (Callen-Lorde, 2020a, 2020b; Deutsch, 2016a; Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2018; Transcare BC, 2020). მნიშვნელოვანია, შეფასდეს დისტრესის ხარისხი, რომელიც ფიზიკურ განვითარებასთან ან ანატომიასთანაა დაკავშირებული. დისტრესის მოსაგვარებლად ასევე საჭიროა ახალგაზრდების განათლება პოტენციური არასამედიცინო ინტერვენციების შესახებ და ამ ინტერვენციების უსაფრთხო გამოყენების განხილვა.

გულმკერდის შემოკვრა გულმკერდის უფრო ბრტყელი ხატის შესაქმნელად მკერდის ქსოვილის შეკუმშვას გულისხმობს. კვლევები ცხადყოფს, რომ ტრანსგენდერი მამაკაცი პაციენტების 87%-მდე ამ მეთოდს მიმართავს (Jones, 2015; Peitzmeier, 2017). შემოკვრის მეთოდები შეიძლება მოიცავდეს კომერციული ბანდერების, სპორტული ბანდაჟების, მაისურების ფენების, სპორტული ბანდაჟების ფენების, ელასტიური ბინტების ან სხვა სახეობების გამოყენებას (Peitzmeier, 2017). ამჟამად, ახალგაზრდების უმეტესობა იუნყება, რომ შემოკვრის პრაქტიკის შესახებ ინფორმაციას თანატოლებისგან შემდგარი ონლაინ გაერთიანებებიდან იღებენ (Julian, 2019). პროვაიდერებს შეუძლიათ მნიშვნელოვანი როლი შეასრულონ იმაში, რომ ახალგაზრდებმა ზუსტი და სანდო გულმკერდის შემოკვრის პოტენციური სარგებლისა და რისკების შესახებ ინფორმაცია მიიღონ. გარდა ამისა, პროვაიდერებს შეუძლიათ პაციენტებს უსაფრთხო სავალდებულო პრაქტიკის შესახებ კონსულტაციები გაუწიონ და ჯანმრთელობის პოტენციური უარყოფითი ეფექტები გააკონტროლონ. მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს შემოკვრის პოტენციური უარყოფითი ფიზიკური ზემოქმედება, ახალგაზრდებმა, რომლებიც ამას აკეთებენ, შესაძლოა ბევრის სარგებელი ნახონ, მათ შორის დისკომფორტის შემცირება, მეტი უსაფრთხოება და გენდერის არასწორად ამოცნობის ნაკლები შემთხვევები (Julian, 2019). ახალგაზრდებში გულმკერდის შემოკვრის საერთო ზოგადი გავლენა ჯანმრთელობაზე ზურგის/მკერდის ტკივილს, ქოშინს და გადახურებას მოიცავს (Julian, 2019). უფრო სერიოზული ნეგატიური ზემოქმედება ჯანმრთელობაზე, როგორცაა კანის ინფექციები, რესპირატორული ინფექციები და ნეკნების მოტეხილობები იშვი-

ათია და მოზრდილებში გულმკერდის შემოკვრასთანაა დაკავშირებული (Peitzmeier, 2017). ახალგაზრდებს უნდა მიეცეთ რჩევა, გამოიყენონ მხოლოდ ის მეთოდები, რომლებიც შეკვრისთვის უსაფრთხოდაა მიჩნეულია, როგორცაა ბანდერები, რომლებიც სპეციალურად გენდერული მრავალფეროვანი პოპულაციისთვისაა შექმნილი, რათა ჯანმრთელობის სერიოზული უარყოფითი ზემოქმედების რისკი შემცირდეს. მეთოდები, რომლებიც მიჩნეულია შეკვრისთვის საფრთხის შემცველად, ლენტის, ბანდაჟისა და პლასტიკის გამოყენებას მოიცავს, რადგან მათ შეუძლიათ სისხლის ნაკადის შეზღუდვა, კანის დაზიანება და სუნთქვის შეზღუდვა გამოიწვიონ. თუ ახალგაზრდები გულმკერდის შემოკვრასთან დაკავშირებით ჯანმრთელობაზე უარყოფით ზემოქმედებას აღნიშნავენ, ეს უნდა განიხილოს გენდერის დამადასტურებელმა სამედიცინო პროვაიდერმა, რომელსაც ტემ ახალგაზრდებთან მუშაობის გამოცდილება აქვს. სასქესო ორგანოების კონტურების დამალვა არის პენისისა და სათესლე ჯირკვლების განლაგების პრაქტიკა გენიტალური კონტურების ხილვადობის შესამცირებლად. პროცედურა მოიცავს პენისისა და სათესლე ჯირკვლების მოთავსებას ფეხებს შორის ან სათესლე ჯირკვლების საზარდულის არეში დამალვას და პენისის ფეხებს შორის უკან განწევას. როგორც წესი, სასქესო ორგანოები ადგილზე ფიქსირდება საცვლებით ან დეზით, სამოსით, რომლის დამზადება ან შექმნა შესაძლებელია. მოზრდილებში სასქესო ორგანოების კონტურების დამალვის სპეციფიკური რისკებისა და სარგებლის შესახებ კვლევები მწირია, ხოლო მოზარდებში ასეთი კვლევა არ ჩატარებულა. წინა კვლევებმა აჩვენა, რომ მჭიდრო საცვალი სპერმის კონცენტრაციის და მოძრაობის დაქვეითებასთანაა დაკავშირებული. გარდა ამისა, სკროტუმის მომატებულმა ტემპერატურამ, შესაძლოა სპერმის მახასიათებლები გააუარესოს, და თეორიულად სპერმატოგენეზსა და ნაყოფიერებაზე უარყოფითად იმოქმედოს (Marsh, 2019), თუმცა არ არსებობს საბოლოო კვლევები, რომლებიც ამ არასასურველ შედეგებს აფასებენ. ახალგაზრდებში ამ პროცედურის სპეციფიკური სარგებლისა და რისკების დასადგენად საჭიროა შემდგომი კვლევები.

დეკლარაცია 6.7

ჩვენ ვთავაზობთ სპეციალისტებს, განიხილონ მენსტრუაციის დამორგუნველი აგენტების დანიშვნა მოზარდებისთვის, რომლებსაც აქვთ გენდერული შეუთავსებლობა, და რომლებსაც არ სურთ ტესტოსტერონის თერაპია, ან რომლებსაც სურთ, მაგრამ ტესტოსტერონული თერაპია ჯერ არ დაუწყიათ, ან ტესტოსტერონის თერაპიასთან ერთად დანიშნონ მენსტრუაციის დამორგუნველი აგენტები შუალედური სისხლდენისთვის.

გენდერულად მრავალფეროვან ახალგაზრდებთან მენსტრუაციის დამორგუნველი მედიკამენტების ხელმისაწვდომი ვარიანტების განხილვისას, სპეციალისტებმა გადანყვეტილების გენდერული ენა (მაგ. ჰკითხონ პაციენტებს, რომელ ტერმინებს იყენებენ მენსტრუაციის, რეპროდუქციული ორგანოებისა და სასქესო ორგანოების აღსაწერად) უნდა ჩართონ და შეასრულონ ფიზიკური გამოკვლევები ფრთხილად, გენდერის მიმართ პატივისცემით (Bonnington et al., 2020; Krempasky et al., 2020). არ არსებობს ფორმალური კვლევა, რომელიც აფასებს, თუ როგორ შეიძლება მენსტრუაციის დამორგუნვა გენდერულ შეუთავსებლობაზე და/ან დისფორიაზე გავლენა მოახდინოს. თუმცა, მენსტრუალური დამორგუნვის გამოყენება შეიძლება იყოს საწყისი ინტერვენცია, რომელიც შემდგომი გენდერული ზრუნვის მიზნების დასახვის, სხვა ფსიქიკური პრობლემების მოგვარების ან ორივეს საშუალებას იძლევა, განსაკუთრებით მათთვის, ვინც საშვილოსნოს არასასურველი სისხლდენის გამო გენდერული დისფორიის გაუარესებას განიცდის (იხილეთ დებულება 6.12d; Mehringer & Dowshen, 2019). როდესაც ტესტოსტერონი არ გამოიყენება, მენსტრუაციის დამორგუნვა პროგესტინის საშუალებითაა შესაძლებელი. მენსტრუალური დარღვევების გამორიცხვის მიზნით, მენსტრუაციის დამორგუნვამდე მნიშვნელოვანია მენსტრუაციის შესახებ დეტალური ისტორიის მოპოვება და შეფასება (Carswell & Roberts, 2017). მენსტრუაციის დამორგუნველი მედიკამენტების შესახებ დისკუსიის ფარგლებში, აგრეთვე უნდა განიხილებოდეს კონტრაცეფციის აუცილებლობა, ეფექტურობა და ინფორმაცია

მენსტრუაციის დამორგუნველი მედიკამენტების შესახებ (Bonnington et al., 2020). მენსტრუაციის დამორგუნვის სხვადასხვა ვარიანტები, როგორცაა კომბინირებული ესტროგენ-პროგესტერონული მედიკამენტები, პერორალური პროგესტინები, პროგესტინის კანქვეშა იმპლანტები და ინტრაუტერინული მონოციკლები, ინდივიდუალური მკურნალობის გეგმების შესასრულებლად, ხელმისაწვდომობის, ღირებულების, სადაზღვევო დაფარვისა და ასევე უკუჩვენებებისა და გვერდითი მოვლენების გათვალისწინებით უნდა იყოს შემოთავაზებული (Kanj et al., 2019).

მხოლოდ პროგესტინის შემცველი ჰორმონული მედიკამენტები არის ვარიანტი განსაკუთრებით იმ ტრანსგენდერი მამაკაცებისთვის ან არაბინარული ახალგაზრდებისთვის, რომლებიც ესტროგენის შემცველი სამედიცინო თერაპიებით დაინტერესებულები არ არიან, ასევე იმ პირებისთვის, რომლებიც როგორც თრომბოემბოლიური მოვლენების რისკის ქვეშ არიან ან რომლებსაც ესტროგენოთერაპიის სხვა უკუჩვენებები აქვთ (Carswell & Roberts, 2017). მხოლოდ პროგესტინის შემცველი ჰორმონული მედიკაციები მოიცავს ორალურ პროგესტინებს, დეპო-მედროქსიპროგესტერონის ინექციას, ეტონოგესტრელის იმპლანტაციას და ლევონორგესტრელის სპირალს (Schwartz et al., 2019). მხოლოდ პროგესტინის შემცველი ჰორმონული ვარიანტები განსხვავდება მენსტრუალური დამორგუნვის მიღწევის ეფექტურობის თვალსაზრისით და აქვთ ამენორეის მიღწევის უფრო დაბალი მაჩვენებელი, ვიდრე კომბინირებულ ორალურ კონტრაცეფციას (Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). შესაბამისი კლინიკური კვლევების უფრო დეტალური აღწერა წარმოდგენილია მე-12 თავში – ჰორმონოთერაპია. ჯანდაცვის სპეციალისტებმა ინდივიდის სასურველ მეთოდთან დაკავშირებით გადანყვეტილება ვარაუდით არ უნდა მიიღონ, რადგან ზოგიერთმა ტრანსსექსუალმა მოზარდმა მამაკაცმა შესაძლოა, უპირატესობა ვაგინალურ რგოლებს ან ინტრაუტერინულ იმპლანტებს მიანიჭოს (Akgul et al., 2019). მიუხედავად იმისა, რომ ჰორმონული მედიკამენტები პოტენციური განწყობის ლაბილურობისა და დეპრესიული

ეფექტების მონიტორინგს საჭიროებს, არანამკურნალევი მენსტრუალური დათრგუნვის სარგებელი და რისკი გენდერული დისფორიის ფონზე ინდივიდუალურად უნდა შეფასდეს. ზოგიერთ პაციენტს შეუძლია აირჩიოს კომბინირებული პერორალური კონტრაცეფცია, რომელიც მოიცავს ეთინილ ესტრადიოლის სხვადასხვა კომბინაციებს სხვადასხვა დოზებით და პროგესტინებს (Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების ეთინილ ესტრადიოლის კომპონენტების დაბალი დოზა დაკავშირებულია საშვილოსნოდან მომატებულ სისხლდენასთან. უწყვეტი კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივები შეიძლება გამოყენებული იყოს მენსტრუალური ციკლის უწყვეტი ჩახშობის უზრუნველსაყოფად და მათი მიზნდება ტრანსდერმალური ან ვაგინალური რგოლების გზითაა შესაძლებელი.

გონადოტროპინის გამომათავისუფლებელი ჰორმონის (GnRH) ანალოგების გამოყენებამ ასევე შესაძლოა, მენსტრუაციის დათრგუნვა გამოიწვიოს. თუმცა, აღნიშნული მედიკამენტის ამ მიზნით გამოყენებამდე რეკომენდებულია დადგინდეს, რომ გენდერულად მრავალფეროვანი ახალგაზრდები აკმაყოფილებდნენ გამოყენების კრიტერიუმებს (როგორც ასახულია დებულება 6.12-ში), (Carswell & Roberts, 2017; Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). მენსტრუაციის დათრგუნვის მედიკამენტები შესაძლოა, ნაჩვენები იყოს, როგორც შუალედური ნამალი ტესტოსტერონის თერაპიით მენსტრუაციის დათრგუნვის მოლოდინში, ან როგორც დამხმარე თერაპია საშვილოსნოს სისხლდენის დროს, რომელიც შესაძლოა, ეგზოგენური ტესტოსტერონის გამოყენებისას განვითარდეს. როდესაც ეგზოგენური ტესტოსტერონი გამოიყენება როგორც გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონი, მენსტრუაციის დათრგუნვა ჩვეულებრივ თერაპიის პირველ ექვს თვეში მიიღწევა (Ahmad & Leinung, 2017). თუმცა, სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია მოზარდების ინფორმირება, რომ შესაძლოა, ამენორეის ფონზე ოვულაცია და ორსულობა მაინც განვითარდეს (Gomez et al., 2020; Kanj et al., 2019).

დეკლარაცია 6.8

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს შეინარჩუნონ მუდმივი ურთიერთობა გენდერულად მრავალფეროვან და ტრანსგენდერ მოზარდთან და ნებისმიერ მეურვესთან, რათა სქესობრივი მომნიჭების დათრგუნვის მკურნალობის, ჰორმონული მკურნალობისა და გენდერთან დაკავშირებული ქირურგიის ხანგრძლივობის განმავლობაში ტრანზიციის მიღწევამდე მოზარდს გადაწყვეტილებების მიღებაში დაეხმარონ.

ჯანდაცვის სპეციალისტები, რომლებსაც აქვთ ექსპერტიზა ბავშვთა და მოზარდთა განვითარებაში, როგორც ეს აღწერილია დებულებაში 6.1, ახალგაზრდა ადამიანების განგრძობით ზრუნვაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ. მოზარდებისა და მათი ოჯახების მხარდაჭერა საჭიროებს მუდმივ და ფრთხილ მიდგომას განვითარების პერსპექტივიდან, რომელშიც დროთა განმავლობაში ახალგაზრდის განვითარებადი ემოციური სიმნიჭისა და ზრუნვის საჭიროებები უფრო და უფრო გამოიკვეთება. იმის გამო, რომ გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის გზები ინდივიდუალური ტემპით მოზარდების საჭიროებებისა და გამოცდილების მიხედვით განსხვავდება, ამ მკურნალობაზე გადაწყვეტილების მიღება (სქესობრივი მომნიჭების დათრგუნვა, ესტროგენები/ანდროგენები, გენდრის დადასტურების ოპერაციები) შესაძლოა, დროის სხვადასხვა მომენტში რამდენიმე წლის განმავლობაში გაგრძელდეს. გრძელვადიანი კვლევა, რომელიც აჩვენებდა პუბერტატის დათრგუნვის და გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონის მკურნალობის (GAHT) სარგებელს, ჩატარდა გარემოში, რომელშიც მოზარდებს/ოჯახებსა და მულტიდისციპლინურ გუნდს შორის უწყვეტი კომუნიკაცია შენარჩუნებული იყო (de Vries et al., 2014).

კლინიკური დაწესებულებები, რომლებიც კლინიკურ შეხვედრებს უფრო დიდ დროს უთმობენ, მოზარდებსა და მზრუნველებს საშუალებას აძლევენ, ერთმანეთს ემოციური კეთილდღეობის მნიშვნელოვანი ფსიქოსოციალური ასპექტები (მაგ. ოჯახის დინამიკა, სკოლა, რომანტიკული და სექსუალური გამოცდილება) გაუზიარონ, რაც გენდერის დადასტურების ინდივიდუალურ

მკურნალობასა და მასთან დაკავშირებულ გადამწყვეტილებებს კონტექსტუალურად განხილვის საშუალებას იძლევა, როგორც ეს ამ თავშია აღწერილი. მუდმივი კლინიკური ურთიერთობა შეიძლება დამყარდეს სხვადასხვა გარემოში, იქნება ეს მულტიდისციპლინურ გუნდთან თუ სხვადასხვა ადგილას მომუშავე სპეციალისტებთან, რომლებიც ერთმანეთთან თანამშრომლობენ. გენდერული მზრუნველობის სპეციალიზებულ ცენტრებში წვდომის შესაძლებლობის ფართო ცვალებადობის გათვალისწინებით, განსაკუთრებით მარგინალიზებული ჯგუფებისთვის, რომლებიც სერვისებზე ხელმისაწვდომობის უთანასწორობას აღნიშნავენ, მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სპეციალისტებმა ზრუნვის ბარიერების არსებობა შეაფასონ და მოქნილობა შეინარჩუნონ, როდესაც განსაზღვრავენ, თუ როგორი კლინიკური ურთიერთობა შეიძლება დამყარდეს კონკრეტულ კონტექსტში.

მუდმივმა კლინიკურმა ურთიერთობამ, რომელიც ახალგაზრდებში მედეგობას აუმჯობესებს და ეხმარება მშობლებს/მზრუნველებს, რომლებსაც შესაძლოა საკუთარი მკურნალობის საჭიროებები ჰქონდეთ, საბოლოოდ – საჭიროების შემთხვევაში – შეიძლება, მშობლებში ტოლერანტობის ამაღლებამდე მიგვიყვანოს რაც ახალგაზრდებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის უკეთეს შედეგებთანაა დაკავშირებული (Ryan, Huebner et al., 2009).

წიგნი 6.9

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, ტრანზიციის დანყებამდე ჩართონ შესაბამისი დისციპლინები, მათ შორის ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და სამედიცინო სპეციალისტები, რათა მიიღონ გადაწყვეტილება იმის შესახებ, არის თუ არა გენდერულად მრავალფეროვანი და ტრანსგენდერი მოზარდებისთვის სქესობრივი მომწიფების დათრგუნვა, ჰორმონების დანყება ან გენდერთან დაკავშირებული ოპერაცია საუკეთესო არჩევანი და შენარჩუნდება თუ არა შედეგი მთელი კურსის განმავლობაში.

გენდერული დისფორიის/გენდერული შეუთავსებლობის მქონე ტგმ მოზარდებმა, რომლებიც

გენდერის დამადასტურებელ სამედიცინო და ქირურგიულ მკურნალობას საჭიროებენ, შესაძლოა სხვადასხვა დისციპლინის ჯანდაცვის სპეციალისტის ჩართულობით დიდი სარგებელი ნახონ. ტგმ მოზარდებზე ზრუნვა მოიცავს: 1) დიაგნოსტიკურ განხილვებს (იხ. დებულებები 6.3, 6.12a და 6.12b), რომელსაც გენდერის საკითხებში სპეციალიზებული ჯანდაცვის სპეციალისტი ატარებს (როგორც ეს განსაზღვრულია 6.1-ში), როცა ეს შესაძლებელია და აუცილებელია; 2) გენდერის დამადასტურებელი მედიკამენტური და ქირურგიული მკურნალობის დროს მედიკამენტების დანიშვნას, მართვასა და მონიტორინგს, რაც სპეციალისტის შესაბამის სამედიცინო/ქირურგიულ მომზადებას მოითხოვს. ძირითადი დისციპლინების სია მოიცავს, მაგრამ არ შემოიფარგლება, მხოლოდ მოზარდთა მედიცინით/პირველადი ზრუნვით, ენდოკრინოლოგიით, ფსიქოლოგიით, ფსიქიატრიით, მეტყველების/ენის პათოლოგიით, სოციალური სამსახურით, დამხმარე პერსონალითა და ქირურგიული ჯგუფით.

წარმოდგენილმა მტკიცებულებებმა აჩვენა, რომ ტრანსგენდერი ახალგაზრდები, რომლებიც გენდერის დამადასტურებელ მკურნალობას მულტიდისციპლინურ გენდერულ კლინიკებში იღებენ, კლინიკურ სარგებელს ნახულობენ (de Vries et al., 2014; Kuper et al., 2020; Tollit et al., 2019). და ბოლოს, მოზარდები, რომლებიც გენდერის დამადასტურებელ დახმარებას მულტიდისციპლინურ კლინიკებში ითხოვენ, რთული ჩვენებებით არიან წარმოდგენილი, რაც ქირურგებს, ფსიქიატრებსა და სხვა სპეციალისტებს შორის მჭიდრო თანამშრომლობას საჭიროებს (McCallion et al., 2021; Sorbara et al., 2020; Tishelman et al., 2020; Tishelman et al., 2015).

მიუხედავად იმისა, რომ ყველა პაციენტსა და ოჯახს მულტიდისციპლინურ დახმარებაზე წვდომა არ აქვს, ხელმისაწვდომი დისციპლინების ნაკლებობამ მოზარდების საჭირო დახმარებისთვის დროულ მიმართვიანობას ხელი არ უნდა შეუშალოს. როდესაც დისციპლინები ხელმისაწვდომია, განსაკუთრებით ცენტრებში, სადაც მულტიდისციპლინური გუნდებია, რეკომენდებულია, ძალისხმევა ჩაიდოს გენდერული ზრუნვის გუნდის ჩამოყალიბებაში შესაბამისი

სპეციალისტების ჩართვის გზით. თუმცა, ეს არ ნიშნავს, რომ აუცილებელია, ყველა მოზარდთან და ოჯახთან ყველა დისციპლინის სპეციალისტი ჩაერთოს.

თუ მოზარდისთვის გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და ქირურგიული მკურნალობის (GAMST) რეკომენდაციისთვის წერილობითი დოკუმენტაცია, ან წერილია მოთხოვნილი, საკმარისია ერთი შეფასების წერილი მულტიდისციპლინური გუნდის წევრისგან. ეს წერილი უნდა ასახავდეს ჯგუფის შეფასებას და მოსაზრებას, რომელიც როგორც სამედიცინო ჯანდაცვის სპეციალისტებს, ასევე ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს მოიცავს (ამერიკის ფსიქოლოგთა ასოციაცია, 2015; Hembree et al., 2017; Telfer et al., 2018). დამატებითი შეფასების შედეგები და წერილობითი მოსაზრებები შეიძლება საჭირო იყოს მაშინ, როდესაც არსებობს კონკრეტული კლინიკური საჭიროება ან როდესაც გუნდის წევრები იმყოფებიან სხვადასხვა ადგილას ან არჩევენ, საკუთარი რეზიუმეები ცალ-ცალკე დაწერონ. დამატებითი ინფორმაციისთვის იხილეთ თავი 5 – ზრდასრულების შეფასება, დებულება 5.5.

დეკლარაცია 6.10

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო ან ქირურგიულ მკურნალობის მსურველ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან მოზარდებთან მუშაობენ, მკურნალობის დაწყებამდე, ახალგაზრდების პუბერტატული განვითარების კონტექსტში, აცნობონ რეპროდუქციული ეფექტების შესახებ, ნაყოფიერების პოტენციური დაკარგვის ჩათვლით და ნაყოფიერების შესანარჩუნებლად არსებული ვარიანტების შესახებ.

გენდერის დამადასტურებელი მედიკამენტური, ან ქირურგიული მკურნალობის მსურველი მოზარდების შეფასებისას, ჯანდაცვის სპეციალისტებმა უნდა განიხილონ კონკრეტული მექანიზმები, რომლითაც საჭირო მკურნალობამ შესაძლოა რეპროდუქციულ შესაძლებლობებზე გავლენა მოახდინოს. ნაყოფიერების საკითხე-

ბი და კონსერვაციის სპეციფიკური ვარიანტები უფრო დეტალურად განხილულია მე-12 თავში – ჰორმონოთერაპია და მე-16 თავში – რეპროდუქციული ჯანმრთელობა.

მნიშვნელოვანია, რომ ჯანდაცვის სპეციალისტებმა დაადგინონ, ნაყოფიერების შენარჩუნების რა ვარიანტები არსებობს, რათა მათ ამ ინფორმაციის მოზარდებისთვის გადაცემა შეძლონ. მშობლებს ურჩევენ, ასევე ჩაერთონ ამ პროცესში და სხვადასხვა ვარიანტების დადებითი და უარყოფითი მხარეების შესახებ უფრო მეტი გაიგონ. ჯანდაცვის სპეციალისტებმა უნდა გააცნობიერონ, რომ მოზარდებს და მშობლებს შესაძლოა, რეპროდუქციული შედეგების შესახებ განსხვავებული შეხედულებები ჰქონდეთ და, შესაბამისად, განსხვავებული გადანყვეტილებები მიიღონ (Quain et al., 2020), რის გამოც ჯანდაცვის სპეციალისტის ჩართულობა ამ პროცესის წარმართვაში მნიშვნელოვანია. სამედიცინო პერსონალმა განსაკუთრებული ყურადღება ცალკეული მოზარდისთვის ნაყოფიერების შენარჩუნებასთან დაკავშირებული გადანყვეტილების მიღების კომპეტენციასა და ფსიქოლოგიურ ასპექტებს უნდა მიაქციოს. მიუხედავად იმისა, რომ მოზარდებმა შეიძლება იფიქრონ, რომ მათ უკვე თავიანთი რეპროდუქციული შესაძლებლობების შესახებ გადანყვეტილება მიიღეს, კლინიკამ, რომელსაც მოზარდებთან და მშობლებთან ურთიერთობის საკმარისი გამოცდილება აქვს, უნდა განიხილოს იმის შესაძლებლობა, რომ დროთა განმავლობაში მოზარდების მოსაზრება მომავალში ბიოლოგიური ბავშვების ყოლის შესახებ შესაძლოა, შეიცვალოს.

გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო მკურნალობის ნაყოფიერებაზე გრძელვადიანი შედეგები და ტრანსგენდერი მოზარდების რეალისტური მოლოდინების უზრუნველყოფა ნაყოფიერების შენარჩუნების, ან შვილად აყვანის ვარიანტებთან დაკავშირებით, უნდა განიხილებოდეს არა ერთჯერადი დისკუსიით, არამედ მუდმივი საუბრის ნაწილი უნდა იყოს. ეს უნდა განიხილებოდეს არა მხოლოდ რაიმე სამედიცინო ჩარევის დაწყებამდე (სქესობრივი მომწიფების დათრგუნვა, ჰორმონები ან ოპერაციები), არამედ მკურნალობის დროსაც და ტრანზიციის შემდგომაც.

ამჟამად, არსებობს მხოლოდ წინასწარი შედეგები რეტროსპექტიული კვლევებიდან, რომლებიც ტრანსგენდერ მოზარდებს და ახალგაზრდებში, გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის დროს მათ მიერ რეპროდუქციულ შესაძლებლობებთან მიღებულ გადაწყვეტილებებს აფასებენ. მნიშვნელოვანია, რომ არ გამოვთქვათ ვარაუდები იმის შესახებ, თუ მომავალში რა მიზნები შეიძლება ჰქონდეს მოზარდს. ბავშვთა კიბოს გადარჩენილთა კვლევამ აჩვენა, რომ მონაწილეებმა, რომლებმაც ნაყოფიერების შენარჩუნების შესაძლებლობები ხელიდან გაუშვეს, პოტენციური უნაყოფობის გამო სინანულს გამოთქვამდნენ (Armuaud et al., 2014; Ellis et al., 2016; Lehmann et al., 2017). გარდა ამისა, კიბოთი დაავადებულმა პირებმა, რომლებსაც მკურნალობამდე ბიოლოგიური ბავშვების ყოლას პრიორიტეტს არ ანიჭებდნენ, განაცხადეს, რომ გადარჩენის შემდგომ „აზრი შეიცვალეს“ (Armuaud et al., 2014).

ნაყოფიერების შენარჩუნების სხვადასხვა ვარიანტების სირთულის და იმ გამონკვევების გათვალისწინებით, რასაც ჯანდაცვის სპეციალისტები მოზარდთან და ოჯახთან ნაყოფიერების განხილვისას შეიძლება გადააწყდნენ (Tishelman et al., 2019), ნაყოფიერების შესახებ კონსულტაცია მნიშვნელოვანი საკითხია ყველა ტრანსგენდერი მოზარდისთვის, რომელიც სამედიცინო დამადასტურებელ მკურნალობას იტარებს, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც კონსულტაცია დაზღვევით, ან საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამებით დაფარული არ არის, ადგილობრივად ხელმისაწვდომი არ არის, ან ინდივიდუალური გარემოებები ამას არასასურველს ხდის.

დასკვნა 6.11

ჩვენ გავცემთ რეკომენდაციას, რომ როდესაც მოზარდებისთვის მითითებულია გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო ან ქირურგიული მკურნალობა, ჯანდაცვის პროფესიონალებმა, რომლებიც ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან მოზარდებთან მუშაობენ, შეფასების და მკურნალობის პროცესში მშობელი(ები)/მეურვე(ები) ჩართონ, თუ მათი ჩართულობა მოზარდისთვის საზიანო ან შეუსაბამო არ არის.

როდესაც არსებობს მანიშნებელი, რომ მოზარდმა შეიძლება სქესის დამადასტურებელი სამედიცინო ან ქირურგიული მკურნალობით სარგებელი ნახოს, მშობლ(ებ)ის ან აღმზრდელ(ებ)ის ჩართვა შეფასების პროცესში თითქმის ყველა შემთხვევაში რეკომენდებულია (Edwards-Leeper & Spack, 2012; Rafferty et al., 2018). ამ წესიდან გამონაკლისი შეიძლება მოიცავდეს სიტუაციებს, როდესაც მოზარდი იმყოფება მინდობით აღზრდაში, ან ბავშვთა დაცვის სამსახურში, ხოლო მეურვეებისა და მშობლის ჩართულობა შეუძლებელი, შეუსაბამო ან საზიანოა, ტგმ-მოზარდების მშობლებისა და ოჯახის მხრიდან მხარდაჭერა არის ახალგაზრდების კეთილდღეობის ძირითადი წინაპირობა და ტგმ-მოზარდების ფსიქიკურ ჯანმრთელობას იცავს (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). ამიტომ, მოზარდის მხარდაჭერისა და მშობლის მიერ მისი გაგების მიზნით მშობლ(ებ)ის /მეურვე(ებ)ის შეფასების პროცესში ჩართვა შესაძლოა, ერთ-ერთი ყველაზე სასარგებლო პრაქტიკა იყოს.

მშობლ(ებ)მა/აღმზრდელ(ებ)მა შესაძლოა, კლინიკურ გუნდს ისეთი მნიშვნელოვანი ინფორმაცია მიაწოდოს, როგორცაა ახალგაზრდა ადამიანის გენდერი და საერთო განვითარების, სამედიცინო და ფსიქიკური ჯანმრთელობის ისტორია, ისევე როგორც ინფორმაცია ახალგაზრდა ადამიანისადმი ამჟამინდელი მხარდაჭერის დონის, ზოგადი ფუნქციონირებისა და კეთილდღეობის შესახებ. მოზარდისა და მათი მშობლების/მეურვეის მიერ მონოდებული მოხსენებების შესაბამისობა ან განსხვავება შეიძლება შემფასებელი ჯგუფისთვის მნიშვნელოვანი ინფორმაცია იყოს და მოზარდებსა და ოჯახის წევრებს ინდივიდუალური მხარდაჭერის გეგმის შემუშავებასა და ჩამოყალიბებაში დაეხმაროს (De Los Reyes et al., 2019; Katz-Wise et al., 2017). ოჯახის კონტექსტის, მათ შორის მდგრადობის ფაქტორებისა და გამონკვევების ცოდნა შესაძლოა პროვაიდერებს იმის გაგებაში დაეხმარონ, სა-

მედიცინო მკურნალობის პროცესში სად და როგორ იქნება საჭირო სპეციალური მხარდაჭერა. მშობლ(ებ)ის/მეურვე(ებ)ის ჩართულობა ასევე მნიშვნელოვანია ოჯახების განათლებისთვის სხვადასხვა მკურნალობის მიდგომების, მუდმივი შემდგომი დაკვირვების, მზრუნველობის საჭიროებებისა და მკურნალობის პოტენციური გართულებების შესახებ. კლინიკური გენდერული მზრუნველობის ვარიანტებთან და შეფასების პროცესში მონაწილეობის შესახებ ფსიქოლოგიური განათლების მეშვეობით, რომელიც შეიძლება დროთა განმავლობაში დაგროვდეს, მშობელმა/მშობლებმა/მეურვემ/მეურვეებმა შესაძლოა, თავიანთი მოზარდის, ბავშვის გენდერთან დაკავშირებული გამოცდილება და საჭიროებები უკეთ გაიაზრონ (Andrzejewski et al., 2020; Katz. -Wise et al., 2017). დროთა განმავლობაში, გენდერულ სტაბილურობასთან და სხვადასხვა გენდერის დამადასტურებელ ინტერვენციებთან დაკავშირებით მშობლებს/მეურვეებს შესაძლოა, გაურკვევლობა, ან კითხვები გაუჩნდეთ და ეს უგულებელყოფილი არ უნდა იყოს. მიზანშეწონილია მშობლ(ებ)მა/მზრუნველ(ებ)მა ეს კითხვები დასვან. არის შემთხვევები, როდესაც მშობლ(ებ)ის/მზრუნველ(ებ)ის შეკითხვებზე პასუხი ან გაურკვევლობის მოგვარება განსაკუთრებით სასარგებლოა მკურნალობის გადაწყვეტილებებისა და მის შესახებ ინფორმირებისთვის. მაგალითად, მშობლის/მზრუნველის მიერ მოწოდებული ინფორმაცია შეიძლება კრიტიკულად საჭირო იყოს იმ სიტუაციებში, როდესაც გენდერული მრავალფეროვნების თვითიდენტიფიკაცია და შესაბამისი მოპყრობის მოთხოვნა ძალზე ცოტა ხანია გაჩნდა, ან როდესაც არსებობს საშიშროება, რომ მის გენდერულ იდენტობაზე თანატოლები, ან სოციალური მედია ზედმეტ გავლენას მოახდენს. ამ კონტექსტში მშობლის/მეურვის ანგარიშის კონტექსტუალიზაცია ასევე კრიტიკულია, რადგან ინფორმაცია მოზარდის გენდერული ისტორიის შესახებ, რომელსაც მშობლ(ებ)ი/მზრუნველ(ებ)ი გასცემენ შესაძლოა, მოზარდის აზრს ემთხვეოდეს, ან არ ემთხვეოდეს. საგულისხმოა, რომ გენდერული ისტორიები შეიძლება უცნობი იყოს მშობლ(ებ)ისთვის/მზრუნველ(ებ)ისთვის, რადგან გენდე-

რი შესაძლოა, მოზარდის პირადი გამოცდილება იყოს, რომლის შესახებაც სხვებმა არ იციან და ვერ გაიგებენ, თუკი ამის განხილვა არ მოხდა. ამ მიზეზით, მოზარდის როლი საკუთარი გენდერული ისტორიისა და იდენტობის შესახებ შეფასების პროცესში ცენტრალურია.

ზოგიერთ მშობელს შეიძლება ტგმ იდენტობის, ან კლინიკური გენდერული მზრუნველობისადმი სკეპტიკური, ან ანტაგონისტური დამოკიდებულება ჰქონდეს (Clark et al., 2020). ასეთი არამხარდამჭერი პერსპექტივები ოჯახებში მნიშვნელოვანი თერაპიული სამიზნეა. მიუხედავად იმისა, რომ მშობლის პერსპექტივები შეიძლება ზოგიერთ შემთხვევაში ხისტი ჩანდეს, სპეციალისტებმა არ უნდა ჩათვალონ, რომ ეს ყოველთვის ასე იქნება. არსებობს მრავალი მაგალითი მშობლ(ებ)ის/მზრუნველ(ებ)ისა, რომლებიც დროთა განმავლობაში, მხარდაჭერითა და ფსიქოლოგიური განათლებით, თავიანთი ტგმ ბავშვის გენდერული მრავალფეროვნებისა და მზრუნველობის საჭიროებების მიმართ სულ უფრო და უფრო ტოლერანტულები ხდებიან.

ახალგაზრდების და მშობლების/მზრუნველების ერთობლივი მუშაობა გენდერული ზრუნვის მნიშვნელოვან გადაწყვეტილებებზე უპირველესი მიზანია. თუმცა, ზოგიერთ შემთხვევაში, მშობელი(ები)/აღმზრდელი(ები) შესაძლოა, თავიანთ მოზარდ შვილს და მათი გენდერის კლინიკური შეფასების პროცესის საჭიროებას ზედმეტად უარყოფდნენ. ამ სიტუაციებში, ახალგაზრდებს შეიძლება ადვოკატირებისა და მხარდაჭერის უფრო დიდი სისტემების ჩართვა დასჭირდეთ, რათა საჭირო მხარდაჭერითა და მზრუნველობით პროცესი წინ წავიდეს (Dubin et al., 2020).

დასკვნა 6.12

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან მოზარდებს აფასებენ, პაციენტის მიერ მოთხოვნილ გენდერის დამადასტურებელ სამედიცინო ან ქირურგიულ მკურნალობას რეკომენდაცია მხოლოდ მაშინ გაუწიონ, როდესაც:

ფიგურა 6.12.A

მოზარდი აკმაყოფილებს გენდერული შეუთავსებლობის დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებს ICD-11-ის მიხედვით იმ სიტუაციებში, როდესაც დიაგნოზი აუცილებელია ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობისთვის. იმ ქვეყნებში, რომლებსაც არ აქვთ დანერგილი უახლესი ICD, შეიძლება გამოყენებულ იქნას სხვა ტაქსონომიები, თუმცა ძალისხმევა უნდა იქნას გამოყენებული უახლესი ICD-ის დასაწერად, რაც შეიძლება მალე.

ტემ-მოზარდებთან მუშაობისას ჯანდაცვის სპეციალისტებმა უნდა გააცნობიერონ, რომ კლასიფიკაციამ შეიძლება მზრუნველობის ხელმისაწვდომობა უზრუნველყოს, თუმცა ტრანსგენდერული იდენტობების პათოლოგიზება, შესაძლოა, განიხილებოდეს როგორც სტიგმატიზაცია (Beek et al., 2016). გენდერულ ჯანმრთელობასთან და გენდერულ მრავალფეროვნებასთან დაკავშირებული შეფასებები კრიტიკის სამიზნეა და დიაგნოსტიკური სისტემების ირგვლივ წინააღმდეგობები არსებობს (Drescher, 2016).

სამედიცინო პერსონალმა ახალგაზრდების საერთო გენდერული ისტორია და გენდერული ზრუნვის საჭიროებები უნდა შეაფასოს. ამ შეფასების პროცესის მეშვეობით, სამედიცინო პერსონალმა შესაძლოა, დიაგნოზი და ტრანსგენდერ პირებთან დაკავშირებულ მკურნალობაზე წვდომის საჭიროება დაადასტუროს.

გენდერული შეუთავსებლობა და გენდერული დისფორია არის ორი სადიაგნოსტიკო ტერმინი, რომელიც ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციასა (ICD) და ამერიკის ფსიქოლოგთა ასოციაციის ფსიქიკური აშლილობის დიაგნოსტიკურ და სტატისტიკურ სახელმძღვანელოში (DSM) გამოიყენება. ამ ორი ფართოდ გამოყენებული კლასიფიკაციის სისტემიდან, DSM არის მხოლოდ ფსიქიატრიული კლასიფიკაციისთვის და ICD შეიცავს ყველა დაავადებას და მდგომარეობას, რომელიც დაკავშირებულია ფიზიკურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან. ამ ორი სისტემის უახლესი ვერსიები, DSM-5 და ICD-11, გენდერთან დაკავშირებული დიაგნოზების რეკონცეპტუალიზაციისა და დეფსიქოპათო-

ლოგიზაციის ხანგრძლივ ისტორიას ასახავს (ამერიკული ფსიქიატრიული ასოციაცია, 2013; ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, 2019a). წინა ვერსიასთან შედარებით, DSM-5-მა გენდერული იდენტობის აშლილობა გენდერული დისფორიით ჩაანაცვლა, გაითვალისწინა რა დისტრესი, რომელსაც ზოგიერთი ადამიანი თვითიდენტიფიცირებულ გენდერულ იდენტობასა და დაბადებისას მინიჭებულ სქესს შორის შეუთავსებლობის გამო განიცდის. DSM-5-TR-ის ბოლო რევიზიაში გენდერული დისფორიის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმებში ცვლილებები არ განხორციელებულა. თუმცა ტერმინოლოგია ყველაზე შესაფერის ენაზე ადაპტირდა (მაგ. დაბადებისას მინიჭებულმა გენდერმა ჩაანაცვლა ნატალური გენდერი და გენდერის დამადასტურებელმა მკურნალობამ ჩაანაცვლა გენდერის კვლავმინიჭება (American Psychiatric Association, 2022). ICD-10-ის გამოცემისგან განსხვავებით, გენდერული შეუთავსებლობის კლასიფიკაცია ფსიქიკური ჯანმრთელობის თავიდან ICD-11-ის სექსუალურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მდგომარეობების თავში გადავიდა. გენდერული დისფორიის DSM-5 კლასიფიკაციასთან შედარებით, ერთი მნიშვნელოვანი რეკონცეპტუალიზაცია არის ის, რომ დისტრესი ICD 11-ის გენდერული შეუთავსებლობის კლასიფიკაციის აუცილებელი კომპონენტი არ არის (WHO, 2019a). ყოველივე ამის შემდეგ, როდესაც დამხმარე და ტოლერანტული გარემო იზრდება, დისტრესი და გაუფასურება ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების აუცილებელი კრიტერიუმი აღარ არის (Drescher, 2012). როგორც ასეთი, გენდერული შეუთავსებლობის ICD-11 კლასიფიკაციამ შესაძლოა, გენდერული მრავალფეროვნების გამოცდილების სისავსე და მასთან დაკავშირებული კლინიკური გენდერული საჭიროებები უკეთ აღწეროს.

ICD-11-ში მოზარდობის ან ზრდასრულ ასაკში გენდერული შეუთავსებლობის კლასიფიკაცია ინდივიდის თვითიდენტიფიცირებად გენდერსა და მინიჭებულ სქესს შორის მკვეთრ და მუდმივ შეუთავსებლობას მოითხოვს, რომელიც ხშირად „ტრანზიციის“ აუცილებლობას იწვევს, რათა პიროვნებამ იცხოვროს და მიღებული

იყოს იმ გენდერული იდენტობით, რომელიც მას გააჩნია. ზოგიერთისთვის ეს ჰორმონულ მკურნალობას, ქირურგიას ან ჯანდაცვის სხვა სერვისებს მოიცავს, რათა პიროვნების სხეული თვითიდენტიფიცირებულ გენდერთან მაქსიმალურ შესაბამისობაში მოვიდეს. მოზარდებისთვის რელევანტურია ის, რომ არ შეიძლება, კლასიფიკაცია „პუბერტატის დაწყებამდე“ მოხდეს. და ბოლოს, აღნიშნულია, რომ „მხოლოდ გენდერის ნაირსახეობის ქცევა და პრეფერენციები კლასიფიკაციის მინიჭების საფუძველი არ არის“ (WHO, ICD-11, 2019a).

მოზარდობისა და ზრდასრულ ასაკში გენდერული დისფორიის DSM-5-ისა და DSM-5-TR-ის კლასიფიკაციის კრიტერიუმები აღნიშნავს „გამოკვეთილ შეუთავსებლობას თვითიდენტიფიცირებულ/გამოხატულ გენდერსა და მინიჭებულ სქესს შორის, მინიმუმ ნ თვის ხანგრძლივობით“ (კრიტერიუმი A, რომელიც შესრულებულია როდესაც 6 ქვეკრიტერიუმიდან 2 აშკარაა; DSM-5, APA, 2013; DSM 5-TR, APA, 2022).

აღსანიშნავია, რომ გენდერთან დაკავშირებული კლასიფიკაცია გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო ზრუნვის მისაღებად ერთ-ერთი მოთხოვნაა, თუმცა მხოლოდ ასეთი კლასიფიკაცია არ მიუთითებს, რომ ადამიანს სამედიცინო დახმარება ესაჭიროება. გენდერული შეუთავსებლობის ახალგაზრდული გამოცდილების სპექტრი მოითხოვს, რომ სპეციალისტებმა ინდივიდების საჭიროებებზე დაყრდნობით მკურნალობისა და ინტერვენციების მთელი რიგი უზრუნველყონ. კონსულტაცია, გენდერული გამოკვლევა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასება და, საჭიროების შემთხვევაში, მკურნალობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების მიერ, რომლებსაც მომზადება აქვთ გავლილი გენდერულ საკითხებში, შესაძლოა ნაჩვენებია იყოს გენდერის დამადასტურებელ სამედიცინო მზრუნველობასთან ერთად, ან მის გარეშე.

დაკავშირებული 6.12.B

გენდერული მრავალფეროვნება/შეუთავსებლობა თვალსაჩინოა და დროთა განმავლობაში ნარჩუნდება.

იდენტობის ძიებისა და კონსოლიდაციის პროცესს ბევრი მოზარდი გადის (Klimstra et al., 2010; Topolewska-Siedzik & Ciecuch, 2018). მოზარდობის პერიოდში იდენტობის გამოკვლევა შესაძლოა, გენდერისა და გენდერული იდენტობის ირგვლივ საკუთარი თავის აღმოჩენის პროცესს მოიცავდეს (Steensma, Kreukels et al., 2013). ცოტა რამ არის ცნობილი იმის შესახებ, დროთა განმავლობაში როგორი გავლენა შეიძლება იქონიოს ახალგაზრდა ადამიანის გამოცდილება(ებ)ზე ან საჭიროებებზე პროცესებმა, რომელიც მოზარდობის პერიოდში იდენტობის კონსოლიდაციას თან ახლავს (მაგ. კონკრეტული იდენტობებისადმი ერთგულება). ამიტომ, მკურნალობის დაწყებისას ახალგაზრდა ადამიანის გენდერული არაკონფორმულობის გამოცდილების მდგრად ხანგრძლივობასთან ერთად გათვალისწინებული უნდა იყოს გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო ჩარევის შექცევადობის დონეც. მოზარდობის პერიოდში გენდერთან დაკავშირებული გამოცდილების და საჭიროებების პოტენციური ცვლილებების გათვალისწინებით, მნიშვნელოვანია იმის დადგენა, რომ ნაკლებად შექცევადი მკურნალობის დაწყებამდე, როგორცაა გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონები ან ოპერაციები, ახალგაზრდა ადამიანი გენდერულ მრავალფეროვნებას/შეუთავსებლობას რამდენიმე წლის განმავლობაში განიცდიდეს. სქესობრივი მომნიშვნელობის დათრგუნვა, რომელიც ახალგაზრდა მოზარდებს გადაწყვეტილების მიღებისთვის უფრო მეტ დროს აძლევს, (იხ. დებულება 6.12f და თავი 12 – ჰორმონოთერაპია), რაც მიუთითებს გენდერული შეუთავსებლობის მდგრადი გამოცდილების მნიშვნელობაზე. თუმცა უმცროსი მოზარდების ამ ასაკობრივ ჯგუფში, რამდენიმე წელი მკურნალობის პრაქტიკული და აუცილებელი წინაპირობა ყოველთვის არ არის, ვინაიდან მნიშვნელოვანია პუბერტატის შეუქცევადი ცვლილებებით გამოწვეული დისტრესის თავიდან აცილება. ახალგაზრდებისთვის, რომლებსაც გენდერული არაკონფორმულობის ხანმოკლე გამოცდილება აქვთ, სოციალურ ტრანზიციებთან დაკავშირებულმა და/ან სხვა სამედიცინო დახმარებამ (მაგ. მენსტრუაციის დათრგუნვა/ანდროგენის ბლოკირება) შეიძლე-

ბა ასევე უზრუნველყოს გარკვეული შემსუბუქება და კლინიკურ გუნდს ახალგაზრდა ადამიანის ფართო გენდერული მზრუნველობის საჭიროებების შესახებ დამატებითი ინფორმაცია მიანიჭოს (იხ. განცხადებები 6.4; 6.6 და 6.7).

მდგრადი გენდერული მრავალფეროვნების/შეუთავსებლობის დადგენა, როგორც წესი, დროთა განმავლობაში ახალგაზრდების ფრთხილად შეფასებას მოითხოვს (იხ. დებულება 6.3). შეძლებისდაგვარად და საჭიროების შემთხვევაში, შეფასების და გარჩევის პროცესი მშობელ(ებ)საც/მეურვე(ებ)საც უნდა მოიცავდეს (იხ. დებულება 6.11). დროთა განმავლობაში შენარჩუნებული გენდერული მრავალფეროვნების/შეუთავსებლობის დამადასტურებელი მტკიცებულება შესაძლოა, უშუალოდ მოზარდისა და მშობლებისგან/მეურვეებისგან იყოს მოპოვებული, როდესაც ინფორმაცია დოკუმენტირებული სამედიცინო ჩანაწერებში არ არის.

კვლევითი ლიტერატურა გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო საჭიროების უწყვეტობის და მდგრადობის შესახებ რთულად ინტერპრეტირებადია. ბოლო რამდენიმე ათწლეულის განმავლობაში ჩატარებული კვლევების სერია – მათ შორის ზოგიერთი მეთოდოლოგიური გამოწვევებით (Temple Newhook et al., 2018; Winters et al., 2018) – აჩვენებს, რომ გენდერული შეუთავსებლობის გამოცდილება ყველა ბავშვს მოზარდობაში გადასვლის შემდგომ არ უნარჩუნდება. მაგალითად, ახალგაზრდების ქვეჯგუფს, რომელსაც გენდერული შეუთავსებლობა ჰქონდა, მოზარდობაში გადასვლის შემდგომ, შესაძლოა, გენდერული შეუთავსებლობის შემცირება ან თუნდაც სრული გაქრობა გამოვლინდეს (de Vries et al., 2010; Olson et al., 2022; Ristori & Steensma, 2016; Singh et al., 2021; Wagner et al., 2021). თუმცა, გენდერული შეუთავსებლობის უწყვეტობისა და მდგრადობის მაჩვენებლებზე და პუბერტატულ და მოზარდ ასაკში გენდერთან დაკავშირებულ საჭიროებებზე ნაკლები კვლევა ფოკუსირდებოდა. მრავალფეროვანი გენდერის მქონე პუბერტატულ/მოზარდთა კოჰორტებთან დაკავშირებული ხელმისაწვდომი მონაცემები (ამსტერდამის ტრანსგენდერთა კლინიკიდან) მიუთითებს, რომ დროთა განმავლობაში გაფართოებული შეფასებების შემდეგ,

გენდერული შეუთავსებლობის მქონე მოზარდების ქვეჯგუფი, რომლებიც გენდერულ მზრუნველობას საჭიროებენ, ზოგჯერ ამჯობინებენ, გენდერის დამადასტურებელ სამედიცინო დახმარებას არ მიმართონ (Arnoldussen et al., 2019; de Vries, Steensma et al., 2011). მნიშვნელოვანია, რომ გენდერულად შეუთავსებელი პუბერტატული/მოზარდების კოჰორტების კვლევების შედეგები, რომელშიც მონაწილეები, რომლებმაც დროთა განმავლობაში ყოვლისმომცველი გენდერული შეფასება გაიარეს, ხანგრძლივი გენდერული შეუთავსებლობა და გენდერთან დაკავშირებული საჭიროება აჩვენეს და სამედიცინო გენდერული მზრუნველობისთვის შესაბამის დანესებულებებში გადაიგზავნენ, გენდერთან დაკავშირებული სამედიცინო დახმარების გადაწყვეტილებებთან დაკავშირებით სინანულის დაბალ დონეს აღნიშნავენ (de Vries et al., 2014; Wiepjes et al., 2018). თუმცა ეს მიგნებები დაბალი სინანულის შესახებ შეიძლება განზოგადებულ იქნას მხოლოდ იმ ახალგაზრდებზე, რომლებსაც დროთა განმავლობაში, ყოვლისმომცველი და განმეორებითი შეფასებით, მდგრადი გენდერული შეუთავსებლობა და გენდერთან დაკავშირებული საჭიროებები გამოუვლინდათ (იხ. დებულება 6.3).

დეკლარაცია 6.12.C

მოზარდი ავლენს ემოციურ და გონებრივ სიმნიფეს, რომელიც მკურნალობაზე ინფორმირებული თანხმობის გასაცემად საკმარისია.

ინფორმირებული თანხმობის პროცესი მოიცავს პაციენტსა და მის პროვაიდერს შორის კომუნიკაციას პაციენტისთვის პოტენციური ჩარევის შესახებ ინფორმირების მიზნით, რაც საბოლოო ჯამში, პაციენტს დაეხმარება გადაწყვეტილების მიღებაში, ჩაიტაროს თუ არა ინტერვენცია. შემთხვევათა უმრავლესობაში, არასრულწლოვანთათვის, კანონიერი მეურვე ინფორმირებული თანხმობის პროცესის განუყოფელი ნაწილია: თუ მკურნალობა უნდა ჩატარდეს, კანონიერი მეურვე (ხშირად მშობელი/ აღმზრდელი) ამის შესახებ ინფორმირებულ თანხმობას იძლევა. უმეტეს შემთხვევაში თანხმობა არის გარკვეულწილად პარალელური პროცესი,

რომელშიც არასრულწლოვანი და პროვაიდერი ინტერვენციას განიხილავენ და პროვაიდერი პაციენტის მიერ ინფორმაციის გაგებისა და აღქმის დონეს აფასებს.

ინფორმირებული თანხმობის გაცემის პროცესში გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო დახმარების განსახილველად აუცილებელი ნაბიჯი არის ფრთხილი დისკუსია კვალიფიციურ სამედიცინო პერსონალთან, რომელიც მოზარდების ემოციური და შემეცნებითი სიმნიფის შესაფასებლად გადამზადებულია. მკურნალობის შექცევადი და შეუქცევადი ეფექტები, ისევე როგორც, ნაყოფიერების შენარჩუნების ვარიანტები (როდესაც ეს შესაძლებელია) და ინტერვენციის ყველა პოტენციური რისკის და სარგებელის განხილვა მნიშვნელოვანი კომპონენტებია. ეს დისკუსიები საჭიროა ინფორმირებული თანხმობის მიღებისას. კოგნიტური და ემოციური სიმნიფის შეფასება მნიშვნელოვანია, რადგან ის მზრუნველთა გუნდს ეხმარება, მოზარდის ინფორმირების უნარის შესახებ გაიგოს.

ნებისმიერ სამედიცინო ჩარევაზე ან მკურნალობაზე ოფიციალური დათანხმებისთვის აუცილებელი პირობები მოიცავს პაციენტის უნარს: 1) გააცნობიეროს მკურნალობის ბუნება; 2) გაიაზროს მკურნალობის ვარიანტები, რისკებისა და სარგებლის ჩათვლით; 3) შეაფასოს გადაწყვეტილების ხასიათი, მათ შორის, მათი გრძელვადიანი შედეგები; და 4) განაცხადოს თავისი არჩევანი (Grootens-Wiegers et al., 2017). გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო მკურნალობის შემთხვევაში, ახალგაზრდა უნდა იყოს სათანადოდ ინფორმირებული იმის შესახებ, თუ რას მოიცავს მკურნალობა და რას არა, ასევე მკურნალობასთან დაკავშირებული ცვლილებების გამოვლენის მოსალოდნელი ვადებისა (მაგ. ჰორმონული მკურნალობა გენდერის დასადასტურებლად) და იმ სიტუაციების შესახებ, როდესაც საჭიროა მკურნალობის შეწყვეტა. გენდერულად განსხვავებულმა ახალგაზრდებმა სრულად უნდა გააცნობიერონ მკურნალობის შექცევადი, ნაწილობრივ შექცევადი და შეუქცევადი ასპექტები. აგრეთვე ის ინფორმაცია, რომელიც კონკრეტული მკურნალობის შესახებ არის ცნობილი (მაგ. პუბერტა-

ტული დათრგუნვის გავლენა ტვინის განვითარებაზე (Chen and Loshak, 2020). გენდერულად მრავალფეროვანმა ახალგაზრდებმა ასევე უნდა გააცნობიერონ, რომ ბევრი გენდერულად მრავალფეროვანი ახალგაზრდა გენდერის დადასტურებაზე სამედიცინო ზრუნვას იწყებს, როგორც მათთვის საუკეთესო არჩევანს, და შესაბამის ზრუნვას ექვემდებარება, მაგრამ არის ადამიანების ქვეჯგუფი, რომლებიც დროთა განმავლობაში აღმოაჩინენ, რომ ეს ზრუნვა მათთვის შესაფერისი არ არის (Wiepjes et al., 2018). ახალგაზრდებმა უნდა იცოდნენ, რომ ასეთი ცვლილებები ხანდახან დროთა განმავლობაში გენდერული საჭიროებების და, ზოგიერთ შემთხვევაში, თავად გენდერული იდენტობის ცვლილებასთან არის დაკავშირებული. ამ ინფორმაციის გათვალისწინებით, გენდერულად მრავალფეროვან ახალგაზრდებს მკურნალობის ვარიანტების შესახებ გააზრებული მსჯელობა და გაკეთებული არჩევანის შედეგების გათვალისწინება უნდა შეეძლოს. გარდა ამისა, როგორც თანხმობის გაცემის საფუძველი, გენდერულად განსხვავებულ ახალგაზრდას უნდა შეეძლოს საკუთარი არჩევანის შესახებ კომუნიკაცია.

ოფიციალური თანხმობის/დათანხმებისთვის საჭირო ამოცანების შესასრულებლად საჭირო უნარები შესაძლოა, კონკრეტულ ასაკში წარმოდგენილი არ იყოს (Grootens-Wiegers et al., 2017). შეიძლება არსებობდეს განსხვავება ამ უნარებში, რაც დაკავშირებულია განვითარების განსხვავებებთან და ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან (Shumer & Tishelman, 2015) და დამოკიდებულია იმაზე, თუ ამ უნარების პრაქტიკაში გამოყენების რა შესაძლებლობები ჰქონია ახალგაზრდას (Alderson, 2007). გარდა ამისა, ემოციური და შემეცნებითი სიმნიფის შეფასება გენდერთან დაკავშირებული მკურნალობის თითოეული გადაწყვეტილებისთვის ცალ-ცალკე უნდა ჩატარდეს (Vrouenraets et al., 2021).

შემდეგი კითხვები შესაძლოა, ახალგაზრდის ემოციური და შემეცნებითი მზადყოფნის შესაფასებლად და გენდერის დამადასტურებელ კონკრეტულ მკურნალობაზე თანხმობის გამო-სათქმელად სასარგებლო აღმოჩნდეს:

- შეუძლია თუ არა ახალგაზრდას ყურადღებით იფიქროს მომავალზე და განიხილოს ნაწილობრივ ან სრულად შეუქცევადი ჩარევის შედეგები?
- აქვს თუ არა ახალგაზრდას საკმარისი თვითრეფლექსიის უნარი, რათა განიხილოს შესაძლებლობა, რომ გენდერული საჭიროებები და პრიორიტეტები შესაძლოა, დროთა განმავლობაში განვითარდეს და შეიცვალოს?
- გარკვეულწილად, გააზრებული აქვს ახალგაზრდას, რა შეიძლება გააკეთოს, თუ მომავალში მათი გენდერთან დაკავშირებული პრიორიტეტები შეიცვლება?
- შეუძლია თუ არა ახალგაზრდას, გაიგოს და მართოს კონკრეტული სამედიცინო მკურნალობის ყოველდღიური ხანმოკლე და გრძელვადიანი ასპექტები (მაგ. მედიკამენტების მიღების გრაფიკის დაცვა და მიღება და აუცილებელი სამედიცინო დაკვირვება)?

ემოციური და კოგნიტური სიმწიფის შეფასება შეიძლება ხანგრძლივი დროის განმავლობაში განხორციელდეს, რადგან მზრუნველობის გუნდი მკურნალობის ვარიანტების შესახებ საუბარს აგრძელებს და ახალგაზრდას შესაძლებლობას აძლევს, აზროვნება გაინაფოს და ვარიანტები და შედეგები უფრო ადვილად გაიაზროს. ნეიროგანვითარების და/ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის ზოგიერთი ფორმის მქონე ახალგაზრდებს, შესაძლოა, მომავლის დაგეგმვის, ფართო სურათით აზროვნების და თვითაქტუალის უნარები ნაკლებად ჰქონდეთ განვითარებული (Dubbelink & Geurts, 2017). ამ შემთხვევებში შეიძლება თანხმობის პროცესის მიმართ უფრო ფრთხილი მიდგომა გახდეს საჭირო და ეს მოიცავდეს ახალგაზრდისთვის დამატებით დროს და სტრუქტურირებული შესაძლებლობების მიცემას, გამოიყენოს სამედიცინო გადაწყვეტილების მიღებისთვის აუცილებელი უნარები (Strang, Powers et al., 2018).

უნიკალური სიტუაციებისთვის, როდესაც არასრულწლოვანი მოზარდი საკუთარ მკურნალობაზე მშობლის ნებართვის გარეშე თანხმდება (იხ. დებულება 6.11), საჭიროა დამატებითი

მუშაობა მოზარდისგან ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღების მხარდასაჭერად. ეს, როგორც წესი, მოითხოვს მოზარდთან მომუშავე სამედიცინო პერსონალის ჩართულობისა და თანამშრომლობის უფრო მაღალ დონეს, ახალგაზრდისთვის შესაბამისი შემეცნებითი და ემოციური მხარდაჭერის უზრუნველსაყოფად, რათა მან განიხილოს ვარიანტები, ანონ-დანონოს სარგებელი და პოტენციური გამონევეები/დანახარჯები და შეიმუშაოს გეგმა მკურნალობასთან დაკავშირებული დახმარების ნებისმიერი საჭიროებისთვის (პოტენციურად მიმდინარე).

დეკლარაცია 6.12.D

მოზარდის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემა (ასეთის არსებობის შემთხვევაში), რამაც შეიძლება დიაგნოსტიკის სიცხადეს, თანხმობის უნარს და გენდერის დამადასტურებელ სამედიცინო მკურნალობას ხელი შეუშალოს, მოგვარებულია.

მტკიცებულება მიუთითებს, რომ ტგმ-მოზარდები ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევების გაზრდილი რისკის ქვეშ არიან, რაც ხშირად ოჯახის/მეურვის მიერ უარყოფას, საზოგადოების არატოლერანტულობასა და ნეირომრავალფეროვნებასთან არის დაკავშირებული (მაგ. de Vries et al., 2016; Pariseau et al., 2019; Ryan et al., 2010; Weinhardt et al., 2017). ახალგაზრდის ფსიქიკური ჯანმრთელობის გამონევეებმა შეიძლება გავლენა მოახდინოს მათი გენდერული განვითარების ისტორიისა და გენდერულ იდენტობასთან დაკავშირებული საჭიროებების კონცეპტუალიზაციაზე, მოზარდის თანხმობისა და სამედიცინო მკურნალობის მიღების უნარზე. გარდა ამისა, სისგენდერი ახალგაზრდების მსგავსად, ტგმ-ახალგაზრდებმა შეიძლება განიცადონ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები, მიუხედავად გენდერული დისფორიის ან გენდერული შეუთავსებლობისა. კერძოდ, შესაძლოა დეპრესიისადმი და თვითდაზიანებისადმი მიდრეკილება აღმოცენდეს; ბევრმა კვლევამ აჩვენა დეპრესიის მაჩვენებლები და ემოციური და ქცევითი პრობლემები, რომლებიც უტოლდება ფსიქიკური ჯანმრთე-

ლობის კლინიკებში აღრიცხულ პოპულაციების მაჩვენებლებს (Leibowitz & de Vries, 2016). ასევე დაფიქსირდა სუიციდური აზრების, თვითმკვლელობის მცდელობების და თვითდაზიანების უფრო მაღალი მაჩვენებლები (de Graaf et al., 2020). გარდა ამისა, კვებითი აშლილობები უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე ზოგად პოპულაციაში (Khatchadourian et al., 2013; Ristori et al., 2019; Spack et al., 2012). მნიშვნელოვანია, რომ ტგმ-მოზარდები აუტიზმის სპექტრის აშლილობის/მახასიათებლების მაღალ მაჩვენებლებს ავლენენ (Øien et al., 2018; van der Miesen et al., 2016; იხილეთ ასევე დებულება ნ.1d). შეიძლება ასევე იყოს სხვა ნეიროგანვითარების გამოვლინებები და/ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის გამოწვევები (მაგ. ADHD, ინტელექტუალური უნარშეზღუდულობა და ფსიქოზური დარღვევები (de Vries, Doreleijers et al., 2011; Meijer et al., 2018; Parkes & Hall, 2006).

აღსანიშნავია, რომ ბევრი ტრანსგენდერი მოზარდი ჯანმრთელია და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებს ნაკლებად უჩივის. მაგალითად, სოციალურ ტრანზიციის გავლილ პუბერტატის ასაკის მოზარდებს, რომლებიც გენდერის დამადასტურებელ სამედიცინო მზრუნველობას სპეციალიზებულ გენდერულ კლინიკებში იღებენ, შესაძლოა ფსიქიკური ჯანმრთელობის იგივე მდგომარეობა ჰქონდეთ, როგორც მათ სისგენდერ თანატოლებს (მაგ. de Vries et al., 2014; van der Miesen et al., 2020). პროვადერის მთავარი ამოცანაა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნებისმიერ გამოწვევასა და ახალგაზრდის მიერ გენდერული მზრუნველობის საჭიროებების თვითგააზრებას შორის არსებული კორელაცია შეაფასოს და შემდეგ, პრიორიტეტები შესაბამისად დასახოს.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სხვადასხვა სირთულეებმა შესაძლოა, ტგმ-მოზარდების გენდერული საჭიროებების სხვადასხვაგვარი შეფასება და მკურნალობა გახადოს საჭირო:

1. როდესაც ტგმ-მოზარდს აქვს სუიციდისკენ და თვითდაზიანებისკენ მიდრეკილება, ან კვებით აშლილობას თუ სხვა ფსიქიკური ჯანმრთელობის კრიზისი, რომელიც ფიზიკურ ჯანმრთელობას უქმნის საფრთხეს,

უსაფრთხოება პრიორიტეტული უნდა იყოს. ადგილობრივი კონტექსტისა და არსებული გაიდლაინების მიხედვით, სათანადო მზრუნველობა საფრთხის ან კრიზისის შერბილებას უნდა ისახავდეს მიზნად, რათა გენდერთან დაკავშირებული გააზრებული შეფასებისა და გადანყვეტილების მისაღებად დრო საკმარისი იყოს და მდგომარეობა დასტაბილურდეს. მაგალითად, შესაძლოა, სუიციდის კრიზისში მყოფი მოზარდი ემოციურად მზად არ აღმოჩნდეს გენდერის დამადასტურებელ სამედიცინო/ქირურგიულ მკურნალობასთან დაკავშირებით ინფორმირებული გადანყვეტილების მისაღებად. თუ მითითებულია, უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული ინტერვენციები არ უნდა აფერხებდეს გენდერის დამადასტურებელი ზრუნვის დაწყებას.

2. ფსიქიკურმა ჯანმრთელობამ, შესაძლოა, გენდერული განვითარებისა და გენდერულ იდენტობასთან დაკავშირებული საჭიროებების შეფასება გაართულოს. მაგალითად, მნიშვნელოვანია გენდერული შეუთავსებლობის დიფერენცირება კონკრეტული ფსიქიკური ჯანმრთელობის ჩვენებებისგან, როგორცაა ობსესიურ-კომპულსური დარღვევა, აუტიზმი განსაკუთრებული ინტერესებით, ხისტი აზროვნება, იდენტობის უფრო ფართო პრობლემები, მშობლისა და ბავშვის ინტერაქციის სირთულეები, განვითარებასთან დაკავშირებული მძიმე შფოთვა (მაგ. ზრდისა და პუბერტატული ცვლილებების შიში, რომლებიც გენდერულ იდენტობასთან დაკავშირებული არ არის), ტრავმა ან ფსიქოზური აზრები. ფსიქიკური ჯანმრთელობის გამოწვევები, რომლებიც იდენტობის განვითარებისა და გენდერთან დაკავშირებული გადანყვეტილების მიღების სიცხადეს ხელს უშლის, პრიორიტეტულად უნდა ჩაითვალოს და გადაიჭრას.
3. გადანყვეტილების მიღება გენდერის დამადასტურებელ სამედიცინო მკურნალობასთან დაკავშირებით, რომლის შედეგებიც მთელი სიცოცხლის მანძილზე გრძელდება, მოითხოვს მოზარდის გააზრებულ, მომავალზე ორიენტირებულ აზროვნებას, მშობ-

ლების/მეურვეების მონაწილეობით, როგორც მითითებულია ზემოთ (იხ. დებულება 6.11). იმისათვის, რომ მოზარდმა ასეთი ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღება შეძლოს, მოზარდს საკითხების გააზრების, არჩევანის გამოსატყვის, შეფასების და გენდერის დამადასტურებელ მკურნალობასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილების მკაფიოდ დადასტურების უნარი უნდა ჰქონდეს (იხ. დებულება 6.12C). ნეიროგანვითარების განსხვავებებმა, როგორცაა აუტისტური მახასიათებლები ან აუტისტური სპექტრის აშლილობა (იხ. დებულება 6.1d, მაგ. კომუნიკაციის შეუსაბამობები; აქცენტიკონკრეტულ ან ხისტ აზროვნებაზე; განსხვავებები თვითშეგრძნებაში, სამომავლო აზროვნებასა და დაგეგმვაში), შესაძლოა, შეფასება და გადაწყვეტილების მიღების პროცესი ეჭვქვეშ დააყენოს; ნეიროდივერგენტულ ახალგაზრდებს შესაძლოა, შეფასების პროცესში დამატებითი მხარდაჭერა, სტრუქტურირება, ფსიქოლოგიური განათლება და დრო დასჭირდეთ (Strang, Powers et al., 2018). ფსიქიკური ჯანმრთელობის სხვა ჩვენებები, რომლებიც კომუნიკაციასა და თვითდახმარების გაუარესებას, შეფასებაში ჩართვის სირთულეს, მეხსიერებისა და კონცენტრაციის სირთულეებს, უიმედობას და მომავალზე ორიენტირებული აზროვნების სირთულეს მოიცავს, შესაძლოა, შეფასება და გადაწყვეტილების მიღება გაართულოს. ასეთ შემთხვევებში, მედიკამენტურ მკურნალობასთან დაკავშირებით რაიმე გადაწყვეტილების მიღებამდე ხშირად საჭიროა დროის გახანგრძლივება.

4. და ბოლოს, მიუხედავად იმისა, რომ სამედიცინო ჩარევის დროს მნიშვნელოვანია ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მოგვარება, ეს არ ნიშნავს იმას, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ყველა გამოწვევის სრულიად მოგვარება შესაძლებელი, ან სავალდებულოა. თუმცა, მნიშვნელოვანია ნებისმიერი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემა მოგვარდეს იმ დონემდე, რომ გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო მკურნალობა ოპტიმალურად იყოს უზრუნველყოფილი

(მაგ. მედიკამენტების რეჟიმის დაცვა, შემდგომი სამედიცინო შეხვედრების დასწრება და საკუთარ თავზე მზრუნველობა, განსაკუთრებით პოსტოპერაციული კურსის განმავლობაში).

წიგნული 6.12.E

მოზარდი ინფორმირებულია რეპროდუქციული ეფექტების, მათ შორის, ნაყოფიერების პოტენციური დაკარგვისა და ნაყოფიერების შენარჩუნების არსებული საშუალებების შესახებ და ეს განხილულია მისი პუბერტატული განვითარების სტადიის კონტექსტში.

კლინიკურ მიდგომასთან, მეცნიერულ ფონთან და დასაბუთებასთან დაკავშირებული გაიდლაინებისთვის იხილეთ თავი 12 – ჰორმონოთერაპია და თავი 16 – რეპროდუქციული ჯანმრთელობა.

წიგნული 6.12.F

მოზარდმა მიაღწია პუბერტატის ტენერის მე-2 სტადიას, რა დროსაც პუბერტატული დათრგუნვის დაწყება დასაშვებია.

სქესობრივი მომწიფების დაწყება გენდერულად მრავალფეროვანი ბევრი ახალგაზრდისთვის გადამწყვეტი მომენტია. ზოგისთვის ეს იწვევს მათი გენდერული შეუთავსებლობის გაძლიერებას, ზოგისთვის კი პუბერტატმა შეიძლება გენდერფლუილობა (მაგ. ბინარულიდან არაბინარულ გენდერული იდენტობაზე გადასვლა), ან ადრე დადასტურებული გენდერული იდენტობის შესუსტება გამოიწვიოს (Drummond et al., 2008; Steensma et al., 2011, Steensma, Kreukels et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). სქესობრივი მომწიფების მახლოკირებელი მედიკამენტების გამოყენება, როგორცაა GnRH-ის ანალოგები, არ არის რეკომენდებული მანამ, სანამ ბავშვები პუბერტატის ტენერის 2 სტადიას არ მიაღწევენ, რადგან შესაძლებელია, რომ ზოგიერთი ტგმ-მოზარდისთვის ფიზიკური პუბერტატის პერიოდი გენდერული იდენტობის შემდგომი განვითარებისთვის გადამწყვეტი აღმოჩნდეს (Steensma et al, 2011). ამიტომ, სქესობრივი მომწიფების ბლოკატორები გენდერულად

მრავალფეროვან ახალგაზრდებში მომნიშვნისასაკამდე არ უნდა დაინიშნოს (Waal & Cohen-Kettenis, 2006). ზოგიერთი ახალგაზრდისთვის, GnRH-ის აგონისტები შესაძლოა, გვიან სტადიებზე ან პოსტპუბერტატულ პერიოდში იყოს მიზანშეწონილი (მაგ. ტენერის სტადია 4 ან 5), და ეს ძალიან ინდივიდუალურად უნდა გადაწყდეს. GnRH-ის აგონისტების გამოყენების უფრო ყოვლისმომცველი მიმოხილვისთვის იხილეთ თავი 12 – ჰორმონოთერაპია. პუბერტატის დასაწყისის ვარიაციები განპირობებულია მრავალი ფაქტორით (მაგ. დაბადებისას მინიჭებული სქესი, გენეტიკა, კვება და ა.შ.). ტენერის სკალა/სტადიები გულისხმობს პუბერტატული განვითარების ხუთ ეტაპს, რომელიც პრეპუბერტატული პერიოდიდან (ტენერის სტადია 1) იწყება და პოსტპუბერტატამდე და ზრდასრულობაში სქესობრივი სიმნიშვნის მიღწევამდე გრძელდება (ტენერის სტადია 5) (Marshall & Tanner, 1969, 1970). დაბადებისას მდებარეობითად განსაზღვრული მოზარდების შემთხვევაში, პუბერტატის დასაწყისად (მაგ. გონადარქე) მიჩნეულია მკერდის ზრდის გამოვლენა (ტენერის სტადია 2), დაბადებისას მამრობითად განსაზღვრული პირებისთვის კი – როდესაც სათესლე ჯირკვლის მოცულობა მიაღწევს ან გადააჭარბებს 4 მლ-ს (Roberts & Kaiser, 2020). გამოცდილმა სამედიცინო პროვაიდერმა უნდა მოახდინოს სქესობრივი მომნიშვნის დასაწყისის ფიზიკური ცვლილებებისგან დიფერენცირება, როგორცაა ბოქვენის თმა და აპოკრინული სხეულის სუნი თირკმელზედა ჯირკვლის მიერ წარმოებული სქესობრივი სტეროიდების გამო (მაგ. ადრენარქე), რადგან ადრენარქე არ წარმოადგენს გარანტიას, რომ სქესობრივი მომნიშვნის ბლოკატორი მედიკამენტების გამოყენება დასაშვებია (Roberts & Kaiser, 2020). ადრენარქესა და გონადარქეს შორის განსხვავების შესახებ მშობლებისა და ოჯახების განათლებით უზრუნველყოფა ეხმარება მათ, გაიაზრონ დროითი ჩარჩო, როდესაც გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო თერაპიის შესახებ მათ მრავალპროფილურ გუნდთან ერთად ერთობლივი გადაწყვეტილებები უნდა მიიღონ.

პუბერტატის დათრგუნვის სხვა რისკებისა და სარგებელის როგორც ჰიპოთეტური, ასევე

ფაქტობრივი მნიშვნელობა, არ შეიძლება გადაჭარბებული იყოს. მტკიცებულებები ნათელს ჰყენს შორსმავალი ქირურგიული შედეგების არსებობას იმ ტრანსგენდერი გოგონებისთვის, რომლებიც პუბერტატულ სუპრესიას განაგრძობენ (van de Griff et al., 2020). არსებობს ლონგიტუდური მონაცემები, რომელიც მიუთითებს რომანტიული და სექსუალური კმაყოფილების გაუმჯობესებაზე იმ მოზარდებში, რომლებიც პუბერტატის დათრგუნვისთვის ჰორმონულ და ქირურგიულ მკურნალობას იტარებენ (Bungener et al., 2020). ტრანსგენდერ ქალებში ლაპაროსკოპიული ნაწლავური ვაგინოპლასტიკის (განხორციელებული პუბერტატის ბლოკატორების გამოყენების შემდეგ გენიტალური ქსოვილის შეზღუდვის გამო) შედეგების შესახებ კვლევამ აჩვენა, რომ ოპერაციის შემდეგ უმრავლესობამ (84%) ორგანოში განიცადა, თუმცა სპეციფიკური კორელაცია სექსუალური სიამოვნების შედეგსა და პუბერტატული სუპრესიის დაწყების დროს შორის კვლევაში განხილული არ იყო (Bouman, van der Sluis et al., 2016), და კვლევა არც მათ არ ეხებოდა, ვინც სხვა ქირურგიულ პროცედურას ირჩევდა. ეს ქირურგიული და სექსუალური ჯანმრთელობის შედეგებთან დაკავშირებული სამომავლოდ დაუდგენელი საკითხების შესახებ ოჯახებთან დისკუსიაში ჩართვის მნიშვნელობას უსვამს ხაზს.

დასკვნა 6.12.6

მოზარდს ჩაუტარდა მინიმუმ 12 თვიანი გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპია, საჭიროების შემთხვევაში და სასურველი ქირურგიული შედეგის მისაღწევად გენდერის დამადასტურებელი სხვა პროცედურების, მათ შორის სარძევე ჯირკვლის გადიდება, ორქიექტომია, ვაგინოპლასტიკა, ჰისტერექტომია, ფალოპლასტიკა, მეტოიდოპლასტიკა და სახის ქირურგია, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც ჰორმონოთერაპია არ არის სასურველი ან სამედიცინო თვალსაზრისით უკუნაჩვენებია.

გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონოთერაპია ანატომიურ, ფიზიოლოგიურ და ფსიქოლოგიურ ცვლილებებს იწვევს. ანატომიური

ეფექტების (მაგ. კლიტორის ზრდა, სარძევე ჯირკვლის ზრდა, საშოს ლორწოვანის ატროფია) შესაძლოა, თერაპიის დაწყებიდან მალევე გამოვლინდეს, ხოლო მაქსიმალური ეფექტი 1-2 წლის შემდეგაა მოსალოდნელი (T'Sjoen et al., 2019). მოზარდის განვითარების მნიშვნელოვანი პერიოდის განმავლობაში ფიზიკურ ცვლილებებთან ფსიქოლოგიური ადაპტაციისთვის საკმარისი დროის უზრუნველსაყოფად, რეკომენდებულია თორმეტოვანი ჰორმონული მკურნალობა. საჭირო ქირურგიული შედეგიდან გამომდინარე, ჰორმონული მკურნალობის პერიოდი შეიძლება გახანგრძლივდეს (მაგ. კლიტორის საკმარისი ვირილიზაცია მეტოიდოპლასტიკა/ფალოპლასტიკამდე, მკერდის ზრდა და კანის გაფართოება მკერდის გადიდებად, კანის დარბილება და სახის ცვლილებები, ცხიმის განაწილება სახის გენდერის დამადასტურებელ ოპერაციამდე) (de Blok et al., 2021).

იმ პირებისთვის, რომლებიც ქირურგიულ ჩარევამდე ჰორმონებს არ იღებენ, მნიშვნელოვანია ქირურგებმა შეთავაზებულ ოპერაციაზე ჰორმონოთერაპიის გავლენა განიხილონ. გარდა ამისა, იმ პირებისთვის, რომლებსაც უტარდებათ გონადექტომია და ჰორმონებს არ იღებენ, ოპერაციის დაწყებამდე შეიძლება, ჰორმონის ჩანაცვლების გეგმა შემუშავდეს.

ასაკის გათვალისწინება მოზარდების გენდერის დამადასტურებელი საპედიკურული ქირურგიული მკურნალობისას

ასაკი ძლიერ, თუმცა არასრულყოფილ, კორელაციაშია კოგნიტურ და ფსიქოსოციალურ განვითარებასთან და შეიძლება ინტერვენციების პოტენციური დროის განსაზღვრისათვის სასარგებლო ობიექტური მარკერი აღმოჩნდეს (Ferguson et al., 2021). რაც უფრო შეუქცევადია, ან რთულია მკურნალობა, მით მაღალია ასაკი. ეს მიდგომა იძლევა საშუალებას, გაგრძელდეს კოგნიტური/ემოციური მომწიფება, რომელიც მოზარდს საშუალებას აძლევს, მზარდი სირთულის მკურნალობა სრულად განიხილოს და თანხმობა განაცხადოს (იხ. დებულება 6.12C).

მზარდი მტკიცებულება მიუთითებს, რომ გენდერულად მრავალფეროვანი ახალგაზრდებისთვის, რომლებიც კრიტერიუმებს აკმაყოფილებენ, გენდერის დადასტურების მკურნალო-

ბებს დადებით შედეგებამდე მივყავართ (Achille et al., 2020; de Vries et al., 2014; Kuper et al., 2020). თუმცა, არსებობს შეზღუდული მონაცემები ახალგაზრდებში გენდერის დამადასტურებელი ინტერვენციების ოპტიმალური დროისა და გრძელვადიანი ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და ნეიროგანვითარების შედეგების შესახებ (Chen et al., 2020; Chew et al., 2018; Olson-Kennedy et al., 2016). ამჟამად არსებული ლონგიტუდური კვლევები, რომლებიც გენდერულად მრავალფეროვან ახალგაზრდებსა და ზრდასრულებში შედეგებს აფასებენ, ეფუძნება კონკრეტულ მოდელს (ანუ ჰოლანდიურ მიდგომას), რომელიც მოიცავდა ყოვლისმომცველ საწყის შეფასებას შემდგომი დაკვირვებით. ამ მიდგომით, პუბერტატული სუპრესია განიხილებოდა 12 წლის ასაკში, გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონოთერაპია 16 წლის ასაკში და ქირურგიული ჩარევები 18 წლის შემდეგ, გარდა გამონაკლისი შემთხვევებისა. არ არის ნათელი, გამოიწვევს თუ არა ერთსა და იმავე ან განსხვავებულ შედეგებს ამ მიდგომიდან გადახრები. ამჟამად მიმდინარეობს ლონგიტუდური კვლევები, რათა ახალგაზრდებში გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის შედეგები, უსაფრთხოება და ეფექტურობა უკეთ განისაზღვროს (Olson-Kennedy, Garofalo et al., 2019; Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2019). მიუხედავად იმისა, რომ მოზარდობის ასაკში დაწყებული გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის გრძელვადიანი ეფექტები ბოლომდე ცნობილი არ არის, მკურნალობის დაგვიანებით გამოწვეული ჯანმრთელობის პოტენციური უარყოფითი შედეგებიც უნდა იყოს გათვალისწინებული (de Vries et al., 2021). ვინაიდან ახალგაზრდებში გენდერის დამადასტურებელი ინტერვენციების შედეგების შესახებ მტკიცებულების ბაზა იზრდება, შესაძლოა ამ ინტერვენციებისთვის დროისა და მზადყოფნის შესახებ რეკომენდაციები განახლდეს.

მოზარდების მიმართ გენდერის დამადასტურებელ მკურნალობის წინა გაიდლაინებში რეკომენდებულია, რომ ნაწილობრივ შექცევადი გენდერის დადასტურების ჰორმონოთერაპია შეიძლება დაახლოებით 16 წლის ასაკიდან დაიწყოს (Coleman et al., 2012; Hembree et al., 2009). უფრო უახლესი გაიდლაინები გამოთქ-

ვამენ მოსაზრებას, რომ შესაძლოა, 16 წლამდე გენდერის დადასტურების ჰორმონოთერაპიის დასაწყებად დამაჯერებელი მიზეზები არსებობდეს, თუმცა ახალგაზრდებზე, რომლებმაც ჰორმონების მიღება 14 წლამდე დაიწყეს, კვლევები შეზღუდულია (Hembree et al., 2017). გენდერ-აფირმაციული ჰორმონული თერაპიის (GAHT) ადრე დაწყების დამაჯერებელი საფუძველი შესაძლოა, მაგალითად, იყოს პუბერტატის განგრძობითი დათრგუნვის თავიდან აცილება, ძვლის სიჯანსაღესთან დაკავშირებული ნუხილების და პუბერტატის გადავადების ფსიქოსოციალური გავლენების გამო, როგორც ეს დეტალურად არის აღწერილი მე-12-ე თავში – ჰორმონული თერაპია (Klink, Caris et al., 2015; Schagen et al., 2020; Vlot et al., 2017; Zhu & Chan, 2017). პუბერტატი ტვინისა და კოგნიტური განვითარების მნიშვნელოვანი პერიოდია. გენდერულად მრავალფეროვან ახალგაზრდებში გაფართოებული პუბერტატული დათრგუნვის პოტენციური ნეიროგანვითარების ზეგავლენა კონკრეტულად იქნა გამოვლენილი, და ეს საკითხი უფრო დეტალურ შესწავლას საჭიროებს (Chen et al., 2020). მიუხედავად იმისა, რომ გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის (GnRH) ანალოგები ნაადრევი სქესობრივი მომწიფების სამკურნალოდ გამოყენებისას უსაფრთხოა, არსებობს საფრთხე, რომ სქესობრივი ჰორმონების (ენდოგენური ან ეგზოგენური) ზემოქმედების შეფერხებამ ძვლის პიკური მინერალიზაციის დროს შესაძლოა, ძვლის მინერალური სიმკვრივის დაქვეითება გამოიწვიოს. ძვლის მინერალური სიმკვრივის პოტენციური დაქვეითება, ისევე როგორც ამის კლინიკური მნიშვნელობა კვლევას საჭიროებს (Klink, Caris et al., 2015; Lee, Finlayson et al., 2020; Schagen et al., 2020). პოტენციურმა ნეგატიურმა ფსიქოსოციალურმა შედეგებმა სქესობრივი მომწიფების თანატოლებთან ერთად არდაწყების გამო შეიძლება გენდერულად მრავალფეროვან ახალგაზრდებს დამატებითი სტრესი მიაყენოს, თუმცა ეს მოვლენა დეტალურად შესწავლილი არ არის. გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონების დაწყების დროის განხილვისას, პროვადერებმა მკურნალობის დაწყების პოტენციური ფიზიკური და ფსიქოლოგიური სარგებელი და

რისკები მკურნალობის დაგვიანების პოტენციურ რისკებსა და სარგებელს უნდა შეადარონ. ამ პროცესს ასევე შეუძლია, დამაჯერებელი ფაქტორების იდენტიფიცირება გააადვილოს, რომლებიც შესაძლოა, ინდივიდუალურ მიდგომას საჭიროებდნენ.

ტრანსმასკულინურ ახალგაზრდებზე ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ გულმკერდის დისფორია ასოცირდება შფოთვის, დეპრესიისა და დისტრესის მომატებულ მაღალ სიხშირესთან და მას შეუძლია გამოიწვიოს ფუნქციური შეზღუდვები, როგორცაა ვარჯიშის ან ბანაობის თავიდან აცილება (Mehring et al., 2021; Olson-Kennedy, Warus et al., 2018; Sood et al., 2021). სამწუხაროდ, ტესტოსტერონი ამ დისტრესის შესამსუბუქებლად ნაკლებად ეფექტურია, თუმცა გულმკერდის მასკულინიზაცია ზოგიერთ პაციენტს ეხმარება, გრძელვადიან პერსპექტივაში ეს პრობლემა მოაგვაროს. ახალგაზრდებთან ჩატარებულმა კვლევებმა, რომლებიც გულმკერდის დისფორიის შემსუბუქების მიზნით გულმკერდის მასკულინიზაციის ოპერაციას მოიცავდა, კარგი ქირურგიული შედეგები, შედეგებით კმაყოფილება და კვლევის მონიტორინგის პერიოდში პროცედურის გამო მინიმალური სინანული აჩვენა (Marinkovic & Newfield, 2017; Olson-Kennedy, Warus et al., 2018). გულმკერდის მასკულინიზაციის ქირურგია არასრულწლოვანებში შესაძლოა განიხილებოდეს იმ დროს, როდესაც მოზარდთა გენდერული განვითარების საკითხებში გამოცდილი მულტიდისციპლინური გუნდი, კლინიკური მდგომარეობიდან და განვითარების დონიდან გამომდინარე, ამას მიზანშეწონილად მიიჩნევს (იხილეთ ამ თავის შესაბამისი დებულებები). ტესტოსტერონის თერაპიის ხანგრძლივობამ ან მიმდინარე გამოყენებამ ოპერაცია არ უნდა გამოიწვიოს, თუ ამის საწინააღმდეგო ჩვენება არ არსებობს. ზოგიერთი ტგმ-ახალგაზრდის საჭიროებები შეიძლება მხოლოდ გულმკერდის მასკულინიზაციის ქირურგიით დაკმაყოფილდეს. მკერდის გადიდება შესაძლოა ახალგაზრდა ტრანსგენდერ ქალებს დასჭირდეთ, თუმცა ახალგაზრდებში ამ პროცედურის შესახებ ნაკლები მონაცემებია, შესაძლოა იმის გამო, რომ ამ პროცედურას ნაკლები ადამიანი ითხოვს (Boskey et al.,

2019; James, 2016). გენდერის დადასტურების ჰორმონოთერაპიას, კონკრეტულად ესტროგენს, შეუძლია სარძევე ჯირკვლის ქსოვილის განვითარებაში მონაწილეობა მიიღოს და რეკომენდებულია, რომ ახალგაზრდებმა ის 12 თვის განმავლობაში, ან უფრო ხანგრძლივად მიიღონ, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ის კლინიკურად უკუნაჩვენებია.

მოზარდებში სხვა გენდერის დამადასტურებელი ქირურგიული მკურნალობის დანყების ოპტიმალურ დროსთან დაკავშირებით მონაცემები შეზღუდულია. ეს ნაწილობრივ განპირობებულია ამ მკურნალობაზე შეზღუდული წვდომით, რომელიც სხვადასხვა გეოგრაფიულ ადგილას განსხვავებულია (Mahfouda et al., 2019). მონაცემები მიუთითებს, რომ 2000 წლიდან გაიზარდა გენდერის დამადასტურებელი ოპერაციების მაჩვენებლები და ტრანს-გენდერების რიცხვი, რომლებიც ვაგინოპლასტიკას იტარებენ (Mahfouda et al., 2019; Milrod & Karasic, 2017). 2017 წელს შეერთებულ შტატებში კვლევა ჩაატარა WPATH-თან დაკავშირებულმა 20 ქირურგმა, რომელთა ნახევარზე ოდნავ მეტმა არასრულწლოვანებში ვაგინოპლასტიკა შეასრულა (Milrod & Karasic, 2017). ვაგინოპლასტიკა გავლილი ახალგაზრდების შედეგების შესახებ მონაცემები შეზღუდულია. მცირე კვლევებმა აჩვენა გაუმჯობესებული ფსიქოსოციალური ფუნქციონირება და შემცირებული გენდერული დისფორია მოზარდებში, რომლებმაც ვაგინოპლასტიკა გაიარეს (Becker et al., 2018; Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; Smith et al., 2001). მიუხედავად იმისა, რომ შერჩევა მცირე ზომისაა, ეს კვლევები გვაძლევს საშუალებას, ვივარაუდოთ, რომ ზოგიერთ მოზარდთან ამ

პროცედურების 18 წლამდე ჩატარება შესაძლოა, სარგებლობის მომტანი იყოს. ფაქტორები, რომლებიც ამ პროცედურების 18 წლამდე ახალგაზრდებისთვის ჩატარებას მხარს უჭერენ, მოიცავს ხელმისაწვდომობის გაზრდას, ოჯახის წევრების მხარდაჭერას, პოსტოპერაციული ზრუნვის უფრო გამარტივებას ადრეული სრულწლოვანების ასაკამდე (მაგ., უნივერსიტეტში ჩარიცხვა ან სამსახურის დაწყება) და საჯარო სივრცეში უსაფრთხოების პრობლემების გადაჭრას (ტრანსფობიური ძალადობის შემცირება) (Boskey et al., 2018; Boskey et al., 2019; Mahfouda et al., 2019). ამ პროცედურების სირთულისა და შეუქცევადობის გათვალისწინებით, გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს მოზარდის უნარის შეფასებას, დაიცვას პოსტოპერაციული რეაბილიტაციის რეკომენდაციები და გააცნობიეროს ამ პროცედურების გრძელვადიანი გავლენა რეპროდუქციულ და სექსუალურ ფუნქციაზე (Boskey et al., 2019). გენდერის დამადასტურებელ სხვა ქირურგიულ მკურნალობასთან შედარებით ფალოპლასტიკის სირთულისა და გართულებების მაღალი სიხშირის გათვალისწინებით, ამ ოპერაციის განხილვა 18 წლამდე ახალგაზრდებში ამ დროისთვის რეკომენდებული არ არის (იხ. თავი 13 – ქირურგია და პოსტოპერაციული მოვლა).

დამატებითი ძირითადი ფაქტორები, რომლებიც ახალგაზრდებთან და ოჯახებთან ინტერვენციის განხილვის დროს არის გასათვალისწინებელი, დეტალურად არის განხილული 6.12a-f დებულებებში. მოზარდებში სამედიცინოდ აუცილებელი გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის კრიტერიუმების/რეკომენდაციების შეჯამება იხილეთ დანართში D.

თავი 7. ბავშვები

ზრუნვის ეს სტანდარტები პრეპუბერტატის ასაკის გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვებს ეხება და კვლევებს, ეთიკურ პრინციპებსა და დაგროვილ ექსპერტულ ცოდნას ეფუძნება. ამ სტანდარტების საფუძვლები მოიცავს შემდეგს: 1) ბავშვების გენდერული მრავალფეროვნება ადამიანის ზოგადი განვითარების მოსალოდნელი ასპექტია (ენდოკრინული საზოგადოება და პედიატრიული ენდოკრინოლოგიის საზოგადოება, 2020; Telfer et al., 2018); 2) ბავშვების გენდერული მრავალფეროვნება პათოლოგია და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევა არ არის (ენდოკრინული საზოგადოება და პედიატრიული ენდოკრინოლოგიის საზოგადოება, 2020; Oliphant et al., 2018; Telfer et al., 2018); 3) ყოველთვის არ შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ ბავშვებთან დაკავშირებული მრავალფეროვანი გენდერული გამოხატვა ტრანსგენდერულ იდენტობას ან გენდერულ შეუთავსებლობას ასახავს (Ehrensaft, 2016; Ehrensaft, 2018; Rael et al., 2019); 4) ბავშვთა გენდერული ზრუნვის გამოცდილების მქონე ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების (ფჯს-ები) რჩევები, შესაძლოა, როგორც პოზიტიური ადაპტაციის მხარდასაჭერად, ისევე დროთა განმავლობაში გენდერული საჭიროებების გასარკვევად სასარგებლო აღმოჩნდეს (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; Telfer et al., 2018); 5) ბავშვებში გენდერული მრავალფეროვნების კონვერსიული თერაპია (ნებისმიერი „თერაპიული“ მცდელობა, აიძულოს გენდერულად მრავალფეროვანი ბავშვი დარწმუნებით, ან მოქმედებებით დაბადებისას მინიჭებულ სქესთან ასოცირებულ გენდერთან შესაბამისობაში მოვიდეს) საზიანოა და ჩვენ მათ გამოყენებას ვენინააღმდეგებით (APA, 2021; Ashley, 2019b, Paré, 2020; SAMHSA, 2015; Telfer et al., 2018; გაეროს ადამიანის უფლებათა საბჭო, 2020).

მთელ ტექსტში „ჯანდაცვის სპეციალისტი“ ფართო ტერმინია, რომელიც გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვებთან მომუშავე პროფესიონალთა მიმართ გამოიყენება. პუბერტატული ახალგაზრდებისა და მოზრდილებისგან განსხვავებით, გენდერულად მრავალფეროვან ბავშ-

ვებს სამედიცინო ჩარევის ჩატარების უფლება არ აქვთ (პედიატრიული ენდოკრინოლოგიის საზოგადოება, 2020); ამიტომ, როდესაც საჭიროა პროფესიონალური დახმარება, მას დიდი ალბათობით გასწევს ჯანდაცვის სპეციალისტი, რომელიც ფსიქოსოციალურ მხარდაჭერასა და გენდერულ განვითარებაშია სპეციალიზებული. ამრიგად, ეს თავი ცალსახად ორიენტირებულია განვითარებისთვის შესაბამის ფსიქოსოციალურ პრაქტიკაზე, თუმცა სხვა სამედიცინო პერსონალისთვის, როგორებიც არიან პედიატრები და ოჯახის ექიმები, შესაძლოა ეს სტანდარტები სასარგებლო აღმოჩნდეს, რადგან ისინი პროფესიულად მუშაობენ გენდერულად განსხვავებულ ბავშვებთან და მათ ოჯახებთან.

ეს თავი იყენებს ტერმინს „გენდერული მრავალფეროვნება“ იმის გათვალისწინებით, რომ მომწიფების პერიოდამდე გენდერული ტრანსქტორიები პროგნოზირებადი არ არის და შეიძლება დროთა განმავლობაში განვითარდეს (Steensma, Kreukels et al., 2013). ამავდროულად, ეს თავი აღიარებს, რომ ზოგიერთი ბავშვი სტაბილურად დარჩება იმ გენდერულ იდენტობაში, რომელსაც ისინი ადრეულ ასაკში მიუთითებენ და რომელიც დაბადებისას მინიჭებულ სქესს არ შეესაბამება (Olson et al., 2022). ტერმინი „გენდერულად მრავალფეროვანი“ მოიცავს ტრანსგენდერ ბინარულ და არაბინარულ ბავშვებს, ისევე როგორც გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვებს, რომლებიც საბოლოოდ მოგვიანებით ცხოვრებაში ტრანსგენდერ პირებად არ იდენტიფიცირდებიან. ტერმინოლოგია კულტურასთან არის დაკავშირებული და დროთა განმავლობაში ვითარდება. ამრიგად, შესაძლებელია აქ გამოყენებული ტერმინები მოძველდეს და ჩვენ უკეთესი აღწერები აღმოვაჩინოთ.

ეს თავი აღწერს საჭირო სამედიცინო დახმარების ასპექტებს, რომლებიც ბავშვების კეთილდღეობისა და გენდერული საჭიროებების ხელშეწყობას ისახავს მიზნად (იხილეთ კლინიკურად საჭირო განცხადება გლობალური გამოყენების თავში, დებულება 2.1). ეს თავი ყველა ამ სტანდარტის გამოყენებას უჭერს მხარს, რამდენადაც ეს შესაძლებელია. შეიძლება იყოს სიტუაციები ან ადგილები, სადაც რეკომენდებული რესურსები სრულად არ არის ხელმისაწ-

ვდომი. ჯანდაცვის სპეციალისტებს/გუნდებს, რომლებსაც რესურსები აკლიათ, ამ სტანდარტების შესრულებაში ძალისხმევა უნდა ჩადონ. თუმცა, თუ გარდაუვალი შეზღუდვები გამოირიცხავს ამ რეკომენდაციების კომპონენტებს, ამან საუკეთესო სერვისების მიწოდება არ უნდა შეაფერხოს. ადგილებში, სადაც არსებობს ზოგიერთი, მაგრამ არა ყველა რეკომენდებული სერვისი, ბავშვისთვის სასარგებლო მზრუნველობის არმინოდება ბავშვისთვის ზიანის მიყენების რისკს ქმნის (Murchison et al., 2016; Telfer et al., 2018; Riggs et al., 2020). ზოგადად, ბავშვის საუკეთესო ინტერესებისთვის პრიორიტეტის მინიჭება აუცილებელია.

ვრცელი ემპირიული ფსიქოლოგიური ლიტერატურა მიუთითებს, რომ ადრეული ბავშვობის გამოცდილება ხშირად მთელი ცხოვრების განმავლობაში ქმნის რისკის და/ან მდგრადობის საფუძველს და ხელს უწყობს განვითარების ტრაექტორიას, რომელიც კეთილდღეობასა და ცხოვრების ხარისხზე მეტ-ნაკლებად აისახება (Anda et al., 2010; Masten & Cicchetti, 2010; Shonkoff & Garner, 2012). არსებული კვლევა მიუთითებს, რომ ზოგადად, გენდერულად მრავალფეროვან ახალგაზრდებს ფსიქოლოგიური სირთულეების განვითარების უფრო მაღალი რისკი აქვთ (Ristori & Steensma, 2016), ვიდრე მათ სისგენდერ თანატოლებს. ამის მიზეზია დესტრუქციული გამოცდილება, გენდერული მრავალფეროვნებით გამოწვეული ტრავმა და არასათანადო მოპყრობა, უარყოფა და სხვა არატოლერანტული დამოკიდებულება (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). გარდა ამისა, ლიტერატურა მიუთითებს იმაზე, რომ სქესობრივი მომნიშვნის ასაკის ბავშვები, რომლებსაც თავიანთი გენდერული მრავალფეროვნების გამო მიმღებლობის პრობლემები არ აქვთ, საზოგადოებას კარგად ერგებიან (Malpas et al., 2018; Olson et al., 2016). ბავშვების შეფასება და მკურნალობა, როგორც წესი, ხაზს უსვამს ეკოლოგიურ მიდგომას, და მიუთითებს, რომ ბავშვები უსაფრთხოდ უნდა იყვნენ აღზრდილი იმ გარე-

მოში, სადაც ისინი ცხოვრობენ (Belsky, 1993; Bronfenbrenner, 1979; Kaufman & Tishelman, 2018; Lynch & Cicchetti, 1998; Tishelman, 2010; Zielinski & Bradshaw, 2006). ამრიგად, ამ თავის პერსპექტივა ეყრდნობა ძირითად ფსიქოლოგიურ ლიტერატურას და ცოდნას გენდერულად მრავალფეროვანი ბავშვებისთვის უნიკალური რისკების შესახებ და ხაზს უსვამს ნებისმიერი გენდერული ზრუნვის დროს ეკოლოგიური მიდგომის გამოყენებას მათი საჭიროებების გასაგებად და პოზიტიური ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშესაწყობად. ეს პერსპექტივა განვითარების პერიოდში უპირატესობას ანიჭებს ბავშვის კეთილდღეობისა და ცხოვრების ხარისხის ხელშეწყობას. გარდა ამისა, ეს თავი ასევე მოიცავს თვალსაზრისს – რომელსაც ზემოთ მოყვანილი ფსიქოლოგიური კვლევა ეთანხმება – რომ ფსიქო-სოციალური გენდერის დამადასტურებელი მზრუნველობა (Hidalgo et al., 2013) პრეპუბერტატული ბავშვებისთვის კეთილდღეობის მაჩვენებლების გაუმჯობესების შესაძლებლობას იძლევა, რაც დროთა განმავლობაში, მოზარდობის ასაკში გადასვლის დროსაც ნარჩუნდება. ამ მიდგომას პოტენციურად შეუძლია შეამსუბუქოს ზოგიერთი საერთო ფსიქიკური ჯანმრთელობის რისკი, რომელსაც ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი (ტგმ) მოზარდები აწყდებიან, რაც ლიტერატურაში ხშირადაა აღწერილია (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).

განვითარების კვლევა ფოკუსირებულია ბავშვობის ადრეულ წლებში გენდერული განვითარების სხვადასხვა ასპექტების გაგებაზე, რომელიც პრეპუბერტატულ ბავშვთა საერთო პოპულაციას ეყრდნობა. ეს კვლევა, როგორც წესი, ეყრდნობოდა დაშვებას, რომ კვლევის მონაწილე ბავშვები სისგენდერები არიან (Olezeski et al., 2020) და მიუთითებდა, რომ გენდერული იდენტობის სტაბილურობა უკვე სკოლამდელ წლებშია გამომხატული ბავშვების ზოგადი პოპულაციისთვის, რომელთა უმეტესობა, სავარაუდოდ, გენდერულად მრავალფეროვანი არ არის (Kohlberg, 1966; Steensma, Kreukels et al., 2013). ბოლო დროს, განვითარების კვლევებმა აჩვენა,

რომ შესაძლოა, გენდერული მრავალფეროვნება მცირენაირი ბავშვებში შეინიშნოს და გამოვლინდეს (Fast & Olson, 2018; Olson & Gülgöz, 2018; Robles et al., 2016). მიუხედავად ამისა, ამ სფეროში ემპირიული კვლევები შეზღუდულია და ამ დროისთვის არ არსებობს ფსიქომეტრულად გამართული შეფასების საზომები, რომელსაც შეუძლია, პრეპუბერტული ბავშვის მიერ სქესის და/ან გენდერთან დაკავშირებული საჭიროებების და პრეფერენციების თვითაქტუალური და/ან სრულად დაადგინოს (Bloom et al., 2021). აქედან გამომდინარე, ეს თავი ხაზს უსვამს გენდერული შეფასების დეტალური და ინდივიდუალური კლინიკური მიდგომის მნიშვნელობას, რომელიც სხვადასხვა გაიდლაინებისა და ლიტერატურულ რეკომენდაციებს შეესაბამება (Berg & Edwards-Leeper, 2018; de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Ehrensaft, 2018; Steensma & Wensing-Kruger, 2019). კვლევებმა და კლინიკურმა გამოცდილებამ აჩვენა, რომ გენდერული მრავალფეროვნება სქესობრივი მომნიშვნის ასაკამდე ბავშვებში შესაძლოა, ზოგიერთისთვის ფლუიდობას (მუდმივ ცვალებადობას) მოიცავდეს; არ არსებობს ინდივიდუალური ბავშვის გენდერული ევოლუციის პროგნოზირების საიმედო საშუალებები (Edwards-Leeper et al., 2016; Ehrensaft, 2018; Steensma, Kreukels et al., 2013) და შესაძლოა, გენდერთან დაკავშირებული საჭიროებები სხვადასხვა ბავშვების შემთხვევაში ერთმანეთისგან განსხვავდებოდეს.

მნიშვნელოვანია გვესმოდეს ტერმინი „შეფასება“ (ზოგჯერ ის ტერმინი „ევალუაციის“ სინონიმად გამოიყენება). არსებობს შეფასების მრავალი კონტექსტი (Krishnamurthy et al., 2004), მათ შორის სწრაფი შეფასებები, რომლებიც ხდება უშუალო კრიზისის დროს (მაგ. უსაფრთხოების შეფასება, როდესაც ბავშვი შესაძლოა, თვითმკვლელობისკენ იყოს მიდრეკილი) და ფოკუსირებული შეფასებები, როდესაც ოჯახს შეიძლება ჰქონდეს კონკრეტული შეკითხვა, ხშირად შედარებით მოკლე კონსულტაციის კონტექსტში (Berg & Edwards-Leeper, 2018). ტერმინი შეფასება ასევე ხშირად გამოიყენება „დიაგნოსტიკურ შეფასებასთან“ მიმართებაში, რომელსაც ასევე შეიძლება ეწოდოს „მიღება“ და მისი მიზანია, დაადგინოს, არის

თუ არა ისეთი მდგომარეობა, რომელიც დიაგნოსტირებადია და/ან რომლის მკურნალობაც შესაძლოა სასარგებლო აღმოჩნდეს. ეს თავი ყურადღებას ამახვილებს ყოვლისმომცველ შეფასებებზე, რომლებიც ბავშვისა და ოჯახის საჭიროებებისა და მიზნების გასაგებად სასარგებლოა (APA, 2015; de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Srinath et al., 2019; Steensma & Wensing-Kruger, 2019). ამ ტიპის ფსიქოსოციალური შეფასება ყველა გენდერულად მრავალფეროვანი ბავშვისთვის აუცილებელი არ არის, მაგრამ შეიძლება მრავალი მიზეზის გამო იყოს მოთხოვნილი. შეფასებებმა შესაძლოა, გენდერულად მრავალფეროვანი ბავშვისა და მათი ოჯახის მხარდაჭერის პროცესის დანყების შესაძლებლობა წარმოაჩინოს, იმ გაგებით, რომ გენდერულად მრავალფეროვანი ბავშვები სარგებელს ნახულობენ მაშინ, როდესაც ოჯახის დინამიკა მათი გენდერული მრავალფეროვნების მიღებას მოიცავს. ყოვლისმომცველი შეფასებები მიზანშეწონილია, როდესაც ოჯახს გენდერული მრავალფეროვნების კონტექსტში ბავშვის სქესის და ფსიქიკური ჯანმრთელობის საჭიროებების სრული გაგება სურს.

ამ გარემოებებში მხედველობაში უნდა იქნას მიღებული ოჯახის წევრების ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხები, ოჯახის დინამიკა და სოციალური და კულტურული კონტექსტები, რომლებიც გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვზე გავლენას ახდენს (Barrow & Apostle, 2018; Brown & Mar, 2018; Cohen-Kettenis et al., 2003; Hendricks & Testa, 2012; Kaufman & Tishelman, 2018; Ristori & Steensma, 2016; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). ეს უფრო დეტალურად არის აღწერილი ქვემოთ.

მნიშვნელოვანია, რომ გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვებთან მომუშავე ჯანდაცვის სპეციალისტები ცდილობდნენ, გაიაზრონ ბავშვისა და ოჯახის იდენტობისა და გამოცდილების სხვადასხვა ასპექტები: რასობრივი და ეთნიკური კუთვნილება, იმიგრანტი/ლტოლვილის სტატუსი, რელიგიური, გეოგრაფიული და სოციალურ-ეკონომიკური გარემო და კლინიკური ურთიერთქმედების დროს გამოიჩინონ კულტურული კონტექსტის მიმართ პატივისცემა (Telfer et al., 2018). შესაძლოა, კულტურისა და გენდერისთვის რელე-

სარეკომენდაციო ღებულებები

- 7.1 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვებთან მუშაობენ, გაიარონ ტრენინგი და მიიღონ გამოცდილება ბავშვების გენდერული განვითარებისა და გენდერული მრავალფეროვნების შესახებ და ყველა ასაკის გენდერული მრავალფეროვნების შესახებ ზოგადი ცოდნა დააგროვონ;
- 7.2 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვებთან მუშაობენ, გაიარონ თეორიული და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ტრენინგი და შეიძინონ ცოდნა ბავშვისა და ოჯახის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპექტრის შესახებ;
- 7.3 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვებთან მუშაობენ, გაიარონ ტრენინგი და განავითარონ ექსპერტიზა აუტისტური სპექტრის აშლილობებისა და სხვა ნეირომრავალფეროვნების შესახებ, ან გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვებთან მუშაობისას აუტიზმის/ნეიროდივერგენციის საკითხებში გამოცდილების მქონე სპეციალისტებთან ითანამშრომლონ;
- 7.4 ჩვენ ვურჩევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვებთან მუშაობენ, განაგრძონ განათლება გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვებთან და ოჯახებთან დაკავშირებით;
- 7.5 ჩვენ რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც გენდერულად მრავალფეროვანი ბავშვების შეფასებას ატარებენ, ინფორმაცია მრავალი წყაროდან მიიღონ, როგორც ერთიანი შეფასების ნაწილი;
- 7.6 ჩვენ რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც გენდერულად მრავალფეროვანი ბავშვების შეფასებას ატარებენ, გაითვალისწინონ შესაბამისი განვითარების ფაქტორები, ნეიროკოგნიტური ფუნქციონირება და ენობრივი უნარები;
- 7.7 ჩვენ რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც გენდერულად მრავალფეროვანი ბავშვების შეფასებას ატარებენ, განიხილონ ფაქტორები, რომლებმაც შესაძლოა, ბავშვის და/ან ოჯახის/მეურვე(ებ)ის მიერ გენდერული იდენტობის/გენდერული გამოხატვის უნარი შეზღუდონ;
- 7.8 ჩვენ რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, გენდერულად მრავალფეროვანი ბავშვისა და ოჯახის/მზრუნველის კონსულტაცია, ან ფსიქოთერაპია განიხილონ, როდესაც ოჯახები და ჯანდაცვის სპეციალისტები თვლიან, რომ ეს ბავშვის და/ან ოჯახის კეთილდღეობისა და განვითარებისთვის სარგებლის მომტანი იქნება;
- 7.9 ჩვენ რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვებსა და ოჯახებს/მზრუნველებს კონსულტაციას, ფსიქოთერაპიას ან ორივეს უტარებენ, იმუშაონ ბავშვისთვის მნიშვნელოვან სხვა გარემოებებთან და ინდივიდებთან, რათა ბავშვის გამძლეობასა და ემოციურ კეთილდღეობას შეუწყონ ხელი;
- 7.10 ჩვენ რეკომენდაციას ვუწვევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვებსა და ოჯახებს/მზრუნველებს კონსულტაციას, ფსიქოთერაპიას ან ორივეს უტარებენ, ორივე მხარეს მიაწოდონ ასაკობრივი გენდერული განვითარების შესახებ შესაბამისი ფსიქოგანათლება;
- 7.11 ჩვენ გაცემთ რეკომენდაციას, რომ როდესაც ბავშვი პუბერტატს უახლოვდება, ჯანდაცვის სპეციალისტებმა გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვებს და მათ ოჯახებს/მეურვეებს მიაწოდონ ინფორმაცია პოტენციური გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო ჩარევების, მომავალ ნაყოფიერებაზე ამ მკურნალობის ეფექტებისა და ნაყოფიერების შენარჩუნების ვარიანტების შესახებ;
- 7.12 ჩვენ რეკომენდაციას ვაძლევთ მშობლებს/მეურვეებს და ჯანდაცვის სპეციალისტებს გაგებით მოეკიდონ ბავშვებს, რომლებსაც სურთ აღიარებულნი იყვნენ იმ გენდერის წარმომადგენლად, რომელიც მათი გენდერული იდენტობის შინაგან გრძნობას შეესაბამება;
- 7.13 ჩვენ რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებსა და მშობლებს/მეურვეებს, დაეხმარონ ბავშვებს, მიუხედავად სოციალური ტრანზიციის პერიოდის სირთულისა, სქესობრივი პრეპუბერტატულ წლებში თავიანთი გენდერის ძიება გააგრძელონ;
- 7.14 ჩვენ რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს განიხილონ სოციალური ტრანზიციის პოტენციური სარგებელი და რისკები იმ ოჯახებთან, რომლებიც ამას გეგმავენ;
- 7.15 ჩვენ ვთავაზობთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, ითანამშრომლონ სპეციალისტებთან და ორგანიზაციებთან, რათა გენდერულად მრავალფეროვანი ბავშვების კეთილდღეობას ხელი შეუწყონ და შესაძლო სირთულეები მინიმუმამდე დაიყვანონ.

ვანტური იყოს მრავალი ფაქტორი, მათ შორის რელიგიური მრწამსი, გენდერთან დაკავშირებული მოლოდინები და გენდერული მრავალფეროვნების ხარისხი (Oliphant et al., 2018). გენდერული მრავალფეროვნების, სოციალურული მრავალფეროვნებისა და უმცირესობის სტატუსებს შორის ინტერსექცია შესაძლოა გამაძლიერებელი რესურსი აღმოჩნდეს, ან სტრესის გამომწვევი ფაქტორი, ან ერთბაშად ორივე (Brown & Mar,

2018; Oliphant et al., 2018; Riggs & Treharne, 2016).

თითოეული ბავშვი, ოჯახის წევრი და ოჯახის დინამიკა უნიკალურია და პოტენციურად მრავალ კულტურულ და ღირებულებით ნიმუშს მოიცავს. ამრიგად, ყველა დისციპლინის ჯანდაცვის სპეციალისტმა თავიდან უნდა აიცილოს სტერეოტიპები, რომლებიც დაფუძნებულია წინასწარ გააზრებულ იდეებზე, რადგან ის შესაძლოა, არასწორი ან მიკერძოებული

იყოს (მაგ. რომ ოჯახი, რომელიც რელიგიურ ორგანიზაციის წევრია და გენდერული მრავალფეროვნების შეფასებას ეწინააღმდეგება, მათი შვილის გენდერული მრავალფეროვნების მიმართ აუცილებლად არატოლერანტული იქნება) (Brown & Mar, 2018). ამის ნაცვლად, აუცილებელია თითოეულ ოჯახს ღიად მივუდგეთ და თითოეული ოჯახის წევრი და ოჯახური პატერნი განვიხილოთ, როგორც განსხვავებული შემთხვევა.

ამ თავში ყველა განცხადება მტკიცებულებების დეტალურ განხილვას, სარგებელსა და ზიანს, პროვადერებისა და პაციენტების ღირებულებებისა და პრეფერენციებს, რესურსების გამოყენებისა და მიზანშეწონილობის შეფასებებს ეფუძნება. ზოგიერთ შემთხვევაში, ჩვენ ვაღიარებთ, რომ მტკიცებულებები შეზღუდულია და/ან სერვისები შეიძლება ხელმისაწვდომი ან სასურველი არ იყოს.

დაკავშირებული 7.1

ჩვენ რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვებთან მუშაობენ, გაიარონ ტრენინგი და მიიღონ გამოცდილება ბავშვების გენდერული განვითარებისა და გენდერული მრავალფეროვნების შესახებ და ყველა ასაკის გენდერული მრავალფეროვნების შესახებ ზოგადი ცოდნა დააგროვონ.

გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვებთან მომუშავე ჯანდაცვის სპეციალისტებმა უნდა გაიარონ საჭირო ტრენინგი და შეიძინონ სათანადო კვალიფიკაცია, რომელიც მათი, როგორც პროფესიონალების როლს შეესაბამება. ეს მოიცავს შესაბამისი ეროვნული და/ან რეგიონული აკრედიტაციის ორგანოების მიერ ლიცენზირებას ან სერტიფიცირებას. ჩვენ ვაცნობიერებთ, რომ პროფესიონალთა სერტიფიკაციისა და რეგულირების სპეციფიკა გლობალურად განსხვავდება. მნიშვნელოვანია, რომ საბაზისო ლიცენზირება, ან სერტიფიცირება შესაძლოა, გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვებთან მუშაობის და შესაბამისი მზრუნველობს აღმოსაჩინად არასაკმარისი აღმოჩნდეს.

დაკავშირებული 7.2

ჩვენ რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვებთან მუშაობენ, გაიარონ თეორიული და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ტრენინგი და შეიძინონ ცოდნა ბავშვისა და ოჯახის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპექტრის შესახებ.

ჯანდაცვის სპეციალისტებმა უნდა გაიარონ ტრენინგი და კვალიფიკაცია ამაღლონ ბავშვთა და ოჯახის ზოგად ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან და მის განვითარების სპექტრთან დაკავშირებით ბავშვობიდან მოზარდობამდე, რაც მტკიცებულებებზე დაფუძნებული შეფასებისა და ინტერვენციის მიდგომებს მოიცავს. გენდერული მრავალფეროვნება ფსიქიკური დარღვევა არ არის; თუმცა, როგორც ზემოთ აღინიშნა, ჩვენ ვიცით, რომ გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვებს ფსიქიკური დარღვევის მაღალი რისკი აქვთ (მაგ. გენდერული უმცირესობების სტრესის გამო) (Hendricks & Testa, 2012), რისი გამოსწორებაც კვლევით და სათანადო მხარდაჭერითაა შესაძლებელი. ამიტომ, ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული გამოცდილება რეკომენდებულია. ბავშვებთან მუშაობა კომპლექსური საქმეა, რომელიც გულისხმობს ბავშვის განვითარების საჭიროებების გააზრებას სხვადასხვა ასაკში და იმ ძალების იდენტიფიკაციის უნარს, რომლებიც გავლენას ახდენს ბავშვის კეთილდღეობაზე როგორც ოჯახში, ასევე მის გარეთ (Kaufman & Tishelman, 2018) და უნარს, სათანადოდ შეაფასოს მდგომარეობა, როდესაც ბავშვი უკმაყოფილოა ან გენდერთან დაკავშირებულ ან მასთან კავშირში არმყოფ ფსიქიკური ჯანმრთელობის მნიშვნელოვან სირთულეებს განიცდის. კვლევამ აჩვენა არასასურველი გამოცდილების და ტრავმის მაღალი დონე გენდერულად მრავალფეროვანი ბავშვების პოპულაციაში, მათ შორის უგულვებელყოფის ან თუნდაც არასათანადო მოპყრობის რისკი (APA, 2015; Barrow & Apostle, 2018; Giovanardi et al., 2018; Reisner, Greytak et al., 2015; Roberts et al., 2012; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). სამედიცინო პერსონალმა არასასურველი ეფექტები უნდა იცოდეს და ზიანის თავიდან ასაცილებლად და პოზიტიური კეთილდღეობის ხელშეწყობისთვის ეფექტიანი ინტერვენციების ხელშეწყობა უნდა შეძლოს.

დეკლარაცია 7.3

ჩვენ რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვებთან მუშაობენ, გაიარონ ტრენინგი და განავითარონ ექსპერტიზა აუტისტური სპექტრის აშლილობებისა და სხვა ნეირომრავალფეროვნების შესახებ, ან გენდერულად განსხვავებულ ბავშვებთან მუშაობისას აუტიზმის/ნეიროდივერგენციის საკითხებში გამოცდილების მქონე სპეციალისტებთან ითანამშრომლონ.

გენდერული მრავალფეროვნების გამოცდილება აუტისტური სპექტრის მქონე ბავშვებში, ისევე როგორც ნეიროდივერგენციის სხვა ფორმების მქონე ბავშვებში შესაძლოა, დამატებით კლინიკურ სირთულეს წარმოადგინდეს (de Vries et al., 2010; Strang, Meagher et al., 2018). მაგალითად, აუტისტური სპექტრის მქონე ბავშვებს შეიძლება საკუთარი გენდერული საჭიროებების თვითადვოკატირება გაუჭირდეთ და ძალზე ინდივიდუალისტურად ამყარებდნენ კომუნიკაციას (Kuvallanka et al., 2018; Strang, Powers et al., 2018). კომუნიკაციისა და აზროვნების სტილში საერთო განსხვავებების გათვალისწინებით, მათ შეიძლება გენდერთან დაკავშირებული გამოცდილების მრავალფეროვანი ინტერპრეტაცია ჰქონდეთ. გენდერულად განვითარებული ნეიროდივერგენციული ბავშვების უნიკალური საჭიროებების გამო, ისინი შეიძლება არასწორად გაგების რისკის წინაშე აღმოჩნდნენ (მათი გადმოცემის არასწორი ინტერპრეტაცია). ამიტომ, ამ ბავშვების მხარდაჭერი პროფესიონალები საუკეთესოდ მოემსახურებიან ასეთ ბავშვებს, თუ აუტიზმისა და მასთან დაკავშირებული ნეიროგანვითარების გამოვლინებების შესახებ ინფორმაციასა და გამოცდილებას მიიღებენ და/ან აუტიზმის სპეციალისტებთან ითანამშრომლებენ (Strang, Meagher et al., 2018). ასეთი ტრენინგი განსაკუთრებით აქტუალურია, რადგან კვლევამ დააფიქსირა აუტიზმის უფრო მაღალი მაჩვენებლები გენდერულად მრავალფეროვან ახალგაზრდებში, ვიდრე ზოგადად პოპულაციაში (de Vries et al., 2010; Hisle-Gorman et al., 2019; Shumer et al., 2015).

დეკლარაცია 7.4

ჩვენ რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვებთან მუშაობენ, განაგრძონ განათლება გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვებთან და ოჯახებთან დაკავშირებით.

მუდმივი პროფესიული განვითარება გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვებთან და ოჯახებთან დაკავშირებით შეიძლება მიღებულ იქნას სხვადასხვა მეთოდით მათ შორის კითხვით (ჟურნალის სტატიები, წიგნები, ვებსაიტები, რომლებიც დაკავშირებულია გენდერის საკითხებზე მომუშავე ორგანიზაციებთან), ონლაინ და პირადად ტრენინგებზე დასწრებით და კოლეგების სუპერვიზიისა/კონსულტაციების ჯგუფებში მონაწილეობით (Bartholomaeus et al., 2021).

უნყვეტი განათლება მოიცავს: 1) სქესობრივ განვითარებამდე ასაკის ბავშვებში გენდერული განვითარებისა და გენდერული მრავალფეროვნების შესახებ ხელმისაწვდომ და შესაბამის კვლევებს და გენდერული მრავალფეროვნების შესახებ უახლესი ცოდნის მთელი ცხოვრების მანძილზე განახლებას; 2) გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვებთან და ოჯახებთან შეფასების, მხარდაჭერისა და მკურნალობის მიდგომების საუკეთესო პრაქტიკის შესახებ არსებული ცოდნის გაუმჯობესებას. ეს პრაქტიკის შედარებით ახალი სფეროა და ჯანდაცვის სპეციალისტებს ადაპტირება სჭირდებათ, რადგან კვლევებისა და სხვა წყაროებით უფრო და უფრო მეტი ახალი ინფორმაცია ხდება ხელმისაწვდომი (Bartholomaeus et al., 2021).

დეკლარაცია 7.5

ჩვენ რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც გენდერულად მრავალფეროვანი ბავშვების შეფასებას ატარებენ, ინფორმაცია მრავალი წყაროდან მიიღონ, როგორც ერთიანი შეფასების ნაწილი.

ყოველსმომცველმა შეფასებამ, იმ შემთხვევაში, როდესაც ამას ოჯახი ან/და სამედიცინო ცენტრი მოითხოვს, შესაძლოა, ბავშვისა და ოჯახ-

ხის სხვა ნევრების კეთილდღეობის სასარგებლო ინტერვენციული რეკომენდაციების შემუშავება გააადვილოს. ასეთი შეფასება შეიძლება გამოსადეგი გახდეს სხვადასხვა სიტუაციაში, როდესაც ბავშვი და/ან მათი ოჯახი/მეურვეები, ექიმებთან კოორდინაციის საფუძველზე ფიქრობენ, რომ რაიმე სახის ჩარევა სასარგებლო იქნება. არც შეფასებები და არც ინტერვენციები ბავშვის გენდერულად მრავალფეროვანი გამოხატვისა თუ იდენტობის ფარულად ან აშკარად დათრგუნვის საშუალებად არ უნდა იყოს გამოყენებული. ამის ნაცვლად, სათანადოდ დატრენინგებულ პროვაიდერებთან ერთად, შეფასება შეიძლება იყოს ეფექტიანი საშუალება იმის გასაგებად, თუ როგორ უნდა დავუჭიროთ მხარი ბავშვს და მის ოჯახს რომელიმე გენდერული იდენტობის ან გამოხატვისთვის განსაკუთრებული უპირატესობის მინიჭების გარეშე. ბავშვის გენდერული ჯანმრთელობის, კეთილდღეობისა და თვითრეალიზაციის ხელშეწყობის მიზნით შეფასება შესაძლოა ზოგიერთი ბავშვისთვის და მათი ოჯახებისთვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი იყოს.

ყოველსიმომცველი შეფასება ინდივიდუალური გეგმის ფორმირებას ხელს შეუწყობს, რაც დაეხმარება გენდერულად მრავალფეროვან პრეპუბერტატულ ბავშვებსა და მათ ოჯახის ნევრებს (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Malpas et al., 2018; Steensma & Wensing-Kruger, 2019; Telfer et al., 2018; Tishelman & Kaufman, 2018). ასეთი შეფასებისას მნიშვნელოვანია მრავალი წყაროდან მიღებული ინფორმაციის ინტეგრირება: 1) ბავშვის გენდერული საჭიროებების უკეთ გასაგებად და რეკომენდაციების გასაცემად; 2) ბავშვის, ოჯახის/მზრუნველის და საზოგადოებისა და სხვა გარემოების რისკებისა და ძლიერი მხარეების იდენტიფიცირება, რომლებიც ბავშვის გენდერული სტატუსისა და განვითარებისთვის სპეციფიკურია. როგორც შეფასების, ასევე მზრუნველობის/ინტერვენციის დაგეგმვის პროცესში მრავალ ინფორმატორს შორის არიან ბავშვი, მშობლები/მეურვე, ოჯახის ნევრები, და-ძმები, სკოლის პერსონალი, სამედიცინო პერსონალი, საზოგადოება, უფრო ფართო კულტურული და იურიდიული კონტექსტი და სხვა მითითებული წყაროები (Berg & Edwards -Leeper, 2018; Srinath, 2019).

ჯანდაცვის სპეციალისტმა, რომელიც გენდერულად მრავალფეროვანი ბავშვების შეფასებას ახორციელებს, გენდერთან დაკავშირებული საკითხები უნდა გამოიკვლიოს, მაგრამ ასევე უნდა ჰქონდეს ბავშვისა და გარემოს ფართო ხედვა, ზემოთ აღწერილი ეკოლოგიური მოდელის შესაბამისად (Bronfenbrenner, 1979), რათა ბავშვთან დაკავშირებული ფაქტორები, კეთილდღეობისთვის აუცილებელი პირობები და გენდერული მხარდაჭერისა და რისკის სფეროები სრულად გაიგოს (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Hendricks & Testa, 2012; Kaufman & Tishelman, 2018; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). ეს მოიცავს იმ დადებითი მხარეებისა და გამომწვევების გააზრებას, რომლებსაც ბავშვი/ოჯახი არსებულ გარემოში განიცდის. ჩვენ ვურჩევთ სამედიცინო დანესებულებებს, რომლებიც გენდერულად მრავალფეროვანი ბავშვების შეფასებას ატარებენ, ბავშვისა და ოჯახის საჭიროებებისა და გარემოებების მიხედვით, შეფასების პროცესში მრავალი ასპექტის ჩართვა განიხილონ. მიუხედავად იმისა, რომ ქვემოთ ჩამოთვლილი ზოგიერთი საკითხი ბავშვის გენდერს პირდაპირ არ ეხება (იხ. პუნქტები 7-12 ქვემოთ), ისინი გათვალისწინებული უნდა იყოს გენდერული შეფასებისას, როგორც ეს კლინიკური განსჯა კარნახობს. ეს აუცილებელია სხვადასხვა ფაქტორების იმ რთული ქსელის გასაგებად, რომლებმაც შესაძლოა, ბავშვის კეთილდღეობასა და გენდერულ ჯანმრთელობაზე ერთობლივი გავლენა მოახდინოს. ეს პროცესი უნდა განხორციელდეს საუკეთესო კლინიკური პრაქტიკის (APA, 2015; Berg & Edwards-Leeper, 2018; Malpas et al., 2018) შესაბამისად და სპეციალისტმა, საჭიროების შემთხვევაში, მრავალფეროვანი და ხანგრძლივი ინტერვენციები უნდა განავითაროს.

შესაბამისი კვლევისა და კლინიკური გამოცდილების შეჯამებით, შეფასების სფეროები ხშირად მოიცავს: 1) ბავშვის მიერ გაცხადებულ გენდერულ იდენტობას და გენდერულ გამოხატვას, როგორც ამჟამად, ასევე წარსულში; 2) გენდერული დისფორიის, გენდერული შეუთავსებლობის ან ორივეს მტკიცებულებას; 3) ძლიერ მხარეებსა და გამომწვევებს, რომლებიც დაკავშირებულია ბავშვთან, ოჯახთან, თანატო-

ლებთან, სხვათა შეხედულებებთან და გენდერული მრავალფეროვნებისადმი განსხვავებულ დამოკიდებულებებთან; 4) ბავშვისა და ოჯახის მიერ გენდერული უმცირესობის სტრესის, უარყოფისა და არატოლერანტობასთან დაკავშირებულ გამოცდილებას ბავშვის გენდერული მრავალფეროვნების გამო; 5) გენდერულ მრავალფეროვნებასთან დაკავშირებული მხარდაჭერის დონეს სოციალურ კონტექსტში (მაგ. სკოლა, სარწმუნოებრივი საზოგადოება, გაფართოებული ოჯახი); 6) ბავშვის გენდერის ან/და მშობლის/მზრუნველის/და-ძმის გენდერული კონფლიქტის შეფასებას ბავშვის გენდერულ მრავალფეროვნებასთან დაკავშირებით; 7) ბავშვის ფსიქიკურ ჯანმრთელობას, კომუნიკაციას და/ან კოგნიტურ სიძლიერესა და გამონვევებს, ნიროდივერგენციას და/ან ქცევით გამონვევებს, რომლებიც ინვეს მნიშვნელოვან ფუნქციურ სირთულეებს; 8) შესაბამის სამედიცინო და განვითარების ისტორიას; 9) საკითხებს, რომლებიც შეიძლება რისკებს ბადებდეს (მაგ. ოჯახში და/ან საზოგადოებაში ძალადობა, ბავშვთა მიმართ არასათანადო მოპყრობის ნებისმიერი ფორმა; ტრავმის ისტორია; უსაფრთხოება და/ან ბულინგი თანატოლებისგან ან ნებისმიერ სხვა გარემოში; სუიციდურობა); 10) ოჯახური სტრესის თანმხლებ მნიშვნელოვან ფაქტორებს, როგორცაა ქრონიკული ან ტერმინალური დაავადება, უსახლკარობა ან სიღარიბე; 11) მშობლის/მზრუნველის ან/და დებისა და ძმების ფსიქიკური ჯანმრთელობის ან/და ქცევითი პრობლემები, რომლებიც მნიშვნელოვან ფუნქციურ სირთულეს ინვევენ; 12) ბავშვისა და ოჯახის ძლიერი მხარეებისა და გამონვევების საფუძვლიან შეფასებას, რომელიც მოიცავს ინფორმაციის შეგროვების მრავალ ფორმას, სასარგებლოა გარკვეულ გარემოში (მაგ. სახლი/სკოლა) კონკრეტული ბავშვისა და ოჯახის საჭიროებების, დამცავი ფაქტორებისა და რისკების გასაგებად. ინფორმაციის შეგროვების მეთოდები ხშირად მოიცავს: 1) სტრუქტურირებულ და არასტრუქტურირებულ ინტერვიუს ბავშვთან, ოჯახის წევრებთან და სხვებთან (მაგ. მასწავლებლებთან); 2) აღმზრდელისა და ბავშვის მიერ გენდერთან დაკავშირებით კითხვარის შევსებას; ბავშვის ზოგადი კეთილდღეობის; ბავშვის

კოგნიტური და კომუნიკაციური უნარების და განვითარების დარღვევების/შეზღუდვების შეფასებას; მშობლის/მზრუნველის, და-ძმის, სანათესაოსა და თანატოლების მიერ მხარდაჭერისა და ტოლერანტობის შეფასებას; მშობლების სტრესის შეფასებას; ბავშვობის პრობლემების ისტორიას; და/ან სხვა შესაბამის საკითხს (APA, 2020; Berg & Edwards-Leeper, 2018; Kaufman & Tishelman, 2018; Srinath, 2019).

ოჯახის მახასიათებლებიდან და ბავშვის განვითარების პროფილიდან გამომდინარე, შესაძლოა, სასარგებლო გამოდგეს ინფორმაციის შეგროვების შემდეგი მეთოდები: 1) ბავშვსა და/ან ოჯახზე სტრუქტურირებული და არასტრუქტურირებული დაკვირვება; 2) სტრუქტურირებული და ვიზუალურად შეფასების ტექნიკა (სამუშაო ფურცლები; ავტოპორტრეტები; ოჯახის ნახატები და ა.შ.) (Berg & Edwards-Leeper, 2018).

დასკვნა 7.6

ჩვენ რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც გენდერულად მრავალფეროვანი ბავშვების შეფასებას ატარებენ, გაითვალისწინონ შესაბამისი განვითარების ფაქტორები, ნიროკოგნიტური ფუნქციონირება და ენობრივი უნარები.

მცირეწლოვანი ბავშვების, რომლებიც უფროსებისგან განსხვავებით, განვითარების პროცესში არიან, შეფასების სირთულეების (კოგნიტური, სოციალური, ემოციური, ფიზიოლოგიური) გათვალისწინებით, მნიშვნელოვანია ბავშვის განვითარების სტატუსისა და შეფასების მექანიზმების გათვალისწინება და ბავშვთან ურთიერთობის ინდივიდუალიზაცია. ეს მოიცავს შეფასების მორგებას ბავშვის განვითარების სტადიასა (სკოლამდელი ასაკის ბავშვები, სასკოლო ასაკი, ადრეული სქესობრივი მომწიფება მოზარდობამდე) და შესაძლებლობებზე, ასევე იმ ენისა და შეფასების მიდგომების გამოყენებას, რომლებიც პრიორიტეტს ბავშვის კომფორტს, ენობრივ უნარებსა და თვითგამოხატვის საშუალებებს ანიჭებს (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Srinath, 2019). შეფასების ჩატარებისას გათვალისწინებული უნდა იყოს შესაბამისი განვითარების ფაქტორები, როგორცაა ნიროკოგნიტური მრავალფეროვნება

(მაგ. აუტიზმის სპექტრის პირობები) და პაციენტის ცემის გამომხატველი ენობრივი ნორმები. ჯანდაცვის პროფესიონალებს შეიძლება დასჭირდეთ კონსულტაციები სპეციალისტებთან იმ შემთხვევებში, როდესაც ისინი სპეციალიზებულ უნარებს თავად არ ფლობენ და დახმარება სჭირდებათ (Strang et al., 2021).

დეკლარაცია 7.7

ჩვენ რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც გენდერულად მრავალფეროვანი ბავშვების შეფასებას ატარებენ, განიხილონ ფაქტორები, რომლებმაც შესაძლოა, ბავშვის და/ან ოჯახის/მეურვე(ებ) ის მიერ გენდერული იდენტობის/გენდერული გამოხატვის უნარი შეზღუდონ.

ჯანდაცვის სპეციალისტებმა, რომლებიც გენდერულად მრავალფეროვანი ბავშვებისა და მათი ოჯახების შეფასებას ატარებენ, უნდა გაითვალისწინონ განვითარების, ემოციური და გარემო ფაქტორები, რომელმაც შეიძლება შეზღუდოს ბავშვის, მზრუნველის, და-ძმის ან სხვა ადამიანების მიერ სპეციალისტებისთვის გადაცემული ინფორმაცია, ან გავლენა მოახდინოს გენდერთან დაკავშირებულ მათ შეხედულებებზე (Riggs & Bartholomaeus, 2018). როგორც ბავშვის ფსიქოლოგიურმა შეფასებამ, ასევე გარემოს და ოჯახის/მეურვის რეაქციამ (მაგ. დასჯა) და/ან კოგნიტურმა და სოციალურმა ფაქტორებმა შესაძლოა, გავლენა მოახდინოს ბავშვის კომფორტზე და/ან გენდერული იდენტობისა და მასთან დაკავშირებული საკითხის ღია განხილვის უნარზე (Srinath, 2019). ანალოგიურად, ოჯახის წევრებმა შესაძლოა, თავიანთი პრობლემებისა და იდეების თავისუფლად გამოხატვის შეზღუდვები იგრძნონ, რაც დამოკიდებულია ოჯახურ და/ან სხვა გავლენებზე (მაგ. კულტურული/რელიგიური საკითხები, ოჯახის ზენოლა) (Riggs & Bartholomaeus, 2018).

დეკლარაცია 7.8

ჩვენ რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს გენდერულად მრავალფეროვანი ბავშვისა და ოჯახის/მზრუნველის კონ-

სულტაცია, ან ფსიქოთერაპია განიხილონ, როდესაც ოჯახები და ჯანდაცვის სპეციალისტები მიიჩნევენ, რომ ეს ბავშვის და/ან ოჯახის კეთილდღეობისა და განვითარებისთვის სარგებლის მომტანი იქნება.

არც ფარულად და არც ცხადად, ფსიქოთერაპიის მიზანი ბავშვის გენდერული იდენტობის შეცვლა არასდროს უნდა იყოს (APA, 2021; Ashley, 2019b; Paré, 2020; SAMHSA, 2015; გაეროს ადამიანის უფლებათა საბჭო, 2020). ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებზე წვდომა ყველა გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვს და მათ ოჯახებს არ სჭირდება, რადგან გენდერული მრავალფეროვნება ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევა არ არის (პედიატრიული ენდოკრინოლოგიის საზოგადოება, 2020; Telfer et al., 2018). მიუხედავად ამისა, როდესაც არსებობს დისტრესი ან მშობლები შემფოთებულები არიან, ფსიქოსოციალური ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად და შემდგომი დისტრესის თავიდან ასაცილებლად, ფსიქოთერაპიის ჩატარება ხშირად მიზანშეწონილი და სასარგებლოა (APA, 2015). გენდერულად მრავალფეროვანი ბავშვისა და ოჯახის ფსიქოთერაპიაში ჩართვის ზოგიერთი საერთო მიზეზი მოიცავს შემდეგს: 1) გენდერული იდენტობის გამო ბავშვი მნიშვნელოვან კონფლიქტებს, დაბნეულობას, სტრესს ან დისტრესს ავლენს, ან თავისი გენდერის შესასწავლად დაცული სივრცე სჭირდება (Ehrensaft, 2018; Spivey და Edwards-Leeper, 2019); 2) ბავშვი განიცდის გარე ზენოლას, გამოხატოს თავისი გენდერი იმ გზით, რომელიც მის თვითშემეცნებას, სურვილებსა და რწმენას ეწინააღმდეგება (APA, 2015); 3) ბავშვი ებრძვის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებს, გენდერთან დაკავშირებულს ან მისგან დამოუკიდებლად (Barrow & Apostle, 2018); 4) ფსიქოთერაპიის შედეგად ბავშვი მისი გენდერული იდენტობის ან გამოხატვისადმი გარემო უარყოფითი რეაქციების მიმართ უფრო გამძლე გახდება (Craig & Auston, 2018; Malpas et al., 2018); 5) ბავშვს შეიძლება ჰქონდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ან/და პრობლემები გარემოსთან, მათ შორის ოჯახური პრობლემები, რა დროსაც გენდერული კონფორმულობა და არაკონფორმულობა შესაძლოა, არასწორად იყოს ინტერპ-

რეტირებული (Berg & Edwards-Leeper, 2018); 6) ბავშვი გამოხატავს სურვილს, შეხვდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტს გენდერთან დაკავშირებული მხარდაჭერის მისაღებად. ამ სიტუაციებში, ფსიქოთერაპია ფოკუსირებული იქნება ბავშვის მხარდაჭერაზე და საჭიროების შემთხვევაში ბავშვის მშობელი(ები)/მეურვე(ები) და ოჯახის სხვა წევრები ამ პროცესში ჩაერთვებიან (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; McLaughlin & Sharp, 2018). გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ეს უკუნაჩვენებია, მშობლებისთვის/მეურვეებისთვის ძალზე სასარგებლოა, გარკვეული მონაწილეობა მიიღონ ფსიქოთერაპიის პროცესში, რომელიც პრეპუბერტატულ ბავშვებს მოიცავს, რადგან ოჯახური ფაქტორები ხშირად ბავშვის კეთილდღეობისთვის ცენტრალური რგოლია. მიუხედავად იმისა, რომ ეს საკითხი შედარებით შეუსწავლელია, გენდერულად მრავალფეროვანი ბავშვების კვლევაში, შესაძლოა, და-ძმებსა და გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვს შორის ურთიერთობის გათვალისწინება მნიშვნელოვანი იყოს (Pariseau et al., 2019; Parker & Davis-McCabe, 2021).

ჯანდაცვის სპეციალისტმა უნდა გამოიყენოს ბავშვის ინდივიდუალურ საჭიროებებზე მორგებული ინტერვენციები, რომლებიც მიზნად ისახავს: 1) დამცავი სოციალური და ემოციური უნარების ჩამოყალიბებას, რათა ხელი შეუწყოს გენდერული იდენტობის ან გამოხატვის, ან ორივეს მიმართ გარემოს უარყოფითი რეაქციების წინაშე ბავშვის გაძლიერებას (Craig & Austin, 2016; Malpas et al., 2018; Spencer, Berg et al., 2021); 2) სოციალური გამოწვევების ერთობლივად გადაჭრას გენდერული უმცირესობის სტრესის შესამცირებლად (Barrow & Apostle, 2018; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018); 3) ბავშვის და/ან ახლო და გაფართოებული ოჯახის წევრებისთვის გარემოს მხარდაჭერის ხელშეწყობას (Kaufman & Tishelman, 2018); 4) ბავშვისთვის საშუალების მიცემა, თავისი შინაგანი გენდერული იდენტობა გაიაზროს (APA, 2015; Barrow & Apostle, 2018; Ehrensaft, 2018; Malpas et al., 2018; McLaughlin & Sharp, 2018). ჯანდაცვის სპეციალისტებს შესაძლოა დაეხმაროს გენდერულად განსხვავებულ ბავშვთან და ოჯახთან ურთიერთობა, რომელიც საჭიროები-

სამებრ, შესაძლოა ხანგრძლივი დროის განმავლობაში გაგრძელდეს. ეს საშუალებას აძლევს ბავშვს/ოჯახს, მთელი ბავშვობის მანძილზე გრძელვადიანი ნდობაზე დაფუძნებული ურთიერთობა დაამყაროს მაშინ, როდესაც ჯანდაცვის სპეციალისტს შეუძლია ბავშვს მხარდაჭერა და მზრუნველობა შესთავაზოს, როდესაც ის მომწიფდება და მისთვის/მისი ოჯახისთვის განსხვავებული გამოწვევები ან საჭიროებები წარმოიქმნება (Spencer, Berg et al., 2021; Murchison et al., 2016). გარდა ზემოაღნიშნულისა, ხელმისაწვდომი რესურსების ფარგლებში, როდესაც ბავშვი ნეიროდივერგენციულია, ყველაზე შესაფერისია ჯანდაცვის სპეციალისტი, რომელსაც აქვს უნარი, როგორც ნეიროგანვითარების, ასევე გენდერული გამოწვევები გადაჭრას (Strang et al., 2021).

როგორც ლიტერატურაშია ასახული, არსებობს მრავალი მიზეზი, რის გამოც მშობლებმა/მზრუნველებმა, და-ძმებმა და პრეპუბერტატული ბავშვის ოჯახის წევრებმა შესაძლოა, ფსიქოთერაპიისგან სარგებელი მიიღონ (Ehrensaft, 2018; Malpas et al., 2018; McLaughlin & Sharp, 2018). როგორც ქვემოთ არის შეჯამებული, ასეთი მკურნალობის ძიების სურვილი ჩნდება მაშინ, როდესაც ოჯახის ერთ ან მეტ წევრს 1) სურს გენდერული განვითარების ირგვლივ განათლება მიიღოს (Spivey & Edwards-Leeper, 2019); 2) დაბნეულები არიან, ან განიცდიან სტრესს ბავშვის გენდერულ იდენტობასთან, გამოხატვასთან დაკავშირებით (Ashley, 2019c; Ehrensaft, 2018); 3) საჭიროა გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვთან დაკავშირებული ემოციური და ქცევითი მზრუნველობა (Barrow & Apostle, 2018); 4) სჭირდება დახმარება სახლის გარეთ ტოლერანტული გარემოს ფორმირების ხელშეწყობისთვის (მაგ. სკოლა, სპორტი, ბანაკები) (Kaufman & Tishelman, 2018); 5) სჭირდება დახმარება სოციალური ტრანზიციის შესახებ ინფორმირებული გადამწყვეტილებების მისაღებად და იმის შესახებ, თუ როგორ უნდა განხორციელდეს ეს ბავშვის გენდერული განვითარებისა და ჯანმრთელობისთვის ოპტიმალური გზით (Lev & Wolf-Gould, 2018); 6) სურთ მიიღონ დახმარება სხვებისგან, მათ შორის არსებულ პოლიტიკურ ორგანოებთან და მოქმედ კანონმდებლობას-

თან გასამკლავებლად, როდესაც გარემო მათ მიმართ გამკიცხავია (მშობლების/მეურვის მიმართ უარყოფითი რეაქციები ზოგჯერ შესაძლოა, სოციუმის მხრიდან უარყოფას და/ან შევინროებას/შეურაცხყოფას მოიცავდეს) (Hidalgo & Chen, 2019); 7) სურთ მათი შვილის გენდერულ იდენტობასთან დაკავშირებით საკუთარი ემოციური რეაქციები და საჭიროებები გადაამუშაონ, მათ შორის ბავშვის გენდერული მრავალფეროვნების გამო მწუხარება და/ან პოტენციური შიში ან შფოთვა მათი შვილის ანმყო და მომავალი კეთილდღეობის მიმართ (Pullen Sansfaçon et al., 2019); 8) ბავშვის გენდერულ მრავალფეროვნებასთან დაკავშირებით ემოციურად დათრგუნულები არიან და/ან ოჯახის სხვა წევრებთან კონფლიქტი აქვთ (საჭიროებისამებრ, ჯანდაცვის სპეციალისტს შეუძლია ჩაატაროს ცალკეული სესიები მშობლების/მზრუნველების, დაძმების და ოჯახის გაფართოებული წევრების მხარდაჭერისთვის და/ან ფსიქოლოგიური განათლებისთვის) (McLaughlin & Sharp, 2018; Pullen Sansfaçon et al., 2019; Spivey & Edwards-Leeper, 2019).

ღეგულება 7.9

ჩვენ რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვებსა და ოჯახებს/მზრუნველებს კონსულტაციას, ფსიქოთერაპიას ან ორივეს უტარებენ, იმუშაონ ბავშვისთვის მნიშვნელოვან სხვა გარემოებებთან და ინდივიდებთან, რათა ბავშვის გამძლეობასა და ემოციურ კეთილდღეობას შეუწყონ ხელი.

ზემოთ აღწერილი ეკოლოგიური მოდელის შესაბამისად და, საჭიროებისამებრ, ინდივიდუალური/ოჯახური გარემოების გათვალისწინებით, სამედიცინო პერსონალისთვის შეიძლება ძალზე სასარგებლო იყოს ბავშვის ცხოვრებაში მნიშვნელოვან სხვა პირებთან (მაგ. მასწავლებლები, მწვრთნელები, რელიგიური ლიდერები) კოორდინაცია, რაც ხელს უწყობს ემოციურ და ფიზიკურ უსაფრთხოებას (მაგ. სკოლის გარემოში, სპორტი და სხვა რეკრეაციული აქტივობები, რწმენაზე დაფუძნებული ჩართულობა) (Kaufman & Tishelman, 2018). თერაპიული და/ან დამხმარე

ჯგუფები როგორც ღირებული რესურსი ხშირად რეკომენდებულია ოჯახებისთვის/მეურვისთვის და/ან გენდერულად მრავალფეროვანი ბავშვებისთვის (Coolhart, 2018; Horton et al., 2021; Malpas et al., 2018; Murchison et al., 2016).

ღეგულება 7.10

ჩვენ რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვებსა და ოჯახებს/მზრუნველებს კონსულტაციას, ფსიქოთერაპიას ან ორივეს უტარებენ, ორივე მხარეს ასაკობრივი გენდერული განვითარების შესახებ შესაბამისი ფსიქოგანათლება მიანოდონ.

მშობლებს/მეურვეებს და მათ გენდერულად მრავალფეროვან შვილს უნდა ჰქონდეთ შესაძლებლობა, განვიითარონ ცოდნა იმის შესახებ, თუ როგორ შეუძლიათ ოჯახებს/მზრუნველებს, საუკეთესო მხარდაჭერა აღმოუჩინონ თავიანთ შვილს მდგრადობის, თვითშეგნებისა და ფუნქციონირების მაქსიმალურად გაუმჯობესების მიზნით (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; Malpas, 2018; Spivey & Edwards-Leeper, 2019). ბავშვის საბოლოო გენდერული იდენტობის დარწმუნებით წინასწარმეტყველება შესაძლებელი არ არის და ამის პროგნოზირება სამედიცინო ცენტრის მოვალეობაში არ შედის. სამაგიეროდ, ჯანდაცვის სპეციალისტის ამოცანაა, უზრუნველყოს უსაფრთხო სივრცე ბავშვის იდენტობისთვის, რათა განვითარდეს და დროთა განმავლობაში საკუთარ გენდერულ იდენტობაში ყოველგვარი განვითარების ტრეპექტორიისთვის პრიორიტეტის მინიჭების მცდელობის გარეშე გაერკვეს (APA, 2015; Spivey & Edwards-Leeper, 2019). გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვებსა და ადრეულ მოზარდებს უფროსი მოზარდებისგან განსხვავებული სოციალური და ფიზიოლოგიური საჭიროებები აქვთ და ეს განსხვავებები უნდა აისახოს ინდივიდუალურ მიდგომაში, რომელსაც ჯანდაცვის სპეციალისტი თითოეული ბავშვისთვის/ოჯახისთვის უზრუნველყოფს (Keo-Meir & Ehrensaft, 2018; Spencer, Berg et al., 2021).

მშობლებს/მზრუნველებს და მათ შვილებს ასევე უნდა ჰქონდეთ შესაძლებლობა, ასაკის

შესაბამისი ფსიქოგანათლების გზით გენდერული ნიგნიერება და გენდერული განვითარების შესახებ ცოდნა განვითარონ (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021). გენდერული ნიგნიერება გულისხმობს დაბადებისას მინიჭებულ სქესს, გენდერულ იდენტობასა და გენდერულ გამოხატვას შორის განსხვავებების გაგებას და იმას, თუ როგორ უნიკალურად ურთიერთქმედებს ეს სამი ფაქტორი ბავშვისთვის (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021). როდესაც ბავშვები გენდერულ ცოდნას იძენენ, ისინი აცნობიერებენ, რომ მათი სხეულის ნაწილები მათ გენდერულ იდენტობას და/ან მათ გენდერულ გამოხატვას არ განსაზღვრავს (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021). გენდერული ნიგნიერება ასევე გულისხმობს საზოგადოებაში გენდერთან დაკავშირებული გზავნილებისა და გამოცდილების ამოცნობის შესწავლას. როდესაც ბავშვები გენდერულ ნიგნიერებას იძენენ, მათ შეუძლიათ, თავიანთი განვითარებადი გენდერული იდენტობა და გენდერული გამოხატვა უფრო დადებითად აღიქვან, რაც მდგრადობას და თვითშეფასებას უწყობს ხელს და გარემოდან ნეგატიური გზავნილების წინაშე სირცხვილის რისკს ამცირებს. გენდერული ნიგნიერების მოპოვება ფსიქოგანათლებით შეიძლება ასევე მნიშვნელოვანი იყოს დაძმებისთვის და/ან გაფართოებული ოჯახის წევრებისთვის, რაც ბავშვისთვის მნიშვნელოვანია (Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021).

დაკავშირებული 7.11

ჩვენ გავცემთ რეკომენდაციას, რომ როდესაც ბავშვი პუბერტატს უახლოვდება, ჯანდაცვის სპეციალისტებმა გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვებს და მათ ოჯახებს/მეურვეებს მიაწოდონ ინფორმაცია პოტენციური გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო ჩარევების, მომავალ ნაყოფიერებაზე ამ მკურნალობის ეფექტებისა და ნაყოფიერების შენარჩუნების ვარიანტების შესახებ.

როდესაც ბავშვი სქესობრივ მომწიფებას უახლოვდება, ექიმმა პრიორიტეტი უნდა მიანი-

ჭოს ბავშვებთან და მათ მშობლებთან/მზრუნველებთან მუშაობას და ამ პროცესში სქესობრივი მომწიფების შესახებ ფსიქოგანათლება ჩართოს, ექიმი ასევე პოტენციური სქესის დამადასტურებელი სამედიცინო ჩარევების შესახებ საერთო გადაწყვეტილების მიღებაში უნდა ჩართოს და განიხილოს მკურნალობის ეფექტი ნაყოფიერებასა და რეპროდუქციულ ფუნქციებზე (Nahata, Quinn et al., 2018; Spencer, Berg et al., 2021). მიუხედავად იმისა, რომ მხოლოდ შეზღუდული ემპირიული ცოდნა არსებობს ამგვარი ინტერვენციების შესაფასებლად, ექსპერტთა კონსენსუსი და განვითარების ფსიქოლოგიური ლიტერატურა ზოგადად მხარს უჭერს იმ მოსაზრებას, რომ ღია კომუნიკაცია ბავშვებთან მათი სხეულის შესახებ და გენდერის დამადასტურებელი ზრუნვის მისაღებად ერთობლივი მომზადება ხელს შეუწყობს მის მდგრადობას და როდესაც ბავშვი მოზარდობის ასაკში გადავა, ეს პოზიტიური სექსუალობის განვითარებაში დახმარება (Spencer, Berg et al., 2019). ყველა ეს დისკუსია შესაძლოა გაფართოვდეს (მაგ. ადრე დაწყებული) და ნეიროდივერგენტული ბავშვებიც მოიცვას, რათა უზრუნველყოს საკმარისი დრო გაგებისთვის, განსაკუთრებით იმის გათვალისწინებით, რომ შესაძლოა, მომავალში გენდერის დამადასტურებელ სამედიცინო დახმარებასთან დაკავშირებით მრავალი არჩევანი წარმოიშვას (Strang, Jarin et al., 2018). ეს დისკუსიები შეიძლება მოიცავდეს შემდეგ თემებს:

- სხეულის ნაწილების და მათი სხვადასხვა ფუნქციების მიმოხილვა;
- მეთოდები, რომლითაც დროთა განმავლობაში, სამედიცინო ჩარევით ან მის გარეშე შესაძლოა, ბავშვის ორგანიზმი შეიცვალოს;
- სამედიცინო ჩარევების გავლენა შემდგომ სქესობრივ ფუნქციონირებასა და ნაყოფიერებაზე;
- პუბერტატის დათრგუნვის გავლენა შემდგომ პოტენციურ სამედიცინო ჩარევებზე;
- კლინიკური მონაცემების ამჟამინდელი ნაკლებობის აღიარება გარკვეულ სფეროებში, რომლებიც პუბერტატის დათრ-

გუნვის ზემოქმედებასთანაა დაკავშირებული;

- პუბერტატამდე სქესობრივი განათლების მიღების მნიშვნელობა.

ამ დისკუსიებში გამოყენებული უნდა იყოს განვითარებისთვის შესაბამისი ენა და სწავლების სტილი თითოეული ბავშვის სპეციფიკურ საჭიროებებზე უნდა იყოს მორგებული (Spencer, Berg et al., 2021).

დეკლარაცია 7.12

ჩვენ ვურჩევთ მშობლებს/მეურვეებს და ჯანდაცვის სპეციალისტებს, მხარდაჭერით შეხვდნენ ბავშვებს, რომლებსაც სურთ აღიარებულნი იყვნენ იმ გენდერის წარმომადგენლად, რომელიც მათი გენდერული იდენტობის შინაგან განცდას შეესაბამება.

გენდერული სოციალური ტრანზიცია ეხება პროცესს, რომლითაც ბავშვი აღიარებულია სხვების მიერ და მას აქვს შესაძლებლობა იცხოვროს საჯაროდ, ყველა სიტუაციაში, იმ გენდერული იდენტობით, რომელთანაც ისინი თავს აკავშირებენ და რომელსაც შეზღუდული ქცევითი ჩარჩოები არ გააჩნია (Ehrensaft et al., 2018).

გენდერული სოციალური ტრანზიცია წარსულში ხშირად აღიქმებოდა, როგორც ბინარული პროცესი – გოგონა ტრანსფორმირდება ბიჭად, ბიჭი – გოგონად. კონცეფცია გაფართოვდა და მოიცავს ბავშვებს, რომლებიც გენდერული იდენტობის არაბინარულ ან ინდივიდუალურად ფორმირებულ იდენტობაზე გადადიან (Chew et al., 2020; Clark et al., 2018). უფრო ახალი კვლევა მიუთითებს, რომ სოციალური ტრანზიციის პროცესი შესაძლოა, ზოგიერთი პუბერტატული ასაკის ბავშვისთვის დამცავ ფუნქციას ასრულებდეს და მათ ფსიქიკურ ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობას უწყობდეს ხელს (Durwood et al., 2017; Gibson et al., 2021; Olson et al., 2016). ამრიგად, იმის აღიარება, რომ ბავშვის გენდერი შეიძლება ფლუიდური იყოს და დროთა განმავლობაში იცვლებოდეს (Edwards-Leeper et al., 2016; Ehrensaft, 2018; Steensma, Kreukels et al., 2013) არ არის საკმარისი დასაბუთება პრეპუბერტატულ ასაკ-

ში სოციალური ტრანზიციის გასაუქმებლად ან შესაფერხებლად. გენდერული იდენტობის ევოლუცია შეიძლება გაგრძელდეს მას შემდეგაც, რაც ნაწილობრივი ან სრული სოციალური ტრანზიციის პროცესი დასრულდება (Ashley, 2019e; Edwards-Leeper et al., 2018; Ehrensaft, 2020; Ehrensaft et al., 2018; Spivey & Edwards-Leeper, 2019). მიუხედავად იმისა, რომ ემპირიული მონაცემები შეზღუდულია, არსებულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ ბავშვები, რომლებიც თავიანთი გენდერულ მრავალფეროვნების მიმართ მტკიცედ არიან განწყობილი, მათ შორის ის ბავშვები, რომლებიც ტრანზიციას პუბერტატამდე გადაიან, დიდი ალბათობით მრავალფეროვან გენდერულ იდენტობას დროთა განმავლობაში ინარჩუნებენ (Olson et al., 2022; Rae et al., 2019; Steensma, McGuire et al., 2013). ამრიგად, სოციალური ტრანზიციის განხილვისას, ჩვენ ვურჩევთ მშობლებს/მზრუნველებს და სამედიცინო დაწესებულებებს, განსაკუთრებული ყურადღება მიექციონ ბავშვებს, რომლებიც დაბადების დროს მინიჭებული სქესისგან განსხვავებულ გენდერულ იდენტობას მუდმივად, ხშირად და დაჟინებით გამოხატავენ. ეს მოიცავს იმ ბავშვებს, რომლებსაც შეუძლიათ, ცალსახად მოითხოვონ ან მოისურვონ იმ გენდერის სოციალური აღიარება, რომელიც მათ გენდერულ იდენტობას უკეთ ემთხვევა და/ან ბავშვებს, რომლებიც ავლენენ დისტრესს, როდესაც მათ მიერ აღქმული გენდერი დაბადებისას მინიჭებულ სქესს არ ემთხვევა (Rae et al., 2019; Steensma, Kreukels et al., 2013).

მიუხედავად იმისა, სოციალური ტრანზიციის პროცესთან დაკავშირებული საუკეთესო პრაქტიკის გარშემო ემპირიული ლიტერატურა შეზღუდულია, კლინიკური ლიტერატურა და ექსპერტიზა გვანდის შემდეგ მითითებებს, რომლებიც პრიორიტეტს ბავშვის ინტერესებს ანიჭებს (Ashley, 2019e; Ehrensaft, 2018; Ehrensaft et al., 2018; Murchison et al., 2016; Telfer et al., 2018): 1) სოციალური ტრანზიცია უნდა მომდინარეობდეს ბავშვისგან და სოციალური ტრანზიციის პროცესის დაწყების გადამწყვეტილების მიღების პროცესში ბავშვის სურვილებს უნდა ასახავდეს; 2) ჯანდაცვის სპეციალისტს შეუძლია, ბავშვს სოციალური ტრანზიციის უპირატესობების/შედეგების და გამონკვევების

შესწავლაში დაეხმაროს; 3) სოციალური ტრანზიცია საუკეთესოდ შეიძლება განხორციელდეს ან ყველა, ან მხოლოდ კონკრეტულ კონტექსტში/გარემოში (მაგ. სკოლა, სახლი); 4) ბავშვმა შეიძლება გაამყლავნოს, ან არ გაამყლავნოს, რომ ტრანზიცია აქვს გავლილი, ან როგორც წესი, მშობლების/მეურვეების დახმარებით შეარჩიოს ადამიანების გარკვეული წრე, რომლებსაც ისინი ინფორმაციას გაუზიარებენ.

საბოლოო ჯამში, სოციალური ტრანზიცია, როდესაც გააზრებულად და თითოეული ბავშვისთვის ინდივიდუალიზებულად მიმდინარეობს, ბავშვის კეთილდღეობას ემსახურება. ბავშვის სოციალური ტრანზიცია (და ასევე გენდერი) შეიძლება დროთა განმავლობაში შეიცვალოს და არ არის აუცილებელი, რომ სტატიკური იყოს, მაგრამ საუკეთესოდ ასახავს ბავშვის მიერ საკუთარი გენდერის შესახებ მოცემულ მომენტში განმტკიცებულ ცოდნასა და მათი ამჟამინდელი გენდერული იდენტობის გამოხატვისთვის სასურველი ქმედებების კროსსექციურობას (Ehrensaft et al., 2018).

სოციალური ტრანზიციის პროცესი შეიძლება მოიცავდეს ერთ ან მეტ ქმედებას, რომლებიც შეესაბამება ბავშვის მიერ იდენტიფიცირებულ გენდერს (Ehrensaft et al., 2018) მათ შორისაა:

- სახელის შეცვლა;
- ნაცვალსახელის შეცვლა;
- სქესის/გენდერის მარკერების ცვლილება (მაგ. დაბადების მოწმობა; პირადობის მოწმობა; პასპორტი; სასკოლო და სამედიცინო დოკუმენტაცია და ა.შ.);
- გენდერულად სეგრეგირებულ პროგრამებში მონაწილეობა (მაგ. სპორტული გუნდები; რეკრეაციული კლუბები და ბანაკები; სკოლები და ა.შ.);
- აბაზანისა და გასახდელის გამოყენება;
- საკუთარი თავის გამოხატვა (მაგ. თმის ვარცხნილობა; ტანსაცმლის არჩევანი და ა.შ.);
- დადასტურებული სქესის შესახებ სხვებთან კომუნიკაცია (მაგ. სოციალური მედია; განცხადებები საკლასო ოთახში ან სკოლაში; წერილები გაფართოებული ოჯახებისთვის ან კონტაქტებისთვის; ა.შ.).

დეკლარაცია 7.13

ჩვენ ვურჩევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებსა და მშობლებს/მეურვეებს, დაეხმარონ ბავშვებს, მიუხედავად სოციალური ტრანზიციის პერიოდის სირთულისა, პრეპუბერტატულ წლებში თავიანთი გენდერის ძიება განაგრძონ.

მნიშვნელოვანია, რომ ბავშვებს, რომლებიც ჩართულნი არიან სოციალურ ტრანზიციაში, სხვა ბავშვების მსგავსად მიეცეთ შესაძლებლობები, რომ მთელი ბავშვობის განმავლობაში გენდერის მნიშვნელობებისა და გამოხატვის ძიება გააგრძელონ (Ashley 2019e; Spencer, Berg et al., 2021). ზოგიერთმა კვლევამ აჩვენა, რომ ბავშვებს შეიძლება გენდერული ფლუიდობა განუვითარდეთ ან თუნდაც თავდაპირველი სოციალური ტრანზიციის შემდგომ დეტრანზიცია მოუნდეთ. კვლევა ზუსტ პასუხს არ იძლეოდა იმის შესახებ, თუ სიცოცხლის რა ეტაპზე შეიძლება მოხდეს ასეთი დეტრანზიცია, ან ახალგაზრდების რამდენ პროცენტს ექნება საბოლოოდ გენდერული ფლუიდობა და/ან დეტრანზიციის სურვილი – გენდერული ევოლუციის ან პოტენციურად სხვა მიზეზების გამო (მაგ. უსაფრთხოების პრობლემები; გენდერული უმცირესობების სტრესი) (Olson et al., 2022; Steensma, Kreukels et al., 2013). ბოლო კვლევის ანგარიში მიუთითებს, რომ აშშ-ში, ბინარული სოციალური ტრანზიციიდან ხუთი წლის შემდეგ დეტრანზიცია ახალგაზრდების მხოლოდ მცირე პროცენტში ხდება (Olson et al., 2022); ამ ახალგაზრდების შემდგომი დაკვირვება ინფორმატიული იქნება. ამ დასკვნების გამეორება ასევე მნიშვნელოვანია, რადგან ეს კვლევა მხოლოდ შეერთებულ შტატებში, შეზღუდული და თვითშერჩეულ მონაწილეთა შერჩევით ჩატარდა და შესაბამისად, შესაძლოა, გენდერულად მრავალფეროვან ყველა ბავშვს არ მიესადაგებოდეს. შეზღუდულია ჩვენი შესაძლებლობა, წინასწარ განვსაზღვროთ, რა გზებით შეიძლება განვითარდეს ბავშვის გენდერული იდენტობა და გამოხატვა დროთა განმავლობაში და შესაძლებელია თუ არა, ტრანზიციის განხორციელება. გარდა ამისა, ყველა ბავშვს არ სურს, თავისი გენდერი შეისწავლოს (Telfer et al., 2018). მოსალოდნელია, რომ სისგენდერი ბავშვები ამ კვლევაში მონაწილეობას არ მიიღებენ,

შესაბამისად, მცდელობა, რომ ეს გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვს ვაიძულოთ, შეიძლება განიხილებოდეს, როგორც პათოლოგიის გამომწვევი, მომაბეზრებელი და/ან სისწორმატიული მიდგომა (Ansara & Hegarty, 2012; Bartholomeus et al., 2021; Oliphant et al., 2018).

დეკლარაცია 7.14

ჩვენ ვურჩევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს განიხილონ სოციალური ტრანზიციის პოტენციური სარგებელი და რისკები იმ ოჯახებთან, რომლებიც ამას გეგმავენ.

პრეპუბერტატულ ბავშვებში სოციალური ტრანზიცია მოიცავს მრავალფეროვან არჩევანს, რომელიც შესაძლოა დროთა განმავლობაში აღმოცენდეს. ის დამოკიდებულია როგორც ბავშვის ინდივიდუალურ სურვილებზე, ასევე სხვა ფსიქოსოციალურ მოსაზრებებზე (Ehrensaft, 2018) და ამ გადაწყვეტილების მისაღებად საჭიროა შესაძლო სარგებელისა და გამონევეების განხილვა.

სოციალურ ტრანზიციას შეიძლება ჰქონდეს პოტენციური სარგებელი, როგორც ეს აღწერილია კლინიკურ ლიტერატურაში (მაგ. Ehrensaft et al., 2018) და მხარდაჭერილია კვლევებით (Fast & Olson, 2018; Rae et al., 2019). ეს მოიცავს გენდერული შეთავსებულობის ხელშეწყობას, გენდერული დისფორიის შემცირებას და ფსიქოსოციალური ადაპტაციისა და კეთილდღეობის გაძლიერებას (Ehrensaft et al., 2018). კვლევებმა აჩვენა, რომ გენდერულად მრავალფეროვანი ბავშვები, რომლებმაც სოციალური ტრანზიცია გაიარეს, დიდწილად იმავე ასაკის სისვენდერ დაძმებსა და თანატოლების მსგავსი ფსიქიკური ჯანმრთელობის მახასიათებლებს ირეკლავენ (Durwood et al., 2017). ეს დასკვნები მკვეთრად განსხვავდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის გამონევეებისგან, რომლებიც გენდერულად მრავალფეროვან ბავშვებსა და მოზარდებზე ჩატარებულ წინა კვლევებში მკაფიოდ ვლინდებოდა (Barrow & Apostle, 2018) და გვაძლევს საფუძველს, ვივარაუდოთ, რომ სოციალური ტრანზიციის გავლენა შესაძლოა, დადებითი იყოს. გარდა ამისა, ბავშვების სოციალური ტრანზიცია, როგორც წესი, წარმატებული შეიძლება გამოდ-

გეს მხოლოდ მშობლების/მეურვეების მხარდაჭერითა და მიმღებლობით, რაც გენდერულად მრავალფეროვანი ბავშვების კეთილდღეობისთვის ასევე სასარგებლოა (Durwood et al., 2021; Malpas et al., 2018; Pariseau et al., 2019), თუმცა მხარდაჭერის სხვა ფორმები, როგორცაა სკოლის მხრიდან მხარდაჭერა, ასევე მნიშვნელოვანია (Durwood et al., 2021; Turban, King et al., 2021). სამედიცინო პერსონალმა უნდა განიხილოს სოციალური ტრანზიციის პოტენციური სარგებელი ბავშვებთან და ოჯახებთან იმ სიტუაციებში, როდესაც 1) არსებობს გენდერული იდენტობის მდგრადი, სტაბილური არტიკულაცია, რომელიც დაბადებისას მინიჭებულ სქესთან შეუსაბამოა (Fast & Olson, 2018). უნდა მოხდეს ამის გენდერული მრავალფეროვანი გამოხატვისგან/ქცევებისგან/ინტერესებისგან დიფერენცირება (მაგ. სათამაშოებით თამაში, საკუთარი თავის გამოხატვა ტანსაცმლის ან გარეგნობის საშუალებით და/ან აქტივობებში ჩართვა, რომელიც როგორც წესი, სოციალურად განსაზღვრულია, რომ ბინარული მოდელის სქესთანაა დაკავშირებული) (Ehrensaft, 2018; Ehrensaft et al., 2018); 2) ბავშვი გამოხატავს ძლიერ სურვილს ან საჭიროებას, გადავიდეს გენდერზე, რომელსაც ის აუთენტიკურად გამოხატავს (Ehrensaft et al., 2018; Fast & Olson, 2018; Rae et al., 2019); 3) ტრანზიციის დროს და შემდგომში ბავშვი იქნება ფიზიკურად და ემოციურად უსაფრთხოდ (Brown & Mar, 2018). გასათვალისწინებელია წინარწმენა და დისკრიმინაცია, განსაკუთრებით ისეთ ადგილებში, სადაც გენდერული მრავალფეროვნების მიღება შეზღუდული, ან აკრძალულია (Brown & Mar, 2018; Hendricks & Testa, 2012; Turban, King et al., 2021). აღსანიშნავია, რომ გენდერულად მრავალფეროვანი ბავშვებისთვის, რომლებიც სოციალური ტრანზიციის თანმხლებ ცვლილებებს არ განიცდიან, შესაძლოა არსებობდეს რისკები, მათ შორის: 1) გარიყვა ან ბულინგი იმის გამო, რომ მისი ქცევა საზოგადოების დადგენილ გენდერულ როლებს და/ან სოციალურად მიღებულ ნორმებს არ შეესაბამება; და 2) შინაგანი სტრესით ან დისტრესით ცხოვრება, რომელიც გამონევეულია დაბადებისას მინიჭებულ სქესსა და თვითიდენტიფიცირებულ გენდერს შორის შეუთავსებლობით.

გენდერული ჯანმრთელობის ხელშეწყობისთვის ჯანდაცვის სპეციალისტმა სოციალური ტრანზიციის პოტენციური გამომწვევები უნდა განიხილოს. ხშირად გამოითქმება წუხილი იმის შესახებ, რომ მომნიშვნელო პროცესში ბავშვი თავს აარიდებს მისი გენდერული იდენტობის შესაძლო ევოლუციის განხილვას, ან არ მოისურვებს დაიწყოს კიდევ ერთი გენდერული ტრანზიცია მაშინაც კი, როდესაც გრძნობს, რომ მისი სოციალური ტრანზიცია აღარ ემთხვევა მის ამჟამინდელ გენდერულ იდენტობას (Edwards-Leeper et al., 2016; Ristori & Steensma, 2016). მიუხედავად იმისა, რომ ინფორმაცია შეზღუდულია, ბოლოდროინდელმა კვლევამ ცხადყო, რომ ზოგიერთ მშობელს/მზრუნველს, რომელთა შვილებმაც სოციალური ტრანზიცია გაიარეს, შეუძლიათ შვილებთან ერთად გენდერული რევერსიის ვარიანტი (მაგალითად, გენდერის პირვანდელ გამოხატვაზე დაბრუნება) განიხილონ და, ამ შესაძლებლობის გამო, თავს კომფორტულად გრძნობდნენ (Olson et al., 2019). სოციალური ტრანზიციის კიდევ ერთი ხშირად გამოვლენილი პრობლემა არის ის, რომ ბავშვმა შეიძლება განიცადოს უარყოფითი შედეგები, თუ ის დაუბრუნდება პირვანდელ გენდერულ იდენტობას, რომელიც დაბადებისას მინიჭებულ სქესს ემთხვევა (Chen et al., 2018; Edwards-Leeper et al., 2019; Steensma & Cohen-Kettenis, 2011). ამ თვალსაზრისით, მშობლებმა/მზრუნველებმა ბავშვზე სოციალური ტრანზიციის პოტენციური განვითარების ეფექტის შესახებ უნდა იცოდნენ.

ჯანდაცვის სპეციალისტებმა მშობლებს/მზრუნველებს მეგზურობა უნდა გაუწიონ, როდესაც სოციალური გენდერული ტრანზიცია იგეგმება, ან მიმდინარეობს: 1) კონსულტაციით, შეფასებით და გენდერული მხარდაჭერით, როცა საჭიროა და როცა მშობლებს/მზრუნველებს ამის სურვილი აქვთ; 2) საჭიროების შემთხვევაში ოჯახის წევრებს დაეხმარონ სოციალური ტრანზიციის შესახებ ბავშვის სურვილების და ბავშვის მიერ გამოხატული სურვილების მიმართ ოჯახის წევრების გრძნობების გააზრებაში; 3) მშობლებთან/მზრუნველებთან ერთად შეისწავლონ, თუ რამდენად მოუტანს სარგებელს სოციალური ტრანზიცია მათ შვილს როგორც პროცესში, ასევე მის შემდგომ განვითარების პერიოდში; 4) უზრუნველყონ

მშობლები/მზრუნველებისთვის მეგზურობა, როდესაც სოციალურ ტრანზიციას არ თანხმდებიან და შესთავაზონ ერთად მუშაობის შესაძლებლობა, რათა ერთობლივად დაინახონ და გაიაზრონ ბავშვის გენდერული სტატუსი და საჭიროებები; 5) შესთავაზონ მეგზურობა მათი შვილის სოციალური ტრანზიციის შესახებ გარემოსთვის ინფორმაციის გამჟღავნების უსაფრთხო გზების შესახებ, რათა სხვადასხვა სოციალურ გარემოში მათი შვილის ტრანზიცია გაადვილდეს (მაგ. სკოლები, გაფართოებული ოჯახი); 6) ბავშვის სურვილის შემთხვევაში, ხელი შეუწყონ თანატოლებთან გენდერული და სოციალური ტრანზიციის შესახებ კომუნიკაციას, ასევე გააძლიერონ თანატოლებთან პოზიტიური ურთიერთობები; 7) გაუწიონ მეგზურობა, როდესაც სოციალური ტრანზიცია შეიძლება არ იყოს სოციალურად მისაღები ან უსაფრთხო, ყველგან ან კონკრეტულ სიტუაციებში, ან როდესაც ბავშვი, სურვილის მიუხედავად, ტრანზიციის დაწყებასთან დაკავშირებით გადაწყვეტილებას ვერ იღებს; შესაძლოა, ამის მრავალი მიზეზი არსებობდეს, მათ შორის შიშები და შფოთვა; 8) ოჯახის წევრებთან და ფსიქიკური ჯანდაცვის სპეციალისტებთან თანამშრომლობით იმუშაონ, რათა ხელი შეუწყონ სოციალურ ტრანზიციას ისე, რომ ეს პროცესი ბავშვის გენდერული განვითარების, საერთო კეთილდღეობისა და ფიზიკური და ემოციური უსაფრთხოებისთვის ოპტიმალური იყოს; 9) უზრუნველყონ დროთა განმავლობაში გენდერის შესაძლო მრავალი განსხვავებული ტრაექტორიის გამოვლინების შესახებ ფსიქოგანათლება, რის შედეგადაც ბავშვისთვის გენდერის მომავალი რევერსირების გზები ღიაა და ხაზს უსვამს, რომ ბავშვის ინდივიდუალური გენდერული იდენტობის მომავალში წინასწარმეტყველება საჭირო არ არის (Malpas et al., 2018).

ყველა ეს ამოცანა მოიცავს ბავშვსა და ოჯახის წევრებს შორის კომუნიკაციის ხარისხის ამაღლებას და შესაძლებლობას აძლევს ბავშვს, მოუსმინოს ოჯახის ყველა წევრს და მათი აზრი გაითვალისწინოს. ეს ურთიერთობითი პროცესები, თავის მხრივ, მშობლების/მზრუნველების ბავშვისთვის სოციალური ტრანზიციის მიზანშეწონილობის და/ან მისი პარამეტრების შესახებ სწორი ინფორმირებული გადაწყვეტილებების მიღებას უწყობს ხელს (Malpas et al., 2018).

ჯანდაცვის სპეციალისტების ერთ-ერთი როლი არის მხარდაჭერის უზრუნველყოფა სიტუაციებში, როდესაც ბავშვებსა და მშობლებს/მზრუნველებს სურთ, გააგრძელონ სოციალური ტრანზიცია, მაგრამ ასკვნიან, რომ სოციალური გარემო ამ არჩევანს არ მიიღებს. ამ დროს ექიმის მოქმედებები მოიცავს: 1) მშობლების/მეურვეების დახმარებას, განსაზღვრონ და გააფართოონ უსაფრთხო სივრცეები, სადაც ბავშვს თავისი აუტენტიკური გენდერის გამოხატვა თავისუფლად შეუძლია; 2) მშობლებთან/აღმზრდელებთან ადვოკატირების გზების განხილვას, რომლებიც მომავალში სოციალური გარემოს ტოლერანტულობის ალბათობას გაზრდის, თუ ეს რეალური მიზანია; 3) ბავშვს/ოჯახისთვის საჭიროებისამებრ დახმარებას, ნებისმიერი პრობლემის და/ან სირცხვილის გრძნობის მოგვარებაში, რომელიც გამონვეულია აუტენტიკური გენდერული იდენტობის მუდმივი ჩახშობით და საიდუმლოდ შენახვის საჭიროებით; და 4) ბავშვის და ოჯახის მდგრადობის გაძლიერებას, იმის გააზრებას, რომ თუ სოციალურ გარემოს ბავშვის სოციალური ტრანზიციისა და დადასტურებული გენდერული იდენტობის მიღება უჭირს, ამის მიზეზი არა ბავშვში რაიმე ნაკლოვანება, არამედ გენდერულ საკითხებში სოციალური გარემოს არასაკმარისი ნივნიერებაა (Ehrensaft et al., 2018).

დეკლარაცია 7.15

ჩვენ ვთავაზობთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, ითანამშრომლონ სპეციალისტებთან და ორგანიზაციებთან, რათა გენდერულად მრავალფეროვანი ბავშვების კეთილდღეობას ხელი შეუწყონ და შესაძლო სირთულეები მინიმუმამდე შეამცირონ.

ყველა ბავშვს აქვს მათი გენდერული იდენტობის მხარდაჭერისა და პატივისცემის მიღების უფლება (ადამიანის უფლებათა კამპანია, 2018; Paré, 2020; SAMHSA, 2015). როგორც ზემოთ აღინიშნა, გენდერულად მრავალფეროვანი ბავშვები განსაკუთრებით მონყვლადი ჯგუფია (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). ჯანდაცვის სპეციალისტების, ისევე როგორც დამცველების პასუხისმგებლობაა, აღიარონ, რომ მარგინალიზებული უმცირესობებისთვის კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს ჯანმრთელობის სოციალურ დეტერმინანტებს (Barrow & Mar, 2018; Hendricks & Testa, 2012). ადვოკატირებას, ბავშვისა და ოჯახის მხარდაჭერის სახით, ყველა ჯანდაცვის სპეციალისტი ახორციელებს (APA, 2015; Malpas et al., 2018).

ზოგიერთ ჯანდაცვის სპეციალისტს შეიძლება მოუწოდონ, გავიდნენ თავიანთი ინდივიდუალური ოფისების ან პროგრამების მიღმა, რათა გენდერულად მრავალფეროვანი ბავშვებს ადვოკატირება გაუწიონ უფრო ფართო საზოგადოებაში, ხშირად დაინტერესებულ მხარეებთან, მათ შორის მშობლებთან/მზრუნველებთან, მეგობრებთან და სხვა ახალგაზრდებთან ერთად (Kaufman & Tishelman, 2018; Lopez et al., 2017; Vanderburgh, 2009). ეს ძალისხმევა შესაძლოა, ბავშვების გენდერული ჯანმრთელობის გაძლიერებისა და მათი სამოქალაქო უფლებების ხელშეწყობის ინსტრუმენტი იყოს (Lopez et al., 2017). ჯანდაცვის სპეციალისტების ხმებს შესაძლოა, სკოლებში, საპარლამენტო ორგანოებში, სასამართლოებსა და მედიაში არსებითი მნიშვნელობა ჰქონდეს (Kivalanka et al., 2019; Lopez et al., 2017; Whyatt-Sames, 2017; Vanderburgh, 2009). გარდა ამისა, ჯანდაცვის სპეციალისტებს შეიძლება ჰქონდეთ ადვოკატირების უფრო განზოგადებული როლი გენდერულად მრავალფეროვანი ბავშვების გამოცდილების ხშირად, განზრახ ან უნებლიე, უარყოფის პრობლემის აღიარებასა და განხილვაში, რომელიც შეიძლება უფროსებიდან, თანატოლებიდან და მედიიდან მოდიოდეს (Rafferty et al., 2018). პროფესიონალებს, რომლებიც ფლობენ შესაბამის უნარებს და აღმოჩნდებიან შესაბამის სიტუაციებში, შეუძლიათ, გამოთქვან მკაფიო დეპათოლოგიზაციაზე მიმართული განცხადებები გენდერულად მრავალფეროვანი ბავშვების საჭიროებებსა და უფლებებზე და ისაუბრონ დისკრიმინაციული და ტრანსფობიური წესებით, კანონებითა და ნორმებით მიყენებული ზიანზე (Rafferty et al., 2018).

თავი 8. არაბინარულობა

არაბინარულობა ქოლგა ტერმინია, რომელიც გამოიყენება იმ პირებთან მიმართებით, რომელთა გენდერული გამოცდილება გენდერის ბინარულ დაყოფაში არ ჯდება. ტერმინი „არაბინარული“ უმეტესწილად, მაგრამ არა ექსკლუზიურად, დაკავშირებულია გლობალური ჩრდილოეთის კონტექსტთან და, ხანდახან, გამოიყენება ინდივიდუალური და არადასავლური გენდერების აღსანიშნად. ტერმინი „არაბინარული“ მოიცავს იმ ადამიანებს, რომელთა გენდერი ერთდროულად ან სხვადასხვა დროს შედგება ერთზე მეტი გენდერული იდენტობისგან (მაგ. ბიგენდერი), რომელთაც არ გააჩნიათ გენდერული იდენტობა, ან გააჩნიათ ნეიტრალური გენდერული იდენტობა (მაგ. აგენდერი ან ნეიტროიდი (neutrois)), რომელთაც აქვთ გენდერული იდენტობა, რომელშიც ერთიანდება ან ერთმანეთს ერწყმის სხვადასხვა გენდერის ელემენტები (მაგ. პოლიგენდერი, დემიგოგო, დემიბიჭი) და/ან რომლებსაც გააჩნიათ გენდერი, რომელიც დროთა განმავლობაში იცვლება (მაგ. გენდერფლუიდური) (Kuper et al., 2014; Richards et al., 2016; Richards et al., 2017; Vincent, 2019). არაბინარული ადამიანები შეიძლება სხვადასხვა ხარისხით თავს აიდენტიფიცირებდნენ ბინარულობასთან დაკავშირებულ გენდერებთან, მაგ. არაბინარული კაცი/ქალი, ან სხვადასხვა გენდერულ ტერმინთან, მაგ. არაბინარული და გენდერფლუიდური (James et al., 2016; Kuper et al., 2012). არაბინარული ასევე გამოიყენება როგორც ცალკე გენდერული იდენტობის აღმნიშვნელი ტერმინი (Vincent, 2020). მნიშვნელოვანია იმის გააზრება, რომ ეს არ გახლავთ ამომწურავი სია. შესაძლებელია, სხვადასხვა იდენტობას განსხვავებული მნიშვნელობა ჰქონდეს თითოეული ადამიანისთვის და ტერმინის გამოყენება დროსა და სივრცეში იცვლებოდეს.

მე-20 საუკუნის 90-იან წლებში პირველად დაიწყო ტერმინი „გენდერქვიარის“ გამოყენება და იდენტობის ეს კატეგორია გარკვეულწილად უფრო ძველია ვიდრე „არაბინარული“, რომელიც პირველად 2000-იანი წლების ბოლოს გაჩნდა (Nestle et al., 2002; Wilchins, 1995). გენდერქვიარი ხანდახან არაბინარულის სინონიმად, ხან კი

ადამიანის გენდერის კონკრეტული, გააზრებულად პოლიტიზებული განზომილების გადმოსაცემად გამოიყენება. მართალია, ტრანსგენდერი გამოიყენება ბევრ კულტურულ კონტექსტში როგორც ზოგადი ტერმინი, რომელიც მოიცავს არაბინარულ ადამიანებსაც, მაგრამ ყველა არაბინარული ადამიანი, სხვადასხვა მიზეზის გამო, არ მიიჩნევს თავს ტრანსგენდერად, მათ შორის იმ მიზეზითაც, რომ მათი აზრით, ტრანსგენდერობა ექსკლუზიურად გენდერის ბინარულ დაყოფაში თავსდება, ან იმის გამო, რომ „საკმარისად ტრანსად“ არ გრძნობენ თავს, რომ ტრანსგენდერად იწოდებოდნენ (Garrison, 2018). ზოგიერთი არაბინარული ადამიანი არ არის დარწმუნებული ან მერყეობს იმასთან დაკავშირებით, უნოდოს თუ არა საკუთარ თავს ტრანსგენდერი (Darwin, 2020; Vincent, 2019).

ინგლისურ ენაზე არაბინარულ ადამიანებს შეუძლიათ გამოიყენონ ნაცვალსახელები „they/them/theirs“ ან ახალი ნაცვალსახელები, მათ შორის „e/em/eir, ze/zir/hir, er/ers/erself (Moser & Devereux, 2019; Vincent, 2018). ზოგიერთი არაბინარული ადამიანი იყენებს ნაცვალსახელების განსხვავებულ კომბინაციას (გამიზნულად არათანმიმდევრული გამოყენება, რაც თავისუფალი არჩევანის საშუალებას იძლევა ან სოციალური კონტექსტის მიხედვით იცვლის ნაცვალსახელებს) ან ამჯობინებს, საერთოდ უარი თქვას გენდერულად განსაზღვრულ ნაცვალსახელებზე და ამის ნაცვლად საკუთარ სახელს იყენებს. გარდა ამისა, ზოგიერთი არაბინარული ადამიანი იყენებს ინგლისურ ნაცვალსახელებს she/her/hers ან he/him/his ყოველთვის ან განსაკუთრებულ შემთხვევებში. მსოფლიოს ზოგიერთ რეგიონში კი არაბინარული ადამიანების აღნიშვნისთვის საჭირო ენა (ჯერაც) არ არსებობს. ინგლისური ენის მიღმა შეგვიძლია დავინახოთ კონკრეტული კულტურისთვის დამახასიათებელი ლინგვისტური ადაპტაციებისა და ევოლუციების ფართო სპექტრი (Attig, 2022; Kirey-Sitnikova, 2021; Zimman, 2020). გასათვალისწინებელია ისიც, რომ ზოგიერთ ენაში მხოლოდ ერთი ნაცვალსახელია, რომელიც არ არის მიბმული სქესზე ან გენდერზე, ზოგი ენა კი ყველა არსებით სახელს გენდერის მიხედვით ყოფს. ენის ეს ვარიაციები სავარაუდოდ გავლენას ახ-

დენს იმაზე, თუ როგორც აღიქვამენ არაბინარული ადამიანები საკუთარ გენდერს და როგორ ურთიერთობენ სხვებთან. ბოლო დროს ჩატარებული კვლევები გვაფიქრებინებს, რომ არაბინარული ადამიანები უხეშად წარმოადგენენ უფრო ფართო ტრანსგენდერი მოსახლეობის 25-დან 50%-ს და ცოტა მეტს, სადაც არაბინარულობის ყველაზე მაღალი პროცენტი ახალგაზრდებზე მოდის (Burgwal e tal., 2019; James et al., 2016; Watson, 2020). ტრანსგენდერი ზრდასრულების ბოლოდროინდელ კვლევებში არაბინარული ადამიანები, როგორც წესი, უფრო ახალგაზრდები არიან, ვიდრე ტრანსგენდერი ქალები და ტრანსგენდერი კაცები და იმ კვლევებში, სადაც ახალგაზრდებიც არიან და ზრდასრულებიც, უფრო მეტია ალბათობა არაბინარულ ადამიანებს დაბადებისას მდედრობითი სქესი ჰქონდეთ მინიჭებული. თუმცა ამ მიგნებების განმარტებას სიფრთხილით უნდა მოვეკიდოთ, რადგან მოსალოდნელია, რომ მთელი რიგი რთული, სოციალურ-კულტურული ფაქტორები ზემოქმედებდნენ ამ მონაცემების ხარისხზე, რეპრეზენტატულობასა და სისწორეზე (Burgwal et al., 2019; James et al., 2016; Watson, 2020; Wilson & Meyer, 2021) (იხ. აგრეთვე თავი 3 – მოსახლეობის სტატისტიკური მონაცემები).

გენდერული იდენტობა და გენდერული გამოხატვის, როგორც პრაქტიკული სექსუალური პრაქტიკა

ისტორიაში და სხვადასხვა კულტურაში არაბინარული გენდერები დიდი ხანია აღიარებულია (Herdt, 1994; McNabb, 2017; Vincent & Manzano, 2017). გენდერული იდენტობის ბევრი კატეგორია კონკრეტულ კულტურაზეა მიბმული და მათ კონტექსტს მიღმა მათი თარგმნა მარტივი არაა, არც ლინგვისტურად და არც დასავლურ პარადიგმებთან და გენდერებთან მიმართებით. ისტორიულად, ახალმოსახლეების კოლონიური ურთიერთობა არადასავლური გენდერის მკვიდრ მოსახლეობასთან დღემდე უაღრესად რელევანტურია, როგორც კულტურული წაშლა და თუ როგორ არის შესაძლებელი, რასიზმისა და სისწორმატიულობის ინტერსექციამ დამლუპველი გავლენა მოახდინოს ინდივიდისტური გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანების ჯანმრთელობის სოციალურ დეტერმინანტებზე.

მე-20 საუკუნის 50-იანი წლებიდან გენდერი გამოიყენებოდა ქცევების, ქმედებების, გარეგნობის და ა.შ. სოციალურად კონსტრუირებული კატეგორიზაციის აღსანიშნად თანამედროვე დასავლურ კონტექსტში მამრობითი/კაცი/მასკულინურის და მდედრობითი/ქალი/ქალურის ბინარული მოდელით. თუმცა, ამჟამად გენდერს გააჩნია შესაძლო მნიშვნელობების უფრო ფართო სპექტრი, ითვალისწინებს რა ურთიერთდაკავშირებულ, თუმცა განსხვავებულ ცნებებს, მათ შორის გენდერით განსაზღვრულ ბიოლოგიას (სქესს), გენდერულ როლებს, გენდერის გამოხატვას და გენდერულ იდენტობას (Vincent, 2020). გენდერული გამოხატვის ასპექტები, რომლებიც ტრადიციულად აღიქმება კულტურულად როგორც „მასკულინური“, „ფემინური“ ან „ანდროგინული“ შეიძლება ლეგიტიმურად გვხვდებოდეს ნებისმიერი და ყველა გენდერული იდენტობის ადამიანში, მიუხედავად იმისა, ის არაბინარულია თუ არა. მაგალითად, როცა არაბინარული ადამიანი ფემინურად არის წარმოდგენილი, ეს არ ნიშნავს რომ ის ქალად თვითიდენტიფიცირდება ან მოისურვებს, ისეთ ჩარევებს მიმართოს, რაც ასოცირდება ტრანსგენდერ ქალებთან, როგორცაა ვაგინოპლასტიკა. ადამიანის გენდერული არაკონფორმულობა კულტურულ მოლოდინებთან მიმართებით არ უნდა გახდეს ნუხილის მიზეზი ან აღქმული კლინიკური სირთულის გამოხატულებად – მაგალითად, არაბინარული ადამიანი, რომელსაც დაბადებისას მამრობითი სქესი მიენიჭა, ატარებს ქალურ სამოსს, იყენებს „she/her“ (მდედრობითი სქესის აღმნიშვნელ) ნაცვალსახელებს, მაგრამ ინარჩუნებს სახელს, რომელიც მასკულინურია.

გენდერის სპექტრად წარმოდგენა მეტი ნიუანსის გათვალისწინების საშუალებას იძლევა, ვიდრე ბინარული მოდელი. თუმცა, ნრფივი სპექტრის მოდელში საკმაოდ ბევრი შეზღუდვა რჩება, რამაც შეიძლება მიგვიყვანოს გენდერთან დაკავშირებით გაუაზრებელ განზოგადებებამდე. მაგალითად, ინტუიტიურია, რომ ბინარული ვარიანტები (კაცი/მამრობითი, ქალი/მდედრობითი) ამ სპექტრის კიდებში უნდა დავაყენოთ, თუმცა ამის გაკეთება გამოიწვევს იმას, რომ მასკულინობა წარმოდგენილი იქნება როგორც ფემინურობის საპირისპირო, რაც გამოორიცხავს გენდერ

ნეიტრალობის, მასკულიზაციისა და ფემინურობის ერთდროულად გამოხატვის და გენდერქვიარის, ან არადასავლური გენდერული ცნებების მიღებას. არსებითად მნიშვნელოვანია, რომ ჯანდაცვის პროფესიონალები არ უყურებდნენ არაბინარულ გენდერებს, როგორც ტრანსგენდერული კაცობის (დაბადებისას მდედრობითი სქესის მქონედ განსაზღვრულ, არაბინარულ პირებში) ან ტრანსგენდერული ქალობის (დაბადებისას მამრობითი სქესის მქონედ განსაზღვრულ არაბინარულ პირებში) „ნანილობრივ“ გამოვლინებად, ან გადაჭრით გადაწყვიტონ, რომ ასეთი ადამიანები „სადაც მასკულიზაცია/ქალურობის სპექტრზე“ არიან; ზოგიერთი არაბინარული ადამიანი საკუთარ თავს ერთბაშად მდედრობითი/მამრობითი დიქტომიის მიღმა განიხილავს. არანრფივი სპექტრი მიუთითებს, რომ კლიენტების განსხვავებული გენდერული გამოხატვა, იდენტობა ან გენდერის დადასტურების საჭიროებები არ უნდა შეადარონ ერთმანეთს იმისთვის, რათა მათ წრფივ სპექტრში მიუჩინონ ადგილი. დამატებით გენდერის გამოხატვის ინტერპრეტაცია სუბიექტური და კულტურულად განსაზღვრულია და ის, რასაც ერთი ადამიანი ძალზე ფემინურად მიიჩნევს, სხვამ შესაძლოა, ასე არ მიიჩნიოს (Vincent, 2020). ჯანდაცვის პროფესიონალებისთვის სასარგებლო იქნება, აირიდონ ვარაუდები იმასთან დაკავშირებით, თუ როგორ ახდენს თითოეული კლიენტი საკუთარი გენდერის კონცეპტუალიზებას და მზად იყვნენ იმისთვის, რომ მიყვნენ მოცემული კლიენტის მიერ გენდერის პერსონალურ აღქმას, როგორ უკავშირდება ის ამ კლიენტის გენდერულ იდენტობას, გამოხატვას და სამედიცინო ზრუნვის ნებისმიერ საჭიროებას.

გენდერის განვითარების პროცესი, რასაც ყველა ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანი გადის გენდერულ ბინარულობასთან მათი დამოკიდებულების მიუხედავად, როგორც ჩანს, საერთო თემების გარშემო ტრიალებს (მაგ. ცნობიერება, გამოკვლევა, მნიშვნელობის/საზრისის მიცემა, ინტეგრაცია), მაგრამ დრო, პროგრესირება და თითოეულ ამ პროცესთან დაკავშირებული პირადი გამოცდილება განსხვავდება ტრანსგენდერი და არაბინარული ადამიანების ჯგუფებს შორის და ჯგუფებს შორის (Kuper, Wright et al., 2018;

Kuper, Lindley et al., 2019; Tatum et al., 2020). სოციოკულტურული და ინტერსექციური პერსპექტივები შეიძლება დაგვეხმაროს გენდერული განვითარების და სოციალური ტრანზიციის, მათ შორის იმის კონცეპტუალიზებაში, თუ როგორ აყალიბებს ინდივიდუალურ გამოცდილებებს სოციალური და კულტურული კონტექსტი და როგორი კავშირი აქვთ მათ იდენტობისა და პირადი გამოცდილების სხვა სფეროებთან.

გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის ხელშეწყობის საჭიროება

ზოგიერთ არაბინარულ ადამიანს სურს გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის ჩატარება გენდერული დისფორიის ან შეუთავსებლობის შესამსუბუქებლად და სამედიცინო თვალსაზრისით აუცილებელი ჩარევების მეშვეობით სხეულით კმაყოფილების გასაზრდელად (იხ. დებულება სამედიცინო თვალსაზრისით აუცილებლობის შესახებ, თავი 2 – გლობალური გამოყენება, დებულება 2.1). ზოგიერთი არაბინარული ადამიანი შეიძლება გრძნობდეს, რომ მათთვის აუცილებელია გარკვეული მკურნალობა – იხილეთ ასევე თავი 5 – ზრდასრულთა შეფასება (Beek et al., 2015; Jones et al., 2019; Köhler et al., 2018), ზოგი კი ასე არ ფიქრობს (Burgwal. & Motmans, 2021; Nieder, Eyssel et al., 2020). იმ არაბინარული ადამიანების წილი, რომლებსაც სურთ გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის ჩატარება, და ამ მკურნალობის კონკრეტული მიზნები არ არის ცნობილი. ჯანდაცვის პროფესიონალების როლი ის არის, რომ ადამიანებს მიაწოდონ ინფორმაცია არსებულ სამედიცინო ვარიანტებზე (და მათ ხელმისაწვდომობაზე), რაც მათ შეიძლება დაეხმაროს გენდერული დისფორიის ან შეუთავსებლობის შემსუბუქებასა და სხეულით კმაყოფილების გაზრდაში ისე, რომ წინასწარ არ ივარაუდონ კონკრეტული პირისთვის მკურნალობის თუ რა ვარიანტი იქნება ყველაზე უკეთესი.

გენდერის დამადასტურებელ სამედიცინო ჩარევებზე, მათ შორის ჰორმონულ მკურნალობაზე, ოპერაციებზე, ან ორივეზე წვდომის (ან მიუწვდომლობის) მოტივაციები არის ჰეტეროგენული და პოტენციურად რთული (Burgwal

& Motmans, 2021; Vincent, 2019, 2020) და უნდა იყოს ერთობლივი განხილვის საგანი ფიზიკური ჩარევების შესახებ გადაწყვეტილების მიღებამდე. ინდივიდის საჭიროება, ჰქონდეს წვდომა გენდერის დამადასტურებელ სამედიცინო პროცედურებზე, შეუძლებელია იყოს ნაწინასწარმეტყველები მისი გენდერული როლის, გამობატვის ან იდენტობის საფუძველზე. მაგალითად, ზოგიერთ ტრანსგენდერ ქალს არ სჭირდება ვაგინოპლასტიკა, ხოლო ზოგიერთ არაბინარულ ინდივიდს, რომელსაც დაბადებისას მამრობითი სქესი მიენიჭა (AMAB), შეიძლება დასჭირდეს და შეუძლია, ისარგებლოს ამ ჩარევით. გარდა ამისა, არაბინარული ადამიანები, რომლებიც მიმართავენ გენდერის დამადასტურებელ მკურნალობას, რომელიც დაკავშირებულია მათთვის მინიჭებული სქესიდან სხვა ბინარულ კატეგორიაში (მაგ. ესტროგენოთერაპია და ვაგინოპლასტიკა ზოგიერთი დაბადებისას მინიჭებული მამრობითი სქესის პირისთვის) სქესის ცვლილებასთან, არ აკნინებს მათი არაბინარული იდენტობის ნამდვილობას.

მიუხედავად იმისა, რომ მკურნალობის ბარიერები მრავალი ტრანსგენდერი ადამიანისთვის კვლავაც არსებობს, არაბინარული ადამიანები, როგორც ჩანს, განიცდიან სიძნელეების განსაკუთრებით მაღალ მაჩვენებლებს როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის, ისე გენდერის დამადასტურებელ სამედიცინო დახმარებაზე მიწვდომის თვალსაზრისით (Clark et al., 2018; James, 2016). ბევრი არაბინარული ადამიანი აღნიშნავს, რომ მათ ჰქონიათ გამოცდილება ჯანდაცვის პროფესიონალებთან, რომლებიც არ აღიარებდნენ მათ არაბინარულ გენდერს, მათ შორის მათ პირად გამოცდილებას, როდესაც ჯანდაცვის პროფესიონალები ამბობენ, რომ მათი გენდერი არ არის ნამდვილი ან რომ მათზე ზრუნვა ფუნდამენტურად უფრო რთულია (ვალენტინი, 2016; ვინსენტი, 2020). არაბინარული ადამიანები შეიძლება შეეჩებონ ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლის ვარაუდს, რომ მათ არ სჭირდებათ ან არ სურთ გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობა (Kcomt et al., 2020; Vincent, 2020) და, როგორც ისინი აღნიშნავენ, განუცდიათ ზეწოლა, თავი წარმოეჩინათ ტრანსგენდერ კაცად ან ტრანსგენდერ ქალად

(გენდერის ბინარულ ჩარჩოში) იმისთვის, რომ მკურნალობაზე ჰქონოდათ წვდომა (ბრედფორდი და სხვ., 2019; ტელიორი და სხვ., 2019). ზოგჯერ, არაბინარულ ადამიანებს უხდებათ გაანათლონ ჯანდაცვის მიმწოდებლები, ვისგანაც ცდილობენ მომსახურების მიღებას, მიუხედავად იმისა, რომ არამართებულია, ამ საკითხების შესახებ მიმწოდებლების განათლება ძირითადად პაციენტების იმედად იყოს (Kcomt et al., 2020). ბურგვალმა და მოტმანსმა (2021) დაადგინეს, რომ არაბინარული ადამიანები, ტრანსგენდერ კაცებთან და ტრანსგენდერ ქალებთან შედარებით, განიცდიან მეტ შიშს ჯანდაცვის პროვაიდერების წინარწმენების გამო, აქვთ ნაკლები ნდობა მიმწოდებელი სერვისების მიმართ და უფრო უჭირთ იმის დადგენა, თუ ვის უნდა მიმართონ მკურნალობისთვის. ევროპასა და აშშ-ში ჩატარებულმა კვლევებმა ცხადყო, რომ არაბინარული ინდივიდები უფრო ხშირად აყოვნებენ მკურნალობის ჩატარებას, ვიდრე ბინარული ტრანსგენდერი კაცები ან ტრანსგენდერი ქალები, ამის მიზეზად ყველაზე ხშირად ასახელებენ არაკომპეტენტური ან არასენსიტიური მოპყრობის შიშს. (Burgwal & Motmans, 2021; Grant et al., 2011). როგორც ჩანს, არაბინარული ადამიანები ნაკლებად ამყლავნებენ თავიანთ გენდერულ იდენტობას ჯანდაცვის პროვაიდერებთან, ვიდრე სხვა ტრანსგენდერი ადამიანები (Kcomt et al., 2020).

შესაბამისი დონის მხარდაჭერის საჭიროება

არაბინარული ადამიანებისთვის გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის მიწოდება სცილდება გენდერის დამადასტურებელი სპეციფიკური ჩარევების – როგორცაა ჰორმონული თერაპია ან ოპერაცია – მიწოდებას და მოიცავს არაბინარული ადამიანების ზოგადი ჯანმრთელობისა და განვითარების მხარდაჭერას. უმცირესობის სტრესის მოდელები ადაპტირებულია იმის კონცეპტუალიზაციისთვის, თუ როგორ უკავშირდება ტრანსგენდერი ადამიანების მიერ განცდილი გენდერული სტრეს-ფაქტორები უთანასწორობას ფიზიკურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში (Delozier et al., 2020; Testa et al., 2017). როგორც ჩანს, არაბინარული ადამიანები განიცდიან უმცირესობის სტრეს-

-ფაქტორებს, რომლებიც თავის მხრივ ჰგავს ტრანსგენდერი კაცებისა და ტრანსგენდერი ქალების მიერ განცდილ სტრეს-ფაქტორებს და ამავდროულად განხვავდება მათგან.

ჯონსონი (2020) იუწყება, რომ არაბინარული ადამიანები განსაკუთრებით ხშირად განიცდიან მათ ნამდვილობაში ეჭვის შეტანას. მაგალითად, აწყდებიან განცხადებებს ან ქმედებებს, რომლებიც გამოხატავს რწმენას, რომ არაბინარული იდენტობები არ არის რეალური ან არის მოდის აყოლის ან განვითარების ეტაპის შედეგი; არაბინარული ადამიანების მიმართ, ტრანსგენდერ კაცებთან და ტრანსგენდერ ქალებთან შედარებით, ნაკლებია ალბათობა, რომ სხვები გამოიყენებენ მათ მიერ არჩეულ სწორ ნაცვალსახელებს. ანალოგიურად, არაბინარული ადამიანები აღწერენ, რომ თავს უხილავად გრძნობენ (კონლინი, 2019; ტეილორი, 2018) და ერთმა კვლევამ ცხადყო, რომ არაბინარული ახალგაზრდები ავლენენ თვითშეფასების უფრო დაბალ დონეს ახალგაზრდა ტრანსგენდერ კაცებთან და ტრანსგენდერ ქალებთან შედარებით (Thorne, Witcomb et al., 2019).

მიუხედავად იმისა, რომ ბევრი ტგმ ადამიანი საუბრობს დისკრიმინაციის, ვიქტიმიზაციისა და ინტერპერსონალური უარყოფის გამოცდილებებზე (ჯეიმსი, 2016), მათ შორის, ახალგაზრდებს შორის არსებულ ბულინგზე (Human Rights Campaign, 2018; Witcomb et al., 2019), ამგვარი გამოცდილების სიხშირე შესაძლოა, განსხვავდებოდეს ჯგუფებში და როგორც ჩანს, სხვადასხვა ინტერსექციური მახასიათებლების გავლენას განიცდის. მაგალითად, ნიუკომბმა (2020) აღმოაჩინა, რომ ტრანსგენდერი ქალები და არაბინარული ახალგაზრდები, რომლებსაც დაბადებისას მიენიჭათ მამრობითი სქესი, განიცდიდნენ ვიქტიმიზაციის უფრო მაღალ დონეს, ვიდრე ტრანსგენდერი კაცები და არაბინარული ახალგაზრდები, რომლებსაც დაბადებისას მიენიჭათ მდედრობითი სქესი, ამასთან, არაბინარულ ახალგაზრდებს, რომლებსაც დაბადებისას მიენიჭათ მდედრობითი სქესი, აღენიშნებათ ტრავმული სტრესის ყველაზე მაღალი დონე. მეორე კვლევაში, პეკიზმა (2021) დაადგინა, რომ ტრანსგენდერი კაცები და ტრანსგენდერი ქალები განიცდიან დისკრიმინაციის

უფრო მაღალ დონეს, ვიდრე არაბინარული ადამიანები. ეს ინტერსექციური სირთულე სავარაუდოდ აგრეთვე ასრულებს როლს იმ კვლევების მიგნებების განსხვავებებში, რომლებიც ადარებენ არაბინარული და ტრანსგენდერი კაცებისა და ტრანსგენდერი ქალების ფიზიკურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობას. ამათგან ზოგიერთი კვლევა მიუთითებს ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის უფრო მეტ პრობლემაზე არაბინარულ ადამიანებში, ზოგი უფრო ნაკლებ პრობლემაზე და ზოგის მიხედვით კი, ამ ჯგუფებს შორის განსხვავება არ არსებობს. (Scandurra, 2019).

იმის გათვალისწინებით, რომ არაბინარული იდენტობის ნარატივები შეიძლება ნაკლებად ხელმისაწვდომი იყოს, ვიდრე უფრო ბინარულად ორიენტირებული იდენტობის ნარატივები, არაბინარულ ადამიანებს შეიძლება ჰქონდეთ ნაკლები რესურსი, რათა გამოიკვლიონ და გამოხატონ თავიანთი გენდერული თვითაღქმა. მაგალითად, ეს შეიძლება მოიცავდეს წვდომას სათემო სივრცეებსა და ინტერპერსონალურ ურთიერთობებზე, სადაც შესაძლებელია არაბინარული იდენტობის შესწავლა, ან ენასა და ცნებებზე წვდომა, რომელიც არაბინარული გამოცდილების უფრო დეტალურად განხილვის საშუალებას იძლევა (Bradford et al., 2018; Fiani & Han, 2019; Galupo et al., 2019). ამჟამად ვითარდება კლინიკური სახელმძღვანელო, რათა დაეხმაროს პროვაიდერებს გენდერის დამადასტურებელი თერაპიული მკურნალობის ადაპტირებაში ისე, რომ გათვალისწინებული იყოს არაბინარული ადამიანების ეს უნიკალური გამოცდილება (Matsuno, 2019; Rider, Vencill et al., 2019).

გენდერის დაპლასტურებაში სექსუალური ინტენსივობის არაბინარული აღქმის ანგარიში

იმ შემთხვევებში, როდესაც კონკრეტულ სამედიცინო ჩარევას არ გააჩნია დამკვიდრებული პრეცედენტი, მნიშვნელოვანია, რომ ინტერვენციის განხილვამდე ინდივიდს მიეცეს არსებული ინფორმაციის მიმოხილვის შესაძლებლობა, მათ შორის ცოდნის პოტენციური ლიმიტების შესახებაც. თანაბრად მნიშვნელოვანია ყოვლისმომცველი განხილვა და დოკუმენტირება საჭირო ფიზიკური ცვლილებების და მიზნის მიღწევის

პოტენციური შეზღუდვებისა, აგრეთვე ისიც, რომ ნებისმიერმა ჩარევამ შეიძლება გააძლიეროს ან არ გააძლიეროს ინდივიდის უნარი გამოხატოს საკუთარი გენდერი.

რაც შეეხება ესტროგენულ თერაპიას არაბინარული ადამიანებისთვის, რომლებსაც დაბადებისას მიენიჭათ მამრობითი სქესი (AMAB), მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ასეთ დროს მკერდის ზრდის შესაძლებლობის თავიდან აცილება შეუძლებელია (Seal, 2017). მიუხედავად ამისა, რომ ზრდის ხარისხი ძალზე ცვალებადია არაბინარული ადამიანისთვის, რომელსაც სურს ესტროგენულ თერაპიასთან დაკავშირებული სხვა ცვლილებები (როგორცაა კანის დარბილება და სახის თმის ზრდის შემცირება), მაგრამ არ სურს ან დარწმუნებული არ არის მკერდის ზრდასთან დაკავშირებით. ანალოგიურად, დაბადებისას მდედრობითად განსაზღვრული (AFAB) არაბინარული ადამიანების მიერ, რომლებსაც სურთ ტესტოსტერონზე წვდომა ზოგიერთი მაგრამ არა ყველა ცვლილების მისაღებად, საჭიროა იმის გაცნობიერება, რომ თუ სახეზე თმის განვითარებაა საჭირო, გენიტალური ზრდა გარდაუვალია (Seal, 2017). ტესტოსტერონის მიღების დროითი ჩარჩო ნიშნავს, რომ ამ ცვლილებებს შესაძლოა თან ახლდეს ხმის ტემბრის შეუქცევადი დაბოხება, თუმცა თითოეულის ხარისხი ინდივიდუალურია (Vincent, 2019; Ziegler et al., 2018). ხმის ტემბრის დაბოხება სხეულის თმის განვითარების გარეშე კიდევ ერთი ასეთი გამოწვევაა. ზოგიერთი არაბინარული ადამიანისთვის თმის მოცილება მათი გენდერის დადასტურების ძალზე მნიშვნელოვანი ნაწილია (Cocchetti, Ristori, Romani et al., 2020).

თუ ჰორმონული თერაპია შეწყდება და გონადები შენარჩუნებულია, მოხდება ბევრი ფიზიკური ცვლილების უკუქცევა, რადგან გონადური ჰორმონები კვლავ ამოქმედდება, მათ შორის მოხდება ამენორეისა და სხეულზე თმის ზრდის უკუქცევა დაბადებისას მინიჭებული მდედრობითი სქესის არაბინარულ ადამიანებში და კუნთების მასის შემცირება და ერექციული დისფუნქცია დაბადებისას მინიჭებული მამრობითი სქესის (AMAB) არაბინარულ ადამიანებში. ხოლო სხვა ცვლილებები იქნება მუდმივი, როგორცაა კაცებისთვის დამახასიათებელი სიმელოტი, სას-

ქესო ორგანოების ზრდა და თმის ზრდა სახეზე დაბადებისას მინიჭებულ მდედრობითი სქესის (AFAB) არაბინარულ ადამიანებში, ან მკერდის განვითარება დაბადებისას მინიჭებულ მამრობითი სქესის (AMAB) არაბინარულ ადამიანებში (Hembree et al., 2017). ეს საჭიროებს შემდგომ ჩარევებს პირვანდელი მდგომარეობის აღდგენისთვის, როგორცაა ელექტროლიზი ან მასტექტომია და ზოგჯერ აღწერილია, როგორც „ნაწილობრივ შექცევადი“ (Coleman et al., 2012). ვინაიდან დაბალი დოზებით ჰორმონული თერაპიის გამოყენების შედეგები არ არის დოკუმენტირებული ამ პაციენტთა პოპულაციაში, მნიშვნელოვანია გულ-სისხლძარღვთა რისკის განხილვა და ძვლების ჯანმრთელობის მონიტორინგი, როდესაც დანიშნულია ჰორმონული თერაპია დაბალი დოზებით. უფრო დეტალური ინფორმაციისთვის იხილეთ თავი 12 – ჰორმონული თერაპია. თუ არც ტესტოსტერონის და არც ესტროგენის გამომუშავება არ არის საჭირო, ესტროგენის და/ან ტესტოსტერონის გამომუშავების დათრგუნვა შესაძლებელია. ამის შედეგები გულ-სისხლძარღვთა დაავადების გაზრდილ რისკთან, ძვლების შემცირებულ მინერალიზაციასთან და დეპრესიის რისკთან დაკავშირებით უნდა იყოს განხილული და ზომები უნდა იქნეს მიღებული რისკის შესამცირებლად (Brett et al., 2007; Vale et al., 2010; Wassersug & Johnson, 2007). დამატებითი ინფორმაციისთვის იხილეთ აგრეთვე თავი 9 – ევნუქები და თავი 12 – ჰორმონული თერაპია. ერთმანეთისგან დამოუკიდებლად სამედიცინო და/ან სოციალური ტრანზიციის შესწავლა და ჰორმონების, ქირურგიის ან ორივე შესაძლებლობის ერთმანეთისგან დამოუკიდებლად შესწავლის ვარიანტები ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ყველასთვის, იქნება ეს ტრანსგენდერი კაცი, ტრანსგენდერი ქალი თუ არაბინარული პირი.

ამ თავში ყველა დებულება რეკომენდებულია მტკიცებულებების საფუძვლიანი განხილვის, სარგებლისა და ზიანის შეფასების, პროვადერებისა და პაციენტების ღირებულებებისა და უპირატესობების, რესურსების გამოყენებისა და მიზანშეწონილობის შეფასების საფუძველზე. ზოგიერთ შემთხვევაში, ჩვენ ვაღიარებთ, რომ მტკიცებულებები შეზღუდულია და/ან სერვისები შეიძლება არ იყოს ხელმისაწვდომი ან სასურველი.

სარეკომენდაციო ღებულებები

- 8.1 – რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, არაბინარულ ადამიანებისთვის უზრუნველყონ ინდივიდუალური შეფასებები და მკურნალობა, რომელიც ადასტურებს მათი გენდერის არაბინარულ გამოცდილებებს;
- 8.2 – რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, განიხილონ გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო ჩარევები (ჰორმონული მკურნალობა ან ოპერაცია) არაბინარული ადამიანებისთვის „გენდერული როლის სოციალური ტრანზიციის“ არარსებობის შემთხვევაში;
- 8.3 – რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, განიხილონ გენდერის დამადასტურებელი ქირურგიული ჩარევები ჰორმონული მკურნალობის არარსებობის შემთხვევაში, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც საჭიროა ჰორმონული თერაპია სასურველი ქირურგიული შედეგის მისაღწევად;
- 8.4 – რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, არაბინარულ ადამიანებს ინფორმაცია მიანოდონ ჰორმონული თერაპიის/ოპერაციის გავლენის შესახებ მომავალ ნაყოფიერებაზე და განიხილონ ნაყოფიერების შენარჩუნების ვარიანტები ჰორმონული მკურნალობის დაწყებამდე ან ოპერაციის ჩატარებამდე.

ღებულება 8.1**რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, არაბინარული ადამიანებისთვის უზრუნველყონ ინდივიდუალური შეფასებები და მკურნალობა, რაც დაადასტურებს გენდერთან დაკავშირებულ მათ არაბინარულ გამოცდილებებს.**

ინდივიდუალური შეფასება არაბინარულ ადამიანთან იწყება იმის გაგებით, თუ როგორ განიცდიან ისინი საკუთარ გენდერს და როგორ აისახება ეს იმ მკურნალობის მიზნებზე, რომლის მიღწევაც სურთ. ის, თუ როგორ გაიაზრებენ ინდივიდები თავიანთ გენდერთან დაკავშირებულ გამოცდილებას, შეიძლება განსხვავდებოდეს ჯგუფებსა და კულტურაში და შეიძლება მოიცავდეს იდენტობის სხვა ინტერსექციულ ასპექტებთან დაკავშირებულ გამოცდილებებს (მაგ. ასაკი, სექსუალობა, რასა, ეთნიკური წარმომავლობა, სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი, შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსი) (Kuper et al., 2014; Subramanian et al., 2016).

ჯანდაცვის პროფესიონალებმა თავი უნდა აარიდონ წინასწარი ვარაუდების გამოთქმას ნებისმიერი კლიენტის გენდერული იდენტობის, გამოხატვის ან მკურნალობის საჭიროებასთან დაკავშირებით. მათ ასევე უნდა ახსოვდეთ, რომ კლიენტის გენდერთან დაკავშირებული არაბინარული გამოცდილება შეიძლება იყოს ან არ იყოს რელევანტური შეფასებისა და მკურნალობის მიზნებისთვის. თუ რამდენად არის კლიენტის გენდერი რელევანტური მათი მკურნალობის მიზნებისთვის უნდა განსაზღვრავდეს იმას თუ რამდენად დეტალურად უნდა იქნეს გამოკვლეული მათი გენდერული იდენტობა. მაგალითად, როდესაც პირი საჭიროებს მკურნალობას

პირველადი სიმპტომებისთვის, რომელიც სრულიად დაუკავშირებელია გენდერთან სახელისა და ნაცვალსახელების სწორად განსაზღვრა შესაძლოა საკმარისი აღმოჩნდეს (Knutson et al., 2019). ჯანმრთელობის იმგვარი პრობლემის შემთხვევაში, რომლისთვისაც ამჟამინდელი ან წარსულში ჩატარებული ჰორმონული ან ქირურგიული მკურნალობა რელევანტურია, შეიძლება საჭირო გახდეს მეტი დეტალი, მაშინაც კი, თუ საკითხი არ არის კონკრეტულად გენდერთან დაკავშირებული.

კლინიკის გარემო უნდა იყოს კეთილგანწყობილი, ასახავდეს გენდერულ მრავალფეროვნებას და დადასტურებდეს არაბინარული ადამიანების გენდერულ გამოცდილებებს იმისთვის, რომ იყოს კულტურულად კომპეტენტური. როდესაც კლინიკისა და პროვაიდერის მიერ წარმოდგენილი ინფორმაცია (მაგ. ვებსაიტები), ფორმები (მაგ. მიმღების ანკეტა) და სხვა მასალები ინკლუზიურია არაბინარული იდენტობებისთვის და გამოცდილებისთვის, ეს მიანიშნებს, რომ არაბინარული ადამიანები არიან მიღებული და აღიარებული (Hagen & Galupo, 2014). გენდერული იდენტობისა და ნაცვალსახელებისთვის ცარიელი ტექსტის ველების გამოყენება უფრო ინკლუზიურია, ვიდრე პასუხების ვარიანტების გამოყენება. მიმღებში პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობის უზრუნველყოფა, ციფრულ მონაცემთა ბაზებში სამართლებრივი სახელების ჩამონათვალის ალტერნატივების გათვალისწინება (კულტურულ კონტექსტში, სადაც ეს აუცილებელია), გენდერულად ნეიტრალური ტუალეტების მოწყობა და მოსაცდელში სამართლებრივი სახელით გამოძახების ალტერნატივების დაშვება დამატებითი მაგალითებია

ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი (ტგმ) კულტურული კომპეტენტურობისა (Burgwal et al., 2021). სამკურნალო დანებსებულეებში მნიშვნელოვანია რომ იკითხონ, თუ რა სახელების, ნაცვალსახელების და სხვა გენდერთან დაკავშირებულ ტერმინებს ამჯობინებს კონკრეტული ინდივიდი და ისინი გამოიყენონ. გამოკითხვა უნდა მოხდეს როგორც დასაწყისში, ისევე რეგულარულად, რადგან პასუხები შეიძლება შეიცვალოს დროისა და ვითარების მიხედვით.

ჯანდაცვის პროფესიონალებს მოუწოდებენ შეიმუშაონ მიდგომა, რომელიც ფოკუსირებულია ძლიერ მხარეებზე და გამძლეობაზე.

სულ უფრო ხშირად ისმის კრიტიკა გენდერთი გამონვეულ სტრესზე ჯანდაცვის პროფესიონალების გადაჭარბებული აქცენტის გამო, რადგან, ასევე მნიშვნელოვანია გავითვალისწინოთ, გაზრდილი კომფორტის, სიხარულის და თვითრეალიზებულობის გამოცდილება, რაც შეიძლება მოჰყვეს თვითდადასტურებას და მკურნალობაზე მისანდომობას (Ashley, 2019a; Benestad, 2010). გარდა დიაგნოზების გამოყენებისა, როდესაც/სადაც ეს საჭიროა მკურნალობაზე მისანდომობის ხელშესაწყობად, ჯანდაცვის პროფესიონალებს მოვუწოდებთ, კლიენტებთან ერთად გამოიკვლიონ გენდერთან დაკავშირებული პოტენციური გამოცდილების უფრო ფართო სპექტრი და როგორ შეიძლება იგი ერგებოდეს მკურნალობის ვარიანტებს (Motmans et al., 2019). ყველა ტრანსგენდერი ადამიანისთვის, მდგრადობის ფაქტორები, როგორიცაა მხარდამჭერი ურთიერთობები, მონაწილეობა თემში, რომლებიც მოიცავს სხვა მსგავს ადამიანებს და იდენტობასთან დაკავშირებული სიამაყე აუცილებლად გასათვალისწინებელია, რადგან ისინი დაკავშირებულია ჯანმრთელობის პოზიტიურ შედეგებთან (Bowling et al., 2019; Budge, 2015; Johns et al., 2018).

მნიშვნელოვანია, პროვაიდერებს გააზრებული ჰქონდეთ იმ ინსტრუმენტების შეზღუდვები, რომლებსაც ისინი ისტორიულად იყენებდნენ ტრანსგენდერი ადამიანების დისფორიის გამოცდილების შესაფასებლად, რადგან ეს შეზღუდვები შეიძლება განსაკუთრებით

გამოხატული იყოს ბევრი არაბინარული ადამიანის შეფასებისას. გენდერთან დაკავშირებული ინსტრუმენტების უმეტესობა ვარაუდობს, რომ კლიენტები თავიანთ გენდერს ბინარულად აღიქვამენ, სხვა პრობლემებთან ერთად (მაგ. „ბავშვობის გახსენებული გენდერული იდენტობის სკალა“, უტრეხტის გენდერული დისფორიის სკალა). მიუხედავად იმისა, რომ შემუშავებულია რამდენიმე ახალი საზომი არაბინარული ადამიანების გამოცდილების უკეთ ასახვის მიზნით (McGuire et al., 2018; McGuire et al., 2020), ღია დისკუსია, სავარაუდოდ, უზრუნველყოფს თითოეული ინდივიდის დისფორიის უნიკალური გამოცდილებების და მასთან დაკავშირებული ზრუნვის საჭიროებების უფრო ღრმა და ზუსტ გაგებას. ანალოგიურად, მიუხედავად იმისა, რომ დიაგნოსტიკური კატეგორიების უახლესი ვერსიები (მაგ., „გენდერული დისფორია“ DSM 5-ში და „გენდერული შეუთავსებლობა“ ICD-11-ში) გამიზნული იყო გენდერის არაბინარული გამოცდილების მქონე ადამიანების ჩართვაზე, ისინი შეიძლება ადეკვატურად არ ასახავდნენ გენდერთან დაკავშირებული სტრესის გამოცდილების მთელ მრავალფეროვნებას და ფარგლებს, განსაკუთრებით არაბინარული ადამიანებისთვის. გარდა იმ სტრესისა რომელიც დაკავშირებულია ფიზიკური სხეულის ასპექტებთან და პრეზენტაციასთან (მათ შორის, ნიშნები, რომლებიც შეიძლება იყოს ან არ იყოს წარმოდგენილი), სტრესი შეიძლება წარმოიშვას იმის გამო, თუ როგორ განიცდის ადამიანი საკუთარ გენდერს, როგორ აღიქმება მისი გენდერი სოციალურ სიტუაციებში, და უმცირესობის სტრესის გამოცდილებიდან, რომელიც დაკავშირებულია გენდერთან. (Winters & Ehrbar, 2010). არაბინარული ადამიანების გამოცდილება თითოეულ ამ სფეროში შეიძლება არ იყოს ტრანსგენდერი კაცებისა და ქალების მსგავსი.

გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის ადამიანზე ორიენტირებული მიდგომა მოიცავს კონკრეტულ დისკუსიას იმის შესახებ, თუ როგორ შეიძლება განსხვავებულმა ინტერვენციებმა შეცვალოს ან არ შეცვალოს კლიენტის კომფორტი საკუთარი გენდერული გამოცდილების მიმართ და როგორ აღიქმება მათი გენ-

დერი სხვების მიერ. არაბინარული ადამიანები შეიძლება წააწყდნენ გამონწვევებს თავიანთი პიროვნული იდენტობების არსებულ ხელმისაწვდომ სამედიცინო მკურნალობის ლიმიტებთან შეჯერებისას და ასევე შეიძლება შეეჯახონ საზოგადოების დაბნეულობას და არაშემწყნარებლობას მათი გენდერული გამოხატვის მიმართ (Taylor et al., 2019). ახალმა კვლევამ აჩვენა, რომ არაბინარული ადამიანების სამედიცინო საჭიროებები განსაკუთრებით მრავალფეროვანია. ზოგიერთი მიუთითებს იმგვარი მკურნალობის საჭიროებაზე, რაც ჩვეულებრივ ასოცირდება ისტორიულად ტრანსგენდერი კაცების და ქალებთან დაკავშირებული ტრანზიციების ტრანსფორმაციებთან, ზოგიერთი მიუთითებს ალტერნატიულ მიდგომებზე (მაგ. დაბალი დოზით ჰორმონული თერაპია, ქირურგიული ჩარევა ჰორმონული თერაპიის გარეშე), ზოგი აღნიშნავს სამედიცინო მკურნალობისადმი ინტერესის ნაკლებობას, ზოგი კი აცხადებს, რომ დარწმუნებულნი არ არიან საკუთარ საჭიროებებში (Burgwal & Motmans, 2021; James et al., 2016). შეფასების, როგორც მიმდინარე პროცესის კონცეპტუალიზაცია განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, თუ გავითვალისწინებთ გენდერთან დაკავშირებული გამოცდილების და მასთან დაკავშირებული საჭიროებების ცვლას მთელი სიცოცხლის განმავლობაში. მკურნალობის ვარიანტების მუდმივი ევოლუციისა და მკურნალობის ეფექტების შესახებ ცოდნის გათვალისწინებით, განსაკუთრებით არაბინარული ადამიანებისთვის, კლიენტები მოგებული დარჩებიან იმ პროვაიდერებთან ურთერთობით, რომლებიც რეგულარულად ცდილობენ მიიღონ განახლებული ცოდნა და უზიარებენ ამ სიახლეებს თავიანთ კლიენტებს.

დასკვნა 8.2

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, განიხილონ გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო ჩარევები (ჰორმონული მკურნალობა ან ოპერაცია) არაბინარული ადამიანებისთვის „გენდერული როლის სოციალური ტრანზიციის“ არარსებობის შემთხვევაში.

ჰორმონულ მკურნალობასა და ქირურგიულ ჩარევაზე წვდომის წინაპირობები, როგორცაა „გენდერული როლით ცხოვრება, რომელიც შეესაბამება ადამიანის გენდერულ იდენტობას“, არ ასახავს მრავალი ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანის რეალურ გამოცდილებას (Coleman et al., 2012). თანამედროვე დასავლურ კულტურებში გენდერული ბინარულობის ფესვგადმული ხასიათის გამო, ჩვეულებრივ, კონტექსტების უმეტესობაში ადამიანი აღიქმება კაცად ან ქალად (ბატლერი, 1993). აქედან გამომდინარე, არაბინარული განსახიერებების და გამოხატვების ხილვადობა და გაგება შეზღუდულია. ეს გამონწვეულია იმიტომ, რომ გენდერზე დაფუძნებული სიგნალები თითქმის ყოველთვის აღიქმება გენდერულ ბინარულობის ჩარჩოში (Butler, 1993). ამჟამად, არაბინარული ადამიანებისთვის შეიძლება რთული იყოს მათი გენდერის სარწმუნო აღიარება გენდერულ გამოხატვასთან დაკავშირებული ვიზუალური ნიშნების საფუძველზე (მაგ., ტანსაცმელი, თმა). თუმცა, ანდროგინიის ან გენდერული არაკომფორტულობის გადმოცემა შესაძლებელია ტრადიციულად მასკულინური ან მდედრობითი მნიშვნელობების მქონე კულტურული მარკერების შერევით ან კომბინირებით. იმის გამო, რომ არ არსებობს საყოველთაოდ აღიარებული „არაბინარული კატეგორია“ თანამედროვე დასავლური, გლობალური ჩრდილოეთის კულტურული კონტექსტების უმეტესობაში, არაბინარული ხილვადობა ხშირად მოითხოვს საკუთარი გენდერის აშკარა გამოქვავებას სხვებთან ან ისეთი ნიშნების გამოყენებას, რომლებიც შეიძლება განიმარტოს, როგორც გენდერული არაკომფორტულობა (მაგრამ არა აუცილებლად არაბინარული).

ამ მიზეზთა გამო, სამედიცინო ზრუნვაზე ხელმისაწვდომობის კონცეპტუალიზაცია იმ ადამიანის კონტექსტში, რომელიც გადის „გენდერულ სოციალურ ტრანზიციას“, როდესაც ისინი „ცხოვრობენ გენდერულ როლში, რომელიც შეესაბამება ადამიანის გენდერულ იდენტობას“, არ შეესაბამება იმას, თუ როგორ ესმის ბევრ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანს საკუთარი თავი

და პირადი ტრანზიციის პროცესი. ზოგიერთისთვის „გენდერული როლით ცხოვრება, რომელიც შეესაბამება გენდერულ იდენტობას“ არ გულისხმობს სახელის, ნაცვალსახელების ან გენდერის გამოხატვის ცვლილებას, თუნდაც სამედიცინო ჩარევა იყოს საჭირო. მაშინაც კი, თუ ადამიანს შეუძლია იცხოვროს ისე, როგორც შეესაბამება მის გენდერულ იდენტობას, გარე დამკვირვებლისთვის შეიძლება რთული იყოს ამის შეფასება, სანამ უშუალოდ ამ ადამიანისგან არ შეიტყობს, თუ როგორ ესმის საკუთარი გამოცდილება ამ კუთხით. გენდერის დადასტურების მკურნალობის (როგორცაა ჰორმონული თერაპია და ოპერაცია) მიღების უფლების განხილვისას „გენდერული სოციალური ტრანზიციის“ მოლოდინი შეიძლება არასახარბიელო აღმოჩნდეს, ხოლო ხისტი მოლოდინი იმის შესახებ, თუ როგორ უნდა იყოს „გენდერული სოციალური ტრანზიციის“ შესაძლოა იქცეს ბარიერად არაბინარული ადამიანების მკურნალობისთვის. არ არსებობს ლოგიკა იმ მოთხოვნაში, რომ გენდერის დადასტურებელი სამედიცინო ჩარევა დასაშვებია იყოს მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ პირი ოფიციალურად შეიცვლის სახელს, შეცვლის გენდერის მარკერს პირადობის დადასტურებელ დოკუმენტებში ან ატარებს, ან თავს იკავებს გარკვეული ტანსაცმლის ტარებისგან. არაბინარულ ადამიანებს შეიძლება უჭირდეთ მიაღწიონ მათი გენდერის აღიარებას ოფიციალურ დოკუმენტაციაში, რამაც შეიძლება უარყოფითად იმოქმედოს მათ ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ან კეთილდღეობაზე (Goetz & Arcomano, 2021). ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანები შეიძლება სარგებლობდნენ კონკრეტული მხარდაჭერით, რათა მოიპოვონ (ან შეინარჩუნონ) მათ მიერ არჩეული გენდერის მარკერზე წვდომა. მოთხოვნა, რომ ვინმემ გაამჟღავნოს თავისი გენდერული იდენტობა მათი ცხოვრების ყველა სფეროში (ოჯახი, სამუშაო, სკოლა და ა.შ.), რათა მიიღონ სამედიცინო დახმარება, შეიძლება არ შეესაბამებოდეს მათ მიზნებს და საფრთხეში ჩააგდოს ისინი, როდესაც ამის გაკეთება უსაფრთხო არ არის.

დეკლარაცია 8.3

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, განიხილონ გენდერის დამადასტურებელი ქირურგიული ჩარევები ჰორმონული მკურნალობის არარსებობის შემთხვევაში, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც საჭიროა ჰორმონული თერაპია სასურველი ქირურგიული შედეგის მისაღწევად.

„ოპერაციამდე ჰორმონების გამოყენება“ ქირურგიული ჩარევების სპექტრში ერთ-ერთ ვარიანტს წარმოადგენს. ზოგიერთი არაბინარული ადამიანი ეცდება ჩაიტაროს გენდერის დამადასტურებელი ქირურგიულ მკურნალობა, რათა შეამსუბუქოს გენდერული შეუთავსებლობა და გაზარდოს სხეულით კმაყოფილება (Beek et al., 2015; Burgwal & Motmans, 2021; Jones et al., 2019; Koehler et al., 2018), მაგრამ შესაძლებელია, მათ არ სურდეთ ჰორმონული მკურნალობა ან არ შეეძლოთ მისი გავლა სხვა სამედიცინო მიზეზების გამო (Nieder, Eyssel et al., 2020). ამჟამად უცნობია არაბინარული ადამიანების რა ნაწილზე ვრცელდება ეს ვარიანტები. ალბათ ოპერაცია, რომელსაც აქვს რაიმე სპეციფიკური კავშირი არაბინარულ ადამიანებთან ეს არის მასტექტომია არაბინარულ ადამიანებში, რომლებიც დაბადებისას განისაზღვრნენ მდედრობითად (AFAB) და რომლებიც არ იღბდნენ ტესტოსტერონს – თუმცაღა ტესტოსტერონი არ არის აუცილებელი ამ ტიპის ოპერაციისთვის და ზოგიერთ არაბინარულ ადამიანს, რომლებიც დაბადებისას განისაზღვრნენ მდედრობითად (AFAB) შეიძლება დასჭირდეს მკერდის დაპატარავება (McTernan et al., 2020). ოპერაციის მაგალითი, რომლისთვისაც შესაძლოა საჭირო გახდეს სულ მცირე დროებითი ჰორმონული თერაპია არის მეტოიდოპლასტიკა, რომელიც აძლიერებს ტესტოსტერონის თერაპიის შედეგად წარმოქმნილ გადიდებულ კლიტორს. უფრო დეტალურად იმის შესახებ, საჭიროა თუ არა ჰორმონული თერაპია სხვადასხვა ოპერაციებისთვის, იხილეთ თავი 13 – ქირურგია და პოსტოპერაციული ზრუნვა. პროცედურები, რომლებიც ეხება შიდა რეპროდუქციულ სისტემას, მოიცავს ჰისტერექტომიას, ცალმხრივ ან ორმხრივ სალპინგო-ოოფორექტომიას და ვაგინექტომიას.

ჰორმონული თერაპია აუცილებელი არ არის რომელიმე ამ პროცედურისთვის, მაგრამ ჩანაცვლებითი ჰორმონული თერაპია (ესტროგენებით, ტესტოსტერონით ან ორივე ერთად) მიზანშეწონილია იმ პირებში, რომლებსაც უტარდებათ ტოტალური გონადექტომია გულ-სისხლძარღვთა და კუნთოვან სისტემებზე არასასურველი ეფექტების თავიდან ასაცილებლად (Hembree et al., 2017; Seal, 2017). მართალია ფალოპლასტიკისთვის არ არსებობს ქირურგიული საჭიროება, რომ პირმა გაიაროს ტესტოსტერონის მკურნალობის მინიმალური პერიოდი, მაგრამ ვირილიზაციამ (ან ვირილიზაციის არარსებობამ) კლიტორისა და მცირე სასქესო ბაგეებზე ქირურგიული ჩარევის ტექნიკასა და ვარიანტების არჩევანზე შეიძლება მოახდინოს გავლენა. დამატებითი ინფორმაციისთვის იხილეთ თავი 13 – ქირურგია და პოსტოპერაციული მოვლა.

არაბინარულ კლიენტებს, რომლებიც დაბადებისას განისაზღვრნენ მამრობითი სქესის მქონედ (AMAB), უნდა მიეწოდოთ ინფორმაცია იმის შესახებ, რომ ესტროგენით თერაპიის წინააღმდეგობის არსებობისას ოპერაციის შემდეგ ესტროგენოთერაპიის დაწყებამ შეიძლება გავლენა მოახდინოს (შესაძლოა უარყოფითად) ქირურგიულ შედეგზე (Kanhai, Hage, Asscheman et al., 1999; Kanhai, Hage, Karim et al., 1999 წ.). არაბინარული ადამიანები, რომლებიც დაბადებისას მამრობითი სქესის მქონედ განისაზღვრნენ (AMAB), და რომლებიც ითხოვენ ორქიექტომიას, არ საჭიროებენ ესტროგენულ თერაპიას უკეთესი შედეგის მისაღწევად (Hembree et al., 2017). ამ კონტექსტში კარგი პრაქტიკაა კლიენტების ინფორმირება ჩანაცვლებითი ჰორმონული თერაპიის რისკებისა და სიკეთეების შესახებ (ესტროგენები, ტესტოსტერონი ან ორივე ერთად) გულ-სისხლძარღვთა და საყრდენ-მამოძრავებელ სისტემაზე არასასურველი ზემოქმედების თავიდან ასაცილებლად, ასევე ალტერნატიული მკურნალობის ვარიანტების შესახებ, როგორცაა კალციუმის და D-ვიტამინის დანამატი ოსტეოპოროზის თავიდან ასაცილებლად (Hembree et al., 2017; Seal, 2017; Weaver et al., 2016). მათთვის, ვინც ამჯობინებს, უარი თქვას ჩანაცვლებით ჰორმონულ თერაპიაზე იხილეთ თავი 9 – ევენუქები. ვაგინოპლასტიკის შემთხ-

ვევაში, ინდივიდებს უნდა მიეცეთ რჩევა, რომ ტესტოსტერონის დამბლოკავი თერაპიის ნაკლებობამ შეიძლება გამოიწვიოს პოსტოპერაციული თმის ზრდა საშოში, როდესაც გამოიყენება თმიანი კანის ანათალი და ნიმუშები (Giltay & Gooren, 2000).

დამატებითი ქირურგიული საჭიროებები არაბინარული ადამიანებისთვის, რომლებიც დაბადებისას მამრობითი სქესის მქონედ განისაზღვრნენ (AMAB), მოიცავს პენისის შემანარჩუნებელ ვაგინოპლასტიკას, ვაგინოპლასტიკას სათესლე ჯირკვალ(ებ)ის შენარჩუნებით და პროცედურებს, რომლებიც ინვევს გარეგანი პირველადი სასქესო მახასიათებლების არარსებობას (მაგ. პენექტომია, სკროტექტომია, ორქიექტომია და ა.შ). ქირურგს და ინდივიდს, რომელსაც სურს მკურნალობის მიღება, ურჩევნ ჩაერთონ დისკუსიებში, რათა გაიგონ პიროვნების მიზნები და მოლოდინები, ასევე დაგეგმილი (ან მოთხოვნილი) პროცედურის სარგებელი და შეზღუდვები, მიიღონ გადაწყვეტილებები ინდივიდუალურ საფუძველზე და ითანამშრომლონ სხვა ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლებთან რომლებიც საქმეში ჩართულნი არიან (ასეთის არსებობის შემთხვევაში).

დასკვნა 8.4

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, მიაწოდონ ინფორმაცია არაბინარულ ადამიანებს მომავალ ნაყოფიერებაზე ჰორმონული თერაპიის/ოპერაციის გავლენის შესახებ და განიხილონ ნაყოფიერების შენარჩუნების ვარიანტები ჰორმონული მკურნალობის დაწყებამდე ან ოპერაციის ჩატარებამდე.

ყველა არაბინარულ ინდივიდს, რომელსაც სურს გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის გავლა, უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია და რეკომენდაციები ნაყოფიერების ვარიანტების შესახებ (Hembree et al., 2017; De Roo et al., 2016; Defreyne, Elaut et al., 2020; Defreyne, van Schuvienbergh et al., 2020; Nahata და სხვ., 2017; Queen და სხვ., 2021). მკურნალობის დაწყებამდე მნიშვნელოვანია ნაყოფიერებაზე ჰორმონული თერაპიის პოტენციური

გავლენის განხილვა. ეს განხილვა უნდა მოიცავდეს ნაყოფიერების შენარჩუნების ვარიანტებს, რამდენად შეიძლება ნაყოფიერების აღდგენა ჰორმონული თერაპიის შეწყვეტის შემდეგ და იმ ფაქტს, რომ ჰორმონული თერაპია თავისთავად არ არის კონტრაცეფცია. დამატებითი ინფორმაციისთვის იხილეთ თავი 16 – რეპროდუქციული ჯანმრთელობა.

უახლესი კვლევები იძლევიან ვარუდის საფუძველს, რომ ნაკლებ ალბათურია, არაბინარულ ინდივიდებს ჰქონდეთ წვდომა ზრუნვაზე, ან რომ პოტენციური ჩარევების შესახებ მათ საჭიროებებს მოისმენენ (Beek et al., 2015; Taylor et al., 2019). როგორც ასეთი, გონივრულია, რომ ნებისმიერ გენდერულად მრავალფეროვან ინდივიდს მიენოდოს ინფორმაცია ნაყოფიერების შენარჩუნების თანამედროვე ვარიანტებსა და

მეთოდებზე, იდეალურ შემთხვევაში ჰორმონული მკურნალობის დაწყებამდე, რადგან ჰორმონების ზემოქმედებამ სპერმის ან კვერცხუჯრედის ხარისხზე შეიძლება იქონიოს გავლენა (Hamada et al., 2015; Payer et al., 1979). თუმცა, ეს არანაირად არ უნდა გამორიცხავდეს გამოკითხვის ჩატარებას და შემდგომში მეტი ინფორმაციის მოძიებას, რადგან არსებობს მტკიცებულება, რომ ნაყოფიერება შეიძლება შენარჩუნდეს იმ პირებისთვის, რომლებიც იღებენ ესტროგენს და ტესტოსტერონს (Light et al., 2014). არაბინარული ან გენდერულად მრავალფეროვანი ინდივიდის გადაწყვეტილება იმის შესახებ, რომ ნაყოფიერების შენარჩუნება ან კონსულტაცია არ არის საჭირო, არ უნდა გამოიყენონ როგორც ჰორმონულ მკურნალობაზე წვდომის უარყოფის ან შეფერხების საფუძველი.

თავი 9. ევნუქები

უამრავ ადამიანს შორის, ვინც სარგებლობს გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო მომსახურებით, ევნუქებად იდენტიფიცირებული ადამიანების ხილვადობა ყველაზე დაბალია. ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსია მოიცავს დისკუსიას ევნუქი ინდივიდების შესახებ მათი უნიკალური თვითგამოხატვისა და გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის სამედიცინო საჭიროების გამო (იხ. თავი 2 – გლობალური გამოყენება, დებულება 2.1).

ევნუქები არიან ინდივიდები, რომლებსაც დაბადებისას მიენიჭათ მამრობითი სქესი (AMAB) და სურთ აღმოფხვრან მასკულინური ფიზიკური თვისებები, მასკულინური სასქესო ორგანოები და მათი ფუნქციონირება. აგრეთვე, ევნუქები არიან ადამიანები, რომელთაც სათესლე ჯირკვლებიც ამოღებულია ქირურგიული გზით ან გახდა უფუნქციო ქიმიური ან ფიზიკური საშუალებებით და რომლებიც იდენტიფიცირდებიან ევნუქებად. ეს ტერმინი იდენტობაზე დაფუძნებულია მათთვის, ვინც ირჩევს ამ ტერმინს და ის არ მოიცავს სხვებს, მაგალითად, კაცებს, რომლებმაც ჩაიტარეს გვიანი სტადიის პროსტატის კიბოს მკურნალობა და არ სურთ ევნუქად იწოდებოდნენ. ჩვენ აქ ყურადღებას ვამახვილებთ მათზე, ვინც თავს აიდენტიფიცირებს ევნუქად და ხვდება გენდერული მრავალფეროვნების ქოლგის ქვეშ.

როგორც სხვა გენდერულად მრავალფეროვანი პირების შემთხვევაში, ევნუქებსაც შეიძლება სურდეთ კასტრაცია, რათა მათი სხეულები უკეთ შეესაბამებოდეს მათ გენდერულ იდენტობას. როგორც ასეთი, ევნუქები არიან გენდერულად არაკონფორმული ინდივიდები ისეთი საჭიროებებით, რომელსაც გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო ზრუნვა სჭირდება (Brett et al., 2007; Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008). მრავალი ევნუქი ინდივიდი საკუთარ გენდერულ იდენტობას სხვადასხვა გზით განსაზღვრავს. ბევრი ევნუქი ინდივიდი მიიჩნევს, რომ ევნუქის სტატუსი გამოარჩევს მათ გენდერულ იდენტობას სხვა გენდერული, ან ტრანსგენდერული კუთვნილების გარეშე. ამ თავში ყურადღება ვამახვილებულია იმ პირებზე, მათ მკურნალობასა

და ზრუნვაზე, ვინც ევნუქად იდენტიფიცირდება. ჯანდაცვის პროფესიონალები პრაქტიკაში ხვდებიან ევნუქებს, რომლებიც ითხოვენ ჰორმონულ ჩარევას, კასტრაციას, ან ორივეს, რათა გახდნენ ევნუქები. ამ ინდივიდებმა შესაძლოა ისარგებლონ ევნუქების თემში ყოფნით იდენტიფიკაციის საფუძველზე – ფაქტობრივი კასტრირებით ან მის გარეშე.

მიუხედავად იმისა, რომ საზოგადოებაში ევნუქების 4000-წლიანი ისტორია არსებობს, თანამედროვე ევნუქებად იდენტიფიცირებული ადამიანების შესახებ ყველაზე მეტი ინფორმაცია გვხვდება დიდ ონლაინ თანასწორთა მხარდაჭერის თემში, რომელიც იკრიბება ისეთ საიტებზე, როგორცაა 1998 წელს დაარსებული ევნუქების არქივი (www.eunuch.org). ამ საიტის მოდერატიორები ცდილობენ შეინარჩუნონ როგორც სამედიცინო, ასევე ისტორიული სიზუსტე სადისკუსიო ფორუმებზე, თუმცა, რა თქმა უნდა, არსებობს გარკვეული დეზინფორმაციაც. ვებსაიტის მიხედვით, 2022 წლის იანვრის მდგომარეობით, საიტი აერთიანებდა 130,000-ზე მეტ რეგისტრირებულ წევრს მსოფლიოს სხვადასხვა კუთხიდან და ხშირად იმ პირთა 90%-ზე მეტი, ვინც კითხულობს საიტს, არიან „სტუმრები“ და არა წევრები. ვებსაიტზე ჩამოთვლილია 23000-ზე მეტი თემა და თითქმის 220,000 პოსტი. მაგალითად, ორი თემატურ ხაზიდან, სადაც მოცემულია ინსტრუქციები თვითკასტრაციისთვის სხვადასხვა ტოქსინების პირდაპირ სათესლე ჯირკვლებში ინექციის გზით, თითოეულს აქვს დაახლოებით 2500 პოსტი და თითოეული ნაკითხულია მილიონზე მეტჯერ. 2001 წლიდან მოყოლებული, მინეაპოლისში ჩატარდა ევნუქების საარქივო საზოგადოების მე-20 ყოველწლიური საერთაშორისო შეკრება, გარდა სხვა მრავალი რეგიონალური შეკრებისა. მიუხედავად იმისა, რომ კასტრაციის თემა აინტერესებს დისკუსიებში მონაწილე ადამიანთა დიდ უმრავლესობას, წევრთა უმცირესობას ჩატარებული აქვს ან სერიოზულად სურს, რომ ჩაიტაროს კასტრაცია. ევნუქების არქივის ბევრმა ყოფილმა წევრმა მიაღწია თავის მიზნებს და აღარ მონაწილეობს გაერთიანების აქტივობებში.

ისტორიული ევნუქების შესახებ მცდარი წარმოდგენებისა და წინარწმენების, თანამედ-

როვე ევნუქების უხილავობის და სოციალური სტიგმის გამო, რომელიც გავლენას ახდენს ყველა გენდერულ და სექსუალურ უმცირესობაზე, მცირეა იმ ევნუქთა რიცხი, რომლებიც საჯაროდ იდენტიფიცირდება ევნუქად. უმეტესობა არავის ეუბნება და მხოლოდ თანამოაზრეებს უზიარებს ონლაინ თემში ან მხოლოდ ოჯახში და ახლო მეგობრებში იციან მათი ევნუქობის შესახებ (Wassersug & Lieberman, 2010). ევნუქების შესახებ სტერეოტიპები ხშირად ძალიან ნეგატიურია (ლიბერმანი 2018) და ევნუქები ისევე იტანჯებიან უმცირესობის სტრესით, როგორც სხვა სტიგმატიზებული ჯგუფები (Wassersug & Lieberman, 2010). ამდენად, უმცირესობის სტრესის კვლევა, რომელიც გავლენას ახდენს გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებზე, უნდა მოიცავდეს ევნუქებსაც.

რეკომენდაციების ამჟამინდელი ნაკრები განკუთვნილია პროფესიონალებისთვის, რომლებიც მუშაობენ ევნუქებად იდენტიფიცირებულ ინდივიდებთან (Johnson & Wassersug, 2016; Vale et al., 2010), რომლებიც ითხოვენ სამედიცინოდ აუცილებელ გენდერის დამადასტურებელ და/ან ქირურგიულ მკურნალობას. მიუხედავად იმისა, რომ არ არსებობს კონკრეტული სადიაგნოსტიკო კატეგორია დაავადებათა კლასიფიკაციაში ან ფსიქიკური აშლილობების დიაგნოსტიკურ და სტატისტიკურ სახელმძღვანელოში, ევნუქი სასარგებლო ტერმინია, რადგან ის საუბრობს ევნუქების გამოცდილების სპეციფიკაზე და ასევე, აკავშირებს მას უფრო ფართო გენდერული შეუთავსებლობის გამოცდილებასთან. ევნუქი ინდივიდები კლინიკურად სხვადასხვაგვარად წარმოაჩენენ საკუთარ თავს. მათ სურთ ჰქონდეთ სხეული, რომელიც თავსებადია მათ ევნუქის იდენტობასთან – სხეული, რომელსაც არ აქვს სრულფასოვნად ფუნქციური კაცის სასქესო ორგანოები. ზოგიერთი სხვა ევნუქი განიცდის მწვავე დისკომფორტს მამრობითი სასქესო ორგანოების გამო და საჭიროა მათი ამოღება, რათა თავი კომფორტულად იგრძნონ საკუთარ სხეულში (ჯონსონი და სხვ., 2007; რობერტსი და სხვ., 2008). სხვებს არ აღლვებთ კაცის გარე სასქესო ორგანოები თუ ისინი მხოლოდ ფიზიკურად არიან წარმოდგენილი და არ აწარმოებენ ანდროგენებს და კაცის მეორად

სქესობრივ მახასიათებლებს (Brett et al., 2007). ჰორმონული საშუალებები შეიძლება გამოყენებულ იქნას ანდროგენების წარმოების ჩასახშობად, თუმცა ორქიექტომია მუდმივი გამოსავალია მათთვის, ვისაც არ სურს გენიტალური ფუნქციონირება (Wibowo et al., 2016). ზოგიერთ ევნუქს სურს ორქიექტომიით მიღწეული ტესტოსტერონის დაბალი დონე, მაგრამ ბევრი ირჩევს ჰორმონის ჩანაცვლებას, რათა თავიდან აიცილოს ჰიპოგონადიზმთან დაკავშირებული გვერდითი ეფექტები. უმეტესობა, ვინც არჩევს ჰორმონულ თერაპიას, ირჩევს ტესტოსტერონის სრული ან ნაწილობრივი ჩანაცვლების დოზას. უფრო მცირე რაოდენობა ირჩევს ესტროგენს.

ამ თავში ყველა დებულება რეკომენდებულია მტკიცებულებების საფუძვლიანი განხილვის, სარგებლისა და ზიანის, პროვაიდერებისა და პაციენტების ღირებულებებისა და უპირატესობების, რესურსების გამოყენებისა და განხორციელებადობის შეფასების საფუძველზე. ზოგიერთ შემთხვევაში, ჩვენ ვაღიარებთ, რომ მტკიცებულებები შეზღუდულია და/ან მომსახურებები შეიძლება არ იყოს ხელმისაწვდომი ან სასურველი.

დასკვნა 9.1

ჩვენ ვურჩევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს და ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიის გაიდლაინების სხვა მომხმარებლებს, გამოიყენონ რეკომენდაციები ისე, რომ დააკმაყოფილონ ევნუქების საჭიროებები.

ევნუქები არიან გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანების პოპულაციის ნაწილი, რომლებიც განიცდიან გენდერულ შეუსაბამობას და ასევე შეიძლება სურდეთ გენდერის დამადასტურებელი ზრუნვის მიღება. ისევე როგორც სხვა ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვანი ინდივიდებს, ევნუქებს ესაჭიროებათ ხელმისაწვდომობა გენდერის დამადასტურებელ მკურნალობაზე, რათა კომფორტულად იგრძნონ თავი საკუთარ გენდერულ მესთან. ზრუნვის სტანდარტის თითოეული ნაწილი ეძღვნება განსხვავებული ინდივიდების საჭიროებებს და ევნუქები შეიძლება შედიოდნენ ამ ჯგუფში. მათ შეიძლება ჰქონდეთ საერთო ზოგიერთ არაბინა-

სარეკომენდაციო რეკომენდაციები

- 9.1- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს და ზრუნვის სტანდარტების მე-მ ვერსიის სხვა მომხმარებლებს, გამოიყენონ რეკომენდაციები ისე, რომ დააკმაყოფილონ ევნუქების საჭიროებები;
- 9.2- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, განიხილონ სამედიცინო ჩარევა, ქირურგიული ჩარევა ან ორივე მათგანი ევნუქებისთვის, როდესაც არსებობს მაღალი რისკი იმისა, რომ მკურნალობის შეწყვეტა ზიანს მიაყენებს ინდივიდებს თვითოპერაციით, არაკვალიფიციური პრაქტიკოსების მიერ ჩატარებული ქირურგიით ან იმ მედიკამენტების უკონტროლო გამოყენებით, რომლებიც გავლენას ახდენენ ჰორმონებზე;
- 9.3- ჩვენ რეკომენდაციაა, რომ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომლებიც მკურნალობისთვის ევნუქების შეფასებას მიმართავენ, ავლენდნენ კომპეტენციას მათი შეფასებისთვის;
- 9.4- ჩვენ ვთავაზობთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომ მათ მიერ ევნუქების მკურნალობა მოიცავდეს სექსუალურ განათლებას და ფსიქოთერაპიას.

რულ ინდივიდთან, რადგან სოციალური ტრანზიციის შეიძლება არ იყოს სასურველი ვარიანტი და ჰორმონულმა თერაპიამ შეიძლება არ შეასრულოს იგივე როლი, რასაც ის ასრულებს ბინარულობის ფარგლებში ტრანზიციისას ან სოციალურ ტრანზიციისას (Wassersug & Lieberman, 2010).

სხვა გენდერულად მრავალფეროვანი ინდივიდების მსგავსად, ევნუქებმა შეიძლება თავიანთი იდენტობის შესახებ ბავშვობიდან ან მოზარდობიდან იცოდნენ. კვლევის ნაკლებობის გამო, იმ ბავშვების მკურნალობის შესახებ, რომლებიც შესაძლოა იდენტიფიცირდნენ ევნუქებად, ჩვენ თავს ვიკავებთ კონკრეტული რჩევების გაცემისგან.

ევნუქებმა შეიძლება მიმართონ სამედიცინო ან ქირურგიულ ზრუნვას (ჰორმონის დათრგუნვა, ორქიექტომია და, ზოგიერთ შემთხვევაში, პენექტომია) ფიზიკური, ფსიქოლოგიური ან სექსუალური ცვლილებების მისაღწევად (Wassersug & Johnson, 2007). მნიშვნელოვანია, რომ ყველა პაციენტმა, მათ შორის ევნუქებმა და კასტრირების მსურველებმა, ჯანდაცვის პროფესიონალთან დაამყარონ და შეინარჩუნონ ურთიერთობა, რომელიც დაფუძნებული იქნება ნდობასა და ურთიერთგაგებაზე. მთელ სამედიცინო საზოგადოებაში ევნუქების შესახებ ინფორმაციის ნაკლებობის გამო და კასტრაციის მსურველების შიშის გამო, რომ მათ არ მიიღებენ, ბევრი ვერ იღებს სათანადო პირველად სამედიცინო ზრუნვას და დიაგნოსტიკურ ანალიზებს (Jaggi et al., 2018). სამედიცინო პროვაიდერებს შორის გაზრდილი ცნობიერება და განათლება ხელს შეუწყობს გენდერული მრავალფეროვნების დისკუსიებში ევნუქების ჩართვის საჭიროების შესახებ მეტ ინფორმირე-

ბულობას (Deutsch, 2016a). ცხადია, ევნუქები მოითხოვენ და იმსახურებენ იგივე პირველად სამედიცინო ზრუნვას, რომლითაც ზოგადი პოპულაცია სარგებლობს. კიბოს დიაგნოსტიკური ანალიზების საკითხი, როგორცაა პროსტატისა და სარძევე ჯირკვალი, მნიშვნელოვანი სფეროა განხილვისთვის, რადგან ჰორმონული კიბოს რისკი, სავარაუდოდ, განსხვავებულია დაბადებისას მამრობითი სქესის მქონედ განსაზღვრული პირებისთვის, რომელთა ტესტოსტერონისა და ესტროგენის დონე არ არის კაცებისთვის დამახასიათებელ დიაპაზონში. ევნუქთა საერთო რაოდენობაში ჰორმონთან დაკავშირებული კიბოს შემთხვევებისა და გავრცელების შესახებ კვლევების ნაკლებობის გამო, არ არსებობს მტკიცებულება იმისა, თუ რამდენად ხშირად უნდა მოხდეს ჰორმონთან დაკავშირებული კიბოს სკრინინგის ფარგლებში პროსტატის შემოწმება, პროსტატის სპეციფიკური ანტიგენის გაზომვებით, მამოგრაფიით და ა.შ.

სამედიცინო ან ქირურგიული გზით კასტრირებული პროსტატის კიბოს პაციენტების შესახებ ფართო ლიტერატურა გვანვდის ინფორმაციას პუბერტატის შემდგომი კასტრაციის ზოგიერთი ეფექტის შესახებ (როგორცაა პოტენციური ოსტეოპოროზი, დეპრესია ან მეტაბოლური სინდრომი), მაგრამ ნებაყოფლობითმა ევნუქებმა სამედიცინო მიზეზების გამო კასტრირებულთაგან ძალზე განსხვავებულად შეიძლება განმარტონ შედეგები. ქიმიური ან ქირურგიული კასტრაცია შეიძლება გახდეს სტრესის წყარო პროსტატის კიბოს მქონე სისგენდერი კაცებისთვის, ხოლო იგივე მკურნალობა შეიძლება იყოს ვალიდაციის და კომფორტის წყარო ევნუქებისთვის. ანალოგიურად, ტრანსმასკულინურ ადამიანებს, რომლებსაც საკუთარი სხე-

ულებით კმაყოფილებისთვის აქვთ მასტექტომია ჩატარებული, ამ ოპერაციას იმ ქალებისგან განსხვავებულად განიცდიან, რომლებიც მასტექტომიას იტარებენ ძუძუს კიბოს სამკურნალოდ (Koçan & Gürsoy, 2016; van de Griff et al., 2016). პროსტატის კიბოს შესახებ ინფორმაცია კარგად არის შეჯამებული უასერსაგის და სხვების მიერ (2021), რომლებიც იშველიებენ წყაროებს ამ თემაზე არსებული დიდი ლიტერატურიდან. ასეთი ინფორმაცია კასტრაციის შედეგების შესახებ ხელმისაწვდომი უნდა იყოს მათთვის, ვისაც სურს კასტრაცია.

ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიის საფუძველზე შეფასების შემდეგ, შესაძლებელია პაციენტის მიერ გაკეთებული სამედიცინო არჩევანის განხილვა და შესაბამისი ზრუნვის დანიშვნა საჭიროების შემთხვევაში. ეს ვარიანტები შეიძლება მორგებული იყოს ინდივიდზე, რათა შეიქმნას გეგმა, რომელიც ასახავს მათ სპეციფიკურ საჭიროებებსა და პრეფერენციებს. გამოყენებული ინტერვენციების რაოდენობა და სახეობა და მათი ჩატარების თანმიმდევრობა შეიძლება განსხვავდებოდეს თითოეულ ინდივიდუალურ შემთხვევაში. ეს ვარიანტები შეესაბამება ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიის შეფასების და ქირურგიის თავებს. ევნუქებისთვის ხელმისაწვდომი მკურნალობის ვარიანტები მოიცავს:

- ჰორმონის დათრგუნვა, რათა ნახონ, როგორ აისახება ანდროგენის დეფიციტი იმ ევნუქ ინდივიდებზე, რომელთაც სურთ გახდნენ ასექსუალები, არასექსუალური ან ანდროგინები;
- ორქიექტომია სათესლე ჯირკვლების მიერ ტესტოსტერონის გამომუშავების შესაჩერებლად;
- ორქიექტომია პენექტომიით ან მის გარეშე, რათა შეიცვალოს მათი სხეული მათი იდენტობის შესაბამისად;
- ორქიექტომია, რასაც მოჰყვება ჰორმონის ჩანაცვლება ტესტოსტერონით ან ესტროგენით.

ზრდასრულთა შეფასების შესახებ მე-5 თავის 5.6-ე დებულების თანახმად ევნუხმა ინდი-

ვიდებმა, რომლთაც სურთ გონადექტომია, უნდა განიხილონ მინიმუმ ექვსთვიან ჰორმონული თერაპიის ჩატარება, რაც შეესაბამება ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანის გენდერულ მიზნებს, სანამ ტგმ პირი შეუქცევად ქირურგიულ ჩარევას მიმართავს (გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც ჰორმონები კლინიკურად უკუნაჩვენებია ინდივიდისთვის).

დეკლარაცია 9.2.

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, განიხილონ სამედიცინო ინტერვენცია, ქირურგიული ჩარევა ან ორივე მათგანი ევნუქებისთვის, როდესაც არსებობს მაღალი რისკი იმისა, რომ მკურნალობაზე უარის თქმა ზიანს მიაყენებს ინდივიდებს თვითოპერაციის, არაკვალიფიციური პრაქტიკოსების მიერ ჩატარებული ოპერაციის ან ჰორმონებზე გავლენის მქონე მედიკამენტების უკონტროლო გამოყენების შედეგად.

ზრუნვის სტანდარტის მე-8 ვერსიით რეკომენდებულია შეფასების პროცესი უნდა იქნეს გამოყენებული ევნუქების მიმართ (იხ. თავი 5 – ზრდასრულთა შეფასება). ევნუქების არქივს აქვს უამრავი პოსტი იმ პირებისგან, რომლებსაც უჭირთ სამედიცინო მიმწოდებლების მოძიება, რომლებიც ჩაატარებენ კასტრაციის ოპერაციას. არსებობს ევნუქების დიდი რაოდენობა, რომლებმაც თავად ჩაიტარეს ოპერაცია ან ჩაუტარდათ ოპერაცია იმ ადამიანების მიერ, რომლებიც არ არიან სერტიფიცირებული სამედიცინო პროვაიდერები (Johnson & Irwig, 2014). ასევე არსებობს კლინიკური ცნობები ევნუქების შესახებ, რომლებსაც გაკეთებული აქვთ თვითკასტრაცია, და პაციენტების ანგარიშები, რომლებმაც შეცდომაში შეიყვანეს სამედიცინო პროვაიდერები, რათა მიეღწიათ კასტრაციისთვის (Hermann & Thorstenson, 2015; Mukhopadhyay & Chowdhury, 2009). ეჭვგარეშეა, რომ როდესაც ამ ჯგუფის წევრებს უარს ეუბნებიან ხარისხიან სამედიცინო მკურნალობაზე, ისინი იწყებენ ისეთ მოქმედებას, რამაც შეიძლება მათ დიდი ზიანი მიაყენოს, როგორცაა სისხლდენა და ინფექცია, რამაც შეიძლება აუცილებელი გახადოს ჰოსპიტალიზაცია (Hay,

2021; Jackowich et al., 2014; ჯონსონი და ირ-ვიგი, 2014). ამ სერიოზული პრობლემებისა და ზიანის გამო, რომელიც გამონვეულია საკუთარ თავზე ოპერაციის ჩატარებით, არაკვალიფიციური პრაქტიკოსების მიერ ქირურგიული ჩარევით ან მედიკამენტების უკონტროლო გამოყენებით, რომელიც გავლენას ახდენს ჰორმონებზე, მნიშვნელოვანია, ჯანდაცვის პროვაიდერებმა შექმნან კეთილგანწყობილი გარემო და განიხილონ მკურნალობის სხვადასხვა ვარიანტები, რათა თავიდან აირიდონ პრობლემები, რომელიც მკურნალობაზე წვდომის ნაკლებობას ან მკურნალობაზე უარს ახლავს თან.

სურვილის შემთხვევაში, კასტრაცია შეიძლება მიღწეულ იქნეს ქიმიური ან ქირურგიული გზით. ზოგიერთისთვის ქიმიური კასტრაცია შეიძლება იყოს კარგი გამოცდა ქირურგიულ კასტრაციამდე, რათა დადგინდეს, თუ როგორ გრძნობს ინდივიდი თავს ჰიპოგონადურ მდგომარეობაში (Vale et al., 2010). ქიმიური კასტრაცია ჩვეულებრივ შექცევადია, თუ მედიკამენტების მიღება შეწყდება (Wassersug et al., 2021). ტესტოსტერონის დონის შესამცირებლად გამოყენებული მედიკამენტების ყველაზე გავრცელებული ტიპები არის ანტიანდროგენები და ესტროგენები.

ორი ყველაზე ხშირად გამოყენებული ანტიანდროგენი, ციპროტერონის აცეტატი და სპირონოლაქტონი პერორალურად მიიღება. ესტროგენი ზოგჯერ ინიშნება პროსტატის კიბოთი დაავადებულ პაციენტებში, რათა შეამციროს შრატში ტესტოსტერონის დონე ჰიპოთალამუსსა და ჰიპოფიზის ჯირკვალზე ნეგატიური უკუკავშირის მეშვეობით ესტროგენებმა და ანტიანდროგენებმა შეიძლება სრულად ვერ დათრგუნონ ტესტოსტერონის დონე ქალებში ან კასტრირებულებში ხოლო პერორალურად მისაღები ესტროგენები ზრდის ვენური თრომბოემბოლიის რისკს. მიუხედავად იმისა, რომ ფასის გამო ხშირად არ გამოიყენება, გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტები ძალიან ეფექტიანი მეთოდია სქესობრივი სტეროიდების წარმოების და ნაყოფიერების ჩასახშობად (Hembree et al., 2017). მედიკამენტის შერჩევას ჩვენ გირჩევთ, გამოიყენოთ მედიკამენტები, რომლებიც შესწავლილია მრავალ ტრანსგენდერულ ჯგუფში (მაგ. ესტროგენი, ციპროტერონის აცეტატი, GnRH აგონისტები) და არა ისეთი მედიკამენტები, რომლებიც მცირედ ან საერთოდ არ არის გამოკვლეული სამეცნიერო კვლევებში (მაგ. ბიკალუტამიდი, რექტალური პროგესტერონი და სხვ.) (Angus et al., 2021; Butler et al., 2017; Efsthathiou et al., 2019; Tosun et al., 2019).

მრავალი ევნუქი იტარებს ჩანაცვლებით ჰორმონულ თერაპიას კასტრირების შემდეგ, რადგან მათ არ სურთ ჰორმონების დონის სრული დათრგუნვა და თანმდევი პრობლემები, როგორცაა ოსტეოპოროზის გაზრდილი რისკი. სქესობრივი სტეროიდების ჩანაცვლების ორი ძირითადი ვარიანტია ტესტოსტერონი და ესტროგენი, რომლებიც შეიძლება გამოყენებული იყოს სრული ან ნაწილობრივი ჩანაცვლების დოზებით. უმრავლესობა ირჩევს ტესტოსტერონს, რადგან ისინი წარმოდგენილი არიან როგორც მამრები და არ არიან დაინტერესებულნი ფემინიზაციით. უმცირესობა ირჩევს ესტროგენს რომლის დოზაც საკმარისად მაღალია ოსტეოპოროზის თავიდან ასაცილებლად, მაგრამ საკმარისად დაბალი ფემინიზაციის თავიდან ასარიდებლად. ისინი შეიძლება იდენტიფიცირდებოდნენ როგორც არაბინარული, აგენდერი ან სხვა (Johnson et al., 2007; Johnson & Wassersug, 2016).

მიუხედავად იმისა, რომ ევნუქებში ჩანაცვლებითი ჰორმონული თერაპიის შესახებ კვლევები არ მოიპოვება, დასკვნები სისგენდერი კაცების შესახებ, რომლებიც მკურნალობენ პროსტატის კიბოზე შეიძლება ინფორმატიული აღმოჩნდეს ჰორმონული თერაპიის ეფექტების შესახებ. 1694 სისგენდერი კაცი რენდომიზებულ გაკონტროლებულ კვლევაში, რომლებიც მკურნალობდნენ პროსტატის ლოკალურად განვითარებულ ან მეტასტაზურ კიბოს, ერთმა ჯგუფმა მიიღო GnRH აგონისტი, ხოლო მეორემ მიიღო ტრანსდერმული ესტროგენი (Langley et al., 2021). სისგენდერ კაცებს, რომლებმაც მიიღეს GnRH აგონისტი, განუვითარდათ როგორც ანდროგენის, ასევე ესტროგენის დეფიციტის ნიშნები და სიმპტომები, მაშინ როცა კაცებს, რომლებიც იღებდნენ ესტროგენის დასაკრავებს, მხოლოდ ანდროგენის განლევის სიმპტომები განუვითარდათ. ორივე ჯგუფს ჰქონდა სქესობრივი გვერდითი ეფექტების მაღალი

მაჩვენებლები (91%) და ჯგუფებს შორის მსგავსი იყო წონის მომატება. სისგენდერ კაცებთან შედარებით, რომლებიც იღებდნენ GnRH აგონისტს, სისგენდერი კაცები, რომლებიც მკურნალობდნენ ესტროგენის დასაკრავებით, მიუთითებდნენ ცხოვრების უკეთეს ხარისხზე, წამოხურების დაბალ მაჩვენებელზე (35% 86%) და კაცებში მკერდის განვითარების უფრო მაღალ მაჩვენებელზე (86% vs. 38%). მეტაბოლურად, სისგენდერ კაცებს, რომლებიც იღებდნენ ესტროგენის დასაკრავებს, ჰქონდათ პოზიტიური ცვლილებები როგორცაა უზმოზე საშუალო გლუკოზის, უზმოზე მთლიანი ქოლესტერინის და სისტოლური და დიასტოლური არტერიული წნევის დაბალი მაჩვენებელი.

ამისგან განსხვავებით სისგენდერ კაცებს, რომლებიც იღებენ GnRH აგონისტს, განიცდიდნენ საპირისპირო ცვლილებებს. ამ კვლევის საფუძველზე, ევნუქებმა შეიძლება განიხილონ ტრანსდერმალური ესტროგენის თერაპიის დაბალი დოზა, რათა თავიდან აიცილონ ესტროგენის განლევის არასასურველი შედეგები, რაც მოიცავს წამოხურებას, დაღლილობას, მეტაბოლურ ეფექტებს და ძვლის მინერალური სიმკვრივის დაკარგვას (Hembree et al., 2017; Langley et al., 2021). დამატებითი ინფორმაციისთვის იხილეთ თავი 12 – ჰორმონული თერაპია.

დასკვნები 9.3

ჩვენი რეკომენდაციაა, რომ ჯანდაცვის პროფესიონალები, რომლებიც აწარმოებენ ევნუქების სამკურნალო შეფასებას, ავლენდნენ კომპეტენციას მათი შეფასებისთვის.

ევნუქების არქივის სადისკუსიო გვერდებზე ხშირი თემაა იმ პრაქტიკოსების პოვნის სირთულე, რომლებსაც შეუძლიათ მათი საჭიროებების გაგება. ევნუქებისა და კასტრაციის მსურველების ხილვადობა, როგორც წესი, ნაკლებია, ვიდრე სხვა გენდერული უმცირესობების (Wassersug & Lieberman, 2010). სამედიცინო საზოგადოების მიერ სტიგმისა და უარყოფის შიშის გამო, მათ შეიძლება ნებაყოფლობით არ გაუმჟღავნონ თავიანთი ვინაობა და სურვილები სამედიცინო ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროვაიდერებს. ზოგიერთ გარემოში, სამედი-

ცინო პროვაიდერებმა შეიძლება არ იცოდნენ ევნუქების არსებობის შესახებ და არც კი იცოდნენ, რომ ისინი მკურნალობდნენ პირებს, რომლებიც ევნუქებად იდენტიფიცირდებოდნენ.

ზრუნვის სტანდარტის ნაწილი შეფასების შესახებ ევნუქებსაც მიესადაგება. სხვა გენდერულად არაკონფორმული ინდივიდების მსგავსად, კასტრაციის მსურველები უნდა ჩაერთონ ინფორმირებული თანხმობის პროცესში, რომელშიც კვალიფიციური პროვაიდერები ატარებენ შეფასებებს, რათა დარწმუნდნენ, რომ ინდივიდებს შეუძლიათ განაცხადონ ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო ჩარევამდე და დარწმუნდნენ, რომ ამ სურვილს საფუძველად არ უდევს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემა. როგორც სხვა სექსუალური და გენდერული უმცირესობების შემთხვევაში, ევნუქებთან მუშაობა მოითხოვს იმის გააზრებას, რომ ისინი მრავალფეროვანი ჯგუფია და რომ თითოეული ადამიანი თავისებურად არის ევნუქი (ჯონსონი და სხვ., 2007). პირი, რომელსაც სურს მკურნალობა, სარგებლობს პროფესიონალის მიმდებლური დამოკიდებულებით, ღია გამოკითხვით, განსჯის გამოხატვისგან თავის შეკავებით და მოქნილი მოლოდინებით, რაც ერწყმის პროფესიულ კომპეტენციასა და ექსპერტიზას.

სათანადო მკურნალობის უზრუნველსაყოფად, პროვაიდერებმა უნდა დაამყარონ ნდობა და პატივისცემა ევნუქად იდენტიფიცირებული ადამიანებისთვის ინკლუზიური გარემოს შექმნით. ევნუქად იდენტიფიცირებული პირებისთვის, იდეალურმა ანკეტამ უნდა მოიცვას კითხვები მინიჭებულ სქესის და იდენტიფიცირებული გენდერის შესახებ და შესთავაზოს გენდერის სხვადასხვა ვარიანტი, მათ შორის „ევნუქი“ და „სხვა“. ინდივიდები შეიძლება იდენტიფიცირდებოდნენ ერთზე მეტ ვარიანტთან და უნდა შეეძლოთ ერთზე მეტის არჩევა.

ჯანდაცვის პროფესიონალი შეიძლება ჩართული იყოს შეფასებაში, ფსიქოთერაპიაში (თუ სასურველია), მომზადებასა და გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და ქირურგიული ინტერვენციების შემდგომ დაკვირვებაში. მათ ასევე შეუძლიათ მხარდაჭერა გაუწიონ პარტნიორებს და ოჯახებს. ევნუქად იდენტიფიცირებული პირებისთვის, რომლებსაც სურთ

ფსიქიკური ჯანმრთელობის კვალიფიციური პროვაიდერის მხარდაჭერა, სასარგებლო იქნება ფსიქოლოგი, რომელიც აკმაყოფილებს მე-4 თავში – განათლება – განსაზღვრულ გამოცდილებასა და კრიტერიუმებს.

მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთი ადამიანი, რომელსაც სურს ან ფიქრობს კასტრაციაზე, მის კონსულტაციაზე ან თერაპიაზე ემოციური მხარდაჭერის მისაღებად ან გადაწყვეტილების მიღებაში დახმარებისთვის, ბევრი მიდის პროვაიდერებთან შეფასებისთვის, რათა მოემზადონ კონკრეტული სამედიცინო ჩარევებისთვის (Vale et al., 2010).

დასკვნა 9.4

ჩვენ ვთავაზობთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომ მათ მიერ ევნუქების მკურნალობა მოიცავდეს სექსუალურ განათლებას და ფსიქოთერაპიას.

რამდენიმე კვლევამ თანამედროვე ევნუქად იდენტიფიცირებული ადამიანების შესახებ ჩვენი ცოდნის გამდიდრებაში შეიტანა წვლილი და გამოიკვლია მათი დემოგრაფიული მახასიათებლები და სექსუალობა (Handy et al., 2015; Vale et al., 2013; Wibowo et al., 2012, 2016). ექიმებმა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებმა უნდა იმოქმედონ იმ დაშვებით, რომ ევნუქები არიან სექსუალური მოთხოვნილებების მქონე ადამიანები, რომლებსაც სექსუალური აქტივობის, სიამოვნების და ურთიერთობების უნარი გააჩნიათ, თუ ისინი სანინაალმდეგოს არ იტყვიან (Wibowo et al., 2021). კვლევამ აჩვენა, რომ ევნუქებს შორის დიდი მრავალფეროვნებაა სურვილის დონის, ფიზიკური ან სექსუალური

კონტაქტის ტიპისა და სასურველი ურთიერთობების ბუნებასთან დაკავშირებით (Brett et al., 2007; Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008). მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთს აქვს აქტიური სქესობრივი ცხოვრება რომანტიკული ურთიერთობებით ან მის გარეშე, სხვები იდენტიფიცირდებიან ასექსუალად ან არომანტიკულად და მათ შვებას ჰგვრის ლიბიდოს დაკარგვა, რასაც აღწევს ქირურგიული ან ქიმიური კასტრაციის გზით (Brett et al., 2007). თითოეული ადამიანი განსხვავებულია და გენიტალური სტატუსი არ განსაზღვრავს სექსუალურ ან რომანტიკულ მიზიდულობას (Walton et al., 2016; Yule et al., 2015).

მიუხედავად იმისა, თუ რა სახის ქიმიური დათრგუნვა ან ოპერაცია გაიარა ადამიანმა, მას შეიძლება ჰქონდეს სექსუალური სიამოვნებისა და სექსუალური აქტივობის უნარი. პოპულარული რწმენის სანინაალმდეგოდ, ევნუქები სულაც არ არიან ასექსუალური ან არასექსუალური (Aucoin & Wassersug, 2006). უსაფრთხო სქესობრივი განათლება აუცილებელია ყველა ადამიანისთვის, ვინც სქესობრივად აქტიურია და რაც შესაძლოა, მოიცავდეს სხეულის სითხეების გაცვლას. იხილეთ თავი 17 – სექსუალური ჯანმრთელობა – სხვადასხვა გენდერის და სექსუალობის მქონე ადამიანებისთვის სექსუალური განათლების და უსაფრთხო სექსის ვარიანტების შესახებ ინფორმაციისთვის. გარდა ამისა, ნაყოფიერების შენარჩუნება განხილული უნდა იქნეს სამედიცინო ჩარევაზე მსჯელობისას, როდესაც ამან შეიძლება გავლენა მოახდინოს სამომავლოდ ბავშვის ყოლის უნარზე. დამატებითი მოსაზრებებისთვის იხილეთ თავი 16 – რეპროდუქციული ჯანმრთელობა.

თავი 10. ინტერსექსი

ზრუნვის სტანდარტების მე-7 ვერსია მოიცავდა თავს სტანდარტების გამოყენების შესახებ ფიზიკურად ინტერსექს ადამიანებთან, რომლებსაც უვითარდებათ გენდერული დისფორია ან/და იცვლიან გენდერს; რადგან ისინი განსხვავდებიან ტრანსგენდერი პირებისგან, რომლებსაც არ აქვთ ინტერსექსუალობა ფენომენოლოგიური გამოვლინებით, ცხოვრებისეული ტრაექტორიით, სიხშირით, ეტიოლოგიით და სტიგმის რისკებით. წინამდებარე თავი განახლებულია და ამატებს რეკომენდაციებს სამედიცინოდ აუცილებელი კლინიკური მიდგომის შესახებ ზოგადად ინტერსექსუალობის მქონე პირების მართვასთან დაკავშირებით (იხ. დებულება სამედიცინო აუცილებლობის შესახებ თავში 2 – გლობალური გამოყენება, დებულება 2.1). რადგანაც ატიპური სქესობრივი დიფერენციაციის მქონე ახალშობილები შესაძლოა მალევე შეეჯახონ კლინიკურ გამოწვევებს, მათ შორის, ოჯახის საჭიროებას, თავიდანვე მიიღოს განათლება და მხარდაჭერა, გადანყვეტილებას გენდერის განსაზღვრაზე, გენდერის შემდგომ კლინიკურ მენეჯმენტს, რომლის კომპონენტები – განსაკუთრებით სასქესო ორგანოების ოპერაცია საკამათო შეიძლება იყოს. და, მოგვიანებით მნიშვნელოვნად გაზრდილი გენდერული დისფორიის განვითარებისა და გენდერის ცვლილების რისკი (Sandberg & Gardner, 2022).

სერმონოლოგია

„ინტერსექსი“ (ლათინურიდან, პირდაპირი თარგმანიდან „სქესთა შორისი“) არის ტერმინი, რომელიც დაფუძნებულია სქესის ბინარულ სისტემაზე, რაზეც დგას ძუძუმწოვრების (მათ შორის ადამიანის) გამრავლება. მედიცინაში ეს სასაუბრო ტერმინი აღნიშნავს ინდივიდებს გამორჩეულად ატიპური რეპროდუქციული ტრაქტის თანდაყოლილი ვარიაციებით. ზოგიერთი ვარიაცია, რომელსაც ხშირად უწოდებენ „გენიტალურ ორაზროვნებას“, გამოირიცხავს მამრობითად ან მდედრობითად სომატური სქესის მარტივ აღიარებას და რესურსებით მდი-

დარ საზოგადოებებში შეიძლება დასჭირდეს ყოვლისმომცველი ფიზიკური, ენდოკრინული და გენეტიკური გამოკვლევა, სანამ „მიენიჭება“ სქესი/გენდერი. ბოლო წლებში „ინტერსექს“ როგორც იდენტობის იარაღს ასევე იყენებს ინტერსექსუალური ნიშნების მქონე ზოგიერთი ინდივიდი და არაბინარული გენდერული იდენტობის მქონე (არაინტერსექსი) ინდივიდების ქვეჯგუფი (Tamar-Mattis et al., 2018). 2005 წელს გამართულ პროფესიონალთა თანხმობის საერთაშორისო კონფერენციაზე ინტერსექსის მართვის შესახებ, ინტერსექსუალური მდგომარეობები მოექცა ახალი სტანდარტული სამედიცინო ტერმინის – „სქესობრივი განვითარების დარღვევები“ (სგდ) – ქვეშ. ეს უკანასკნელი განისაზღვრა, როგორც „თანდაყოლილი მდგომარეობები, რომელშიც ქრომოსომული, გონადური ან ანატომიური სქესის განვითარება ატიპურია“ (Hughes et al., 2006). სგდ ფარავს ამ მდგომარეობების ბევრად უფრო ფართო სპექტრს, ვიდრე ტრადიციულად ინტერსექსუალობაში შემავალი მდგომარეობებია და მოიცავს ისეთ მდგომარეობებს, როგორიცაა ტერნერის სინდრომი და კლაინფელტერის სინდრომი, რომლებიც ბევრად უფრო გავრცელებულია. გარდა ამისა, ამ მდგომარეობაში მყოფ ბევრ პირს არ მოსწონს ტერმინი „დარღვევა“ და თავისთავად მასტიგმატიზებლად აღიქვამს მას (Carpenter, 2018; Griffiths, 2018; Johnson et al., 2017; Lin-Su, et al., 2015; Lundberg et al., 2018; Tiryaki et al., 2018).

ჯანდაცვის პროფესიონალებიც განსხვავდებიან ამ ტერმინის მიღების მხრივ (Miller et al., 2018). სგდ-ის ფართოდ გავრცელებული ალტერნატიული ნაკითხვა – „განსხვავებები სქესობრივ განვითარებაში“ – შეიძლება ჩაითვალოს ნაკლებად პათოლოგიურად, მაგრამ სემანტიკურად არადაამაკმაყოფილებელია, რადგან ეს ტერმინი არ განასხვავებს კაცებსა და ქალებს შორის ტიპურ სქესობრივ განსხვავებებს ატიპური სქესობრივი დიფერენციაციისგან. სხვა ბოლოდროინდელი მცდელობები, გამოვიყენოთ ნაკლებად აშკარად მასტიგმატიზებელი ტერმინები, როგორცაა „პირობები, რომლებიც გავლენას ახდენენ რეპროდუქციულ განვითარებაზე“ (CARD; Delimata et al., 2018) ან „ვარიაციები/

სქესობრივ მახასიათებლებში“ (VSC; Crocetti, et al., 2021) ასევე არ არის ზუსტად მორგებული ინტერსექსუალობას.

ამ განმარტებითი პრობლემების გათვალისწინებით, ამ თავში ჩვენ ვიყენებთ ტერმინს „ინტერსექსუალობა“ (ან „ინტერსექსი“) მხოლოდ თანდაყოლილი ფიზიკური გამოვლინებების აღსანიშნად. ეს კეთდება როგორც აღწერითი სიცხადისთვის, ასევე ისტორიული უწყვეტობისთვის. ეს არჩევანი არ გულისხმობს ჩვენი მხრიდან განზრახვას, ჩავებათ მიმდინარე დისკუსიაში სქესის/გენდერის ცნების, როგორც ბიპოლარული სისტემის ან როგორც კონტინუუმის შესახებ, რომელიც შეიძლება შეიცვალოს კონტექსტისა და გამოყენების შესახებ მოსაზრებების შესაბამისად (Meyer-Bahlburg, 2019). 21-ე საუკუნის საზოგადოებებში სქესის და გენდერის ცნებები ევოლუციის პროცესშია.

გაგრძელება

ინტერსექსუალური მდგომარეობების გავრცელება დამოკიდებულია იმაზე, თუ რომელ განმარტებას გამოვიყენებთ. სქესობრივი ორგანოების აშკარა ატიპურობა („ორაზროვანი სასქესო ორგანოები“) გვხვდება სავარაუდო სიხშირით, რომელიც გავრცელებულია დაახლოებით 1:2000-1:4500 თანაფარდობით (Hughes et al., 2007). სგდ-ის ყველაზე ინკლუზიური განმარტებები აფასებს გავრცელებას 1.7%-მდე (Blackless et al., 2000). მიუხედავად იმისა, რომ ეს რიცხვები მთლიანობაში მალაღია, ინდივიდუალური მდგომარეობები, რომლებიც დაკავშირებულია ინტერსექსუალურ ვარიაციებთან, უფრო იშვიათია. მაგალითად, ანდროგენრეზისტენტობის სინდრომი (AIS) გვხვდება 100,000 46,XY ახალშობილებიდან დაახლოებით ერთში (Mendoza & Motos, 2013) და კლასიკური თანდაყოლილი თირკმელზედა ჯირკვლის ჰიპერპლაზია (CAH) დაახლოებით 15000 46,XX ახალშობილიდან ერთში (Therrell, 2001). ინდივიდუალური სინდრომების გავრცელების მაჩვენებლები შეიძლება მკვეთრად განსხვავდებოდეს ქვეყნებსა და ეთნიკურ ჯგუფებს შორის.

ჩვენება

ინტერსექსუალური თვისებების მქონე ინდივიდების სურათი ძალზე ცვალებადია. ინტერსექსუალობა შეიძლება გამოვლინდეს მუცლად ყოფნისას ულტრაბგერით გამოსახულებაში, თუმცა ადამიანების უმეტესობაში ვლინდება დაბადებისთანავე სასქესო ორგანოების გამოვლენის დროს. რესურსებით მდიდარ საზოგადოებებში, ასეთი ბავშვები გაივლიან ვრცელ სამედიცინო დიაგნოსტიკურ პროცედურებს სიცოცხლის პირველ კვირებში. კონკრეტული სამედიცინო დიაგნოზის, ფიზიკური და ჰორმონული მიგნებების და გენდერულ შედეგებზე გრძელვადიანი განგრძობითი კვლევებით მოპოვებული ინფორმაციის გათვალისწინებით, ჯანდაცვის გუნდი და მშობლები ერთობლივად იღებენ გადაწყვეტილებას რაც ჩვეულებრივ, სრულდება იმით, რომ ახალშობილს მიენიჭება მამრობითი ან მდედრობითი სქესი/გენდერი. ზოგიერთი ინტერსექსი ინდივიდი სპეციალისტების ყურადღების ცენტრში მხოლოდ პუბერტატის ასაკში ექცევა, მაგალითად, როდესაც ქალად აღზრდილი მოზარდები გადიან კვლევას პირველადი ამენორეის გამო.

ჯანდაცვის პროფესიონალებმა, რომლებიც ეხმარებიან როგორც ინტერსექსუალ, ისე არაგანჭვრეტადი გენდერის მქონე პირებს, უნდა იცოდნენ, რომ სამედიცინო კონტექსტი, რომელშიც ასეთი ინდივიდები გაიზარდნენ, ჩვეულებრივ ძალზე განსხვავდება არაინტერსექსი ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანების კონტექსტისგან. არსებობს მრავალი განსხვავებული ინტერსექსუალობის სინდრომი და თითოეული სინდრომი შეიძლება განსხვავდებოდეს მისი სიმწვავის ხარისხით. ამრიგად, ჰორმონული და ქირურგიული მკურნალობის მიდგომები, შესაბამისად, განსხვავდება.

ინტერსექსუალობის ზოგიერთმა ფიზიკურმა გამოვლინებამ შეიძლება მოითხოვოს ადრეული გადაუდებელი ჩარევა თირკმელზედა ჯირკვლის კრიზისის შემთხვევაში, მაგალითად, საშარდე გზების დახშობის ან თირკმელზედა ჯირკვლის თანდაყოლილი ჰიპერპლაზიის მქონე პირებში. ფიზიკური ვარიაციების უმეტესობა ინტერსექსუალურ ინდივიდებში არც ორგანოების ფუნქციონირებას აზიანებს, ყოველ შემ-

თხვევაში პირველ წლებში და არც ინდივიდის უსაფრთხოებას აყენებს რისკის ქვეშ. მიუხედავად ამისა, ფსიქოსოციალური სტიგმა, რომელიც დაკავშირებულია სასქესო ორგანოების ატიპურ გარეგნობასთან, ხშირად განაპირობებს სასქესო ორგანოების ოპერაციას ადრეულ ეტაპზე (რომელსაც, ჩვეულებრივ „კორექციად“ ან „ნორმალიზებად“ მოიხსენიებენ), ბევრად ადრე, სანამ ინდივიდი მიაღწევს თანხმობის გაცემის ასაკს. ეს მიდგომა ძალზე საკამათოა, რადგან ის ეწინააღმდეგება ეთიკურ პრინციპებს, რომლებიც მხარს უჭერენ პიროვნების ავტონომიას (Carpenter, 2021; Kon, 2015; National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research). გარდა ამისა, როცა ინტერსექსუალობის გამოვლინებებს თან არ ახლავს მყისიერი უსაფრთხოების რისკები, ზოგიერთმა ადამიანმა უფრო გვიან ასაკში შეიძლება მოისურვოს სხვადასხვა სამედიცინო ჩარევა იმისთვის, რომ გააუმჯობესოს მათი ფუნქციონირება და ვიზუალური მხარე. სამედიცინო მკურნალობის დეტალების განხილვა სცილდება ამ თავის ფარგლებს და დაინტერესებულ მკითხველს შეუძლია გაეცნოს შესაბამის ენდოკრინულ და ქირურგიულ ლიტერატურას.

ზოგიერთი ინტერსექსუალური მდგომარეობა ასოცირდება გენდერული იდენტობის უფრო დიდ ვარიაციასთან, ვიდრე სხვები (Dessens et al., 2005). მაგალითად, არასისგენდერული იდენტობის სისპირე თანდაყოლილი თირკმელზედა ჯირკვლის ჰიპერპლაზიის მქონე 46,XX ინდივიდებში, რომლებსაც ქალის სქესი მიენიჭათ, შეიძლება იყოს მაღალი 5-10 % (Furtado et al., 2012). გენდერული იდენტობის ძირითადი ბიოლოგიური კომპონენტი არის კრიტიკული ფაქტორი, რომელიც გასათვალისწინებელია ინტერსექსუალური მდგომარეობის მქონე პირებისთვის ფსიქოსოციალური, სამედიცინო და ქირურგიული ჩარევების შეთავაზებისას. ასევე, არსებობს უამრავი მტკიცებულება, რომ ინტერსექსი ადამიანები და მათი ოჯახები შეიძლება განიცდიდნენ ფსიქოსოციალურ სტრესს (de Vries et al., 2019; Rosenwohl-Mack et al., 2020; Wolfe-Christensen et al., 2017), რაც, ნაწილობრივ, დაკავშირებულია ფსიქოსოციალურ სტიგმასთან (Meyer-Bahlburg, Khuri et al.,

2017; Meyer-Bahlburg, Reyes-Portillo et al., 2017; Meyer-Bahlburg et al., 2018).

ინტერსექსუალთა უსიქსურ დაავადებათა ნომენკლატურაში

1980 წლიდან ამერიკული ფსიქიკურ დაავადებათა ნომენკლატურა იცნობს ინტერსექსუალობის მქონე პირებს, რომლებიც აკმაყოფილებენ გენდერული იდენტობის ვარიანტების კრიტერიუმებს; თუმცა, მათი დიაგნოსტიკური კატეგორიზაცია შეიცვალა ფსიქიკური დაავადებათა დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელოს (DSM) შემდომ გამოცემებში. მაგალითად, DSM-III-ში (ამერიკული ფსიქიატრიული ასოციაცია, 1980წ.), პირველ ნაწილში მოცემული „ტრანსსექსუალიზმის“ კატეგორია არ შეიძლებოდა გამოეყენებინათ ასეთი ინდივიდების მიმართ ზრდასრულ ასაკში, თუმცა ამგვარი ბავშვები ხვდებოდნენ კატეგორიაში „გენდერული იდენტობის აშლილობები ბავშვებში“, ხოლო სამედიცინო ინტერსექსუალობის მდგომარეობას აკონკრეტებდა ნაწილი 3. DSM-IV-TR-ში (ამერიკული ფსიქიატრიული ასოციაცია, 2000 წ.), ინტერსექსუალურობის მქონე პირები გამოირიცხნენ პირველი ნაწილის კატეგორიიდან – „გენდერული იდენტობის დარღვევები“ – და, ამის ნაცვლად, გადავიდნენ სხვა მდგომარეობების ჯგუფში, რომელიც გაერთანებულია კატეგორიაში „გენდერული იდენტობის დარღვევები, რომლებიც სხვაგან არ არის კლასიფიცირებული“. DSM-5-ში (ამერიკული ფსიქიატრიული ასოციაცია, 2013), რომელმაც უარი თქვა ნაწილებად დაყოფის სისტემაზე, „გენდერული იდენტობის დარღვევა“ ხელახლა განისაზღვრა, როგორც „გენდერული დისფორია“ და გამოიყენება ასაკისა და ინტერსექსის სტატუსის მიუხედავად, მაგრამ ინტერსექსი პირებისთვის დამატებით დაზუსტდა კატეგორია – „სქესობრივი განვითარების დარღვევებით“ (Zucker et al., 2013). ახლახან გამოქვეყნებული DSM-5-ის გამოცემა (ამერიკის ფსიქიატრიული ასოციაცია, 2022) ინარჩუნებს ტერმინს „გენდერული დისფორია“. თუმცა გასათვალისწინებელია, რომ დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICD-11) ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზა-

სარეკომენდაციო ღონისძიებები

- 10.1- გავცემთ რეკომენდაციას, რომ მულტიდისციპლინურმა გუნდმა, რომელსაც ესმის გენდერული იდენტობისა და გამოხატვის მრავალფეროვნება, ისევე, როგორც ინტერსექსუალობა, გაუწიოს დახმარება ინტერსექს პირებს და მათ ოჯახებს;
- 10.2- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც ზრუნავენ ტრანსგენდერ ახალგაზრდებზე და ზრდასრულებზე, გაიარონ ტრენინგი და აიმალონ განათლება ინტერსექსი ადამიანების მკურნალობის იმ ასპექტებზე, რომლებიც შეესაბამება მათ პროფესიულ დისციპლინას;
- 10.3- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, დიაგნოზის დადგენის მომენტიდან მოყოლებული, მიანოდონ ინფორმაცია ინტერსექსი ბავშვების ოჯახებს და გაუწიონ მათ კონსულტაცია ბავშვის განსაკუთრებული, ინტერსექსუალური მდგომარეობისა და მისი ფსიქოსოციალური შედეგების შესახებ;
- 10.4- რეკომენდაციას ვაძლევთ როგორც პროვაიდერებს, ასევე მშობლებს, ჩართონ ინტერსექსუალობის მქონე ბავშვები/პირები განგრძობად, მათი განვითარების დონის შესაბამის კომუნიკაციაში მათი ინტერსექსი მდგომარეობისა და მისი ფსიქოსოციალური შედეგების შესახებ;
- 10.5- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს და მშობლებს, მხარი დაუჭირონ ინტერსექსუალობის მქონე ბავშვებს/პირებს თავიანთი გენდერული იდენტობის კვლევაში მთელი ცხოვრების მანძილზე.
- 10.6- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, ხელი შეუწყონ კეთილდღეობას და მინიმუმამდე დაიყვანონ ინტერსექსუალურ მდგომარეობასთან დაკავშირებული პოტენციური სტიგმა როგორც სამედიცინო, ისე არასამედიცინო პირებთან/ორგანიზაციებთან თანამშრომლობით;
- 10.7- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, გადაამისამართონ ინტერსექსუალობის მქონე ბავშვები და ინდივიდები და მათი ოჯახები ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებთან, ასევე, თანატოლებთან და სხვა ფსიქოსოციალური მხარდაჭერის ცენტრებთან საჭიროებისამებრ;
- 10.8- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, კონსულტაციები გაუწიონ ინტერსექს ადამიანებს და მათ ოჯახებს სქესობრივი იდენტობის, ასაკისა და უნიკალური სამედიცინო ვითარების კონტექსტში პუბერტატის დათრგუნვის და/ან ჰორმონული მკურნალობის შესაძლო ვარიანტების შესახებ;
- 10.9- რეკომენდაციას ვაძლევთ სპეციალისტებს, კონსულტაცია გაუწიონ მშობლებს და ინტერსექს ბავშვებს (როდესაც სახეზეა შესაბამისი კოგნიტური განვითარება) გადადონ სასქესო ორგანოს ქირურგია, სასქესო ჯირკვლის ქირურგია, ან ორივე ერთად, რათა ოპტიმიზაცია გაუწიონ ბავშვების თვითგამორკვევას და მათ მიეცეთ შესაძლებლობა, გადაწყვეტილება მიიღონ ინფორმირებული თანხმობის საფუძველზე;
- 10.10- გავცემთ რეკომენდაციას, რომ ინტერსექს პირებს კონსულტაცია გაუწიონ მხოლოდ ქირურგებმა, რომლებსაც აქვთ ინტერსექსუალური სასქესო ან გონდალური ქირურგიის გამოცდილება;
- 10.11- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც უნიშნავენ ან მიმართავენ ჰორმონულ თერაპიას/ოპერაციებს, კონსულტაცია გაუწიონ ინტერსექს ადამიანებს, რომლებსაც ნაყოფიერების (ან ფერტილობის) პოტენციალი აქვთ და მათ ოჯახებს ა) მომავალ ნაყოფიერებაზე ჰორმონული თერაპიის/ოპერაციის გავლენის შესახებ; ბ) იმ თერაპიის პოტენციურ ეფექტებზე, რომლებიც კარგად არ არის შესწავლილი და დაუდგენელია, თუ რამდენად შექცევადია; გ) ნაყოფიერების შენარჩუნების ვარიანტების შესახებ; და დ) უნაყოფობის ფსიქოსოციალურ შედეგებზე.
- 10.12- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც ზრუნავენ ინტერსექს და თანდაყოლილი უნაყოფობის მქონე პირებზე, ადრეულად და ეტაპობრივად გააცნონ მათ და მათ ოჯახებს მშობლობის სხვადასხვა ალტერნატიული ვარიანტები.

ცია, 2019a) უახლეს ვერსიაში, წინა ვერსიის გადასინჯვის შედეგად, „გენდერული შეუთავსებლობა“ გადავიდა „ფსიქიკური, ქცევითი ან ნეიროგანვითარების დარღვევების“ თავიდან ახალ თავში – „სექსუალურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მდგომარეობები“.

ამ თავში ყველა დებულება რეკომენდებულია მტკიცებულებების საფუძველიანი განხილვის, სარგებლისა და ზიანის, პროვაიდერებისა და პაციენტების ღირებულებებისა და უპირატესობების, რესურსების გამოყენებისა და განხორციელებადობის შეფასების საფუძველზე. ზოგიერთ შემთხვევაში, ჩვენ ვაღიარებთ, რომ მტკიცებულებები შეზღუდულია და/ან მომსახურებები შეიძლება არ იყოს ხელმისაწვდომი ან სასურველი.

ღიგულება 10.1

გავცემთ რეკომენდაციას, რომ მულტიდისციპლინურმა გუნდმა, რომელსაც ესმის გენდერული იდენტობისა და გამოხატვის მრავალფეროვნება, ისევე, როგორც ინტერსექსუალობა, უზრუნველყოს ზრუნვა ინტერსექსი პირებისა და მათი ოჯახებისთვის.

ინტერსექსუალობა, სქესობრივი განვითარების დარღვევების (სგდ) ქვეკატეგორია, რთული თანდაყოლილი მდგომარეობაა, რომელიც მოითხოვს სხვადასხვა სამედიცინო და ქცევითი დისციპლინების ექსპერტების ჩართულობას (Hughes et al., 2006). გუნდის შემადგენლობა და ფუნქცია შეიძლება განსხვავდებოდეს გუნდის ადგილმდებარეობის,

ადგილობრივი რესურსების, დიაგნოზის და ინტერსექსი ინდივიდის და მისი ოჯახის საჭიროებების მიხედვით. იდეალური გუნდი მოიცავს ენდოკრინოლოგიის, ქირურგიის და/ან უროლოგიის, ფსიქოლოგიის/ფსიქიატრიის, გინეკოლოგიის, გენეტიკის პედიატრიულ სპეციალისტებს. და, თუ ეს შესაძლებელია, სოციალურ მუშაკებს, ექთნებს და სამედიცინო ეთიკაში მომზადებულ პირებს (Lee et al., 2006). გუნდის სტრუქტურა შეიძლება შეესაბამებოდეს 1) ტრადიციულ მულტიდისციპლინურ სამედიცინო მოდელს; 2) ინტერპროფესიულ მოდელს; ან 3) ტრანსდისციპლინურ მოდელს. მიუხედავად იმისა, რომ ეს სტრუქტურები შეიძლება ერთმანეთს ჰგავდნენ, ისინი სინამდვილეში ძალიან განსხვავდებიან და შეუძლიათ სხვადასხვა გავლენა მოახდინონ გუნდის ფუნქციონირებაზე (Sandberg & Mazur, 2014). 2006 წლის პროფესიონალთა თანხმობის განცხადება გადაწყვეტილებას არ იღებს იმ საკითხის შესახებ, თუ რომელი მოდელია საუკეთესო – მულტიდისციპლინური, ინტერდისციპლინური თუ ტრანსდისციპლინური – და მხოლოდ მიუთითებს, რომ მოდელები „ითვალისწინებენ თანამშრომლობისა და პროფესიული ავტონომიის სხვადასხვა დონეს“ (Lee, Nordenström et al., 2016). 2006 წელს პროფესიონალთა თანხმობის განცხადების გამოქვეყნების შემდეგ, ასეთი გუნდები შეიქმნა როგორც ევროპაში, ასევე აშშ-ში. გუნდების სია აშშ-ში შეგიძლიათ იხილოთ „DSD-Translational Network“ (DSD-TRN) ვებ-გვერდზე. ასეთივე გუნდები არსებობს ევროპის რიგ ქვეყანებში (Thyen et al., 2018); თუმცა როგორც სანდბერგი და მაზური (2014) აღნიშნავენ, მულტიდისციპლინური გუნდები წყვეტენ რიგ პრობლემებს, რომლებიც ძირს უთხრის ინტერსექსუალობის დიაგნოზის მქონე ინდივიდებისა და მათი ოჯახებისთვის წარმატებული სამედიცინო დახმარების მიწოდებას, ასეთი პრობლემებია: მომსახურებების გაბნეულობა, პროფესიონალებს შორის კომუნიკაციის შეზღუდულობა ან არ არსებობა და შედეგად მიღებული ფრაგმენტული ხასიათის ახსნა-განმარტებები, რასაც უფრო მეტი დაბნეულობა მოაქვს, ვიდრე სიცხადე.

ინტერსექსუალობით დაბადებული ინდივიდების უმეტესობა იდენტიფიცირებული იქნება დაბადებისას ან მალევე, ხოლო სხვები გამოვლინდებიან სიცოცხლის ციკლის შემდგომ პერიოდში, მაგალითად, პუბერტატის ასაკში (იხ. Brain et al., 2010, ცხრილი 1). როდესაც ეს მოხდება, გუნდური მიდგომა შეიცვლება დიაგნოზისა და პირის ასაკის მიხედვით. ზოგიერთ შემთხვევაში, გუნდის შემადგენლობა შეიძლება გაფართოვდეს საჭიროების შემთხვევაში სხვა სპეციალისტების ჩართვით.

ცნობილია, რომ ბავშვებს, რომლებსაც სინჯავს მრავალდისციპლინური გუნდი, მეტი ალბათობა აქვთ მიიღონ მომსახურებათა სრული სპექტრი და არა მხოლოდ ერთი პროვაიდერის მიერ შემოთავაზებული სერვისები (Crerand et al., 2019). მშობლები, რომლებიც იღებდნენ ასეთ ზრუნვას, დადებითად აფასებენ ფსიქოსოციალურ სერვისებს და გუნდურ მიდგომას და მიუთითებენ, რომ მიიღეს მეტი ინფორმაცია, ვიდრე მშობლებმა, რომლებიც არ ურთიერთობდნენ ასეთ გუნდთან (Crerand et al., 2019).

დასკვნა 10.2

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც ზრუნავენ ტრანსგენდერ ახალგაზრდებსა და ზრდასრულებზე, გაიარონ ტრენინგი და აიმაღლონ განათლება ინტერსექსუალური ზრუნვის იმ ასპექტებზე, რომლებიც შეესაბამება მათ პროფესიულ დისციპლინას.

სამედიცინო ფაკულტეტის პრაქტიკანტ სტუდენტებთან ინტერვიუების შედეგები (Liang et al., 2017; Zelin et al., 2018) პროგრამული თვითაუდიტი და გამოკითხვები (DeVita et al., 2018; Khalili et al., 2015) გვაფიქრებინებს, რომ სამედიცინო სასწავლო პროგრამები ადეკვატურად არ ამზადებს პრაქტიკოსებს გენდერული დისფორიისა და ინტერსექსუალობის მქონე პირებისთვის კომპეტენტური ზრუნვის უზრუნველსაყოფად. ინტერსექსუალობასთან დაკავშირებული ღონისძიებების მონაწილე პროფესიონალები და დაინტერესებული მხარეები აღნიშნავენ, რომ უწყვეტი გა-

ნათლება და თანამშრომლობა წარმოადგენს პროფესიული განვითარების მნიშვნელოვან საჭიროებას (Bertalan et al., 2018; Mazur et al., 2007). ეს განსაკუთრებით ეხება ზრდასრულთა სამედიცინო დახმარების პროვაიდერებს, რომლებსაც შეიძლება ნაკლებ კლინიკურ სახელმძღვანელო მასალაზე ან მხარდაჭერაზე მიუწვდებოდეთ ხელი იმ ადამიანებისთვის დახმარების გასაწევად, რომლებიც გადადიან პედიატრიულიდან ზრდასრულების ჯანდაცვაში (Crouch & Creighton, 2014).

თუმცა, ამ თემების მართვასთან დაკავშირებით პრაქტიკოსის ტრენინგის ან კომპეტენციის შეფასების რამდენიმე გაიდლაინი არსებობს და ის, რაც ხელმისაწვდომია, ძირითადად ეხება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებს (MHPs) (Hollenbach et al., 2014), პირველადი სამედიცინო ზრუნვის სახელმძღვანელოს გამოკლებით (ეროვნული LGBTQIA + ჯანმრთელობის განათლების ცენტრი, 2020).

ჯანდაცვის პროფესიონალებისთვის, რომელთაც სურთ გააუმჯობესონ თავიანთი კომპეტენცია, ექსპერტებთან კონსულტაციის გავლა შეიძლება იყოს გამოსავალი, როდესაც ფორმალური განათლება ან ემპირიული გაიდლაინები სხვაგვარად არაა ხელმისაწვდომი. იმის გათვალისწინებით, რომ ინტერსექსუალობის მართვის მულტიდისციპლინურ ექსპერტთა გუნდებს შედარებით ფართოდ იყენებენ (Pasterski et al., 2010), ამ გუნდებში მომუშავე პირებს მათი პოზიცია აძლევს საშუალებას, რომ კონსულტაცია გაუწიონ და მიაწოდონ ინფორმაცია ჯანდაცვის სფეროს ის პერსონალი, რომლებსაც შესაძლოა არ გაუვლიათ შესაბამისი ტრენინგი (Hughes et al. ალ., 2006). ამიტომ, რეკომენდებულია, რომ სხვა პროფესიონალების ტრენინგი იყოს გუნდის განვითარების ცენტრალური კომპონენტი (Auchus et al., 2010) და მულტიდისციპლინური გუნდების წევრებმა გაიარონ სპეციალური ტრენინგი გუნდურ სამუშაოსთან დაკავშირებით, მათ შორის, ინტერპროფესიულ სწავლაში ჩართვის სტრატეგიების შესახებ (Bisbey, et al., 2019; Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011).

დაკავშირებული 10.3

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, დიაგნოზის დადგენის მომენტიდან მოყოლებული, მიაწოდონ ინფორმაცია და კონსულტაცია გაუწიონ ინტერსექსუალობის ოჯახებს ბავშვის განსაკუთრებული ინტერსექსუალური მდგომარეობისა და მისი ფსიქოსოციალური შედეგების შესახებ.

სამედიცინო ინფორმაციის სრული გამჟღავნება ინტერსექსუალური მდგომარეობის მქონე ბავშვების ოჯახებისთვის განათლები-სა და კონსულტაციის გზით უნდა დაიწყოს დიაგნოზის დასმის მომენტიდან და ეს უნდა გაკეთდეს პროფესიონალის თანხმობის სახელმძღვანელოს მითითებების შესაბამისად. ერთ-ერთი ყველაზე რთული საკითხი, რომელსაც ინტერსექსუალობის მქონე ახალშობილთან ვაწყდებით, განსაკუთრებით, როდესაც ეს დაკავშირებულია სასქესო ორგანოების შესამჩნევ გაურკვევლობასთან, არის სქესის მინიჭება და მშობლების პერსპექტივიდან ის, თუ რომელი გენდერით აღზარდონ ბავშვი (Fisher, Ristori et al., 2016). იმის გათვალისწინებით, რომ მშობლების უმრავლესობისთვის ეს ძალზე სტრესული სიტუაციაა, ზოგადად რეკომენდებულია გადაწყვეტილებები სქესის/გენდერის შესახებ მიღებული იყოს საფუძვლიანი დიაგნოსტიკური შეფასების შემდეგ (Houk & Lee, 2010). თუმცა, სქესის/გენდერის შესახებ გადაწყვეტილების კრიტერიუმები დროთა განმავლობაში შეიცვალა. მე-20 საუკუნის მეორე ნახევარში გადაწყვეტილებები მიკერძოებული იყო მდედრობითი სქესის მინიჭების მიმართ, რადგან ფემინიზაციისთვის საჭირო სასქესო ორგანოების ოპერაცია უფრო მარტივად მიიჩნეოდა და გვერდითი ეფექტების განვითარების ალბათობაც ნაკლები იყო, ვიდრე მასკულინიზაციის ოპერაციის შემთხვევაში. თუმცა, ცალკეულ ინტერსექსუალურ მდგომარეობებში, როგორცაა მაგალითად, 46,XY 5pRD-2 დეფიციტი, აღმოჩნდა, რომ ქალის სქესის/გენდერის მინიჭება დაკავშირებული იყო მოგვიანებით გენდერული დისფორიის და გენდერის შეცვლის (Yang et al., 2010) მაღალ მაჩვენებელთან. შესაბამისად, 2005 წელს ინტერსექსის მენეჯმენტის საერთაშორისო პროფესიონალთა თანხმობის კონფერენციის

შემდეგ, ინტერსექსუალობის მრავალფეროვან მდგომარეობებში სქესის/გენდერის მინიჭება ითვალისწინებს თანდათანობით დაგროვებულ მონაცემებს გრძელვადიანი გენდერული შედეგის შესახებ.

გამყვანების პრაქტიკის მიზანია, უზრუნველყოს მკურნალობის შესახებ უფრო უკეთ ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღების შესაძლებლობა. გარდა ამისა, მართალია, ინტერსექსუალობასთან დაკავშირებული სირცხვილი და სტიგმა ასოცირდება არასახარბიელო ფსიქოსოციალურ შედეგებთან, მაგრამ ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის ღია და პროაქტიური კომუნიკაცია შემოთავაზებულია ამ რისკების შემცირების სტრატეგიად (de Vries et al., 2019). პიროვნების დიაგნოზისა და განვითარების სტადიის მიხედვით, ინტერსექსუალურმა მდგომარეობებმა შეიძლება განსხვავებულად იმოქმედონ ინდივიდებსა და მათ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საჭიროებებზე. ამიტომ, ინტერსექსუალების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული კომუნიკაცია უნდა იყოს უწყვეტი და ინდივიდზე მორგებული. ინტერსექსუალების ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში გადაწყვეტილების მიღების შესახებ კვლევა გვაფიქრებინებს, რომ ოჯახებზე გაელენას ახდენს კლინიკური გუნდების კომუნიკაციის სტილი (Timmermans et al., 2018). ზრუნვის სტანდარტის შესაბამისად, ჩვენ მოვუწოდებთ პროვაიდერებს, გამოიჩინონ მანორმალიზებული დამოკიდებულება და გამოიყენონ შესაბამისი ტერმინოლოგია, როგორც განათლების, ისე კონსულტაციის ფუნქციების შესრულებისას. მაგალითად, გენიტალური ატიპიის აღსანიშნად „ვარიაციის“ ან „განსხვავების“ გამოყენება უფრო აფირმაციულია, ვიდრე ტერმინები „დაბადების დეფექტი“ ან „პათოლოგია“.

ჯანდაცვის ყველა პროფესიონალს, რომელიც ჩართულია ინდივიდის მკურნალობაში, შეუძლია ოჯახებს მიაწოდოს აუცილებელი განათლება და ინფორმაცია. მულტიდისციპლინურ გუნდებში, განათლების ტიპი შეიძლება ემთხვეოდეს ჯანდაცვის პროფესიონალის ექსპერტიზის სფეროს, მაგალითად, ქირურგს შეუძლია ინდივიდს ასწავლოს მისი ანატომია, ენდოკრინოლოგს – ჰორმონული განვითარების სპეციფი-

კა ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტს – გენდერული და სექსუალური იდენტობა, რომელიც გადმოსცემს გენდერისა და სექსუალური იდენტობის სპექტრებს. სხვა ჯანდაცვის პროფესიონალებს შეიძლება დასჭირდეთ ყოვლისმომცველი განათლების მინოდება. ოჯახებმა უნდა მიიღონ ინფორმაცია, რომელიც შეესაბამება ინდივიდის კონკრეტულ ინტერსექსუალურ მდგომარეობას, როდესაც ის ცნობილია. ყველა ჯანდაცვის პროფესიონალს შეუძლია შეავსოს ეს ინფორმაცია პაციენტზე ორიენტირებული რესურსებით, რის ხელმისაწვდომობასაც უზრუნველყოფენ მხარდაჭერის ჯგუფები. ინტერსექსი ადამიანები ასევე დაქირავებულნი არიან, როგორც გუნდის წევრები, რათა უზრუნველყონ განათლება საკუთარ ცხოვრებისეულ გამოცდილებაზე დაყრდნობით.

პროფესიონალთა თანხმობის გაიდლაინები ასევე შეიცავს რეკომენდაციას, რომ ოჯახებს შესთავაზონ განგრძობადი ფსიქოსოციალური მხარდაჭერა მსგავს მდგომარეობაში მყოფი პირებისგან და პროფესიონალებისგან (Hughes et al., 2006), რაც შეიძლება მოიცავდეს კონსულტაციას პრობლემების გადაჭრაზე და მოვლენების განვითარების განჭვრეტაზე აქცენტით (Hughes et al., 2006). მაგალითად, ოჯახებს შეიძლება სჭირდებოდეთ სხვა ადამიანების – დაძმების, გაფართოებული ოჯახისა და მომვლელების – დაკვალიანება განათლებასთან დაკავშირებით ინდივიდის კონკრეტული ინტერსექსუალური მდგომარეობის შესახებ. სხვა ოჯახებს შეიძლება დასჭირდეთ მხარდაჭერა ან ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა ინტერსექსუალობის მკურნალობის სტრესის სამართავად. მოზარდებისთვის სასარგებლო იქნებოდა დაკვალიანება იმასთან დაკავშირებით, თუ როგორ უნდა გაუმყვანონ ეს ინფორმაცია თანატოლებს, ასევე მხარდაჭერა ურთიერთობების დაწყებისა და სქესის სფეროში გზის გაკვლევისას. კონსულტაციის განევა ასევე შეიძლება მოიცავდეს ოჯახებისა და ყველა ასაკის ინდივიდების დაკვალიანებას სამედიცინო ან ქირურგიული დახმარების შესახებ ერთობლივი გადაწყვეტილების მიღების პროცესში. პროვაიდერებს შეუძლიათ აიყვანონ გადაწყვეტილების მიღების დამხმარეები ამ პროცესის მხარდასაჭერად (Sandberg et al., 2019; Weidler et al., 2019).

დაკავშირებული 10.4

რეკომენდაციას ვაძლევთ როგორც პროვაიდერებს, ასევე მშობლებს, ჩართონ ინტერსექსუალობის მქონე ბავშვები/ზრდასრული პირებთან განგრძობად, მათი განვითარების დონის შესაბამის კომუნიკაციაში მათი ინტერსექსუალური მდგომარეობისა და მისი ფსიქოსოციალური შედეგების შესახებ.

ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის მიწოდება არის მრავალმხრივი პროცესი, რომელიც მოიცავს ინფორმაციის გადაცემას პროვაიდერებიდან პაციენტებზე, მშობლებიდან პაციენტებზე, ასევე პაციენტებიდან ისევ მათ პროვაიდერებზე (Weidler & Peterson, 2019). მიუხედავად იმისა, რომ დიდი აქცენტი გაკეთდა მშობლებთან კომუნიკაციაზე დიაგნოსტიკისა და ქირურგიული გადანაცვლების მიღების საკითხების შესახებ, სგდ-ის მქონე ახალგაზრდები საუბრობენ ბარიერებზე, რომლებსაც აწყობიან ჯანდაცვის პროვაიდერებთან ურთიერთობაში და მათ შეიძლება ყოველთვის არ მიმართონ მშობლებს მხარდაჭერისთვის (Callens et al., 2021). იმისათვის, რომ ინდივიდები მზად იყვნენ თავიანთ მკურნალობაში სრულად ჩართვისა და ავტონომიურობისთვის, მნიშვნელოვანია, რომ პროვაიდერებსაც და მშობლებსაც უწყვეტი კომუნიკაცია ჰქონდეთ ბავშვებთან/ზრდასრულ პირებთან.

პროვაიდერებმა რაც შეიძლება მალე უნდა აცნობონ მხარეებს, რომ არსებობს ყველა მხარეს შორის მუდმივი, ღია კომუნიკაციის მოლოდინი, განსაკუთრებით იმის გათვალისწინებით, რომ მშობლები შეიძლება სტრესში იყვნენ სგდ-თან დაკავშირებული გაურკვევლობის გამო და შეიძლება ცდილობდნენ სწრაფი გადანაცვლის პოვნას (Crissman et al., 2011; Roberts et al., 2020). შემუშავებულია ერთობლივი გადანაცვლების მიღების მოდელები, ასევე შესაბამისი გადანაცვლების მიღების ინსტრუმენტები, რათა ხელი შეუწყონ მუდმივ კომუნიკაციას ჯანდაცვის პროფესიონალებსა და ოჯახებს/ზრდასრულ პირებს შორის (Karkazis et al., 2010; Sandberg et al., 2019; Siminoff & Sandberg, 2015; Weidler et al., 2019). დიალოგის მოლოდინის დანერგვის გარდა, პროვაიდერებს შეუძლიათ კომუნიკაციის ტონის განსაზღვრაც. პროვაი-

დერებს შეუძლიათ დაეხმარონ მშობლებსა და ინდივიდებს დიაგნოსტიკური გაურკვევლობის გადატანაში და ამავდროულად შეუძლიათ განათლონ ისინი ანატომიური ვარიაციების შესახებ, სამაგალითოდ აქციონ გენდერისა და სექსუალური იდენტობისადმი ღიაობა და კეთილგანწყობა გამოიჩინონ ბავშვის/ინდივიდის კითხვების მიმართ. ასაკის მატებასთან ერთად ბავშვებს/ინდივიდებს შეიძლება ჰქონდეთ კითხვები ან დასჭირდეთ ასაკის შესაბამისი ინფორმაცია სექსის, მენსტრუაციის, ნაყოფიერების, ჰორმონებით მკურნალობის საჭიროების (თირკმელზედა ჯირკვლები/სქესი), ძვლების ჯანმრთელობისა და კიბოს რისკის შესახებ.

მშობლები ასევე თამაშობენ გადამწყვეტ როლს შვილების განათლებაში და შესაძლოა, ისინი იყვნენ პირველები, ვინც ბავშვს გაუმხელენ მისი ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციას (Callens et al., 2021). კომუნიკაციასთან დაკავშირებით მოლოდინის დანერგვის ნაწილია ისიც, რომ პროვაიდერებმა უნდა მოამზადონ მშობლები, მიაწოდონ ინფორმაცია მათ შვილს და მათი მხარდაჭერის სისტემის წევრებს ინტერსექსუალობის დიაგნოზისა და მკურნალობის ისტორიის შესახებ. ზოგიერთი მშობელი აღნიშნავს, რომ უჭირს იმის განსაზღვრა, თუ რამდენი ინფორმაცია უნდა გაუმჟღავნონ სხვებს, ისევე როგორც საკუთარ შვილებს (Crissman et al., 2011; Danon & Kramer, 2017). სტრესი, რომელსაც მშობლები განიცდიან ინტერსექსუალური მდგომარეობის მქონე ბავშვების აღზრდის დროს, იზრდება, როდესაც მშობლები ირჩევენ მიდგომას, რომელიც მინიმუმამდე ამცირებს მათი ბავშვის დიაგნოზის გამჟღავნებას/განხილვას (Crissman et al., 2011). სტრესის დონე ასევე განსხვავდება განვითარების სტადიის მიხედვით და მოზარდების მშობლები მიუთითებენ სტრესის უფრო მაღალ მაჩვენებელზე (Hullman et al., 2011). ამიტომ, ჯანდაცვის პროფესიონალები უნდა დაეხმარონ მშობლებს ბავშვის განვითარების სტადიისთვის შესაბამისი სტრატეგიების შემუშავებაში, რომლებიც უპასუხებს მათ ფსიქოსოციალურ ან კულტურულ პრობლემებსა და ღირებულებებს (Danon & Kramer, 2017; Weidler & Peterson, 2019). და ბოლოს, სექსუალობისა და გენდერული ცვალებადობის უფრო

ფართო კვლევამ აჩვენა, რომ სირცხვილს/სტიგმასა და ჯანმრთელობის უარყოფით შედეგებს შორის კავშირის არსებობის მეორე მხარეა ის, რომ მხარდამჭერი ოჯახის ქცევები (მათ შორის, ბავშვებთან საუბარი მათ იდენტობაზე და მათი დაკავშირება თანატოლებთან) ინდივიდების უფრო მაღალი თვითშეფასების და ჯანმრთელობის მხრივ უკეთესი შედეგების პროგნოზირების საშუალებას იძლევა (რაიანი და სხვ., 2010).

დეკლარაცია 10.5

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს და მშობლებს, მხარი დაუჭირონ ინტერსექსუალობის მქონე ბავშვებს/პირებს თავიანთი გენდერული იდენტობის კვლევაში მთელი ცხოვრების მანძილზე.

ინდივიდის გენდერული იდენტობის ფორმირებისთვის ფსიქოლოგიური, სოციალური და კულტურული კონსტრუქციები – ყველა იკვეთება ბიოლოგიურ ფაქტორებთან. როგორც ჯგუფი, ინტერსექსუალ ინდივიდებში ჩანს გენდერულად შეუთავსებელი ქცევის, გენდერთან დაკავშირებული ეჭვებისა და კროს-გენდერული სურვილების გაზრდილი მაჩვენებელი ბავშვობაშივე, რაც ნაწილობრივ განპირობებულია იმით, რომ მუცლად ყოფნის პერიოდში სქესობრივ-ჰორმონული გარემო, რომელშიც ნაყოფის ტვინმა განიცადა დიფერენცირება, და დაბადებისას მინიჭებული სქესი ერთმანეთს აცდენილია (Callens et al., 2016; Hines, et al., 2015; Meyer-Bahlburg et al., 2016; Pasterski et al., 2015). გენდერული იდენტობის პრობლემების მაჩვენებელი განსხვავებულია სხვადასხვა ინტერსექსუალური მდგომარეობის მქონე ინდივიდებში (de Vries et al., 2007). ბოლო დროს, დადასტურდა შემთხვევები, როცა ზოგიერთ ინდივიდს ჩამოუყალიბდა არაბინარული იდენტობა, ყოველ შემთხვევაში, ფარულად/პრივატულად (Kreukels et al., 2018). მიუხედავად იმისა, რომ ინტერსექსუალობის მქონე ადამიანების უმრავლესობას შეიძლება არ ჰქონდეს გენდერული დისფორია ან გენდერული ტრანზიციის სურვილი, მათ მაინც შეიძლება ჰქონდეთ გაურკვეველობის გრძნობა და პასუხგაუცემელი კითხვები თავიანთ გენდერთან დაკავშირებით (Kreukels et al., 2018). გენდერული იდენტობის

შესახებ კითხვები შეიძლება წარმოიშვას ისეთი ფაქტორებისგან, როგორცაა სასქესო ორგანოების გარეგნობა, პუბერტატული განვითარება და ისეთი საკითხების ცოდნა, როგორცაა სამედიცინო მდგომარეობის დიაგნოსტიკური სახელწოდება, სასქესო ჯირკვლების მდგომარეობა, სქესობრივი ქრომოსომის მდგომარეობა და სასქესო ორგანოების ოპერაციის ისტორია. ამიტომ, ჯანდაცვის პროფესიონალები უნდა იყვნენ ხელმისაწვდომი კლიენტებისთვის, რათა განიხილონ ეს კითხვები და გრძნობები, ღიად ისაუბრონ გენდერულ მრავალფეროვნებაზე და ჰქონდეთ ნაკლებად ბინარული მიდგომა გენდერთან დაკავშირებით. ჯანდაცვის პროფესიონალებს ვურჩევთ, დააკვალიანონ მშობლებიც იმასთან დაკავშირებით, თუ როგორ უნდა დაეხმარონ შვილებს მათი გენდერის შესწავლაში.

გარდა ამისა, ასეთი მხარდაჭერა არ უნდა შემოიფარგლებოდეს ბავშვობის წლებით. პირიქით, ინდივიდებს უნდა მიეცეთ შესაძლებლობა, იკვლიონ თავიანთი გენდერული იდენტობა მთელი ცხოვრების განმავლობაში, რადგან თითოეულმა ფაზამ შეიძლება მოიტანოს ახალი კითხვები გენდერთან დაკავშირებით (მაგალითად, პუბერტატი/მოზარდობა, მშობიარობის ასაკი). ზოგადად ბავშვებს შეიძლება ჰქონდეთ კითხვები მათი გენდერული იდენტობის შესახებ მათი მომწიფების და ევოლუციის უმნიშვნელოვანეს მომენტებში. აწყდებიან რა დამატებით სტრეს-ფაქტორებს, როგორცაა მაგალითად, სასქესო ორგანოების გაურკვეველობა, გენიტალური გამოკვლევები და პროცედურები, ისევე როგორც კულტურული მიკერძობების და გავლენების ერთობლიობა, ინტერსექსუალობის მქონე პირებს შეიძლება დასჭირდეთ მხარდაჭერა და საჭიროების შემთხვევაში, ისინი უნდა წაახალისონ განათლებული პროფესიონალის დახმარებისა და დაკვალიანების მისაღებად. ასევე, ჯანდაცვის პროფესიონალებმა რეგულარულად უნდა გამოჰკითხოთ მათი ინტერსექსუალობის მქონე კლიენტები იმის დასადგენად, ხომ არ სჭირდებათ მათ ასეთი მხარდაჭერა. როდესაც ადამიანები განიცდიან გენდერულ შეუთავსებლობას, უნდა მოხდეს გენდერის დამადასტურებელი ინტერვენციების განხილვა. ასეთი ინტერვენციების დროს გამოსაყენებელი პროცედურები აღწერილია სხვა თავებში.

დაკავშირებული

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, ხელი შეუწყონ კეთილდღეობას და მინიმუმამდე დაიყვანონ ინტერსექსუალურ მდგომარეობასთან დაკავშირებული პოტენციური სტიგმა როგორც სამედიცინო, ისე არასამედიცინო პირებთან/ორგანიზაციებთან თანამშრომლობით.

ცნობილია, რომ ინტერსექსი ადამიანები განიცდიან სტიგმას, სირცხვილის, დანაშაულის გრძნობას, ბრაზს, სევდას და დეპრესიას (Carroll et al., 2020; Joseph et al., 2017; Schützmann et al., 2009). ამ პოპულაციაში შეინიშნება ფსიქოლოგიური სირთულეების უფრო მაღალი დონე, ვიდრე დანარჩენ საზოგადოებაში (Liao & Simmonds, 2014; de Vries et al., 2019). გარდა ამისა, კლინიკურ გუნდს მხედველობიდან არ უნდა გამორჩეს მშობელთა შიში შვილის დიაგნოზთან შეგუების და სტიგმატიზაციის. მშობლებს შეუძლიათ ისარგებლონ მხარდაჭერი კონსულტაციით, რომელიც დაეხმარება მათ კლინიკური გადანიშნულების მიღების პროცესში (Fleming et al., 2017; Rolston et al., 2015; Timmermans et al., 2019), ასევე იმის გაგებაში, თუ რა გავლენას მოახდენს მიღებული კლინიკური გადანიშნულება მათ წარმოდგენზე საკუთარი შვილის შესახებ (Crissman et al., 2011; Fedele et al., 2010).

ტიენმა და კოლეგებმა (2005) აღმოაჩინეს, რომ განმეორებითი გენიტალური გამოკვლევები, როგორც ჩანს, დაკავშირებულია სირცხვილთან, შიშთან და ტკივილთან და შეიძლება გაზარდოს შემდგომში პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის (PTSD) განვითარების ალბათობა (Alexander et al., 1997; Money & Lamacz, 1987). სასქესო ორგანოების განმეორებითი გამოკვლევების გავლა, სამედიცინო ჩარევების შიში და მშობლებისა და ექიმების მხრიდან ინტერსექსუალობის გასაიდუმლება, საბოლოო ჯამში, ძირს უთხრის ინტერსექსუალობის მქონე პირის თვითგაძლიერებას და თვითშეფასებას (Meyer-Bahlburg et al., 2018; Thyen et al., 2005; Tishelman et al., 2017; van de Griff, Cohen-Kettenis et al., 2018). რეკომენდაციებისთვის, თუ როგორ

უნდა ჩატარდეს სქესობრივი ორგანოების გამოკვლევები არასასურველი ფსიქოლოგიური გვერდითი ეფექტების შესამცირებლად, იხილეთ Tishelman et al. (2017).

ინტერსექსუალურ თემში არსებობს აქტიური მოძრაობა სტიგმის შესამსუბუქებლად და ინტერსექსუალებისთვის ადამიანის უფლებებისა და ღირსების დასაბრუნებლად, ნაცვლად იმისა, რომ ისინი სამედიცინო ანომალიებად და ცნობისმოყვარეობის საგნად განიხილებოდნენ (Yogyakarta Principles, 2007, 2017). ჩეიზი (2003) აჯამებს ინტერსექსუალობის ადვოკატირების მოძრაობის ძირითად მიზეზებს და გამოყოფს სტიგმასა და ემოციურ ტრავმას, როგორც უცოდინრობისა და გასაიდუმლოების გამოგონილი საჭიროების შედეგს. საზოგადოების ინფორმირებულობა ინტერსექსუალური მდგომარეობის შესახებ ძალიან შეზღუდულია და ინტერსექსი პირების ფოტოები და ისტორიები კვლავ წარმოდგენილია როგორც „ბუნების ანომალიები“. ამიტომ, ჩვენ ვურჩევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს აქტიურად მიანოდონ განათლება თავიანთ კოლეგებს, ინტერსექსუალობის მქონე პირებს, მათ ოჯახებს და თემებს, გაზარდონ საჯარო ცნობადობა და ცოდნა ინტერსექსუალობის შესახებ. საზოგადოების ინფორმირებულობამ და ცოდნამ ინტერსექსუალობასთან დაკავშირებით შესაძლოა ხელი შეუწყოს დისკრიმინაციისა და სტიგმატიზაციის შემცირებას. ინსტრუმენტები და საგანმანათლებლო/საინფორმაციო მასალები ასევე შეიძლება დაეხმაროს ინტერსექსუალ პირებს, სურვილის შემთხვევაში, თავიანთი მდგომარეობის გამჟღავნებაში (Ernst et al., 2016).

ჯანდაცვის პროფესიონალებს უნდა შეეძლოთ თავიანთ პაციენტებში სტიგმატიზაციის ამოცნობა და მათზე რეაგირება (Meyer-Bahlburg et al., 2018) და უნდა წაახალისონ სხვადასხვა ასაკის ინტერსექსი ადამიანების ერთმანეთთან კავშირი მხარდაჭერის ჯგუფების მეშვეობით. საჭიროა სპეციფიკური ტექნიკის/მეთოდების შემუშავება, რათა დაეხმარონ პაციენტებს ინტერსექსუალობასთან დაკავშირებული სტიგმის დაძლევაში.

დეკლარაცია 10.7

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, ინტერსექსუალობის მქონე ბავშვები და ინდივიდები და მათი ოჯახები საჭიროებისამებრ გადაამისამართონ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებთან, ასევე თანასწორგანამათლებლებთან და სხვა ფსიქოსოციალური მხარდაჭერის ცენტრებთან.

თითქმის ყველა მშობლისთვის ინტერსექსი ბავშვის დაბადება სრულიად მოულოდნელი და შოკის მომგვრელია. მათმა უუნარობამ, დაუყოვნებლივ უპასუხონ საყოველთაოდ გავრცელებულ კითხვაზე – «შენი ბავშვი ბიჭია თუ გოგო?», ბავშვის მდგომარეობის შესახებ ცოდნის სიმწირემ, ბავშვის მომავალთან დაკავშირებულმა გაურკვევლობამ და ინტერსექსუალობასთან დაკავშირებით გავრცელებულმა სტიგმამ, შესაძლოა, გამოიწვიოს სტრესი, რომელმაც შეიძლება მიაღწიოს პოსტტრავმატული სტრესული აშლილობის (PTSD) დონეს და შეიძლება გამოიწვიოს გახანგრძლივებული შფოთვა და დეპრესია (Pasterski et al., 2014; Roberts et al., 2020; Wisniewski & Sandberg, 2015). ამ ვითარებაში შეიძლება გავლენა მოახდინოს მშობლების მიერ ბავშვზე ზრუნვაზე და მათი ინტერსექსუალობის მქონე ბავშვის გრძელვადიან შედეგებზე (Schweizer et al., 2017). ბავშვების ზრდის კვალდაკვალ, მათ ასევე ემუქრებათ ინტერსექსუალური სტიგმა მისი სამი ძირითადი ფორმით (აქტიური, მოსალოდნელი, ინტერნალიზებული) ცხოვრების ყველა სფეროში (Meyer-Bahlburg et al., 2018), სხვა პოტენციურ სირთულეებთან ერთად, როგორცაა საკუთარი სხეულის აღქმის პრობლემები, გენდერულად ატიპური ქცევა და ეჭვები გენდერულ იდენტობასთან დაკავშირებით.

ბევრს შეიძლება შეექმნას დამატებითი გამოწვევა, რომელიც თან სდევს მინიჭებულ გენდერსა და ბიოლოგიურ მახასიათებლებს შორის შეუთავსებლობის გაცნობიერებას, როგორცაა სქესობრივი კარიოტიპი, სასქესო ჯირკვლები, წარსული და/ან ამჟამინდელი სქესობრივ-ჰორმონული გარემო და რეპროდუქციული ტრაქტის კონფიგურაცია. ამ ვითარებამ ასევე შეიძლება უარყოფითად იმოქმედოს ინდივიდების ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე (Godfrey, 2021; Meyer-

Bahlburg, 2022). ლგბტქ ახალგაზრდების ძალიან დიდი ჯგუფის ბოლოდროინდელმა ონლაინ კვლევამ აჩვენა, რომ ლგბტქ ახალგაზრდებს, რომლებიც მიუთითებდნენ, რომ ფიზიკური ინტერსექსუალობის რაიმე ვარიანტი ჰქონდათ, აღენიშნებოდათ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების უფრო მაღალი მაჩვენებელი, ვიდრე ლგბტქ ახალგაზრდებს, რომელთაც არ ჰქონდათ ინტერსექსუალობა (Trevor Project, 2021). რამდენადაც ინტერსექსუალური მდგომარეობა იშვიათია, ასეთი ბავშვების მშობლებმა და მოგვიანებით თავად ინდივიდებმა შეიძლება აღიქვან თავიანთი მდგომარეობა როგორც უნიკალური და ძალზე ძნელად გასაგები სხვებისთვის. ამრიგად, კლინიკურ გამოცდილებაზე დაყრდნობით, არსებობს კონსენსუსი ჯანდაცვის პროფესიონალებს შორის – რომლებსაც აქვთ ინტერსექსუალებთან მუშაობის გამოცდილება – რომ სოციალური მხარდაჭერა არის ინტერსექსუალებზე ზრუნვის გადამწყვეტი კომპონენტი, და ეს ხორციელდება არა მხოლოდ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალების მიერ განეული პროფესიული მხარდაჭერით (Pasterski et al., 2010), არამედ, ასევე, თავად ინტერსექსუალური მდგომარეობის მქონე ინდივიდებისგან შემდგარი მხარდამჭერი ჯგუფების მეშვეობით (Baratz et al., 2014; Cull & Simmonds, 2010; Hughes et al., 2006; Lampalzer et al., 2021). სქესის განვითარების დარღვევებისა (DSD) და ინტერსექსუალების ურთიერთმხარდაჭერის და ადვოკატირების ჯგუფების დეტალური საერთაშორისო ჩამონათვალი და მათი ვებგვერდები მოწოდებულია ლის, ნორდენსტრომის და სხვების მიერ (Lee, Nordenström et al., 2016).

ინტერსექსუალური მდგომარეობებისა და მკურნალობის რეჟიმების არაერთგვაროვნების გამო, ინტერსექსუალობის მქონე ინდივიდისთვის შეიძლება ყველაზე მეტად გამოსადეგი აღმოჩნდეს დაკავშირება მხარდამჭერ ჯგუფთან, რომელიც აერთანებს მას მსგავს ან ზუსტად მის მდგომარეობის მქონე წევრებს. მნიშვნელოვანია, რომ ინტერსექსუალების მკურნალობის სფეროში სპეციალიზირებულმა ჯანდაცვის პროფესიონალებმა ასევე მჭიდროდ ითანამშრომლონ ასეთ მხარდამჭერ ჯგუფებთან, რათა დროდადრო აზრთა სხვადასხვაობა ზრუნვის

კონკრეტულ ასპექტებთან დაკავშირებით გადაიჭრას დეტალური დისკუსიებით. მჭიდრო კონტაქტები ჯანდაცვის პროფესიონალებსა და მხარდაჭერის ჯგუფებს შორის ასევე ხელს უწყობს თემზე დაფუძნებულ თანამონაწილეობით კვლევას, რომელიც სარგებელს მოუტანს ორივე მხარეს.

ფიგურა 10.8

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, კონსულტაციები გაუწიონ ინტერსექსუალ ადამიანებს და მათ ოჯახებს პუბერტატის დათრგუნვის და/ან ჰორმონული მკურნალობის შესაძლო ვარიანტების შესახებ გენდერული იდენტობის, ასაკისა და უნიკალური სამედიცინო გარემოებების გათვალისწინებით.

მიუხედავად იმისა, რომ ინტერსექსუალობის მქონე ბევრ ადამიანს აქვს გენდერული იდენტობა მათი XX ან XY კარიოტიპის შესაბამისად, არსებობს საკმარისი არაერთგვაროვნება იმისთვის, რომ ჯანდაცვის პროფესიონალებმა უზრუნველყონ ინდივიდზე მორგებული მიდგომები. მაგალითად, XX ინდივიდებს შორის, რომლებსაც აქვთ ვირილიზაციის გამომწვევი თირკმელზედა ჯირკვლის ჰიპერპლაზია, მოსალოდნელზე დიდ უმცირესობას აქვს მამრობითი გენდერის იდენტობა (Dessens et al., 2005). ნაწილობრივი ანდროგენრეზისტენტობის სინდრომის მქონე XY ინდივიდებს შორის გენდერული იდენტობა შეიძლება მნიშვნელოვნად განსხვავდებოდეს (Babu & Shah, 2021). გარდა ამისა, XY ინდივიდებში, რომელთაც აქვთ 5 α -რედუქტაზა-2-ს (5 α -RD-2) დეფიციტი და 17-ბეტა-ჰიდროქსისტეროიდის დეჰიდროგენაზა-3-ს დეფიციტი, რომლებსაც დაბადებისას მდედრობითი სქესი მიენიჭათ, მათი დიდი ნაწილი (56-63% და 39-64%, შესაბამისად) ასაკის მატებასთან ერთად იცვლება ტიპური ქალის გენდერული როლიდან ტიპურ მამრობითი გენდერული როლისკენ (Cohen-Kettenis, 2005).

ინტერსექსუალობის მქონე ადამიანებს აქვთ მკურნალობის შესაძლებლობების ფართო სპექტრი, რაც გენდერულ იდენტობაზეა დამოკიდებული და მათ ანატომიასთან არის შესაბამისობაში. ეს ვარიანტები მოიცავს სქესობრივი

მომნიფების დამთრგუნველ მედიკამენტებს, ჰორმონულ მკურნალობას და ოპერაციებს, რომლებიც მორგებულია ინდივიდის უნიკალურ საჭიროებებზე (Weinand & Safer, 2015; Safer & Tangpricha, 2019) (დამატებითი ინფორმაციისთვის იხილეთ თავი 6 – მოზარდები და თავი 12 – ჰორმონული თერაპია). კერძოდ, როდესაც წარმოდგენილია ფუნქციური სასქესო ჯირკვლები, სქესობრივი მომნიფება შეიძლება დროებით შეჩერდეს გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის (GnRH) ანალოგების გამოყენებით.

ასეთი ჩარევა ინდივიდს აძლევს საჭირო დროს საკუთარი გენდერული იდენტობის შესასწავლად და საკუთარი გენდერის განსაზღვრაში აქტიური მონაწილეობის მისაღებად, განსაკუთრებით იმ შემთხვევებში, როდესაც ხშირია გენდერული როლის შეცვლა (მაგ. მდედრობითი სქესით აღზრდილ პირებში 5 α -RD-2 დეფიციტით; Cocchetti, Ristori, Mazzoli et al., 2020; Fisher, Castellini et al., 2016).

ჯანდაცვის პროფესიონალებს შეუძლიათ გაუწიონ პირდაპირი კონსულტაციები ინდივიდებს და მათ ოჯახებს და ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებლებს გააჩნიათ საკმარისი ექსპერტიზა და შეუძლიათ მისი გამოყენება ინდივიდისთვის შესაბამისი მკურნალობის კურსის განსაზღვრისთვის და ასევე, არჩეული თერაპიული გადაწყვეტის განხორციელებისთვის აუცილებელი ლოჯისტიკური საკითხების დასადგენად.

ფიგურა 10.9

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, კონსულტაცია გაუწიონ მშობლებს და ინტერსექს ბავშვებს (თუ მათი კოგნიტური განვითარება ამის საშუალებას იძლევა) გადადონ გენიტალური ქირურგია, სასქესო ჯირკვლის ქირურგია ან ორივე ერთად, რათა გააუმჯობესონ ბავშვების თვითგამორკვევის შესაძლებლობა და მიეცეთ საშუალება, მონაწილეობა მიიღონ გადაწყვეტილების მიღებაში ინფორმირებული თანხმობის საფუძველზე.

საერთაშორისო უფლებადამცველი ორგანიზაციები სულ უფრო ხშირად გამოხატავენ შემოფოთებას იმის გამო, რომ სანამ ბავშვი შეძ-

ლებს მნიშვნელოვანი მონაწილეობა მიიღოს გადაწყვეტილების მიღებაში იქამდე ჩატარებულმა ოპერაციებმა შეიძლება საფრთხე შეუქმნას ბავშვის უფლებებს ავტონომიაზე, თვითგამორკვევასა და ღია მომავალზე (მაგ. Human Rights Watch, 2017). მრავალი სამედიცინო და ინტერსექსუალთა დაცვის ორგანიზაცია, ისევე როგორც რამდენიმე ქვეყანა შეუერთდა საერთაშორისო ადამიანის უფლებათა ჯგუფებს, რათა რეკომენდაცია გაუნიონ ოპერაციული ჩარევის გადადებას, როდესაც ეს სამედიცინო თვალსაზრისით შესაძლებელია (Dalke et al., 2020; National Academy of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020). თუმცა, მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ზოგიერთი ანატომიური მოცემულობები, როგორცაა შარდის დინების შეფერხება ან მენჯის ორგანოების ექსპოზიცია, ქმნიან მყისიერ რისკებს ფიზიკური ჯანმრთელობისთვის (Mouriquand et al., 2016). სხვებს, როგორცაა მენსტრუაციის შეფერხება ან ავთვისებიანი სიმსივნეების განვითარების გრძელვადიანი რისკი განუვითარებელ სათესლე ჯირკვლებში, გააჩნიათ ეტაპობრივად განვითარებადი ფიზიკური შედეგები. ვარიაციების მესამე ჯგუფი, როგორცაა მაგალითად გარე სასქესო ორგანოების ვიზუალური ან ვაგინალური სიღრმის ნაირსახეობები, არ ქმნიან მყისიერ ან გრძელვადიან ფიზიკურ რისკს. ზემოაღნიშნული რეკომენდაცია ეხება მხოლოდ იმ ანატომიურ ვარიაციებს, რომლებიც, მკურნალობის გარეშე დატოვების შემთხვევაში არ გამოიწვევს მყისიერ უარყოფით ფიზიკურ შედეგებს და სადაც ქირურგიული მკურნალობის დაგვიანება არ უქმნის საფრთხეს ფიზიკურ ჯანმრთელობას.

ამ სახესხვაობების მქონე პირთა არაგადაუდებელი ქირურგიული მკურნალობა რთული და ხშირად სადავოა, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ინდივიდი ჩვილი ან მცირეწლოვანი ბავშვია და გადაწყვეტილების მიღების პროცესში მონაწილეობა ჯერ არ შეუძლია. ხანდაზმული, ინტერსექსუალთა მქონე ადამიანები საუბრობენ, რომ მათ აწუხებთ ფსიქოსოციალური და სექსუალური ჯანმრთელობის პრობლემები, მათ შორის, დეპრესია, შფოთვა და სექსუალური და სოციალური სტიგმა (de Vries et al., 2019; Rosenwohl-Mack et al., 2020). ზოგიერთი

კვლევა მიანიშნებს, რომ კონკრეტული ვარიაციის მქონე პირები (მაგ. 46, XX CAH) ეთანხმებიან ოპერაციის ჩატარებას მოზარდობის ასაკამდე (Bennecke et al., 2021). ბოლო კვლევებმა აჩვენა, რომ ზოგიერთი მოზარდი და ზრდასრული კმაყოფილია ბავშვობაში ჩატარებული ოპერაციის შედეგად სასქესო ორგანოების გარეგნობითა და ფუნქციით (Rapp et al., 2021). ბავშვის გენიტალური განსხვავება ასევე შეიძლება გახდეს სტრესის წყარო მშობლებისთვის, და არსებობს კვლევა, რომელიც იუწყება, რომ არსებობს კავშირი ქირურგიული ჩარევის გზით ბინარულ სასქესო ორგანოების შექმნასა და მშობლების სტრესის მცირედით შემცირებას შორის (Wolfe-Christensen et al., 2017), თუმცა მშობლების მცირე ნაწილმა შეიძლება გამოთქვას სინანული ამგვარი გადაწყვეტილების მიღების გამო (Cohen-Kettenis, 2005). შედეგად, ზოგიერთი ორგანიზაცია გვირჩევს, რომ ოპერაცია შესთავაზონ ძალზე მცირეწლოვან ბავშვებს (ამერიკული უროლოგიური ასოციაცია, 2019; პედიატრიული ენდოკრინული საზოგადოება, 2020).

ეს მიუთითებს სამედიცინო სფეროში სასქესო ორგანოს ადრეული ოპერაციის მართვის გაიდლაინებთან დაკავშირებით განსხვავებების არსებობაზე. ამ თავის ავტორებმაც ვერ მიაღწიეს სრულ ურთიერთთანხმობას. ინტერსექსუალთა ზოგიერთი სპეციალისტი მიიჩნევს, რომ პოტენციურად საზიანოა სასქესო ორგანოების ვარიაციების შემთხვევაში სასქესო ორგანოების ადრეული ქირურგიის გადადების დაჟინება ყველა შემთხვევაში, როცა მყისიერი სამედიცინო რისკი არ დგას. ამ მოსაზრების მხარდამჭერი მიზეზები შემდეგია: 1) ინტერსექსუალური მდგომარეობა უაღრესად ჰეტეროგენულია ტიპის და სიმძიმის მიხედვით, ისევე როგორც სასქესო ჯირკვლების სტრუქტურის, ფუნქციისა და ავთვისებიანი სიმსივნეების რისკის მიხედვით; 2) საზოგადოებები და ოჯახები ძალზე განსხვავდებიან გენდერული ნორმებისა და ინტერსექსუალური სტიგმის პოტენციალის მიხედვით; 3) ადრეულ ოპერაციას შეიძლება ქონდეს გარკვეული ტექნიკური უპირატესობა; და 4) ინტერსექსუალთა მქონე პირების (რომელთა უმრავლესობას უკვე გაკეთებული ჰქონდა სასქესო

ორგანოს ოპერაცია) გამოკითხვის მიმოხილვა აჩვენებს, რომ უმრავლესობა მხარს უჭერს ოპერაციას თანხმობის ასაკამდე, განსაკუთრებით, კლასიკური თანდაყოლილი თირკმელზედა ჯირკვლის ჰიპერპლაზიის (CAH) მქონე 46,XX ინდივიდებში და XY ინტერსექსუალური მდგომარეობის მქონე პირების შემთხვევაში ნაკლებად უჭერენ მხარს ოპერაციას (Meyer-Bahlburg, 2022). ამ მოსაზრების მხარდამჭერი ექსპერტები ითხოვენ ინდივიდუალურ მიდგომას სასქესო ორგანოების ოპერაციისა და მისი ჩატარების დროის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას. ამ მიდგომას იზიარებს სამედიცინო საზოგადოებები, რომელთაც ინტერსექსუალობის სპეციალისტების დიდი რაოდენობა ჰყავთ (Bangalore Krishna et al., 2021; Pediatric Endocrine Society, 2020; Speiser et al., 2018; Stark et al., 2019) და გარკვეული მხარდამჭერი ორგანიზაციები (CARES Foundation; Krege et al., 2019). მიუხედავად ამისა, გრძელვადიანი შედეგების კვლევები შეზღუდულია და იმ კვლევების უმეტესობაში, რომლებიც მიუთითებენ დადებით შედეგებზე, არ მონაწილეობდა ქირურგიული ჩარევის მონინალმდეგეთა შესაძარებელი ჯგუფი (Dalke, et al., 2020; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020). ასევე არ არსებობს მტკიცებულება, რომ ქირურგიული ჩარევა იცავს ბავშვებს სტიგმისგან (Roen, 2019). ინტერსექსუალობის მქონე ზრდასრულები, რა თქმა უნდა, განიცდიან მათ სასქესო ორგანოებთან დაკავშირებულ სტიგმას, დებურესიას და შფოთვას, მაგრამ ზემოთხეხილი სტიგმა მათ შეიძლება განიცადონ მიუხედავად იმისა, ჩაუტარდებათ თუ არა ოპერაცია (Ediati et al., 2017; Meyer-Bahlburg, Khuri et al., 2017; Meyer-Bahlburg et al., 2018). ასევე არსებობს მტკიცებულება, რომ ოპერაციებმა შეიძლება გამოიწვიოს მნიშვნელოვანი კოსმეტიკური, საშარდე გზების და სექსუალური გართულებები, რომლებიც მათ თან გაყვებათ მოზრდილობაში (Gong & Cheng, 2017; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020). ბოლო კვლევები იძლევიან ვარაუდის საფუძველს, რომ ინდივიდების ზოგიერთ ჯგუფს შეიძლება ჰქონდეს განსაკუთრებით ნეგატიური გამოცდილება გონადექტომიასთან დაკავშირებით, თუმ-

ცა ეს რისკი უნდა შეფასდეს სასქესო ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნის განვითარების რისკის გათვალისწინებით (Duranteau et al., 2020; Rapp et al., 2021). ინტერსექსუალური მდგომარეობის მქონე ადამიანებში უფრო მაღალია ალბათობა იყვნენ ტრანსგენდერები, გენდერულად მრავალფეროვანი ან გენდერული დისფორიის მქონენი, ვიდრე ზოგადად დანარჩენ პოპულაციაში (Almasri et al., 2018; Pasterski et al., 2015). ამრიგად, მცირენალოვან ბავშვებში სასქესო ორგანოების ოპერაციებმა შეიძლება შეუქცევადად მიაკუთვნოს მათ ბინარული გენდერი, რომელიც არ შეესაბამება ამ ადამიანების მომავალს. ეს დასკვნები, განსაკუთრებით ადამიანის უფლებათა გადმოსახედიდან, მხარს უჭერს მონოდებას ოპერაციის ჩატარების გადაწყვეტილების გადადების შესახებ იმ დრომდე, ვიდრე ინდივიდი თავად შეიძლება გადაწყვიტილების მიღებას.

სასწრაფოდ საჭიროა, ჩატარდეს სისტემური, გრძელვადიანი შემდგომი კვლევები, რათა შესაძლებელი გახდეს გენდერული იდენტობის, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ცხოვრების ზოგადი ხარისხის მიხედვით ინტერსექსუალური მდგომარეობის მქონე იმ პირების შედარება, რომლებმაც სხვადასხვა ასაკში ჩაიტარეს ოპერაცია, ან საერთოდ არ ჩაუტარებიათ.

დაკვლევა 10.10

გაცემით რეკომენდაციას, რომ ინტერსექსუალობის მქონე პირებს მხოლოდ იმ ქირურგიებმა გაუწიონ ქირურგიული მომსახურება, რომლებსაც აქვთ ინტერსექსუალურ სასქესო ორგანოების ან გონადური ოპერაციის გამოცდილება.

ინტერსექსუალური მდგომარეობა იშვიათია და ინტერსექსუალური სასქესო ორგანოების ანატომია ჰეტეროგენულია. ოპერაციები დაკავშირებულია მნიშვნელოვანი, გრძელვადიანი გართულებების რისკთან (e.g., National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020) და ქირურგიული სასწავლო პროგრამების უმეტესობა არ ამზადებს მსმენელებს ამ სპეციალიზებული მკურნალობის გასაწევად (Grimstad, Kremen et al., 2021). ქირურგიული მკურნალობის სირთულის აღიარებით, რომელიც მთელი

სიცოცხლის მანძილზე გრძელდება, ექსპერტებისა და საერთაშორისო პროფესიონალთა თანხმობის მიერ შემუშავებული სტანდარტები რეკომენდაციას გასცემენ, რომ ინტერსექსუალურ პირებს აღნიშნული მკურნალობა ჩაუტაროს ექსპერტთა მულტიდისციპლინურმა ჯგუფმა (Krege et al, 2019; Lee, Nordenström et al., 2016; Pediatric Endocrine Society, 2020). ამიტომ, ჩვენ გირჩევთ, რომ ქირურგიული მკურნალობა შეზღუდულად იყოს ხელმისაწვდომი მხოლოდ ინტერსექსუალობაზე სპეციალიზებულ, მულტიდისციპლინურ გარემოში, რომელიც მოიცავს ინტერსექსუალების მკურნალობაში გამოცდილ ქირურგებს.

დეკლარაცია 10.11

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც ნიშნავენ ან მიმართავენ ჰორმონულ თერაპიას/ოპერაციებს, ესაუბრონ ინტერსექსუალ და ნაყოფიერების პოტენციალის მქონე პირებს და მათ ოჯახებს ა) მომავალ ნაყოფიერებაზე ჰორმონული თერაპიის/ოპერაციის ცნობილი გავლენის შესახებ; ბ) იმ თერაპიის პოტენციური ეფექტების შესახებ, რომლებიც კარგად არ არის შესწავლილი და მათი შექცევადობის შესახებ არაა ცნობილი; გ) ნაყოფიერების შენარჩუნების ვარიანტების შესახებ; და დ) უნაყოფობის ფსიქოსოციალური შედეგების შესახებ.

გარკვეული ინტერსექსუალური მდგომარეობის მქონე ინდივიდებს შეიძლება ჰქონდეთ რეპროდუქციულად ფუნქციონალური სასქესო ორგანოები, მაგრამ განიცდიან უნაყოფობას სასქესო ჯირკვლების ატიპური განვითარების გამო. სხვებს შეიძლება ჰქონდეთ ფუნქციონალური სასქესო ჯირკვლები სიცოცხლისუნარიანი ჩანასახოვანი უჯრედებით, მაგრამ ვერ ახერხებენ ბუნებრივი ნაყოფიერების მიღწევას შეუსაბამო შიდა ან გარე სასქესო ორგანოების გამო (van Batavia & Kolon, 2016). პუბერტატის დათრგუნვამ, ჰორმონულმა მკურნალობამ სქესობრივი სტეროიდული ჰორმონების გამოყენებით და გენდერის დამადასტურებელმა ოპერაციებმა შეიძლება უარყოფითი გავლენა იქონიოს მომავალ ნაყოფიერებაზე. ამიტომ მკურნალო-

ბისა და ნაყოფიერების შენარჩუნების ვარიანტების პოტენციური შედეგები უნდა იქნეს განხილული და ანონდანონილი.

ფუნქციური სათესლე ჯირკვლების მქონე პირები უნდა გააფრთხილონ, რომ ესტროგენით გახანგრძლივებულმა მკურნალობამ და ტესტოსტერონის დათრგუნვამ, რაც შესწავლილი იქნა ინტერსექსუალური მდგომარეობის არმქონე ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში, შეიძლება გამოიწვიოს სათესლე ჯირკვლის ატროფია და სპერმის რაოდენობის შემცირება (Mattawanon et al., 2018). მიუხედავად იმისა, რომ გენდერის დამადასტურებელი ამგვარი ჰორმონული მკურნალობის შეწყვეტამ შეიძლება გააუმჯობესოს სპერმის ხარისხი, სპერმის დაზიანების სრულად გამოსწორება არ არის გარანტირებული (Sermondade et al., 2021). ნაყოფიერების შენარჩუნების ძირითადი ვარიანტი მოქმედი სათესლე ჯირკვლების მქონე პირებისთვის არის მასტურბაციის, ან ვიბრაციული სტიმულაციის გზით შეგროვებული სპერმის კრიოკონსერვაცია (de Roo et al., 2016). მიუხედავად იმისა, რომ არ არსებობს მონაცემები იმის შესახებ, რამდენად წარმატებული იქნება ეს მეთოდი ადამიანებში, არსებობს იდეა სათესლე ჯირკვლის უშუალო ამოღებისა და მოუმნიფებელი სათესლე ჯირკვლის ქსოვილის კრიოპრეზერვაციის შესახებ იმ მოზარდებისთვის, რომლებთანაც ჯერ არ დანყებულა პუბერტატი (Mattawanon et al., 2018).

ფუნქციური საკვერცხეების მქონე პირები უნდა გააფრთხილონ, რომ ტესტოსტერონული თერაპია, როგორც წესი, იწვევს მენსტრუაციის და ოვულაციის შეწყვეტას, ხშირად თერაპიის დაწყებიდან რამდენიმე თვეში. არ არსებობს საკმარისი ცოდნა ტესტოსტერონის პოტენციური ეფექტის შესახებ კვერცხუჯრედებზე და შემდგომ ნაყოფიერებაზე. ტრანსგენდერ ადამიანებში ერთმა კვლევამ აჩვენა, რომ ტესტოსტერონით მკურნალობა შეიძლება დაკავშირებული იყოს პოლიკისტოზური საკვერცხეების მორფოლოგიის განვითარებასთან (Grynberg et al., 2010). თუმცა, სხვა მკვლევარებმა ვერ იპოვეს პოლიკისტოზური საკვერცხის სინდრომის (PCOS) მტკიცებულება ტრანსგენდერ კაცებში, რომლებიც იღებენ გენდერის დამადასტურე-

ბელ ჰორმონულ თერაპიას მეტაბოლური (Chan et al., 2018) ან ჰისტოლოგიური პარამეტრების საფუძველზე (de Roo et al., 2017). ხელუხლებელი საშვილოსნოს და ფუნქციონირებადი საკვერცხეების მქონე პირებს შეუძლიათ დაიბრუნონ ნაყოფიერების პოტენციალი, თუ შეწყვეტენ ტესტოსტერონით თერაპიას.

ნაყოფიერების შენარჩუნების ვარიანტები ფუნქციური საკვერცხეების მქონე ინტერსექსუალ პოსტპუბერტატულ ადამიანებში მოიცავს ჰორმონულ სტიმულაციას მომნიშვებული კვერცხუჯრედის კრიოკონსერვაციის ან საკვერცხის ქსოვილის კრიოკონსერვაციის მიზნით. ალტერნატიულად, კვერცხუჯრედის სტიმულირებული ექსტრაქცია დაფიქსირდა იმ ტრანსგენდერ კაცშიც კი, რომელიც აგრძელებდა ტესტოსტერონის თერაპიას (გრინვალდი, 2021). ანალოგიურად, კვერცხუჯრედის კრიოკონსერვაცია საკვერცხის სტიმულაციის შემდეგ დაფიქსირდა ტრანსგენდერ ბიჭში, რომელიც გადიოდა თერაპიას გონადოტროპინებით (GnRHa) (Rothenbergetal.,2019). აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ საკვერცხეების სტიმულაცია, გონადოტროპინებით (GnRHa) ან ტესტოსტერონით მკურნალობის ან ორივეს დროებითი შეწყვეტა, ისევე როგორც გინეკოლოგიური პროცედურები შეიძლება იყოს ფსიქოლოგიური სტრესის გამომწვევი ინდივიდებისათვის. ამ სტრესულ რეაქციაზე შესაძლოა გავლენა იქონიოს მათმა ფსიქიკურმა ჯანმრთელობამ, გენდერულმა იდენტობამ და სხვა სამედიცინო გამოცდილებებმა. გარკვეული ინტერვენციების გამოყენება შეიძლება დამოკიდებული იყოს ინდივიდის მიმართ სოციალურ ქსელში სხვა ადამიანების მხარდაჭერაზე, პოტენციური პარტნიორების ჩათვლით.

დაკლავი 10.12

ჩვენ ვურჩევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც ზრუნავენ ინტერსექსუალ და თანდაყოლილი უნაყოფობის მქონე პირებზე, ადრეულად და ეტაპობრივად გააცნონ მათ და მათ ოჯახებს მშობლობის სხვადასხვა ალტერნატიული ვარიანტები.

ინტერსექსუალური მახასიათებლების მქონე ადამიანების შემთხვევაში უნაყოფობის აღბათობის დადგენა შეიძლება მოხდეს ჩვილობაში, ბავშვობაში, მოზარდობაში, ან ზრდასრულ ასაკში, ბავშვის გაჩენის მცდელობამდე. ბევრი ადამიანისთვის უნაყოფობის დიაგნოზი თან ახლავს ინტერსექსუალობის დიაგნოზს (ჯონსი, 2019). ზოგიერთ ინდივიდს მშობლობის საშუალება შეიძლება მისცეს ხელოვნურმა ჰეტეროლოგიურმა განაყოფიერებამ (მაგ. კვერცხუჯრედის ან სპერმის დონაცია). აგრეთვე არსებობს შვილად აყვანის სხვადასხვა გზა. ზოგიერთმა გზამ შეიძლება მოითხოვოს თავდადება და მნიშვნელოვანი დროის ინვესტიცია. იმ პირებისთვის, რომლებსაც არ აინტერესებთ ზემოაღწერილი ნაყოფიერების მიღწევის შესაძლებლობები, ან ვისთვისაც შვილოსნობა შეუძლებელია, შეიძლება სასარგებლო აღმოჩნდეს შვილად აყვანისა და ალტერნატიული მშობლობის ხელმისაწვდომი ვარიანტების გაცნობა ადრეულ ეტაპზევე. მიუხედავად იმისა, რომ საშვილოსნოს ტრანსპლანტაცია მიუღწერის აგენეზიის მქონე ადამიანებში (Richards et al., 2021) სანყის ეტაპზე წარმატებით განხორციელდა, დღემდე არ არსებობს პროტოკოლი, რომელიც ნაყოფს დაიცავს განვითარებასთან დაკავშირებული რისკებისგან, რომლებიც გამონვეულია ტრანსპლანტაციის უარყოფის თავიდან ასაცილებლად გამოყენებული ნამლების მიღებით.

თავი 11. ინსტიტუციური გარემო

ეს თავი ეხება ინსტიტუციებში მცხოვრებ ტრანსგენდერებსა და გენდერულად მრავალფეროვან (TGD) ინდივიდებზე ზრუნვას. ინსტიტუციები არსებითად გულისხმობს იმ დაწესებულებებს, რომლებშიც ადამიანები ცხოვრობენ და იღებენ ზრუნვას კოლექტივთან ან დიდ ჯგუფთან ერთად, სადაც ინდივიდებს შეიძლება ჰქონდეთ, ან არ ჰქონდეთ გადაადგილების თავისუფლება. ინსტიტუციაში ყოფნა შეიძლება არ ეფუძნებოდეს ინდივიდის თანხმობას, ან მათ შეიძლება არ ჰქონდეთ გადამწყვეტილების მიღების უნარი. თავისუფლების შეზღუდვის დაწესებულებები (გამასწორებელი დაწესებულებები, საიმისგრაფიო დაყოფნების ცენტრები, ციხეები, არასრულწლოვანთა დაკავების ცენტრები) და დაწესებულებები, რომელთა მიზანი გადაადგილების თავისუფლების შეზღუდვა არაა (გრძელვადიანი მოვლის დაწესებულებები, სტაციონარული ფსიქიატრიული დაწესებულებები, სახლში ზრუნვა, ჰოსპისი/პალიატიური მზრუნველობა, მხარდაჭერილი საცხოვრებელი დაწესებულებები) არის საცხოვრებელი დაწესებულებები, სადაც ტრანსგენდერი პირები შეიძლება იღებდნენ ჯანდაცვას. ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პირების სათანადო მოვლისთვის მტკიცებულებათა დიდი ნაწილი შეგროვებულია თავისუფლების აღკვეთის გარემოში. თუმცა, აქ წარმოდგენილი რეკომენდაციები ვრცელდება ყველა დაწესებულებაზე, სადაც განთავსებულნი არიან ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პირები, როგორც თავისუფლების აღკვეთის, ისე სხვა დაწესებულებაში (Porter et al., 2016). ზრუნვის სტანდარტების ყველა რეკომენდაცია თანაბრად ვრცელდება ორივე ტიპის დაწესებულებაში მცხოვრებ ადამიანებზე. ადამიანებს უნდა ჰქონდეთ წვდომა სამედიცინოდ აუცილებელ მკურნალობაზე, მიუხედავად მათი ამა თუ იმ დაწესებულებაში ცხოვრებისა (ბრაუნი, 2009). ინსტიტუციონალიზებულ პირზე ზრუნვისას გასათვალისწინებელია, რომ დამოუკიდებლად სამედიცინო დახმარების მიღების მხრივ მათ არ აქვთ ისეთი წვდომა, როგორც არაინსტიტუციონალიზებულ პირებს. ამის გამო ინსტიტუ-

ციონალიზებულ პირებს უნდა ჰქონდეთ მხარდაჭერა, რათა მათთვის უზრუნველყოფილი იყოს ჯანდაცვის ის სტანდარტები, რომლებიც დადგენილია ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობის მსოფლიო პროფესიული ასოციაციის (WPATH) მიერ.

თავისუფლების შეზღუდვის დაწესებულებების ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი მაცხოვრებლები აცხადებენ, რომ მათ არ მიუწვევიათ ხელი კონკრეტულად ტრანსგენდერი ადამიანებისთვის სამედიცინო თვალსაზრისით აუცილებელ მკურნალობაზე (იხ. თავი 2 – გლობალური გამოყენებადობა, დებულება 2.1), რაც მათთვის უპირველესი საზრუნავია პატიმრობაში ყოფნისას (ბრაუნი, 2014; Emmer et al., 2011). თავისუფლების აღმკვეთი ბევრი დაწესებულებისთვის დამახასიათებელი სისტემური რასობრივი უთანასწორობა (Sawyer, 2020), რასის მიხედვით არათანაბარი ჯანმრთელობის სერვისები (Nowotny et al., 2017) და ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ფერადკანიანი ადამიანების არაპროპორციულად დიდი რაოდენობა ზოგიერთ დაწესებულებაში (Reisner et al., 2014) ხაზს უსვამს იმის აუცილებლობას, რომ დაწესებულების ხელმძღვანელობამ ყურადღება უნდა მიაქციოს ტრანსზიციის პროცესში საჭირო მკურნალობის ხელმისაწვდომობის საკითხებს. კონტროლირებადი კვლევები აჩვენებს მართლმსაჯულების სისტემაში მოხვედრილი ტრანსგენდერი ადამიანების ჯანმრთელობისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის კლინიკურად მნიშვნელოვან უთანასწორობას იმ ტრანსგენდერი ადამიანებისგან განსხვავებით, რომლებიც არ ყოფილან ციხეში ან საპატიმროში (ბრაუნი და ჯონსი, 2015). ძალზე ხშირად უწყებებს, სტრუქტურებს და პერსონალს, რომლებიც უზრუნველყოფენ მკურნალობას, აკლიათ ცოდნა, მომზადება და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებზე ზრუნვის უნარი (Clark et al., 2017). პალიატიური მზრუნველობის დაწესებულებებში, ჰოსპისების ჩათვლით, ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი რეზიდენტების დისკრიმინაცია ხშირია და ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პაციენტების ან მათი სუროგატების

საჭიროებები ამ გარემოში იგნორირებულია (Stein et al., 2020). ეს არის ერთ-ერთი მიზეზი, რის გამოც ლესბოსელ, გეი, ბისექსუალ და ტრანსგენდერ (ლგბტ) პაციენტებს შეიძლება ერჩივნოთ დამალონ თავიანთი სექსუალური და/ან გენდერული იდენტობა მოხუცთა თავშესაფარში შესვლისას, მიუხედავად იმისა, რომ დაწესებულებაში შესვლამდე ისინი ღიად ცხოვრობდნენ და იდენტიფიცირდებოდნენ ლგბტ პირებად (Carroll, 2017; Serafin et al., 2013).

ამ თავში ყველა დებულება რეკომენდებულია მტკიცებულებების საფუძვლიანი განხილვის, სარგებლისა და ზიანის, პროვაიდერებისა და პაციენტების ღირებულებებისა და პრიორიტეტების, რესურსების გამოყენებისა და მიზანშეწონილობის შეფასების საფუძველზე. ზოგიერთ შემთხვევაში, ჩვენ ვაღიარებთ, რომ მტკიცებულებები შეზღუდულია და/ან სერვისები შეიძლება არ იყოს ხელმისაწვდომი ან სასურველი.

დაწესებულებებთან დაკავშირებული ხელმისაწვდომი ლიტერატურის უმეტესი ნაწილი ყურადღებას ამახვილებს მათზე, ვინც ციხეებში, სასჯელაღსრულების, ან სხვა თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში პატიმრობაში იმყოფება. ლიტერატურა სხვა ინსტიტუციონალური ტიპების შესახებ, შეძლებისდაგვარად, ასევე განხილული და მითითებულია. ვიმედოვნებთ, რომ მომავალი გამოკვლევები მოაგვარებს არასაპატიმრო ინსტიტუტების შესახებ მონაცემთა ფარდობითი სიმწირის პრობლემას. შესაძლებელია ზემოთ შეჯამებული რეკომენდაციების განზოგადება და გამოყენება სხვადასხვა ინსტიტუციური გარემოსთვის, რომლებსაც აქვთ საერთო მახასიათებლები, მათ შორის დაყოვნების გახანგრძლივებული პერიოდები, დაკარგული ან შეზღუდული გადანაცვლების მიღების უნარი და ინსტიტუციის პერსონალზე დამოკიდებულება ცხოვრების ზოგიერთი ან ყველა ძირითადი საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად.

სარეკომენდაციო დასკვნები

- 11.1- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც პასუხისმგებელი არიან დაწესებულებებში მცხოვრები პირებისთვის გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის მიწოდებაზე (ან რომლებიც ასოცირდებიან ასეთ დაწესებულებებთან ან უწყებებთან), აღიარონ, რომ ზრუნვის სტანდარტის მე-8 გამოცემის რეკომენდაციების მთელი სია თანაბრად ვრცელდება დაწესებულებებში მცხოვრებ ადამიანებზე;
- 11.2- რეკომენდაციას ვაძლევთ დაწესებულებებს, გენდერული მრავალფეროვნების შესახებ ტრენინგი ჩაუტარდეს მათი პერსონალის ყველა წევრს;
- 11.3- რეკომენდაციას ვაძლევთ მედიცინის სფეროს პროფესიონალებს, რომლებიც პასუხისმგებელი არიან ჰორმონების დანიშვნასა და მონიტორინგზე ინსტიტუციებში მცხოვრები იმ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პირებისთვის, რომლებსაც ესაჭიროებათ გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპია, გააკეთონ ეს ზედმეტი შეფერხების გარეშე და ზრუნვის სტანდარტის მე-8 გამოცემის შესაბამისად;
- 11.4- რეკომენდაციას ვაძლევთ პერსონალს და პროფესიონალებს, რომელთაც ევალებათ ინსტიტუციებში მცხოვრები ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პირებისთვის ჯანდაცვის უზრუნველყოფა, რეკომენდაცია გაუწიონ და მხარი დაუჭირონ გენდერის დამადასტურებელ ქირურგიულ მკურნალობას ზრუნვის სტანდარტის მე-8 გამოცემის შესაბამისად, როდესაც ეს ინდივიდის სურვილია, ზედმეტი შეფერხების გარეშე;
- 11.5- რეკომენდაციას ვაძლევთ ინსტიტუციებში მომუშავე ადმინისტრატორებს, ჯანდაცვის სპეციალისტებს და ყველა დანარჩენ პირს, ვისაც ეკისრება ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან პირებზე ზრუნვის პასუხისმგებლობა, ნება დართონ იმ პირებს, რომლებიც ითხოვენ შესაბამის ტანსაცმელს და თავის მოვლის საშუალებებს, მიიღონ ასეთი ნივთები მათი გენდერული გამოხატვის შესაბამისად;
- 11.6- რეკომენდაციას ვაძლევთ ინსტიტუციებში მომუშავე მთელ პერსონალს, ყოველთვის მიმართონ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ინდივიდებს მათ მიერ არჩეული სახელებითა და ნაცვალსახელებით;
- 11.7- რეკომენდაციას ვაძლევთ ინსტიტუციების ადმინისტრატორებს, ჯანდაცვის პროფესიონალებს და სხვა ოფიციალურ პირებს, რომლებიც პასუხისმგებელი არიან ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი რეზიდენტების საცხოვრებლის შესახებ გადანაცვლების მიღებაზე, გაითვალისწინონ ინდივიდის სურვილები საცხოვრებელთან დაკავშირებით, მათი გენდერული იდენტობა, გამოხატვა და უსაფრთხოების საკითხები და არა მხოლოდ მათი ანატომია ან ქქესი, რომელიც დაბადებისას განესაზღვრათ;
- 11.8- რეკომენდაციას ვაძლევთ ინსტიტუციების პერსონალს, დაანუსონ საბინაო პოლიტიკა, რომელიც უზრუნველყოფს ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი მაცხოვრებლების უსაფრთხოებას ამ პირების სეგრეგაციის ან იზოლაციის გარეშე;
- 11.9- რეკომენდაციას ვაძლევთ ინსტიტუციების პერსონალს, დაუშვან ტრანსგენდერი და გენდერულად არაკონფორმული მაცხოვრებლების, მოთხოვნისამებრ, საშხაპითა და ტუალეტით ცალკე სარგებლობა.

დეკლარაცია 11.1

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც პასუხისმგებელი არიან დაწესებულებებში მცხოვრები პირებისთვის გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის მიწოდებაზე (ან რომლებიც ასოცირდებიან დაწესებულებებთან ან უწყებებთან), აღიარონ, რომ ზრუნვის სტანდარტის მე-8 გამოცემის რეკომენდაციების მთელი სია თანაბრად ვრცელდება დაწესებულებებში მცხოვრებ ადამიანებზე.

დაწესებულებებში მცხოვრები ადამიანები საჭიროებენ და იმსახურებენ ფსიქიკური და სამედიცინო ჯანმრთელობის დაცვას ზოგადად და სპეციალიზებულ სფეროებში. იგივეაირად, ჩვენ ვაღიარებთ, რომ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანები არიან ამ დაწესებულებებში და, შესაბამისად, მათაც სჭირდებათ ჯანდაცვა, რომელიც სპეციალურად ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანების პრობლემებზეა მორგებული. ჩვენ გირჩევთ, რომ გამოიყენოთ ზრუნვის სტანდარტები (SOC), როგორც ჯანმრთელობის დაცვისა და ეთიკის ძირითადი პრინციპები დაწესებულებებში მცხოვრები პირების მიმართ (Beauchamp & Childress, 2019; Pope & Vasquez, 2016). გარდა ამისა, მრავალი სასამართლო დიდი ხანია მხარს უჭერს ზრუნვის სტანდარტით (WPATH) გათვალსწინებული ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ინდივიდების შესახებ ინფორმირებული მოვლის აუცილებლობას დაწესებულებებში მცხოვრები ადამიანებისთვისაც (მაგ. Koselik v. Massachusetts, 2002; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020). სააგენტოებმა, რომლებიც უზრუნველყოფენ პერსონალის გრძელვადიან დაქირავებას ბინაზე გასაწევი სერვისებისთვის, ასევე უნდა იცოდნენ ზრუნვის სტანდარტების მოქმედების სფეროს შესახებ.

დეკლარაცია 11.2

რეკომენდაციას ვაძლევთ ინსტიტუციებს, გენდერული მრავალფეროვნების შესახებ ტრენინგი ჩაუტარდეს მათი პერსონალის ყველა წევრს.

იმის გამო, რომ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვანი ინდივიდებზე ზრუნვა გავლენას ახდენს მოსახლეობის მცირე პროცენტზე, ის მოითხოვს სპეციალიზებულ ტრენინგს, როგორც ეს მოცემულია წინამდებარე ზრუნვის სტანდარტის მე-8 გამოცემაში. მიუხედავად იმისა, რომ ინსტიტუციურ გარემოში ტრენინგის დონე განსხვავდება პერსონალის როლის მიხედვით, პერსონალიდან ყველას დასჭირდება ტრენინგი რეზიდენტების სათანადოდ მართვისთვის. ამავდროულად, კლინიკური პერსონალის ნაწილს შეიძლება დასჭირდეს უფრო ინტენსიური ტრენინგი და/ან კონსულტაცია. ტრენინგის ეს რეკომენდაცია ასევე ეხება სააგენტოებს, რომლებიც უზრუნველყოფენ პერსონალის დაქირავებას სახლში, გრძელვადიანი მოვლისთვის. ინსტიტუციონალიზებული მაცხოვრებლების გენდერის არასწორად აღნიშვნა, გენდერულად შესაბამისი ტანსაცმლის, საშხაპების ან საცხოვრისის გამოყენების აკრძალვა და პირის მიერ არჩეული სახელების გამოუყენებლობა გამოხატავს პატივისცემის ნაკლებობას ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი მაცხოვრებლების მიმართ, რომლებშიც შესაძლოა ამ განმეორებადმა შეურაცხყოფამ გამოიწვიოს ემოციური ტრავმა, დეპრესია და შფოთვა.

ამ ზიანის პრევენცია შესაძლებელია ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვანი პირებთან დაკავშირებული ჯანდაცვის საკითხებზე ინსტიტუციების სრული პერსონალის პირველადი კომპენტენციის ამაღლებითა და ტრენინგების გზით (Hafford-Letchfield et al., 2017). გამოკითხვები ცხადყოფს, რომ პირებს, რომლებიც მუშაობენ პატიმრობაში მყოფ პირებთან, ისევე როგორც, ისეთ გარემოში მყოფ პირებთან, რომელიც არ ემსახურება თავისუფლების აღკვეთას, როგორცაა პალიატიური მზრუნველობა, ავლენენ მნიშვნელოვანი ცოდნის ნაკლებობას (Stein et al., 2020; White et al., 2016). ჰაფორდ-ლეტჩფილდმა და კოლეგებმა (Hafford-Letchfield et al. 2017) აჩვენეს გრძელვადიან მოვლაში ჩართული პერსონალის ტრენინგის სარგებელი, როდესაც ასეთი ტრენინგი დაიწყო „ლბგტ საკითხების შეცნობით“ ზრუნვის დაწესებულებებში. თუ დანიშნულ ჯანდაცვის პროვაიდერებს არ გააჩნიათ

ექსპერტიზა, რათა შეაფასონ და/ან უმკურნალონ მათ დაქვემდებარებაში მყოფ გენდერულად მრავალფეროვან პირებს, მათ უნდა გაიარონ კონსულტაცია გარე პროფესიონალებთან, რომლებსაც აქვთ ექსპერტიზა გენდერის დამადასტურებელი ჯანდაცვის უზრუნველყოფის მხრივ (Brömdal et al., 2019; Sevelius and Jenness, 2017).

ლეგენდა 11.3

რეკომენდაციას ვაძლევთ მედიცინის სფეროს პროფესიონალებს, რომლებიც პასუხისმგებელი არიან ჰორმონების დანიშვნასა და მონიტორინგზე ინსტიტუციებში მცხოვრები იმ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პირებისთვის, რომლებსაც ესაჭიროებათ გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპია, გააკეთონ ეს ზედმეტი შეფერხების გარეშე და ზრუნვის სტანდარტის მე-8 გამოცემის შესაბამისად.

ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პირები, რომლებსაც ესაჭიროებათ შეფასება გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული მკურნალობისთვის, შეიძლება მოხვდნენ დაწესებულებებში, ან შეიძლება მათ ეს საჭიროება განუვითარდეთ მას შემდეგ, რაც ისინი სხვადასხვა ხანგრძლივობით იცხოვრებენ ინსტიტუციურ გარემოში. საკმაოდ ხშირია, რომ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან პირებს არ აძლევენ წვდომას ჰორმონულ მკურნალობაზე თვეების ან წლების განმავლობაში მას შემდეგ, რაც ისინი განაცხადებენ ამგვარი საჭიროების შესახებ, ან არასაკმარის მკურნალობას და ცუდ მონიტორინგს დაუქვემდებარებენ, რაც აჭიანურებს მედიკამენტების აუცილებელ ტიტრირებას პაციენტის უსაფრთხოებისა და ეფექტიანობისთვის (Keohane, 2018; Kosilek v. Massachusetts, 2002; Monroe v. Baldwin et al., 2019). ამას, შესაძლოა, მნიშვნელოვანად უარყოფითი შედეგები მოჰყვეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის მხრივ, მათ შორის ისეთი, როგორცაა დეპრესია, შფოთვა, სუიციდურობა და ქირურგიული თვითმკურნალობის რისკები (ბრაუნი, 2010). როგორც ყველა სამედიცინოდ აუცილებელი ზრუნვის შემთხვევაში, გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის ხელმისაწვდომობა დროულად

უნდა იყოს უზრუნველყოფილი, როდესაც ეს სამედიცინო თვალსაზრისით გამართლებულია ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი რეზიდენტისთვის, როგორც თავისუფლების შეზღუდვის, ისე თავისუფლების შეზღუდვის მიზნის არმქონე ინსტიტუციონალურ გარემოში. ჯანდაცვის პროფესიონალებმა სათანადო ტიტრაციას უნდა დაუქვემდებარონ ჰორმონები ლაბორატორიული და კლინიკური შედეგების საფუძველზე, რათა უზრუნველყონ ენდოკრინოლოგიის სფეროში რეკომენდებული სტანდარტების შესაბამისი შედეგები. ლაბორატორიებში ანალიზები უნდა გაკეთდეს ისეთი სიხშირით, რომ არ დაგვიანდეს შესაბამისი ტიტრაცია.

ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ხანდაზმულებს, რომლებიც ცხოვრობენ ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებებში, აქვთ უნიკალური საჭიროებები (Boyd, 2019; Carroll, 2017; Porter, 2016). როდესაც ხანდაზმული პირები ითხოვენ ჰორმონულ მკურნალობას, ექიმებმა უნდა შეაფასონ უკვე არსებული წინაპირობები, მაგრამ იშვიათად ვხვდებით ამ პოპულაციაში (ამ პირების მდგომარეობაში) აბსოლუტურ უკუჩვენებას ჰორმონების დანიშვნისთვის (Ettner, 2013). გენდერული შეუთავსებლობის მქონე ადამიანებს, რომლებიც ინსტიტუციებში ცხოვრობენ, შეიძლება ასევე ჰქონდეთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობები (Brown and Jones, 2015; Cole et al., 1997). მათი მდგომარეობა უნდა შეფასდეს და სათანადოდ განიხილოს, როგორც საერთო შეფასების ნაწილი. პირები, რომლებიც იღებენ ჰორმონებს, უნდა იყვნენ სამედიცინო მეთვალყურეობის ქვეშ, რათა თავიდან იქნას აცილებული ნამდვილი პოტენციური ურთიერთქმედება და პოლიფარმაცია (Hembree et al., 2017).

ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან პირებს, რომლებიც შედიან დაწესებულებაში გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის შესაბამისი რეჟიმით, ეს მკურნალობა უნდა გაუგრძელდეთ იგივე ან მსგავსი თერაპიით და მათი მონიტორინგი უნდა განხორციელდეს ზრუნვის სტანდარტის მე-8 გამოცემის მიხედვით. მიდგომა – „გაყინვის ჩარჩო“ შეუსაბამო და საშიშია (Kosilek v. Massachusetts, 2002). „გაყინვის ჩარჩო“ არის მოძველებული

პრაქტიკა, რომლის დროსაც ჰორმონებზე უარს ეუბნებიან იმ ადამიანებს, რომლებიც ჯერ არ იღებენ მათ, ან ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან პირებს ინსტიტუციაში ყოფნის განმავლობაში აწვდიან ჰორმონების იმავ დოზას, რასაც ისინი იღებდნენ დაწესებულებაში შემოსვლისას, მაშინაც კი, თუ ეს დოზა იყო მხოლოდ საწყისი (დაბალი) დოზა. ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პირები, რომლებისთვისაც de novo გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპია გამართლებულად არის მიჩნეული, უნდა იღებდნენ ამ თერაპიას, იმგვარადვე, როგორც ისინი ამას დაწესებულების გარეთ მიიღებდნენ (Adams v. Federal Bureau of Prisons, No. 09-10272 (D. MO June 7, 2010); Brown 2009). ჰორმონების უეცარი მოხსნა ან ჰორმონული თერაპიის არ დაწყება მაშინ, როდესაც სამედიცინო თვალსაზრისით ის აუცილებელია, დაკავშირებულია ისეთი უარყოფითი შედეგების მნიშვნელოვან ალბათობასთან (Brown, 2010; Sundstrom and Fields v. Frank, 2011), როგორცაა ქირურგიული თვითმკურნალობა, თვითკასტრაცია, დეპრესიული განწყობა, გაზრდილი გენდერული დისფორია და/ან თვითმკვლელობა (Brown, 2010; Maruri, 2011).

თუ დაწესებულებაში მყოფი პირი იღებს გენდერის დამადასტურებელ ჰორმონებს და/ან ოპერაციებს, შესაძლოა მოხდეს სქესის მიხედვით განცალკევებულ დაწესებულებებში განაწილების გადაწყვეტილებების გადახედვა ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პირის უსაფრთხოებისა და კეთილდღეობის უზრუნველსაყოფად (Ministry of Justice UK, 2016).

დაკავშირებული 11.4

რეკომენდაციას ვაძლევთ პერსონალს და პროფესიონალებს, რომელთაც ევალებათ ჯანდაცვის უზრუნველყოფა ინსტიტუციებში მცხოვრები ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პირებისთვის, რეკომენდაცია გაუწიონ და მხარი დაუჭირონ გენდერის დამადასტურებელ ქირურგიულ მკურნალობას ზრუნვის სტანდარტის მე-8 გამოცემის შესაბამისად ზედმეტი შეფერხების გარეშე, როდესაც ეს ინდივიდის სურვილია.

გენდერული დისფორიის მქონე ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს უნდა ჰქონდეთ შესაბამისი მკურნალობის გეგმა, რათა უზრუნველყონ სამედიცინო თვალსაზრისით საჭირო ქირურგიული მკურნალობა, რომელიც მსგავსი იქნება იმისა, რაც უტარდებათ დაწესებულებების გარეთ მცხოვრებ პირებს (Adams v. Federal Bureau of Prisons, No. 09-10272 (D. MO June 7, 2010); Brown 2009; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020). გენდერის დამადასტურებელ ოპერაციებზე უარის თქმის ან ხელმისაწვდომობის არარსებობის შედეგები დაწესებულებების რეზიდენტებისთვის, რომლებსაც არ შეუძლიათ ასეთი სამედიცინო ზრუნვის მიღება თავიანთი დაწესებულებების გარეთ, შეიძლება მძიმე აღმოჩნდეს, მათ შორის შესაძლოა განვითარდეს გენდერული დისფორიის სიმპტომების არსებითი გაუარესება, დეპრესია, შფოთვა, სუიციდურობა და შესაძლო ქირურგიული თვითმკურნალობა (მაგ. ავტოკასტრაცია ან აუტოპენექტომია; Brown, 2010; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020; Maruri, 2011). არც თუ ისე იშვიათად ხდება, რომ დაწესებულებების რეზიდენტებს ეკრძალებათ წვდომა შეფასებაზე გენდერის დამადასტურებელი ოპერაციისთვის, ისევე როგორც თავად მკურნალობაზე, მაშინაც კი, როდესაც ამისი სამედიცინო საჭიროება დგას (Kosilek v. Massachusetts/Dennehy, 2012; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020). წინამდებარე ზრუნვის სტანდარტებთან შეუსაბამო და შეუთავსებელია უარის თქმა გენდერის დამადასტურებელი ქირურგიული ჩარევებისთვის აუცილებელ სამედიცინო შეფასებებსა და ჩარევის შემდგომ საჭირო მკურნალობაზე.

დაკავშირებული 11.5

რეკომენდაციას ვაძლევთ ინსტიტუციებში მომუშავე ადმინისტრატორებს, ჯანდაცვის სპეციალისტებს და ყველა დანარჩენ პირს, ვისაც ეკისრება ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან პირებზე ზრუნვის პასუხისმგებლობა, ნება დართონ იმ პირებს, რომლებიც ითხოვენ შესაბამის ტანსაცმელს და თავის მოვლის საშუალებებს, მიიღონ ასეთი ნივთები მათი გენდერული გამოხატვის შესაბამისად.

გენდერული გამოხატვა ეხება ადამიანებს, რომელთა თმის ვარცხნილობა, მოვლის საშუალებები, ტანსაცმელი, სახელები და ნაცვალ-სახელები დაკავშირებულია მათ გენდერულ იდენტობასთან მათ კულტურაში და/ან საზოგადოებაში (American Psychological Association, 2015; Hembree et al., 2017). გენდერული გამოხატვა ნორმა კულტურისთვის ან საზოგადოებაში მცხოვრები ადამიანების უმეტესობისთვის. სოციალური ტრანზიციის არის პროცესი, როდესაც ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პირები იწყებენ და აგრძელებენ თავიანთი გენდერული იდენტობის გამოხატვას ავთენტური და სოციალურად აღქმადი გზებით. ხშირად, სოციალური ტრანზიციის გულისხმობს ქცევას და საჯარო გამოხატვას, რომელიც განსხვავდება იმისგან, რაც ადამიანს დაბადებისას სამართლებრივი გენდერული მარკერით მიენიჭათ. გენდერული მარკერი არის იურიდიული ნიშანი პირის სქესისთვის, რომელიც, როგორც წესი, დაბადებისთანავე მინიჭებული ან მითითებულია ოფიციალურ დოკუმენტებში (American Psychological Association, 2015). ყველაზე ხშირად პირს მიენიჭება მამრობითი ან მდედრობითი სქესი, მაგრამ ზოგიერთ ერსა და იურისდიქციაში გამოიყენება აგრეთვე ინტერსექსის ან „X“ აღნიშვნაც. ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან პირებს სჭირდებათ გენდერული გამოხატვის იგივე უფლებები, რაც მინიჭებული აქვს სისგენდერ ადამიანებს, რომლებიც ცხოვრობენ როგორც ინსტიტუციურ გარემოში, ისე მის გარეთ. პერსონალის მიერ სოციალური ტრანზიციის მიმართ მიმღებლობა ასევე აყალიბებს პატივისცემისა და აფირმაციულ ატმოსფეროს, რამაც შეიძლება გააძლიეროს პატივისცემა და მიმღებლობა დაწესებულებაში მცხოვრები სხვა პირების მხრიდანაც ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ბინადრების მიმართ, რამაც თავის მხრივ შეიძლება გაზარდოს უსაფრთხოება და შეამციროს გენდერული შეუთავსებლობის ზოგიერთი ასპექტი.

კვლევამ აჩვენა, რომ სოციალური ტრანზიციის და თანმიმდევრული გენდერული გამოხატვა მნიშვნელოვან დადებით გავლენას ახდენს ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფე-

როვანი ადამიანების ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე (Bockting & Coleman, 2007; Boedeker, 2018; Devor, 2004; Glynn et al., 2016; Russell et al., 2018). ეს რეკომენდაციები ეხება გენდერული იდენტობის შესაბამისად გამოხატვის უფლებას, რაც მოიცავს გენდერის შესაბამისი ტანსაცმლისა და ვარცხნილობის ტარებას, გენდერის შესაბამისი ჰიგიენისა და მოვლის საშუალებების მოპოვებას და გამოყენებას, უფლებას მიმართონ მათ მათ მიერ არჩეული სახელით ან კანონიერი გვარით (მაშინაც კი, თუ მინიჭებულ სახელი ჯერ სამართლებრივად არ აქვს შეცვლილი), ასევე მიმართონ შესაბამისი ნაცვალსახელით. ინდივიდის საჭიროებისამებრ გენდერული გამოხატვისა და სოციალური ტრანზიციის ეს ელემენტები, ინდივიდუალურად თუ კოლექტიურად, ამცირებს გენდერულ დისფორიას/შეუთავსებლობას, დეპრესიას, შფოთვას, თვითდაზიანებაზე ფიქრს და ქცევას, სუიციდურ იდეაციასა და მცდელობებს. (Russell et al., 2018). გარდა ამისა, თანმიმდევრული გენდერული გამოხატვის ეს ელემენტები აძლიერებს კეთილდღეობას და ფუნქციონირებას (Glynn et al., 2016).

დასკვნა 11.6

რეკომენდაციას ვაძლევთ ინსტიტუციებში მომუშავე პერსონალს, ყოველთვის მიმართონ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ინდივიდებს მათ მიერ არჩეული სახელებითა და ნაცვალსახელებით.

იმის გათვალისწინებით, რომ ადამიანების მზარდი პროცენტი ღიად იდენტიფიცირდება როგორც გენდერულად მრავალფეროვანი, საჭიროა შემუშავდეს და განხორციელდეს პრაქტიკა და პოლიტიკა, რომელიც დააკმაყოფილებს ამ ადამიანების საჭიროებებს, განურჩევლად იმისა, თუ სად ცხოვრობენ ისინი (McCauley et al., 2017). მაგალითად, დაწესებულებებმა უნდა გამოიყენონ მათი რეზიდენტების პერსონალური ინფორმაციის შენახვის სამედიცინო და ადმინისტრაციული სისტემები იმგვარად, რომ შესაძლებელი იყოს გენდერულ მარკერის შეცვლა გენდერულ იდენტობის შესაბამისად, და არა მხოლოდ დაბადებისას მინიჭებული სქესის მიხედვით. ამ რეკომენდაციების

შემუშავებისას ვაცნობიერებდით, რომ გენდერული ცვლილებები შეიძლება წინააღმდეგობაში მოვიდეს იმ დაწესებულებების წესებთან, სადაც ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანები ცხოვრობენ. თუმცა, ყველა ინსტიტუციას აქვს პასუხისმგებლობა, უზრუნველყოს იქ მცხოვრები ყველა ადამიანის უსაფრთხოება და კეთილდღეობა (ავსტრალია, 2015; Corrective Services New South Wales, 2015; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020; Kosilek v. Massachusetts, 2002 წ. NCCHC, 2015). სეველიუსმა (Sevelius) და კოლეგებმა (2020) აჩვენეს, რომ ნაცვალსახელის სწორ გამოყენებას გენდერის დადასტურების ეფექტი ჰქონდა ტრანსგენდერი ქალების შემთხვევაში და პოზიტიური გავლენა იქონია მათ ფსიქიკურ ჯანმრთელობასა და აივ ვირუსისგან დაცვაზე. თუ დაწესებულების რეზიდენტმა კანონიერად შეიცვალა სახელი, ინსტიტუციაში ამ პირის შესახებ არსებული ინფორმაცია უნდა განახლდეს ამ ცვლილებების შესაბამისად.

დაკავშირებული 11.7

რეკომენდაციას ვაძლევთ ინსტიტუციების ადმინისტრატორებს, ჯანდაცვის პროფესიონალებს და სხვა ოფიციალურ პირებს, რომლებიც პასუხისმგებელი არიან ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი რეზიდენტების საცხოვრებლის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებაზე, გაითვალისწინონ ინდივიდის სურვილები საცხოვრისთან დაკავშირებით, მათი გენდერული იდენტობა, გამობატვა და უსაფრთხოების საკითხები და არა მხოლოდ მათი ანატომია ან სქესი, რომელიც დაბადებისას განესაზღვრათ.

დაბადებისას მინიჭებული სქესის მიხედვით ადამიანების განცალკევების პოლიტიკას, რომელიც თითქმის უნივერსალურად გამოიყენება ინსტიტუციურ გარემოში (Brown and McDuffie, 2009; Routh et al., 2017), შეუძლია შექმნას არსებითად საშიში გარემო (Ledesma & Ford, 2020). გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანები უკიდურესად დაუცველები არიან სტიგმატიზაციის, ვიქტიმიზაციის, უგულვებლყოფის, ზოგადად ძალადობისა და სექსუალური ძალადო-

ბის წინაშე (Banbury, 2004; Beck, 2014; Jenness and Fenstermaker, 2016; Malkin & DeJong, 2018; Oparah, 2012; Stein et al.). ეს სისტემური, სქესის მიხედვით სეგრეგაციის სიხისტე ხშირად ვერ ახერხებს ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანების უსაფრთხოების უზრუნველყოფას და ასევე შეიძლება შეაფერხოს გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის ხელმისაწვდომობა (Stohr, 2015). შედეგად, დაწესებულებებმა უნდა დაიცვან პროცედურები, რომლებიც რეგულარულად აფასებს ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პაციენტების საბინაო საჭიროებებსა და არჩევანს (მაგ. ციხეების ფედერალური ბიურო, 2016 წ.). ანალოგიურად, ციხეში გაუპატიურების აღმოფხვრის აქტი კონკრეტულად მიუთითებს ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ინდივიდებზე, როგორც დაუცველ მოსახლეობაზე და ავალდებულებს ციხეებს აშშ-ში გაითვალისწინონ ამ პაციენტების არჩევანი და სურვილები საცხოვრებელთან დაკავშირებით (Bureau of Justice Assistance, 2017).

დაკავშირებული 11.8

რეკომენდაციას ვაძლევთ ინსტიტუციების პერსონალს, დაანესონ საბინაო პოლიტიკა, რომელიც უზრუნველყოფს ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი მაცხოვრებლების უსაფრთხოებას ამ პირების სეგრეგაციის ან იზოლაციის გარეშე.

ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი რეზიდენტის განთავსება მხოლოდ მათი სასქესო ორგანოს ანატომიის ან დაბადებისას მინიჭებული სქესის საფუძველზე არასწორია და ადამიანებს აყენებს ფიზიკური და/ან ფსიქოლოგიური ზიანის რისკის ქვეშ (Scott, 2013; Simopoulos & Khin, 2014; Yona & Katri, 2020). ეს უკვე საკმარისადაა შესწავლილი, რომ თავისუფლების აღკვეთის გარემოში ტრანსგენდერი ინდივიდები გაცილებით ხშირად ხდებიან სექსუალური შევიწროების, თავდასხმის ან ორივეს მსხვერპლი, ვიდრე სხვა პაციენტები (James et al., 2016; Jenness & Fenstermaker, 2016; Malkin & DeJong, 2019). მიუხედავად იმისა, რომ მოთავსების შესახებ გადაწყვეტილებე-

ბის მიღებისას გათვალისწინებული უნდა იქნას უსაფრთხოების საკითხები, ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში უნდა მოხდეს ერთობლივი (shared) გადანყვეტილებების მიღება, რაც გულისხმობს ინდივიდის ჩართულობას ამ პროცესში (Federal Bureau of Prisons, 2016; Jenness and Smyth, 2011). ზოგიერთი ტრანსგენდერი ქალი ამჯობინებს კაცების დაწესებულებაში ცხოვრებას, ზოგი კი თავს უფრო უსაფრთხოდ გრძნობს ქალთა დაწესებულებაში. იმის გათვალისწინებით, რომ გენდერული იდენტობების დიაპაზონი, გამობატვა და ტრანზიციის სტატუსი ასეთი ჰეტეროგენულია გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში, მაცხოვრებლების უსაფრთხოების დაცვა მოითხოვს გადანყვეტილების მიღების მოქნილ პროცესს (Yona&Katri, 2020). ხანდაზმული ლბგტ ადამიანების ერთ-ერთი შიში, რომლებიც ხანგრძლივი ზრუნვის დაწესებულებაში ცხოვრობენ, არის თანამობინადრეების მხრიდან არასათანადო მოპყრობა (Jablonski et al., 2013). შესაბამისად, მოხუცებულთა თავშესაფრებში და მხარდაჭერით ცხოვრების დაწესებულებებში განთავსებისას უნდა განიხილონ მოხუცებისთვის ოთახების მინიჭება მათი თვითიდენტიფიცირებული გენდერის მიხედვით, დაბადებისას მინიჭებული სქესის ან ოპერაციის ისტორიის გათვალისწინების გარეშე და თვითონ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან პაციენტთან თანამშრომლობით.

სამარტოო საკანი, რომელსაც ზოგჯერ მოიხსენიებენ როგორც ადმინისტრაციულ სეგრეგაციას თავისუფლების შეზღუდვის დაწესებულებებში, გულისხმობს ინდივიდების ფიზიკურ იზოლაციას, რომლის დროსაც ისინი საკანში იმყოფებიან ყოველდღიურად დაახლოებით ოცდასამი საათის განმავლობაში. იზოლაცია გამოიყენება ზოგიერთ თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში, როგორც დისციპლინური ღონისძიება, ასევე იმ პატიმრების დაცვის საშუალება, რომლებიც წარმოადგენენ საფრთხეს საკუთარი თავისთვის ან სხვებისთვის, ან რომლებიც იმყოფებიან სხვა პატიმრების მიერ სექსუალური ძალადობის საფრთხის წინაშე. თუმცა, უსაფრთხოების მიზნით პატიმრების იზოლაცია, აუცილებლობის შემთხვევაში, მოკლე უნდა იყოს, რადგან იზოლაციამ შეიძლება

გამოიწვიოს მძიმე ფსიქოლოგიური ზიანი და ფუნქციონირების უხეში დარღვევა (Ahaltetal., 2017; Scharff Smith, 2006). ციხის სტანდარტებზე ზედამხედველობის ეროვნული ორგანიზაციები, ისევე როგორც გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია 15 დღეზე მეტი ხნით იზოლაციას წამებად მიიჩნევს (NCCHC, 2016; United Nations, 2015).

დაკლავი 11.9

რეკომენდაციას ვაძლევთ ინსტიტუციების პერსონალს, დაუშვან ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი მაცხოვრებლების, მოთხოვნისამებრ, საშხაპითა და ტუალეტით ცალკე სარგებლობა.

პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობის დაცვის აუცილებლობა და მნიშვნელობა უნივერსალურია გენდერული იდენტობის მიუხედავად. ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანები აცხადებენ, რომ თავს არიდევენ საჯარო საპირფარეშოებს, ზღუდავენ ჭამისა და სასმელის რაოდენობას, რათა არ მოუწიოთ საერთო ტუალეტებით სარგებლობა, რაც ხშირად იწვევს საშარდე გზების ინფექციებს და თირკმელებთან დაკავშირებულ პრობლემებს (James et al., 2016). ინსტიტუციებში ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვან პირებს ხშირად ერღვევათ პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობის უფლება აბაზანისა და შხაპის გამოყენებისას, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ფსიქოლოგიური ზიანი და/ან მათზე ფიზიკური და სექსუალური ძალადობა (Bartels and Lynch, 2017; Brown, 2014; Cook-Daniels, 2016; Mann, 2006). ანალოგიურად, თავისუფლების აღკვეთის გარემოში ჩხრეკა, გაშიშვლება (ჩხრეკის მიზნით) და სხეულის ღრუს ჩხრეკა უნდა ჩატარდეს იმავე სქესის პერსონალის მიერ იმ დათქმით, რომ ეს შეიძლება შეუძლებელი აღმოჩნდეს ექსტრემალურ საგანგებო სიტუაციებში. თავიდან უნდა იქნას აცილებული სხვა თანამშრომლების მიერ ჩხრეკის შემთხვევითი თვალყურის დევნება (Bureau of Justice Assistance, 2017). პატიმრობაში მყოფი ტრანსგენდერი ადამიანებისთვის შხაპის და ტუალეტის განცალკევებით გამოყენება ასევე სავალდებულოა ზოგიერთი კანონით, მათ შორის, მაგალი-

თად, აშშ-ს ფედერალური კანონით ციხეში გაუ-
პატიურების შესახებ.

იზრდება უფროსი/ხანდაზმული ტრანსგენ-
დერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პი-
რების რაოდენობა, რომლებსაც სჭირდებათ
დანესებულებების მომსახურება (Carroll, 2017;
Witten & Eyster, 2016). ხანგრძლივი ზრუნვისა და
სხვა მრავალმა დანესებულებამ, რომელიც ემ-
სახურება ხანდაზმულებს მათი საჭიროებების
დასაკმაყოფილებლად, უნდა გაითვალისწინონ
მათი არასისგენდერი მაცხოვრებლების სა-
ჭიროებები (Ettner, 2016; Ettner & Wiley, 2016).
ჰოსპისის და პალიატიური მზრუნველობის და-
ნესებულებებში, ისევე როგორც სხვა გრძელ-
ვადიანი მოვლის დანესებულებებში მომუშავე
ჯანდაცვის პროფესიონალების გამოკითხვაში
ნათქვამია, რომ ტრანსგენდერი და გენდერუ-
ლად მრავალფეროვანი პაციენტები ხშირად ვერ

იკმაყოფილებენ თავიანთ ძირითად საჭიროე-
ბებს, ექვემდებარებიან დისკრიმინაციას სამე-
დიცინო ზრუნვის ხელმისაწვდომობის მხრივ, ან
ფიზიკურ და/ან ემოციურ შეურაცხყოფას (Stein
et al., 2020). ავსტრალიაში პენსიაზე გასვლისა
და რეზიდენციული მზრუნველობის მიმწოდებ-
ლების გამოკითხვამ აღმოაჩინა გამოცდილები-
სა და ცნობიერების სიმწირე იმ პრობლემებთან
დაკავშირებით, რომელთა წინაშეც დგას პოპუ-
ლაციის ნაწილი. მართლაც, ტრანსგენდერმა და
გენდერულად მრავალფეროვანმა ბევრმა ხან-
დაზმულმა რეზიდენტმა აღიარა, რომ მალავ-
და გენდერულ იდენტობას, ეშინოდა რა მისი
იდენტობის გამო არ გამხდარიყო არასენსიტი-
ური მოპყრობის ან დისკრიმინაციის მსხვერპლი
(Cartwright et al., 2012; Cook-Daniels, 2016; Grant
et al., 2012; Horner et al., 2012; Orel & Fruhauf,
2015).

თავი 12. ჰორმონული თერაპია

ტრანსგენდერმა და გენდერულად მრავალფეროვანმა (TGD) პირებმა შეიძლება მოითხოვონ სამედიცინო თვალსაზრისით აუცილებელი გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპია (GAHT) იმ ცვლილებების მისაღწევად, რომლებიც შეესაბამება მათ სხეულთან დაკავშირებულ მიზნებს, გენდერულ იდენტობას ან ორივეს (იხ. სამედიცინო თვალსაზრისით აუცილებლობის შესახებ დებულება მე-2 თავში – გლობალური გამოყენება, დებულება 2.1). ეს თავი აღწერს ჰორმონული თერაპიის რეკომენდაციებს ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი მოზრდილებისა და მოზარდებისთვის. გთხოვთ, იხილოთ თავი 5 – ზრდასრულთა შეფასება და თავი 6 – მოზარდები – იმ შეფასების კრიტერიუმებისთვის, რომლებიც დაკავშირებულია ზრდასრულებში და მოზარდებში ჰორმონული თერაპიის დანყებასთან. რეკომენდაციებისა და შეფასების კრიტერიუმების შეჯამება შეგიძლიათ იხილოთ დანართში D.

იმ დროიდან მოყოლებული, როცა ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობის მსოფლიო პროფესიული ასოციაციის (WPATH) ზრუნვის სტანდარტების (SOC) პირველი ვერსია გამოქვეყნდა 1979 წელს, ისევე როგორც ზრუნვის სტანდარტების შემდგომ განახლებებში, მათ შორის ზრუნვის სტანდარტების მე-7 გამოცემაში, გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპია განიხილება, როგორც საჭიროება სამედიცინო თვალსაზრისით (Coleman et al., 2012). ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობის მსოფლიო პროფესიულმა ასოციაციამ 2009 და 2017 წლებში მხარი დაუჭირა ენდოკრინული საზოგადოების გაიდლაინებს ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვანი პირებისთვის გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის შესახებ (Hembree et al., 2009; Hembree et al., 2017). სქესობრივი მედიცინის ევროპულმა საზოგადოებამ ასევე გამოაქვეყნა პოზიცია ჰორმონების მენეჯმენტის შესახებ მოზარდებში და ზრდასრულ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში (T'Sjoen et al., 2020). თუ მკურნალობა ხორციელდება სამედიცინო ზედამხედველობის ქვეშ, გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპია ზრდასრულებში უსაფრთხოა (Tangpricha & den Heijer, 2017; Safer & Tangpricha, 2019). თუმცა, არსებობს გარკვეული პოტენციური, გრძელვადიანი რისკები და საჭიროა ფრთხილი მონიტორინგი და სკრინინგი გვერდითი მოვლენების შესამცირებლად (Hembree et al., 2017; Rosenthal, 2021).

ზოგად მიზანს წარმოადგენს, შრატში სქესობრივი სტეროიდების მიზნობრივი დონეები შეესაბამებოდეს ინდივიდის გენდერულ იდენტობასთან დაკავშირებულ დონეებს, თუმცა ოპტიმალური სამიზნე დიაპაზონი დადგენილი არ არის (Hembree et al., 2017). ჯანდაცვის პროფესიონალებს (HCPs) შეუძლიათ გამოიყენონ შრატში ტესტოსტერონის და/ან ესტრადიოლის დონეები სქესობრივი სტეროიდებით მკურნალობის უმრავლესობის მონიტორინგისთვის. თუმცა, კონიუგირებული ესტროგენების ან სინთეზური ესტროგენების გამოყენების მონიტორინგი შეუძლებელია. ვარაუდი, რომ ესტრონი/ესტრადიოლის თანაფარდობა უნდა გაკონტროლდეს მონიტორინგის გზით არ დადასტურდა ბოლო კოჰორტული კვლევით (კვლევა მოიცავდა 212 ზრდასრული ევროპელი ტრანსგენდერი ქალის კოჰორტას, ჰორმონებით მკურნალობის შემდეგ 1 წლიანი დაკვირვების დროს), რადგან არ გამოვლინდა კავშირი ესტრონის კონცენტრაციასა და სხეულის ცხიმის ან მკერდის განვითარებას შორის (Tebbens et al., 2021). ამ კვლევამ აჩვენა, რომ ესტრონის უფრო მაღალი კონცენტრაცია ან ესტროგენი/ესტრადიოლის უფრო მაღალი თანაფარდობა ფემინიზაციაზე ანტაგონისტურ ეფექტებთან (ცხიმის პროცენტულობა და მკერდის განვითარება) კავშირში არ არის (Tebbens et al., 2021). ამრიგად, ამჟამინდელი გამოქვეყნებული მტკიცებულებები ესტრონის და ესტრადიოლის თანაფარდობის მონიტორინგის საჭიროებას არ ადასტურებს. ადრე გამოყენებული კონიუგირებული ესტროგენები ჩანაცვლებული იქნა ბიოიდენტური ესტროგენებით. მიუხედავად იმისა, რომ რამდენიმე კვლევამ აჩვენა თრომბოემბოლიური და გულ-სისხლძარღვთა გართულებების მნიშვნელოვნად უფრო მაღალი რისკი, რაც ორალურ ესტრადიოლთან შედარებით, თან ახლდა პერორალური კონიუგირებული ესტროგენების გამოყენებას, არ ჩატარებულა რენდომიზებული კონტროლირებული კვლევები,

არც პოსტმენოპაუზურ ქალებში და არც ტრანსგენდერ ადამიანებში, რომლებიც გადიან ესტროგენით მკურნალობას (Smith et al., 2014).

გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიისადმი მიდგომა განსხვავდება და დამოკიდებულია ინდივიდის განვითარების სტადიაზე ჰორმონული თერაპიის დაწყების მომენტში, ისევე როგორც მკურნალობის მიზნებზე. ჰორმონული თერაპია არ არის რეკომენდებული ბავშვებისთვის, რომლებსაც არ დაწყებიათ ენდოგენური პუბერტატი. დაშვებული ასაკის ახალგაზრდებში (მე-6 თვის მიხედვით – მოზარდები), რომლებმაც მიაღწიეს პუბერტატის ადრეულ სტადიებს, აქცენტი, როგორც წესი, კეთდება შემდგომი პუბერტატული პროგრესის შეფერხებაზე გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტებით (GnRHAs), ვიდრე არ დადგება შესაბამისი დრო გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის დაწყებისთვის. ამ შემთხვევებში, პუბერტატის დათრგუნვა სამედიცინო თვალსაზრისით საჭიროდ ითვლება. ზრდასრულმა პირებმა, რომლებიც შესაბამის პირობებს აკმაყოფილებენ, შეიძლება წამოიწყონ გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპია, თუ ისინი აკმაყოფილებენ კრიტერიუმებს მე-5 თავში – „ზრდასრულთა შეფასება“. გარდა ამისა, ჯანდაცვის პროვაიდერებმა უნდა განიხილონ შვილის ყოლასთან დაკავშირებული მიზნები და ნაყოფიერების შენარჩუნების პროცედურები გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის დაწყებამდე. იხილეთ თავი 16 – „რეპროდუქციული ჯანმრთელობა“.

გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპია (GAHT) ქალური განსხეულების მიზნებით, როგორც წესი, შედგება ესტროგენისგან და ანდროგენის შემამცირებელი მედიკამენტებისგან (Hembree et al., 2017). მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს ანეკდოტური ცნობები პროგესტერონის გამოყენების შესახებ მკერდის განვითარებისა და განწყობის მართვისთვის, ამჟამად არ მოიპოვება საკმარისი მტკიცებულება იმისა, რომ პროგესტერონის მიღების პოტენციური სარგებელი აღემატება პოტენციურ რისკებს (Iwamoto, T'Sjoen et al., 2019). გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპია (GAHT) მასკულინიზაციისთვის ჩვეუ-

ლებრივ შედგება ტესტოსტერონისგან. როგორც ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობის მსოფლიო პროფესიული ასოციაცია, ისე ენდოკრინული საზოგადოებაც გვირჩევენ სქესობრივი ჰორმონების დონის მონიტორინგს. მიუხედავად იმისა, რომ გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპია მორგებულია ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანის ინდივიდუალურ საჭიროებებს, როგორც წესი, ჰორმონის დონე შენარჩუნებულია იმ კონცენტრაციაზე, რაც საკმარისია ძვლის სათანადო ჯანმრთელობისთვის და არ არის სუპრაფიზიოლოგიური (Hembree et al., 2017; Rosen et al., 2019).

უმეტეს შემთხვევაში, გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპია (GAHT) გრძელდება მთელი ცხოვრების განმავლობაში. არ არის ცნობილი, უნდა შემცირდეს თუ არა გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის დოზები ხანდაზმულ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში. ჰორმონული თერაპიის შეწყვეტამ შეიძლება გამოიწვიოს ძვლის მასის დაკარგვა ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ინდივიდებში და ეს აუცილებლად მოხდება იმ პირებში, რომელთა სასქესო ჯირკვლები ამოღებულია (Wiepjes et al., 2020). პირველადი სამედიცინო ზრუნვა რეგულარულად უნდა მიენდოს ამ პირებს (იხ. თავი 15 – „პირველადი სამედიცინო ზრუნვა“). ეპიდემიოლოგიურმა კვლევებმა აჩვენა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების და ვენური თრომბოემბოლიის (VTE) გაზრდილი სიხშირე ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში, რომლებიც იღებდნენ ესტროგენს, განსაკუთრებით ხანდაზმულ ადამიანებში და მათში, ვინც სხვადასხვა პრეპარატებით ემზადება გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის დასაწყებად (Irwig, 2018; Maraka et al., 2017). ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან პირებს, რომლებსაც მკურნალობდნენ ტესტოსტერონით, ასევე შეიძლება ჰქონდეთ გაზრდილი კარდიოვასკულარული რისკები და შემთხვევები, როგორიცაა მიოკარდიუმის ინფარქტი, არტერიული წნევა, მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინის ქოლესტერინის დაქვეითება და ჭარბი წონა (Alzahrani et al., 2019; Irwig, 2018; Kyinn et al., 2021). ჯან-

დაცვის პროფესიონალები (HCPs) უნდა ესაუბრონ ცხოვრების წესისა და ფარმაკოლოგიური თერაპიის შესახებ იმ პაციენტებს, რომლებიც იმყოფებიან გულ-სისხლძარღვთა დაავადების განვითარების ყველაზე მაღალი რისკის ქვეშ (იხ. თავი 15 – „პირველადი სამედიცინო ზრუნვა“). პოლიციტემია არის კიდევ ერთი დაავადება, რომელიც შეიძლება გამოვლინდეს ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში, რომლებიც იღებენ ტესტოსტერონს (Antun et al., 2020). აქედან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია მუდმივი მონიტორინგი იმ სიმპტომების განვითარებაზე, რომლებიც შეიძლება გამწვავდეს გენდერის დამადასტურებელი ისეთი ჰორმონული თერაპიით, რომელიც მთელი ცხოვრების განმავლობაში გრძელდება (Hembree et al., 2017).

ამ თავში ყველა დებულება რეკომენდებულია მტკიცებულებების საფუძვლიანი განხილვის, სარგებლისა და ზიანის, პროვაიდერებისა და პაციენტების ღირებულებებისა და არჩევანის, რესურსების გამოყენებისა და მიზანშეწონილობის შეფასების საფუძველზე. ზოგიერთ შემთხვევაში, ჩვენ ვალიარებთ, რომ მტკიცებულებები შეზღუდულია და/ან სერვისები შეიძლება არ იყოს ხელმისაწვდომი ან სასურველი.

გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპია ახალგაზრდებში

ამ თავის მომდევნო ნაწილებში განხილულია ჰორმონული თერაპია ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ახალგაზრდებში. ახალგაზრდა ინდივიდის განვითარების სტადიიდან გამომდინარე, ეს ჰორმონული თერაპია ჩვეულებრივ მოიცავს ორ ფაზას, სახელდობრ, პუბერტატის დათრგუნვას, რასაც მოჰყვება გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის დამატება. პირველი ფაზის განმავლობაში, პუბერტატული განვითარება შეჩერებულია, რათა ახალგაზრდებმა გამოიკვლიონ თავიანთი გენდერული იდენტობა და განსხეულების მიზნები და მოემზადონ შემდეგი ეტაპისთვის, რომელიც შეიძლება მოიცავდეს გენდერის დამადასტურებელ ჰორმონულ თერაპიას. ამ ნაწილში განხილულია გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტების (GnRHs) გამოყენებასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები, ასევე, ალტერნატიული მიდგომები პუბერტატის დათრგუნვის მიმართ, რასაც მოჰყვება რეკომენდაციები გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიისთვის. ამ თავის მომდევნო ნაწილები ეხება ახალგაზრდებსა და მოზარდებს.

სარეკომენდაციო დასაბუთება

12.1- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, დანიყონ პუბერტატული ჰორმონების დათრგუნვა იმ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან მოზარდებში, რომლებიც შესაბამის კრიტერიუმებს აკმაყოფილებენ, როგორც კი გამოვლინდება პუბერტატისთვის დამახასიათებელი პირველი ფიზიკური ცვლილებები (ტენერის მე-2 სტადია);

12.2- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, გამოიყენონ გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის (GnRH) აგონისტები ენდოგენური სასქესო ჰორმონების დასათრგუნად იმ (მოზარდების და ზრდასრულების მკურნალობის კრიტერიუმებისთვის, გთხოვთ, იხილოთ თავი 5 - ზრდასრულთა შეფასება; თავი 6 - მოზარდები და დანართი D) ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში, რომლებსაც პუბერტატის ბლოკირება სამედიცინო თვალსაზრისით გამართლებულია;

12.3- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს დანიშნონ პროგესტინები (პერორალურად ან საინექციო დეპოს ფორმით) პუბერტატის დასათრგუნად იმ ტრანსგენდერებსა და გენდერულად მრავალფეროვან ახალგაზრდებში, რომლებიც აკმაყოფილებენ სათანადო პირობებს, როდესაც გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტები ან არ არის ხელმისაწვდომი ან აკრძალულია;

12.4- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, დანიშნონ გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტები სასქესო სტეროიდების ჩასახშობად, სასქესო სტეროიდული ჰორმონის თანმხლები ჩანაცვლების გარეშე, იმ (მოზარდების და ზრდასრულების მკურნალობის კრიტერიუმებისთვის, გთხოვთ, იხილოთ თავი 5 - ზრდასრულთა შეფასება; თავი 6 - მოზარდები და დანართი D) ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან მოზარდებში, რომლებსაც სურთ ასეთი ინტერვენცია და რომლებსაც პუბერტატული განვითარება დიდი ხნის წინ დაეწყათ ან უკვე დაუმთავრდათ (ტენერის მე-3 სტადიის შემდეგ, მაგრამ არ არიან დარწმუნებულნი ან არ სურთ სასქესო სტეროიდული ჰორმონული თერაპიის დაწყება);

12.5- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, დანიშნონ სასქესო ჰორმონებით მკურნალობა, როგორც გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის ნაწილი იმ* ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი მოზარდებისთვის, რომლებიც არიან, მინიმუმ, ტენერის მე-2 სტადიაზე, მშობლების/მეურვის მონაწილეობით, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც მათი ჩართვა საზიანო ან არასაჭიროა მოზარდისთვის;

- 12.6- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, გაზომონ ჰორმონის დონე გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის დროს, იმის უზრუნველსაყოფად რომ ენდოგენური სასქესო სტეროიდების დონე შემცირებული იყოს და დანიშნული სასქესო სტეროიდების დონე კი შენარჩუნებული იქნეს ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანების მკურნალობის მიზნების შესაბამისად ტენერის სტადიის მიხედვით;
- 12.7- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, დანიშნონ პროგესტოგენები ან გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტები იმ* ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი მოზარდებისთვის, რომლებიც აკმაყოფილებენ სათანადო პირობებს და აქვთ საშვილოსნო, რათა შემცირდეს მათი მენსტრუალური ციკლით გამოწვეული დისფორია, როდესაც გენდერის დამადასტურებელი ტესტოსტერონის გამოყენება ჯერ კიდევ არ არის სამედიცინოდ გამართლებული;
- 12.8- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროვაიდერებს, ჩართონ პროფესიონალები სხვადასხვა დისციპლინიდან, რომლებიც არიან ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობის და ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი მოზარდებისთვის საჭირო მკურნალობის მართვის ექსპერტები;
- 12.9- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, სასქესო სტეროიდული ჰორმონების დანიშვნისას ჩაატარონ ფიზიკური ცვლილებებისა და ჰორმონებზე პოტენციური უარყოფითი რეაქციების რეგულარული კლინიკური შეფასებები, მათ შორის სასქესო სტეროიდული ჰორმონების ლაბორატორიული მონიტორინგი ყოველ 3 თვეში, ჰორმონული თერაპიის პირველი წლის განმავლობაში ან დოზის ცვლის შემთხვევაში იქამდე, სანამ ზრდასრულისთვის სტაბილური დოზა არ იქნება მიღწეული, რასაც მოყვება კლინიკური და ლაბორატორიული შემოწმება წელიწადში ერთხელ ან ორჯერ შემანარჩუნებელი დოზის განსაზღვრის შემდეგ;
- 12.10- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, ესაუბრონ და ინფორმაცია მიანოდონ ნაყოფიერების შენარჩუნების ხელმისაწვდომი შესაძლებლობების შესახებ ყველა იმ პირს, ვისაც სურს გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო მკურნალობის ჩატარება პუბერტატის დათრგუნვის და ჰორმონული თერაპიის დაწყებამდე;
- 12.11- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, შეაფასონ და იზრუნონ იმ სიმპტომებზე, რომლებიც შეიძლება გამწვავდეს ენდოგენური სასქესო ჰორმონების კონცენტრაციის შემცირებით და ეგზოგენური სასქესო ჰორმონებით მკურნალობის შემთხვევაში ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში, ამგვარი მკურნალობის დაწყებამდე;
- 12.12- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, აუხსნან ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს, რომლებიც გადიან გენდერის დამადასტურებელ მკურნალობას სასქესო ჰორმონული მკურნალობით გამოწვეული ფიზიკური ცვლილებების დასაწყისისა და დროში მათი განვითარების შესახებ;
- 12.13- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, არ გამოიყენონ ეთინილ ესტრადიოლი, როგორც გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული მკურნალობის ნაწილი ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში;
- 12.14- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, დანიშნონ ტრანსდერმული ესტროგენები იმ ტრანსგენდერებსა და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში, ვინც აკმაყოფილებს სათანადო პირობებს და რომლებსაც აქვთ ვენური თრომბოემბოლიის განვითარების ასაკობრივად მაღალი რისკი 45 წელს ზემოთ ან ვენური თრომბოემბოლიის წინარეისტორია, როდესაც რეკომენდებულია გენდერის დამადასტურებელი ესტროგენით მკურნალობა;
- 12.15- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, არ დანიშნონ კონიუგირებული ესტროგენები ტრანსგენდერებსა და გენდერულად არაკონფორმულ ადამიანებში, როდესაც ესტრადიოლი ხელმისაწვდომია, როგორც გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული მკურნალობის კომპონენტი;
- 12.16- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, დანიშნონ ტესტოსტერონის დათრგუნვის მედიკამენტები (ციპროტერონის აცეტატი, სპირონოლაქტონი ან გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტები) იმ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანებისთვის, რომლებსაც აქვთ სათესლე ჯირკვლები და იღებენ ესტროგენს, როგორც ჰორმონული მკურნალობის გეგმის ნაწილს, თუ ინდივიდის მიზანია სისხლში ცირკულირებადი სასქესო ჰორმონის კონცენტრაცია დაუხლოვოს სისგენდერ ქალებში არსებული კონცენტრაციის დონეს;
- 12.17- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, აკონტროლონ ჰემატოკრიტი (ან ჰემოგლობინი) ტრანსგენდერ და გენდერულად არაკონფორმულ ადამიანებში, რომლებიც მკურნალობენ ტესტოსტერონით;
- 12.18- ჩვენ ვურჩევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, ითანამშრომლონ ქირურგებთან ჰორმონების გამოყენებასთან დაკავშირებით გენდერის დადასტურების ოპერაციამდე და მას შემდეგ;
- 12.19- ჩვენ ვთავაზობთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, ესაუბრონ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს გენდერის დადასტურების ოპერაციის სხვადასხვა ვარიანტების შესახებ, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც ოპერაცია არ არის ნაჩვენები ან არის სამედიცინო თვალსაზრისით არასახარბიელო;
- 12.20- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, წამოიწყონ და გააგრძელონ გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპია იმ* ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანებისთვის, რომლებიც საჭიროებენ ამ მკურნალობას ფსიქოსოციალური ფუნქციონირებისა და ცხოვრების ხარისხის აშკარა გაუმჯობესების გამო;
- 12.21- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, გააგრძელონ არსებული ჰორმონული თერაპია, თუ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ინდივიდის ფსიქიკური ჯანმრთელობა გაუარესდება და შეაფასონ გაუარესების მიზეზი, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც ეს უკუნაჩვენებია.

ფიგურა 12.1

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, დაიწყონ პუბერტატული ჰორმონების დათრგუნვა იმ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან მოზარდებში, რომლებიც მკურნალობის კრიტერიუმებს აკმაყოფილებენ, როგორც კი გამოვლინდება პუბერტატისთვის დამახასიათებელი პირველი ფიზიკური ცვლილებები (ტენერის მე-2 სტადია).

ზოგადად, გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის დანიშვნის მიზანია, ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან მოზარდებში ენდოგენური, მეორადი სასქესო მახასიათებლების შემდგომი განვითარების თავიდან აცილება, რომელიც შეესაბამება დაბადებისას მინიჭებულ სქესს. ვინაიდან ეს მკურნალობა სრულად შექცევადია, ის განიხილება, როგორც მოზარდებისთვის მიცემული დამატებითი დრო, რათა მათ გამოიკვლიონ თავიანთი გენდერული იდენტობა ადრეული სოციალური ტრანზიციის გზით (Ashley, 2019e). გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტებით მკურნალობას ასევე აქვს თერაპიული სარგებელი, რადგან ის ხშირად იწვევს სტრესის დონის უდიდეს შემცირებას, რომელიც გამოწვეულია ფიზიკური ცვლილებებით, რომლებიც წარმოიშობა ენდოგენური პუბერტატის დაწყებისას (Rosenthal, 2014; Turban, King et al., 2020).

პრეპუბერტატის განვითარების ეტაპზე მყოფი იმ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ბავშვებისთვის, რომლებიც მყარად არიან ჩამოყალიბებული თავიანთ გენდერულ იდენტობაში, მეორადი სასქესო მახასიათებლების ნებისმიერი მუდმივი გამოვლინება შეიძლება გახდეს მნიშვნელოვანი სტრესის წყარო. შესაძლებელია გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტების გამოყენების განხილვა სქესობრივი მომწიფების დაწყების თავიდან ასაცილებლად იმ პირებში, რომლებიც იმყოფებიან ტენერის I სტადიაზე, თუმცა ეს არ არის რეკომენდებული (Hembree et al., 2017). როდესაც ბავშვი მიაღწევს ასაკს, რა დროსაც ჩვეულებრივ იწყება პუბერტატული განვითარება (ჩვეულებრივ, 7-8-დან 13 წლამდე საკვერცხეების მქონეთათვის და 9-დან 14 წლამდე – სათესლე ჯირკვლების მქონეთათ-

ვის), მიზანშეწონილია ბავშვის ხშირი სკრინინგი, შესაძლოა, 4-თვიანი ინტერვალით, პუბერტატული განვითარების ნიშნების შესამოწმებლად (მკერდის წარმოქმნა ან სათესლე ჯირკვლის მოცულობა > 4 CC). პუბერტატული განვითარების ტიპური ტემპის გათვალისწინებით (დასრულება 3,5-4 წელი), ნაკლებ სავარაუდოა, რომ მუდმივი პუბერტატული ცვლილებები განვითარდეს, თუ პუბერტატი 4 თვეზე ნაკლები ხნის წინ დაიწყო. ამრიგად, ხშირი დაკვირვებით, პუბერტატის დაწყება ადვილად შეიძლება გამოვლინდეს მანამ, სანამ მოხდება შეუქცევადი ფიზიკური ცვლილებები და გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტების გამოყენება შეიძლება დაიწყოს ამ დროს მაღალი ეფექტიანობით.

აღსანიშნავია, რომ გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტების დაწყების შემდეგ, როგორც წესი, ადგილი აქვს ცვლილებების შექცევადობას – ტენერის წინა სტადიაზე რეგრესს. ამრიგად, თუ მკერდის განვითარება შეესაბამება ტენერის მე-2 სტადიას, ის, როგორც წესი, სრულად დაუბრუნდება ტენერის პირველ სტადიას; იგივე ეხება ტენერის მე-2 სტადიის სათესლე ჯირკვლებს (რომლებიც ხშირად არც კია შესამჩნევი პაციენტისთვის და არ არის დაკავშირებული მეორადი სასქესო მახასიათებლების განვითარებასთან).

იმის გათვალისწინებით, რომ გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონების აგონისტები მუშაობენ გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის რეცეპტორების დესენსიბილიზაციის გზით, თუ ჰიპოფიზის ენდოგენური გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის სტიმულაცია არ შეინიშნება (პუბერტატის პირველი ბიოქიმიური ნიშანი), არ არის საჭირო გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის რეცეპტორების დესენსიბილიზაცია. გარდა ამისა, სქესობრივი მომწიფების დაწყების დროის ფართო ცვალებადობის გამო (როგორც ზემოთ აღინიშნა), ძნელია გამართლდეს გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტების გამოყენება, რომელსაც შეიძლება ახლდეს უცნობი რისკები, თუ ამის გაკეთებას პუბერტატის დაწყებამდე ფიზიოლოგიური სარგებელი არ მოაქვს. ტენერის პირველ სტადიაზე ბავშვთან გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტების გამოყენება გამართლებუ-

ლი იქნება მხოლოდ ზრდისა და პუბერტატის კონსტიტუციური შეფერხების შემთხვევაში, სავარაუდოდ გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის დაწყებასთან ერთად.

თუმცა, გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტების გამოყენება შესაძლებელია იმ ბავშვის შემთხვევაში, რომელიც ზრდის და პუბერტატის კონსტიტუციური შეფერხების გამო იწყებს გენდერის დამადასტურებელ ჰორმონულ თერაპიას ტენერის 1 სტადიაზე. გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის გამოყენების დაწყებამ შეიძლება თავიდანვე გაააქტიუროს ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზის გონადური ლერძი, მაგრამ ასევე შეიძლება შენიღბოს ამ გააქტიურების კვალი სხეულზე. იმისთვის, რომ თავიდან იქნას აცილებული სხეულის ცვლილებები, რამაც შეიძლება გაამწვავოს ინდივიდის გენდერული შეუთავსებლობა, გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტების მიღება შეიძლება დაიწყოს პირმა, ჰორმონული თერაპიის დაწყებიდან მალევე, როგორც გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის დამხმარე თერაპია, რათა უზრუნველყოს გამოვლენილი ფენოტიპის პუბერტატული განვითარება.

გარდა ამისა, მეორადი სქესობრივი მახასიათებლების განვითარების დათრგუნვა ყველაზე შედეგიანია, როდესაც სასქესო ჰორმონული მკურნალობა იწყება სქესობრივი მომწიფების პერიოდის დასაწყისიდან შუა პერიოდამდე და არა სქესობრივი მომწიფების დასრულების შემდეგ (Bangalore-Krishna et al., 2019). შესაბამისად, მოზარდებისთვის, რომლებმაც უკვე დაასრულეს ენდოგენური სქესობრივი მომწიფება და განიხილავენ გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის დაწყებას, გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონების აგონისტების შეიძლება გამოყენებულ იქნას ფიზიკური ფუნქციების დასათრგუნად, როგორცაა მენსტრუაცია ან ერექცია, და შეიძლება გარდამავალი (ხიდის) ფუნქცია შეასრულოს სანამ მოზარდი, მისი მეურვე (თუ მოზარდს არ შეუძლია დამოუკიდებლად თანხმობის განცხადება) და ექიმების ჯგუფი მიიღებს შესაბამის გადაწყვეტილებას (Bangalore-Krishna et al., 2019; Rosenthal, 2021).

პუბერტატის დაწყება ხდება ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზის-გონადური ლერძის რეაქტივაციის

გზით. პუბერტატის სტადიების კლინიკური შეფასება ეფუძნება ფიზიკურ მახასიათებლებს, რომლებიც ასახავენ ამ რეაქტივაციას. ფუნქციური საკვერცხეების მქონე პირებში, ტენერის მე-2 სტადია ხასიათდება სარძევე ჯირკვლის დვრილის განვითარებით. სარძევე ჯირკვლის განვითარება ხდება საკვერცხეების მიერ წარმოქმნილი ესტროგენის ზემოქმედებით. ფუნქციონირებადი სათესლე ჯირკვლების მქონე პირებში, ტენერის მე-2 სტადია ხასიათდება სათესლე ჯირკვლის მოცულობის ზრდით (ჩვეულებრივ, 4 მლ-ზე მეტი). სათესლე ჯირკვლების ზრდის შეჩერება ხდება გონადოტროპინების მალუთენინიზირებელი ჰორმონის (LH) და ფოლიკულის მასტიმულირებელი ჰორმონის (FSH) მეშვეობით. მომდევნო ეტაპებზე სათესლე ჯირკვლები გამოიმუშავებს საკმარის ტესტოსტერონს, რათა გამოიწვიოს სხეულის მასკულინიზაცია.

დეკლარაცია 12.2

ჩვენ ვურჩევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს გამოიყენონ გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის (GnRH) აგონისტები ენდოგენური სასქესო ჰორმონების დასათრგუნად იმ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში, რომლებისთვისაც პუბერტატის ბლოკირება სამედიცინო თვალსაზრისით გამართლებულია.

უფრო ვრცლად ამ საკითხის შესახებ იხილეთ 12.4 დებულება.

დეკლარაცია 12.3

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, დანიშნონ პროგესტინები (პერორალურად ან საინექციო დეპოს ფორმით) პუბერტატის დასათრგუნად იმ* ტრანსგენდერებსა და გენდერულად მრავალფეროვან ახალგაზრდებში, რომლებიც აკმაყოფილებენ სათანადო კრიტერიუმებს, როდესაც გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტები ან არ არის ხელმისაწვდომი ან აკრძალულია.

უფრო ვრცლად ამ საკითხის შესახებ იხ. 12.4 დებულება.

ღეგულება 12.4.

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, დანიშნონ გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტები სასქესო სტეროიდების ჩასახშობად, სასქესო სტეროიდული ჰორმონის თანხმლები ჩანაცვლების გარეშე, იმ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან მოზარდებში, რომლებსაც სურთ ასეთი ინტერვენცია და რომლებსაც პუბერტატული განვითარება დიდი ხნის წინ დაეწყო ან უკვე დაუმთავრდათ (ტენერის მე-3 სტადიის შემდეგ), მაგრამ არ არიან დარწმუნებულნი ან არ სურთ სტეროიდული სასქესო ჰორმონული თერაპიის დაწყება.

გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტები ამცირებს გონადოტროპინების და სქესობრივი სტეროიდების კონცენტრაციას ტრანსგენდერ გენდერულად მრავალფეროვან მოზარდებში და ამით აჩერებს მეორადი სასქესო მახასიათებლების შემდგომ განვითარებას (Schagen et al., 2016). მათი გამოყენება ზოგადად უსაფრთხოა და ჰიპერტენზიის განვითარება ერთადერთი მოკლევადიანი გვერდითი მოვლენაა, რომელიც ნახსენებია ლიტერატურაში (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006; Klink, Bokenkamp et al., 2015). გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტები ხელს უშლის ჰიპოფიზის ჯირკვალს გამოყოს მალუთენინიზირებული ჰორმონი და ფოლიკულის მასტიმულირებული ჰორმონი (Gava et al., 2020). როდესაც გონადოტროპინები მცირდება, სასქესო ჯირკვალი აღარ არის სტიმულირებული სასქესო ჰორმონების (ესტროგენები ან ანდროგენები) გამომუშავებისთვის და სისხლში სასქესო ჰორმონების დონე მცირდება პუბერტატამდე დონემდე. გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტებით მკურნალობა ინვევს უკვე განვითარებული მეორადი სასქესო მახასიათებლების სანყისი განვითარების ნაწილობრივ რეგრესიას (Bangalore et al., 2019). ფუნქციური საკვერცხეების მქონე ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი მოზარდები განიცდიან მკერდის ქსოვილის შემცირებულ ზრდას და თუ მკურნალობა დაიწყება ტენერის მე-2 სტადიაზე, მკერდის ქსოვილი შეიძლება მთლიანად გაქრეს (Shumeret et al., 2016). მენარქე

შეიძლება თავიდან იქნას აცილებული ან შეწყვეტილი გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონების აგონისტების მიღების შემდეგ მოზარდებში, რომლებსაც აქვთ საშვილოსნო. ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან მოზარდებში რომლებსაც აქვთ ფუნქციონირებადი სათესლე ჯირკვლები, სათესლე ჯირკვლის მოცულობა შემცირდება.

როდესაც გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტებით მკურნალობა იწყება მოზარდებში პუბერტატული განვითარების გვიან ეტაპებზე, პუბერტატული განვითარების ზოგიერთი ფიზიკური ცვლილება, როგორცაა პუბერტატის გვიან სტადიაზე მკერდის განვითარება ფუნქციური საკვერცხეების მქონე ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან მოზარდებში, ხოლო ბოხი ხმა და სახის თმის ზრდა ფუნქციური სათესლე ჯირკვლების მქონე ტრანსგენდერ და გენდერულად არაკონფორმულ მოზარდებში, სრულად არ დაუბრუნდება პუბერტატამდე არსებულ დონეს, თუმცა მისი შემდგომი პროგრესირება შეჩერებული იქნება (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006). გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონების აგონისტები გამოიყენება 1981 წლიდან ცენტრალური ნაადრევი სქესობრივი მომწიფების სამკურნალოდ (Comite et al., 1981; Laron et al., 1981), და მათი სარგებელი კარგად არის დადგენილი (გთხოვთ აგრეთვე იხილეთ დებულებები მე-6 თავში – მოზარდები). გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტების გამოყენება ცენტრალური ნაადრევი სქესობრივი მომწიფების მქონე პირებში მიჩნეულია უსაფრთხოდ და ასევე შედეგიანად, ცნობილი გრძელვადიანი გვერდითი ეფექტების გარეშე (Carel et al., 2009). თუმცა, გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტების გამოყენება ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან მოზარდებში ითვლება, რომ არ შეესაბამება იმ დანიშნულებას, რისთვისაც ეს წამლები სერტიფიცირებულია, რადგან ისინი თავდაპირველად არ იყო შემუშავებული ამ მიზნით. მიუხედავად ამისა, მოზარდების მონაცემები, რომლებსაც დაენიშნათ გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტები მსგავსი დოზით და ფორმით, აჩვენებს მათ ეფექტიანობას პუბერტატის დაწყების

შეფერხების მხრივ, თუმცა გრძელვადიანი ზემოქმედება ძვლის მასაზე კარგად არ არის შესწავლილი (Klink, Caris et al., 2015). მიუხედავად იმისა, რომ გრძელვადიანი მონაცემები უფრო შეზღუდულია ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან მოზარდებში, ვიდრე ნაადრევი სქესობრივი მომნიშვნის მქონე მოზარდებში, მონაცემთა შეგროვება კონკრეტულად ამ პოპულაციაში გრძელდება (Klaver et al., 2020; Lee, Finlayson et al., 2020; Millington et al., 2020; ოლსონ-კენედი, გაროფალო და სხვ., 2019).

ჩვენ ვაცნობიერებთ, რომ მიუხედავად იმისა, რომ გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტები სამედიცინო თვალსაზრისით აუცილებელ მკურნალობას წარმოადგენს, ისინი შეიძლება მიუწვდომელი იყოს მოზარდებისთვის, რომლებიც აკმაყოფილებენ სათანადო კრიტერიუმებს, რადგან ზოგიერთ ქვეყანაში ჯანმრთელობის დაზღვევა არ ფარავს მათ ხარჯებს ან ისინი შეიძლება მიუწვდომელი აღმოჩნდეს მათი ფასის გამო. ამიტომ, ამ შემთხვევებში უნდა იქნას გათვალისწინებული სხვა მიდგომები, როგორცაა პერორალური ან საინექციო პროგესტინის ნარევეები. გარდა ამისა, 14 წელზე უფროსი ასაკის მოზარდებისთვის, ამჟამად არ არსებობს მონაცემები, რომელიც ინფორმაციას მიაწვდიდა ჯანდაცვის პროფესიონალს იმის შესახებ, შეიძლება თუ არა გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტების დანიშვნა მონოთერაპიის სახით (და რა ხანგრძლივობით), ძვლის ჯანმრთელობისთვის მნიშვნელოვანი რისკის შექმნის გარეშე. ეს იმიტომ ხდება, რომ ძვლებზე აღარ მოხდება სქესობრივი სტეროიდული ჰორმონების ადეკვატური დონის ზემოქმედება (Rosenthal, 2021).

გახანგრძლივებული ჰიპოგონადური მდგომარეობა მოზარდებში, ისეთი სამედიცინო მდგომარეობების გამო, როგორცაა ჰიპერგონადოტროპული ჰიპოგონადიზმი, იატროგენული მიზეზების გამო, როგორცაა გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტების მონოთერაპია თუ ფიზიოლოგიური პირობების გამო, როგორცაა ზრდისა და განვითარების პირობითი შეფერხება, ხშირად ასოცირდება შემდგომში ძვლის მდგომარეობის გაუარესების გაზრდილ რისკთან (Bertelloni et al., 1998;

Finkelstein et al., 1996). თუმცა, ძვლის მასის გადიდება არის მრავალფაქტორიანი პროცესი, რომელიც მოიცავს ენდოკრინულ, გენეტიკურ და ცხოვრების სტილის ფაქტორებს შორის კომპლექსურ ურთიერთქმედებას (Anai et al., 2001). გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტების მონოთერაპიის ხანგრძლივობის გადანყვეტისას, გასათვალისწინებელია ყველა ხელშემწყობი ფაქტორი, მათ შორის ისეთი ფაქტორები, როგორცაა მკურნალობამდე არსებული ძვლის მასა, ძვლის ასაკი, პუბერტატული ეტაპი ენდოკრინული პერსპექტივიდან და სიმალის მატება, ასევე ფსიქოსოციალური ფაქტორები, როგორცაა მენტალური სიმწიფე და განვითარების სტადია მოზარდის კოჰორტასთან და მოზარდის მკურნალობის ინდივიდუალურ მიზნებთან შედარებით (Rosenthal, 2021). ამ მიზეზების გამო, მულტიდისციპლინური გუნდი და მუდმივი კლინიკური ურთიერთობა მოზარდთან და ოჯახთან უნდა შენარჩუნდეს გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტებით მკურნალობის დაწყებიდან (იხ. დებულებები 6.8, 6.9 და 6.12 თავში 6 – მოზარდები). მკურნალობის კლინიკურ კურსს, მაგ. ძვლის მასის განვითარებას გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტებით მკურნალობის დროს და მოზარდის რეაქციას მკურნალობაზე, შეუძლია დაეხმაროს ექიმს გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტებით მონოთერაპიის ხანგრძლივობის განსაზღვრაში.

დასკვნები 12.5

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, დანიშნონ სასქესო ჰორმონებით მკურნალობა, როგორც გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის ნაწილი იმ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი მოზარდებისთვის, რომლებიც არიან მინიმუმ, ტენერის მე-2 სტადიაზე, მშობლების/მზრუნველის მონაწილეობით, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც მათი ჩართვა საზიანო ან არასაჭიროა მოზარდისთვის.

უფრო ვრცლად ამ საკითხის შესახებ იხილეთ 12.6 დებულება

ჯეგულება 12.6

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, გაზომონ ჰორმონის დონე გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის დროს, რათა უზრუნველყონ ენდოგენური სასქესო სტეროიდების დონის შემცირება, ხოლო დანიშნული სასქესო სტეროიდების დონე შენარჩუნებული იყოს ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანების მკურნალობის მიზნების შესაბამისად, ტენერის სტადიის მიხედვით.

სასქესო სტეროიდული ჰორმონული თერაპია ძირითადად მოიცავს ორ სამკურნალო რეჟიმს, რაც დამოკიდებულია გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტებით მკურნალობის დროზე. როდესაც გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტებით მკურნალობა იწყება ენდოგენური პუბერტატული განვითარების ადრეულ ეტაპებზე, გენდერული იდენტობის ან განსხვავების (embodiment) მიზნების შესაბამისი სქესობრივი მომნიშვნელობა გამოწვეულია სასქესო სტეროიდული ჰორმონების დოზებით, რომლებიც გამოიყენება პერიპუბერტატულ ჰიპოგონადურ მოზარდებში. ამ კონტექსტში, სასქესო სტეროიდული ჰორმონების ზრდასრულთა დოზები ჩვეულებრივ დაახლოებით 2 წლის განმავლობაში აღწევს შესაბამის დონეს (Chantrapanichkul et al., 2021). როდესაც გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტებით მკურნალობა იწყება გვიან ან პოსტპუბერტატულ ტრანსგენდერ მოზარდებში, სასქესო სტეროიდული ჰორმონები შეიძლება დაინიშნოს უფრო მაღალი სანყისი დოზით და უფრო სწრაფად გაიზარდოს შემანარჩუნებელი დოზის მიღწევამდე, რაც ჰგავს ტრანსგენდერ ზრდასრულებში გამოყენებულ სამკურნალო პროტოკოლებს (Hembree et al., 2017). გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტებით მკურნალობის დამატებითი უპირატესობა არის ის, რომ სასქესო სტეროიდული ჰორმონები არ უნდა იქნეს მიღებული სუპრაფიზიოლოგიურ დოზებში, რაც სხვაგვარად საჭირო იქნებოდა ენდოგენური სასქესო სტეროიდების წარმოების ჩასახშობად (Safer & Tangpricha, 2019). ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ფუნქციონირებადი სათესლე ჯირკვლების მქო-

ნე პირებისთვის, გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტებით მკურნალობა (ან სხვა ტესტოსტერონის მახლოკირებელი პრეპარატის გამოყენება) უნდა გაგრძელდეს მანამ, სანამ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი მოზარდი/ახალგაზრდა არ გაივლის გონადექტომიას, თუ ეს ქირურგიული პროცედურა განხორციელდება როგორც მათი გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის აუცილებელი ნაწილი. როგორც კი ფუნქციონირებადი საკვერცხეების მქონე ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან პირებში ტესტოსტერონის დონე მიაღწევს ზრდასრულთა ნორმას, რომლებიც თავდაპირველად დათრგუნული იქნა გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტებით, მხოლოდ ტესტოსტერონის გამოყენება ფიზიოლოგიურ დოზებში, როგორც წესი, საკმარისია საკვერცხის ესტროგენის სეკრეციის შესამცირებლად, და შედეგად გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონების მიღება შეიძლება შეწყდეს, როგორც ეს განხილულია ქვემოთ (Hembree et al., 2017). ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი მოზარდებისთვის, რომლებსაც აქვთ ფუნქციონირებადი საკვერცხეები და ეს-ესაა იწყებენ მკურნალობას, გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპია შეიძლება განხორციელდეს მხოლოდ ტესტოსტერონის ფიზიოლოგიური დოზებით, იმავდროულად გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტების მიღების საჭიროების გარეშე (Hembree et al., 2017). გენდერის დამადასტურებელი სტეროიდული სასქესო ჰორმონული თერაპია იწვევს გენდერული იდენტობის მეორადი სასქესო მახასიათებლების განვითარებას. ასევე, ძვლის მინერალიზაციის მაჩვენებელი, რომელიც მცირდება გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტებით მკურნალობის დროს, სწრაფად აღდგება (Klink, Caris et al., 2015). გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტებით მკურნალობის დროს, ადრეულ პუბერტატში ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან მოზარდებში, ძვლის ეპიფიზური ფირფიტები ჯერ კიდევ არ არის შერწყმული (Kvist et al., 2020; Schagen et al., 2020). სტეროიდული სასქესო ჰორმონებით მკურნალობის დანების შემდეგ, შეიძლება

მოხდეს ზრდის აჩქარება და ძვლის მომნიჭება გრძელდება (Vlot et al., 2017). პოსტპუბერტატულ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან მოზარდებში, სტიროიდული სასქესო ჰორმონებით მკურნალობა არ იმოქმედებს ზრდაზე/სიმაღლეზე, ვინაიდან ეპიფიზური ფირფიტები შერწყმულია და ძვლის მომნიჭებაც უკვე დასრულებულია (Vlot et al., 2017). ფუნქციური სათესლე ჯირკვლების მქონე ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან მოზარდებში, 17-β-ესტრადიოლის გამოყენება პუბერტატული ინდუქციისთვის უფრო სასურველია, ვიდრე სინთეზური ესტროგენების, როგორცაა უფრო თრომბოგენური ეთინილ ესტრადიოლი (იხ. დანართი D (Asscheman et al., 2015)). მაინც აუცილებელია, რომ გაგრძელდეს გონადოტროპინის გამოყოფი ჰორმონის აგონისტების გამოყენება ენდოგენური ტესტოსტერონის წარმოების ჩასახშობად, ან გადასვლა სხვა მედიკამენტზე, რომელიც ასევე თრგუნავს ენდოგენურ ტესტოსტერონის გამომუშავებას (Rosenthal et al., 2016). მეგრდის განვითარება და ქალისთვის დამახასიათებელი ცხიმის განაწილება იმ ფიზიკურ ცვლილებებს შორისაა, რომელიც ესტროგენით მკურნალობას მოჰყვება შედეგად. იხილეთ დანართი C-ცხრილი 1.

ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვანი მოზარდებისთვის, რომლებსაც სურთ მკურნალობა მასკულინიზაციის მისაღწევად, ანდროგენები ხელმისაწვდომია საინექციო პრეპარატების, ტრანსდერმული ნარეგების და კანქვეშა იმპლანტების სახით. პუბერტატული ინდუქციისთვის, ტესტოსტერონ-ესტერის ინექციის გამოყენება ზოგადად რეკომენდებულია ექსპერტების უმეტესობის მიერ, უპირველეს ყოვლისა, მისი ღირებულების, ხელმისაწვდომობისა და გამოცდილების გამო (Shumer et al., 2016). რეკომენდებულია გონადოტროპინის გამოყოფი ჰორმონის აგონისტების გაგრძელება მინიმუმ ტესტოსტერონის შესანარჩუნებელი დონის მიღწევამდე. ანდროგენებით მკურნალობის საპასუხოდ ხდება სხეულის ვირილიზაცია, მათ შორის ხმის დაბოხება, არაკუნთოვანი მასის განვითარება განსაკუთრებით სხეულის ზედა ნაწილში, თმის ზრდა სახეზე და სხეულზე და კლიტორის გადიდება (Rosenthal et al., 2016) იხილეთ დანართი C – ცხრილი 1.

თითქმის ყველა სიტუაციაში მშობლის/მზრუნველის თანხმობაა საჭირო. ამ რეკომენდაციიდან გამონაკლისები, კერძოდ კი შემთხვევები, როდესაც მზრუნველის ან მშობლის ჩართულობა მოზარდისთვის საზიანოა, უფრო დეტალურად არის აღწერილი მე-6 თავში – მოზარდები (იხ. დებულება 6.11), სადაც მშობლების/ალმზრდელების თანხმობის პროცესში ჩართვის დასაბუთებაც აღწერილია.

დეკლარაცია 12.7

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, დანიშნონ პროგესტოგენები ან გონადოტროპინის გამოყოფი ჰორმონის აგონისტები იმ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი მოზარდებისთვის, რომლებიც აკმაყოფილებენ სათანადო კრიტერიუმებს და აქვთ საშვილოსნო, რათა შემცირდეს მათი მენსტრუალური ციკლით გამონეული დისფორია, როდესაც გენდერის დამადასტურებელი ტესტოსტერონის გამოყენება ჯერ კიდევ არ არის სამედიცინოდ გამართლებული.

მენსტრუალური დათრგუნვა არის მკურნალობის ვარიანტი, რომელიც ჩვეულებრივ საჭიროა ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი იდენტობის მქონე პირებისთვის, რომლებიც განიცდიან მენსტრუაციასთან დაკავშირებულ სტრესს ან არიან პირველი მენსტრუაციის (მენარქეს) მოლოდინში. დებულებაში 6.7 თავი 6 – მოზარდები, ეს საკითხი უფრო დეტალურადაა განხილული. ამენორეის მისაღწევად მენსტრუალური დათრგუნვა შეიძლება დაიწყოს დამოუკიდებლად, ტესტოსტერონის დაწყებამდე ან ტესტოსტერონის თერაპიის პარალელურად (Carswell & Roberts, 2017). ზოგიერთი ახალგაზრდა, რომელიც არ არის მზად ტესტოსტერით თერაპიისთვის ან ჯერ კიდევ არ არის პუბერტატის/განვითარების სათანადო ეტაპზე ასეთი მკურნალობის დასაწყებად, ისარგებლებს ამენორეის ინდუქციით (Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2018). მოზარდებმა, რომლებსაც აღენიშნებათ დისფორიის გამწვავება პუბერტატის დაწყების ფონზე, შეიძლება აირჩიონ მკურნალობა გონადოტროპინის გა-

მომყოფი ჰორმონის აგონისტებით პუბერტატული დათრგუნვის მიზნით (ასევე იხილეთ თავი „მოზარდები“).

პროგნოსტიკები შეიძლება ეფექტური იყოს მოზარდებში, რომელთა მიზანი მხოლოდ მენსტრუაციის ჩახშობაა. მხოლოდ პროგნოსტიკის შემცველი პერორალური აბების (მათ შორის ჩასახვის სანინალმდეგო და კონტრაცეფციის სანინალმდეგო ვარიანტების) უწყვეტი მიღება, მედროქსიპროგესტერონის ინექციების ან ლევონორგესტრელის საშვილოსნოსშიდა მოწყობილობის გამოყენება შეიძლება ამენორეის ხელოვნურად გამონვევისთვის (Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). ფუნქციური საკვერცხეების მქონე ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან პირებს, რომლებიც იწყებენ ტესტოსტერონის თერაპიას, შეიძლება ჰქონდეთ 1-5 მენსტრუალური ციკლი ამენორეის მიღწევამდე (Taub et al., 2020). მას შემდეგ, რაც ამენორეა მიღწეულია, ზოგიერთ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ინდივიდს, რომელსაც აქვს ფუნქციური საკვერცხეები, ასევე შეუძლია გააგრძელოს პროგნოსტიკებით მკურნალობა ჩასახვის სანინალმდეგოდ, თუ ეს გამოდგება მათი სექსუალური პრაქტიკის თვალსაზრისით.

მენსტრუაციის დათრგუნვის დაწყებიდან პირველი რამდენიმე თვის განმავლობაში ფუნქციონირებადი საკვერცხეებისა და საშვილოსნოს მქონე ტრანსგენდერმა და გენდერულად მრავალფეროვანმა ინდივიდებმა უნდა გაიარონ კონსულტაცია მენსტრუალურ სისხლდენებს შორის პოტენციურ სისხლდენასთან დაკავშირებით. გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტებით თერაპიის დროს მენსტრუაციებს შორის სისხლდენა შეიძლება აღმოცენდეს მედიკამენტის დაწყებიდან 2-3 კვირის შემდეგ. პირებისთვის, რომლებსაც სურთ კონტრაცეფციის გამოყენება ან მათთვის, ვისაც უნარჩუნდება მენსტრუალური სისხლდენა პროგნოსტიკებით თერაპიის დროს, ამენორეის შესანარჩუნებლად შესაძლებელია ესტროგენის პროგნოსტიკთან კომბინაციის დანიშვნა, თუმცა მათ უნდა მიენოდოთ ინფორმაცია მკერდის განვითარების შესაძლო გვერდითი ეფექტის შესახებ (Schwartz et al., 2019).

დაკავშირებული 12.8

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროვაიდერებს, ჩართონ პროფესიონალები სხვადასხვა დისციპლინიდან, რომლებიც არიან ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობის და ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი მოზარდებისთვის საჭირო მკურნალობის მართვის ექსპერტები.

როგორც მოზარდების მკურნალობის შემთხვევაში, ჩვენ გვაქვს რეკომენდაცია, რომ სადაც ეს შესაძლებელი იქნება, შეიკრიბოს სამედიცინო და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებისგან შემდგარი მულტიდისციპლინური ექსპერტთა ჯგუფი ამგვარი მკურნალობის სამართავად. მოზარდებში, რომლებიც გადიან გენდერის დამადასტურებელ ჰორმონულ თერაპიას (იმის გათვალისწინებით, რომ ეს არის ნაწილობრივ შეუქცევადი მკურნალობა), ჩვენ რეკომენდაციას ვუწევთ მკურნალობის დაწყებას თანდათანობით მზარდი დოზების სქემის გამოყენებით მას შემდეგ, რაც სამედიცინო და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალების მულტიდისციპლინური ჯგუფი დაადასტურებს გენდერული დისფორიის/გენდერული შეუთავსებლობის არსებობას და დაადასტურებს, რომ ინდივიდს აქვს ინფორმირებული თანხმობის გაცემის გონებრივი უნარი (Hembree et al., 2017). მოზარდების შეფასებასთან დაკავშირებული კონკრეტული ასპექტები და მათი აღმზრდელებისა და მულტიდისციპლინურ გუნდის ჩართულობა უფრო დეტალურად არის აღწერილი მენ-თავში – მოზარდები.

თუ შესაძლებელია, ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან მოზარდებს უნდა ჰქონდეთ წვდომა ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობის პედიატრიულ ექსპერტებზე სხვადასხვა დისციპლინიდან, რაც მოიცავს პირველად ჯანდაცვას, ენდოკრინოლოგიას, რეპროდუქციას, ფსიქიკურ ჯანმრთელობას, ხმას, სოციალურ სამუშაოს, სულიერ დახმარებასა და ქირურგიას (Chen, Hidalgo et al., 2016; Eisenberg et al., 2020; Keo-Meier & Ehrensaft, 2018). ინდივიდუალური პროვაიდერები ნახალისებულნი არიან, ჩამოაყალიბონ თანამშრომლობაზე დაფუძნებული სამუშაო ურთიერთობები სხვა დისციპლინების პროვაიდერებთან, რათა ხელი

შეუწყონ ინდივიდუალურად ახალგაზრდებისა და მათი ოჯახის საჭიროებისამებრ გადამისამართებას (Tishelman et al., 2015). თუმცა, ექსპერტების და რესურსების ნაკლებობა არ უნდა წარმოადგენდეს ბარიერს ზრუნვისათვის (Rider, McMorris et al., 2019). მოზარდებისთვის სასრგებლო ზრუნვა მოიცავს კულტურულად დამუშავებულ ზუსტ ინფორმაციას გენდერისა და სექსუალური იდენტობის შესახებ, ტრანზიციის ვარიანტების, ოჯახის მხარდაჭერის გავლენის და, ასევე წვდომას მოზარდების და მათი ოჯახის წევრებისთვის სხვა მსგავსი გამოცდილების მქონე, ონლაინ და პირისპირ მხარდაჭერის ჯგუფების მეშვეობით ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ზრდასრულებთან (Rider, McMorris et al., 2019).

აღმოჩნდა, რომ ბევრი ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი მოზარდი იმყოფება უთანასწორო მდგომარეობაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის მხრივ და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პირველადი სკრინინგი (მაგ., PHQ-2, GAD) შეიძლება გამოყენებულ იყოს მითითებისამებრ (Rider, McMorris et al., 2019). პროვაიდერებმა უნდა გაითვალისწინონ, რომ იყო ტრანსგენდერი ან გაგაჩნდეს კითხვები საკუთარ გენდერთან დაკავშირებით არ წარმოადგენს პათოლოგიას ან აშლილობას. ამიტომ, ინდივიდები არ უნდა გადაამისამართონ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამკურნალოდ მხოლოდ ტრანსგენდერული იდენტობის საფუძველზე. ჯანდაცვის პროფესიონალებს და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებს, რომლებიც მკურნალობენ ამ ახალგაზრდებს და გასცემენ მიმართვებს, უნდა ესმოდეტ ტრავმის, გენდერული დისფორიის და გენდერული უმცირესობის სტრესის გამომწვევი მიზეზების გავლენა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოტენციურ სიმპტომებზე, როგორცაა დარღვეული კვება, სუიციდური იდეაცია, სოციალური შფოთვა. ჯანდაცვის პროვაიდერები აგრეთვე უნდა ფლობდნენ ინფორმაციას თავიანთ რეგიონში სტაციონარული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მზაობის დონის შესახებ, რათა უზრუნველყონ კომპეტენტური, აფირმაციული ზრუნვა ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ახალგაზრდებისთვის (Barrow &

Apostle, 2018; Kuper, Wright et al., 2018; Kuper, Mathews et al., 2019; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). მე-6 თავში წარმოდგენილი დებულებები 6.3, 6.4 და 6.12d – ამ საკითხებს უფრო დეტალურად განიხილავენ. იმის გამო, რომ ამ ახალგაზრდების მშობლები ჩვეულებრივ განიცდიან შფოთვის მაღალ დონეს იმ მომენტიდან, როდესაც შეიტყობენ, რომ მათი შვილი არის ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი, ხოლო მათი პასუხი კი განსაზღვრავს ბავშვის ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის გრძელვადიან შედეგებს, მშობლების ფსიქიკური ჯანმრთელობის მხარდასაჭერად სათანადო მიმართვების მიცემა შეიძლება ძალზე სასარგებლო აღმოჩნდეს (Coolhart et al., 2017; Pullen Sansfaçon et al., 2015; Taliaferro et al., 2019).

დაკავშირებული 12.9

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, სტეროიდული სასქესო ჰორმონების დანიშნისას ჩაატარონ ფიზიკური ცვლილებებისა და ჰორმონებზე პოტენციური უარყოფითი რეაქციების რეგულარული კლინიკური შეფასებები, მათ შორის სტეროიდული სასქესო ჰორმონების ლაბორატორიული მონიტორინგი ყოველ 3 თვეში ჰორმონული თერაპიის პირველი წლის განმავლობაში ან დოზის ცვლის შემთხვევაში იქამდე, სანამ ზრდასრულისთვის სტაბილური დოზა არ იქნება მიღწეული, რასაც მოყვება კლინიკური და ლაბორატორიული შემოწმება წელიწადში ერთხელ ან ორჯერ ზრდასრულისთვის შემანარჩუნებელი დოზის მიღწევის შემდეგ.

სტეროიდული სასქესო ჰორმონული თერაპია დაკავშირებულია ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ცვლილებების ფართო სპექტრთან (Irwig, 2017; Tangpricha & den Heijer, 2017) (იხ. დანართი C-ცხრილი 1). სტეროიდული სასქესო ჰორმონებით თერაპიის დაწყების შემდეგ, ჯანდაცვის პროფესიონალებმა რეგულარულად უნდა შეაფასონ ინდივიდის პროგრესი და რეაქცია მკურნალობაზე (ასევე იხილეთ თავი 6 – მოზარდები). ამ შეფასებამ უნდა მოიცვას ნებისმიერი ფიზიკური ცვლილების არსებობა, ისევე როგორც მკურნალობის გავლენა გენ-

დერულ დისფორიაზე (ამგვარის არსებობის შემთხვევაში) და ფსიქოლოგიურ კეთილდღეობაზე (იხ. დანართი C-ცხრილი 1). კლინიკური ვიზიტები მნიშვნელოვან შესაძლებლობებს უქმნის ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომ დაელაპარაკონ პაციენტებს იმის შესახებ, თუ რა დროა ჩვეულებრივ საჭირო ფიზიკური ცვლილებების მისაღწევად და რეალისტური მოლოდინების წასახალისებლად. ჰორმონული თერაპიის პირველი წლის განმავლობაში სტეროიდული სასქესო ჰორმონის დოზები ხშირად იზრდება. მთავარი ფაქტორი, რომელიც განსაზღვრავს დოზას, არის შესაბამისი სტეროიდული სასქესო ჰორმონის დონე შრატში. ზოგადად, მიზანს წარმოადგენს, სტეროიდების მიზნობრივი დონეები შრატში შეესაბამებოდეს ინდივიდის გენდერულ იდენტობასთან დაკავშირებულ ნორმებს, თუმცა ოპტიმალური სამიზნე დიაპაზონი დადგენილი არ არის (Hembree et al., 2017).

სტეროიდული სასქესო ჰორმონებით თერაპიასთან დაკავშირებული დადებითი ცვლილებების შეფასების გარდა, ჯანდაცვის პროფესიონალებმა რეგულარულად უნდა შეაფასონ, გამოიწვია თუ არა მკურნალობამ რაიმე გვერდითი ეფექტები (იხ. დანართი C-ცხრილი 2). არასასურველი ნიშნებისა და სიმპტომების მაგალითებია ანდროგენული აკნე ან შემანუხებელი სქესობრივი დისფუნქცია (Braun et al., 2021; Kerckhof et al., 2019). გენდერის დამადასტურებელ ჰორმონულ თერაპიას ასევე აქვს პოტენციალი, უარყოფითი გავლენა მოახდინოს რამდენიმე ლაბორატორიულ ტესტზე. მაგალითად, სპირონოლაქტონმა შეიძლება გამოიწვიოს ჰიპერკალემია, თუმცა ეს იშვიათი და გარდამავალი ფენომენია (Millington et al., 2019). ტესტოსტერონი ზრდის სისხლის ნითელი უჯრედების რაოდენობას (ჰემატოკრიტი), რამაც შეიძლება ზოგჯერ გამოიწვიოს ერითროციტოზი (Antun et al., 2020) (იხ. დებულება 12.17) (Hembree et al., 2017). ესტროგენსაც და ტესტოსტერონსაც შეუძლია შეცვალოს ლიპიდური პარამეტრები, როგორცაა მაღალი სიმკვრივის ცილის ლიპოპროტეინის (HDL) ქოლესტერინი და ტრიგლიცერიდები (Maraka et al., 2017). იხილეთ დანართი C-ცხრილები 3 და 4.

კლინიკური შეფასებების სიხშირე უნდა იყოს ინდივიდუალიზებული და შეფასებისას გზამკვლევეს უნდა წარმოადგენდეს ინდივიდის რეაგირება მკურნალობაზე. ჩვენ რეკომენდაციას ვუწვევთ კლინიკური შეფასებების ჩატარებას ჰორმონული თერაპიის პირველი წლის განმავლობაში დაახლოებით 3 თვეში ერთხელ, პაციენტებში, რომლებიც სტაბილურები არიან და არ აღენიშნებათ მნიშვნელოვანი გვერდითი ეფექტები (დანართი C-ცხრილი 5). ეს უფრო რჩევაა, ვიდრე რეკომენდაცია, რომ ტესტირება ჩატარდეს ყოველ 3 თვეში ერთხელ პირველ წელს, რათა ანალიზების ვადები გარკვეული მოქნილობის საშუალებას იძლეოდეს, რადგან არ არსებობს ძლიერი მტკიცებულება, ან მტკიცებულება გამოქვეყნებული კვლევებიდან, რომელიც მხარს დაუჭერდა ანალიზების ჩატარების კონკრეტულ შუალედებს. თუ ინდივიდი განიცდის რაიმე არასასურველ ეფექტს, ხშირად საჭიროა უფრო ხშირი ლაბორატორიული ტესტირება და/ან კლინიკური ვიზიტები. სასქესო ჰორმონების დონეებთან დაკავშირებული პოტენციური ზიანის გათვალისწინებით, თუ ის აღემატება მოსალოდნელ დიაპაზონს ადამიანებში, ჩვენ დაჟინებით ვუწვევთ რეკომენდაციას, ჩატარდეს რეგულარული ტესტირება, როგორც სტანდარტული პრაქტიკა ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან პირებში გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიას დაწყებისას. მას შემდეგ, რაც ადამიანი მიაღწევს ზრდასრული ადამიანის სტეროიდული სასქესო ჰორმონის სტაბილურ დოზას მნიშვნელოვანი გვერდითი ეფექტების გარეშე, კლინიკაში ვიზიტების სიხშირე შეიძლება შემცირდეს წელიწადში ერთ ან ორ ვიზიტამდე (Hembree et al., 2017).

დებულება 12.10

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, ესაუბრონ და ინფორმაცია მიანოდონ ნაყოფიერების შენარჩუნების ხელმისაწვდომი შესაძლებლობების შესახებ ყველა იმ პირს, ვისაც სურს გენდერის დამადასტურებელ სამედიცინო მკურნალობის ჩატარება პუბერტატის დათრგუნვის და ჰორმონული თერაპიის დაწყებამდე.

პუბერტატის დათრგუნვას და სტეროიდული სასქესო ჰორმონებით მკურნალობას შეიძლება ჰქონდეს პოტენციურად არასასურველი ზეგავლენა ადამიანის მომავალ ნაყოფიერებაზე (Cheng et al., 2019) (იხ. ასევე თავი 6 – მოზარდები და თავი 16 – რეპროდუქციული ჯანმრთელობა). მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთი ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანი სამედიცინო თერაპიის დასაწყებად პირველადი შეფასების დროს შესაძლოა დიდად არ ფიქრობდეს საკუთარ მომავალ რეპროდუქციულ პოტენციალზე, მკურნალობისა და ნაყოფიერების შენარჩუნების ვარიანტების პოტენციური შედეგები განხილული უნდა იყოს ჰორმონების გამომწერი პირის მიერ იმ პირთან ერთად, ვინც ამ თერაპიას გადის (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine et al., 2015; DeRoo et al., 2016). სათესლე ჯირკვლების მქონე პირებს უნდა ურჩიონ, რომ ხშირად ესტროგენით ხანგრძლივი მკურნალობა იწვევს სათესლე ჯირკვლის ატროფიას და სპერმის რაოდენობის და სპერმის სხვა პარამეტრების შემცირებას (Adeleye et al., 2018). მიუხედავად ამისა, არსებული ცოდნა მნიშვნელოვანი ხარვეზებით ხასიათდება და მიგნებები იმ ტრანსგენდერი ქალების ნაყოფიერებასთან დაკავშირებით, რომლებიც იღებენ ესტროგენებსა და ანტიანდროგენებს, ურთიერთსაინააღმდეგოა (Cheng et al., 2019). ერთ კვლევაში, სათესლე ჯირკვლის ჰისტოლოგიაში ჰეტეროგენულობა აშკარა იყო, მიუხედავად იმისა, პაციენტები შეწყვეტდნენ თუ გააგრძელებდნენ თერაპიას ორქიექტომიამდე (Schneider et al., 2015). მაგალითად, ესტროგენისა და ანტიანდროგენების შეწყვეტამ ექვსი კვირით გამოიწვია სრული სპერმატოგენეზი ინდივიდების 45%-ში, დანარჩენში აღინიშნა მეიოზური გაყოფა ან სპერმატოგონიური გაჩერება (spermatogonial arrest) (Schneider et al., 2015). თუმცა, შრატში ტესტოსტერონის დონე, რომელიც ქალებისთვის დადგენილი ნორმის ფარგლებშია, იწვევს სპერმატოგენეზის სრულ ჩახშობას ტრანსგენდერ ქალებში (Vereecke et al., 2020). ნაყოფიერების შენარჩუნების ძირითადი ვარიანტი ფუნქციონირებადი სათესლე ჯირკვლების მქონე პაციენტებისთვის არის სპერმის კრიოკონსერვაცია, რომელიც ასევე ცნობილია

როგორც სპერმის შენახვა (Mattawanon et al., 2018). პრეპუბერტატულ პაციენტებში გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონებით პუბერტატის დათრგუნვა აჩერებს სპერმის მომწიფებას (Finlayson et al., 2016).

ფუნქციური საკვერცხეების მქონე პირები უნდა გააფრთხილონ, რომ ტესტოსტერონით თერაპია, როგორც წესი, იწვევს მენსტრუაციის და ოვულაციის შეწყვეტას, ხშირად დაწყებიდან რამდენიმე თვეში (Taub et al., 2020). ასევე არსებობს დიდი ხარვეზები ცოდნაში კვერცხუჯრედებზე ტესტოსტერონის პოტენციური გავლენის შესახებ და ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პაციენტების შემდგომ ნაყოფიერებაზე (Eisenberg et al., 2020; Stuyver et al., 2020). ერთ-ერთმა კვლევამ აჩვენა, რომ ტესტოსტერონით მკურნალობა შეიძლება ასოცირებული იყოს პოლიკისტოზური საკვერცხეების (PCOS) მორფოლოგიასთან, მაშინ როდესაც სხვა კვლევებს არ წარმოუდგენიათ რაიმე მეტაბოლური (Chan et al., 2018) ან ჰისტოლოგიური (De Roo et al., 2017; Grynberg et al., 2010) მტკიცებულება პოლიკისტოზური საკვერცხეების სინდრომის (PCOS) შესახებ, რომელიც ტესტოსტერონით მკურნალობის შემდეგ გაჩნდა. ზოგიერთმა კვლევამ კი აჩვენა ტესტოსტერონით მკურნალობამდე პოლიკისტოზური საკვერცხეების სინდრომის უფრო მაღალი გავრცელება საკვერცხეების მქონე ტრანსგენდერ პაციენტებში (Baba, 2007; Gezer et al., 2021). ხელუხლებელი საშვილოსნოს და საკვერცხეების მქონე ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პაციენტები ხშირად იბრუნებენ ნაყოფიერების პოტენციალს, თუ ტესტოსტერონის თერაპიას შეწყვეტენ (Light et al., 2014). მართლაც, დამხმარე რეპროდუქციული ტექნოლოგიის გამოყენებით ჰორმონით სტიმულირებული კვერცხუჯრედის აღების შემდეგ დაფიქსირდა ცოცხლადშობა ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ინდივიდის მიერ, რომელსაც არ შეუწყვეტია ტესტოსტერონის თერაპია (Greenwald et al., 2021; Safer and Tangpricha, 2019). ნაყოფიერების შენარჩუნების სხვა ვარიანტები საკვერცხეების მქონე ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვანი პაციენტებისთვის არის კვერცხუჯრედის კრი-

ოკონსერვაცია და ემბრიონის კრიოპრეზერვაცია პარტნიორის ან დონორის სპერმით. ზემოაღნიშნული ვარიანტები საჭიროებს ჰორმონულ სტიმულაციას კვერცხუჯრედის აღებისთვის და დამხმარე რეპროდუქციული ტექნოლოგიების გამოყენებას.

ადრეული პუბერტატის სტადიაზე მყოფი ტრანსგენდერი ახალგაზრდებისთვის გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტებით სქესობრივი მომნიშვნის დათრგუნვა აჩერებს ჩანასახის უჯრედების მომნიშვნებას, თუმცა უახლეს კვლევით ანგარიშში აღნიშნული იყო საკვერცხის სტიმულაცია იმ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი მოზარდის შემთხვევაში, რომელიც მკურნალობდა გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტებით ადრეულ პუბერტატში (მკურნალობა გაგრძელდა საკვერცხის სტიმულაციის დროს) და შედეგად განვითარდა მცირე რაოდენობით მომნიშვნული კვერცხუჯრედები, რომლის კრიოკონსერვირებაც მოხდა (Rothenberg et al., 2019). ფუნქციური სათესლე ჯირკვლების მქონე ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი მოზარდის მკურნალობა სქესობრივი მომნიშვნის ადრეულ სტადიაზე გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტებით არა მხოლოდ აჩერებს ჩანასახის უჯრედების მომნიშვნებას, არამედ აგრეთვე პრეპუბერტატულ ზომაში ინარჩუნებს კაცის სასქესო ორგანოს. ეს სავარაუდოდ გავლენას მოახდენს ქირურგიულ მოსაზრებებზე, თუ ეს ადამიანი საბოლოოდ გაიკეთებს პენისის ინვერსიულ ვაგინოპლასტიკას, რადგან ნაკლები პენისის ქსოვილი იქნება დასამუშავებელი. ამ შემთხვევებში, არსებობს გაზრდილი ალბათობა, რომ ვაგინოპლასტიკას დასჭირდეს უფრო რთული ქირურგიული პროცედურა, მაგალითად, ნანლავის ვაგინოპლასტიკა (Dy et al., 2021; van de Griff et al., 2020). ასეთი მოსაზრებები უნდა იქნეს განხილული ნებისმიერ დისკუსიაში პაციენტებთან და მათ ოჯახებთან, რომლებიც განიხილავენ პუბერტატის ბლოკატორების გამოყენებას ადრეულ პუბერტატულ მოზარდებში, რომელთაც ფუნქციონირებადი სათესლე ჯირკვლები აქვთ.

დაკლავი 12.11

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, შეაფასონ და იზრუნონ იმ სიმპტომებზე, რომლებიც ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში შეიძლება გამწვავდეს ენდოგენური სასქესო ჰორმონების კონცენტრაციის შემცირებით და ეგზოგენური სასქესო ჰორმონებით მკურნალობის შემთხვევაში, ამგვარი მკურნალობის დაწყებამდე.

ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანები, რომლებსაც სურთ მასკულინიზაცია, უნდა იყვნენ ინფორმირებული ტესტოსტერონის მკურნალობასთან დაკავშირებული შესაძლებლობების, შედეგების, შეზღუდვებისა და რისკების შესახებ. ტესტოსტერონის თერაპია უკუნაჩვენებია ორსულობის დროს ან დაორსულების მცდელობისას ნაყოფზე მისი პოტენციური იატროგენული ზემოქმედების გათვალისწინებით. ტესტოსტერონით თერაპიის შედარებითი უკუჩვენებები მოიცავს მძიმე ჰიპერტენზიას, ძილის აპნოეს და პოლიციტემიას რამდენადაც ეს მდგომარეობები შესაძლოა გამწვავდეს ტესტოსტერონის გამო. არტერიული წნევის და ლიპიდური პროფილების მონიტორინგი უნდა განხორციელდეს ტესტოსტერონის თერაპიის დაწყებამდე და დაწყების შემდეგ. არტერიული წნევის მატება ჩვეულებრივ ხდება ტესტოსტერონის თერაპიის დაწყებიდან 2-4 თვემდე (Banks et al., 2021). პაციენტებს, რომლებსაც უვითარდებათ ჰიპერქოლესტერინემია და/ან ჰიპერტრიგლიცერიდემია, შეიძლება დასჭირდეთ მკურნალობა დიეტის ცვლილებებით, მედიკამენტებით ან ორივეთი ერთად.

ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანები, რომლებსაც სურთ ფემინიზაცია და აქვთ თრომბოემბოლიური მოვლენების ანამნეზი, როგორცაა ღრმა ვენების თრომბოზი და ფილტვის ემბოლია, უნდა გაიარონ შეფასება და მკურნალობა ჰორმონული თერაპიის დაწყებამდე. ეს იმის გამო ხდება, რომ ესტროგენის თერაპია მტკიცედ არის დაკავშირებული თრომბოემბოლიის პოტენციურად სიცოცხლისთვის საშიში გართულების გაზრდილ რისკთან. გარდა ამისა,

უნდა შეიცვალოს რისკ-ფაქტორები, რომლებსაც შეუძლიათ გაზარდონ თრომბოემბოლიური მდგომარეობების განვითარების რისკი, როგორცაა მონევა, ჭარბი წონა და უმოძრაო ცხოვრების წესი. არამოდიფიცირებადი რისკ-ფაქტორების მქონე პაციენტებში, როგორცაა თრომბოფილიის ცნობილი სამედიცინო ისტორია, თრომბოზის წარსული ისტორია ან თრომბოემბოლიის ძლიერი ოჯახური ისტორია, ანტიკოაგულანტებთან ერთად ტრანსდერმული ესტროგენით მკურნალობამ შეიძლება შეამციროს თრომბოემბოლიის რისკი. თუმცა, არსებობს მხოლოდ შეზღუდული მონაცემები მკურნალობის გადაწყვეტილებების მიღების სახელმძღვანელოდ. სანყის ეტაპზე ისეთი დაავადების არსებობა, როგორც არის ჰორმონზე მგრძნობიარე კიბო, კორონარული არტერიის დაავადება, ცერებროვასკულური დაავადება, ჰიპერპროლაქტინემია, ჰიპერტრიგლიცერიდემია და ქოლელითიაზი, უნდა შეფასდეს გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის დაწყებამდე, რადგან შედარებითი რისკები შეიძლება შეიცვალოს ეგზოგენურ-ჰორმონულ მკურნალობასთან ერთად (Hembree et al., 2017).

წიგნული 12.12

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, აუხსნან ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს, რომლებიც გადიან გენდერის დამადასტურებელ მკურნალობას, სასქესო ჰორმონული მკურნალობით გამოწვეული ფიზიკური ცვლილებების დასაწყისისა და დროში მათი განვითარების შესახებ.

ტესტოსტერონით მკურნალობის ეფექტი მრავალჯერადაა და შეიძლება მოიცავდეს სხეულზე და სახეზე თმის მომატებას, კაცის სიმელოტეს, კუნთების მასისა და სიძლიერის მატებას, ცხიმოვანი მასის დაქვეითებას, ხმის დაბობხებას, მენსტრუაციის შეფერხებას (თუ ჯერ კიდევ არსებობს), აკნეს გაზრდილ გავრცელებას და სიმძიმეს, კლიტორის გადიდებას და გაზრდილ სექსუალურ ლტოლვას (Defreyne, Elaut et al., 2020; Fisher, Castellini et

al., 2016; Giltay & Gooren, 2000; T'Sjoen et al., 2019; Yeung et al., 2020). ტესტოსტერონთან დაკავშირებული სხვა ცვლილებები მოიცავს სხეულის მასის მატებას, კანის ცხიმოვანობას (de Blok et al., 2020; Hembree et al., 2017; Kuper, Mathews et al., 2019; Taliaferro et al., 2019; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018) (იხ. დანართი C-ცხრილი 1).

ესტროგენით მკურნალობა იწვევს მკერდის განვითარებას. თუმცა, ინდივიდების 20%-ზე ნაკლები აღწევს ტენერის მკერდის 4-5 სტადიას 2 წლის მკურნალობის შემდეგ (de Blok et al., 2021). დამატებითი ცვლილებები მოიცავს სათესლე ჯირკვლის მოცულობის შემცირებას, სხეულის მასის, კანის ცხიმოვანობას, სექსუალურ ლტოლვას, სპონტანურ ერექციას, სახესა და სხეულზე თმებს, სხეულის კანქვეშა ცხიმის მომატებასთან ერთად (იხ. დანართი C-ცხრილი 1). ზრდასრულ პაციენტებში ესტროგენი არ ცვლის ადამიანის ხმას ან სიმაღლეს (Iwamoto, Defreyne et al., 2019; Wiepjes et al., 2019).

ფიზიკური ცვლილებების დრო და მასშტაბები განსხვავდება ინდივიდებს შორის და დაკავშირებულია ისეთ ფაქტორებთან, როგორცაა გენეტიკა, დაწყების ასაკი და ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობა (Deutsch, Bhakri et al., 2015; van Dijk et al., 2019). სასქესო ჰორმონებით გამოწვეული ცვლილებების დონისა და ხანგრძლივობის ცოდნამ, თუ ეს შესაძლებელია, შეიძლება თავიდან აიცილოს მკურნალობის არასაჭირო ცვლილებების, დოზის გაზრდისა და ნაადრევი ქირურგიული პროცედურების პოტენციური ზიანი და ხარჯები (Dekker et al., 2016).

წიგნული 12.13

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, არ გამოიყენონ ეთინილ ესტრადიოლი, როგორც გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული მკურნალობის ნაწილი ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში.

ვრცლად ამ საკითხის შესახებ იხილეთ 12.15 დებულება.

ჯეგულება 12.14

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, დანიშნონ ტრანსდერმული ესტროგენები იმ ტრანსგენდერებსა და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში, რომლებიც აკმაყოფილებენ სათანადო კრიტერიუმებს და რომლებსაც აქვთ ვენური თრომბოემბოლიის განვითარების ასაკობრივად მაღალი რისკი 45 წელს ზემოთ ან ვენური თრომბოემბოლიის წინარეისტორია, როდესაც რეკომენდებულია გენდერის დამადასტურებელი ესტროგენით მკურნალობა.

ვრცლად ამ საკითხის შესახებ იხ. 12.15 დებულება.

ჯეგულება 12.15

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, არ დანიშნონ კონიუგირებული ესტროგენები ტრანსგენდერებსა და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში, როდესაც ესტრადიოლი ხელმისაწვდომია, როგორც გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული მკურნალობის კომპონენტი.

ყველაზე უსაფრთხო და ეფექტური ესტროგენის ნაერთის და მიღების მეთოდის განსაზღვრა ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანებისთვის მნიშვნელოვანი თემაა. ესტროგენზე დაფუძნებული რეკომენდებული სქემები წარმოდგენილია დანართში C-ცხრილი 4. ამსტერდამის სამედიცინო ცენტრმა (AMC) პირველად წარადგინა ვენების თრომბოემბოლიის (VTE) 45 შემთხვევა, რომელიც გამოვლინდა 816 ტრანსგენდერ ქალზე დაკვირვებისას. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ის, რომ ვენების თრომბოემბოლიის შემთხვევების სიხშირე 20-ჯერ უფრო მაღალია ვიდრე ამ პოპულაციისთვის იყო მოსალოდნელი (van Kesteren et al., 1997). ამ ინფორმაციის შემდეგ, ამსტერდამის სამედიცინო ცენტრმა რეკომენდაცია გაუწია ტრანსდერმული ესტრადიოლის გამოყენებას 40 წელზე უფროსი ასაკის ტრანსგენდერ ქალებში, რამაც შემდგომ შეამცირა ვენების თრომბოემბოლიის სიხშირე (Nota et al., 2019; Toorians et al., 2003). სხვა კვლევებმა აჩვენა, რომ ეთინილ ესტრადიოლი ასოცირდება სისხლის შედედების

უფრო მაღალ რისკთან გააქტიურებული ცილის C (APC) ანტიკოაგულაციური ეფექტებისადმი გაზრდილი წინააღმდეგობის გამო და შედედების ფაქტორების C პროტეინის და S პროტეინის მომატებული კონცენტრაციის გამო (Toorians et al., 2013). სხვა კლინიკებიდან ბოლო 15 წლის განმავლობაში გამოქვეყნებულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ ტრანსგენდერ ქალებს, რომლებიც იღებდნენ ესტროგენის სხვა ფორმებს, ჰქონდათ ვენების თრომბოემბოლიის უფრო დაბალი მაჩვენებელი, ვიდრე იმ ტრანსგენდერ ქალებს, რომლებიც იღებდნენ ეთინილ ესტრადიოლს (Asscheman et al., 2013). გარდა ამისა, 2019 წლის სისტემურმა მიმოხილვამ დაასკვნა, რომ ეთინილ ესტრადიოლის მიღება ასოცირდება ვენების თრომბოემბოლიის უმაღლეს რისკთან ტრანსგენდერ ქალებში, ხოლო პროგესტერონის გამოყენებასა და თრომბოემბოლიას შორის ასევე გამოვლინდა კავშირი (Goldstein et al., 2019).

2017 წლის ენდოკრინული საზოგადოების გაიდლაინებში არ იყო რეკომენდებული ცხენის კონიუგირებული ესტროგენები (CEEs) როგორც მკურნალობის ვარიანტი, რადგან ტრანსგენდერ ქალებში შეუძლებელია შეფასდეს კონიუგირებული ესტროგენების დონე, რაც ართულებს ესტროგენის სუპრაფიზიოლოგიური დოზირების თავიდან აცილებას და ამით ზრდის ვენების თრომბოემბოლიის პოტენციურ რისკს (Hembree et al., 2017). რეტროსპექტულმა კვლევამ დიდი ბრიტანეთიდან შეისწავლა ცხენის პერორალური კონიუგირებული ესტროგენების რისკები ორალური ესტრადიოლის ვალერატთან შედარებით და ორალურ ეთინილ ესტრადიოლთან შედარებით და აღმოაჩინა, რომ ტრანსგენდერ ქალებში ვენების თრომბოემბოლიის განვითარება 7-ჯერ უფრო მაღალი იყო იმ ჯგუფში, რომელიც ორალურ ცხენის კონიუგირებული ესტროგენებს იღებდა, იმ ტრანსგენდერ ქალებთან შედარებით, რომლებიც იყენებდნენ ესტროგენის სხვა ფორმებს (Seal et al., 2012). გაკონტროლებულ კვლევაში, 40-79 წლის 80,000-ზე მეტი სისგენდერი ქალი, რომლებსაც განუვითარდათ ვენური თრომბოემბოლია, შეადარეს დაახლოებით 390,000 სისგენდერ ქალს ვენური თრომბოემბოლიის განვითარების გარეშე; შედეგებმა

აჩვენა, რომ ორალური ესტრადიოლის გამოყენებას ჰქონდა ვენური თრომბოემბოლიის განვითარების უფრო დაბალი რისკი, ვიდრე კონიუგირებულ ესტროგენებს და ტრანსდერმული ესტროგენი არ იყო დაკავშირებული თრომბოემბოლიის გაზრდილ რისკთან (Vinogradova et al., 2019).

სისტემატურმა მიმოხილვამ შეაფასა ესტროგენის რამდენიმე ნარევი და იპოვა რეტროსპექტული და კროსსექციური კვლევა, რომელმაც ერთი ერთში შეადარა სხვადასხვა ნარევებთან დაკავშირებული რისკები (Wierckx, Mueller et al., 2012; Wierckx et al., 2013). არც ერთი იდენტიფიცირებული კვლევა, რომელიც აფასებდა ესტროგენის სხვადასხვა ნარევების რისკს, არ იყენებდა პროსპექტულ ინტერვენციულ დიზაინს. რეტროსპექტულმა კვლევამ გამოიკვლია 214 ტრანსგენდერი ქალი, რომლებიც იღებდნენ ტრანსდერმულ ესტრადიოლს (17β-ესტრადიოლის გელი 1,5 მგ/დღეში ან ესტრადიოლის დასაკრავი 50 მკგ/დღეში) ან პერორალური ესტროგენების დღიურ დოზას (ესტრადიოლი 2 მგ/დღე, ესტრიოლი 2 მგ/დღე, ეთინილ 000) 50 მკგ/დღეში, ან ეთინილ ესტრადიოლს 30-50 მკგ ორალურ კონტრაცეპტივში (Wierckx et al., 2013). 10-წლიანი დაკვირვების პერიოდში კოჰორტის 5%-ს განუვითარდა ვენური თრომბოემბოლია, 1.4%-ს (3 ადამიანს 214-დან) მიოკარდიუმის ინფარქტი (MI) და 2.3%-ს (5 ადამიანს 214-დან) გარდამავალი იშემიური შეტევა, ან ცერებროვასკულური შემთხვევა (TIA/CVA). თრომბოემბოლიის, მიოკარდიუმის ინფარქტისა და იშემიური შეტევა ან ცერებროვასკულური შემთხვევების რიცხვი გაიზარდა ესტროგენული თერაპიის დაწყების შემდეგ. თუმცა, ავტორებმა არ დააფიქსირეს განსხვავებები ესტროგენის რეჟიმებს შორის ამ საბოლოო შედეგების პერსპექტივიდან.

მკვლევართა იმავე ჯგუფმა ჩაატარა კროსსექციური კვლევა, რომელშიც გამოიკვლია 50 ტრანსგენდერი ქალი (საშუალო ასაკი 43 ± 10), რომლებიც იღებდნენ ორალურ ესტროგენს (ესტრადიოლის ვალერატი 2 მგ/დღეში, ესტრიოლი 2 მგ/დღეში ან ეთინილ ესტრადიოლი 50-120 მკგ. /დღეში) ან ტრანსდერმულ ესტრადიოლს (17β-ესტრადიოლი 1.5 მგ/დღეში

ან ესტრადიოლი 50 მკგ/დღეში). კვლევა მოიცავდა წამლის მიღების შემდგომ დაკვირვებას 9.2 წლის განმავლობაში (Wierckx, Mueller et al., 2012). თორმეტ პროცენტს ($n=6$) განუვითარდა თრომბოემბოლია, მიოკარდიუმის ინფარქტი და იშემიური შეტევა, ან ცერებროვასკულური შემთხვევა. ორი მონაწილე იღებდა კონიუგირებულ ესტროგენს 0,625 მგ/დღეში (ერთი ადამიანი ციპროტერონის აცეტატთან კომბინაციაში), 2 მონაწილე იღებდა ეთინილ ესტრადიოლს 20-50 მკგ/დღეში, 1 იღებდა ციპროტერონის აცეტატს 50 მგ/დღეში, ხოლო მეექვსე მონაწილე ესტროგენის რა ვარიანტს იყენებდა არ იყო განსაზღვრული. არცერთ პირს, რომელიც იღებდა ორალურ ესტრადიოლს ან ტრანსდერმულ ესტრადიოლს, არ განუვითარდა თრომბოემბოლია, მიოკარდიუმის ინფარქტი და იშემიური შეტევა, ან ცერებროვასკულური დაავადება.

ერთმა პროსპექტულმა კვლევამ შეისწავლა ესტროგენის მიღების მეთოდი 53 ტრანსგენდერ ქალში მრავალი ცენტრის მქონე კვლევაში, რომელიც ჩატარდა მთელ ევროპაში. 45 წლამდე ტრანსგენდერი ქალები ($n=40$) იღებდნენ ესტრადიოლ ვალერატს 4 მგ/დღეში ციპროტერონის აცეტატთან (CPA) 50 მგ/დღეში კომბინაციაში და 45 წლზე უფროსი ასაკის ტრანსგენდერი ქალები ($n=13$) იღებდნენ ტრანსდერმულ 17β-ესტრადიოლს, ასევე ციპროტერონის აცეტატთან ერთად. თრომბოემბოლია, მიოკარდიუმის ინფარქტი და იშემიური შეტევა, ან ცერებროვასკულური დაავადება არ გამოვლინდა 1 წლიანი შემდგომი დაკვირვების პერიოდში, არც ორალური და არც ტრანსდერმული ესტროგენების მიმღებთა ჯგუფში. ვენაში ჩატარებულმა დამატებითმა რეტროსპექტულმა კვლევამ ვერ გამოავლინა თრომბოემბოლიის შემთხვევები 162 ტრანსგენდერ ქალში, რომლებსაც აკვირდებოდნენ საშუალოდ 5 წლის განმავლობაში და რომლებიც იყენებდნენ ტრანსდერმულ ესტრადიოლს (Ott et al., 2010)

ჩვენ მტკიცედ ვართ დარწმუნებული ეთინილ ესტრადიოლის გამოყენების წინააღმდეგ ჩვენს რეკომენდაციაში, რომელიც ეფუძნება ამსტერდამის კლინიკის ისტორიულ მონაცემებს, რომლებიც აჩვენებენ თრომბოემბოლიის სიხშირის შემცირებას ეთინილ ესტრადიოლის

გამოყენების შეწყვეტის შემდეგ და ბოლოდროინდელ სისტემურ მიმოხილვას, რომელიც მიუთითებს თრომბოემბოლიის გაზრდილ რისკზე ტრანსგენდერ ქალებში, რომლებიც იღებდნენ ეთინილ ესტრადიოლს (Weinand & Safer, 2015). ჩვენ დარწმუნებული ვართ ჩვენს რეკომენდაციაში ცხენის კონიუგირებული ესტროგენების გამოყენების წინააღმდეგ, სილის და კოლეგების მიერ 2012 წლის ჩატარებული კვლევის საფუძველზე, რომელმაც აჩვენა თრომბოემბოლიის გაზრდილი რისკი ტრანსგენდერ ქალებში, რომლებიც იღებენ ცხენის კონიუგირებული ესტროგენებს, ესტროგენის სხვა ნარევებთან შედარებით და სისგენდერი ქალების მონაცემებთან შედარებით, რომლებიც გადიოდნენ ჩანაცვლებით ჰორმონულ თერაპიას (Canonica et al., 2007; Seal et al., 2012). ტრანსგენდერ ქალებში პროსპექტულმა და რეტროსპექტულმა კვლევებმა აღწერეს თრომბოემბოლიის, მიოკარდიუმის ინფარქტის და იშემიური შეტევის, ან ცერებროვასკულური დაავადების შემთხვევები მხოლოდ იმ პირებში, ვინც ლებულობდა ცხენის კონიუგირებულ ესტროგენებს ან ეთინილ ესტრადიოლს ვინაიდან ესტრადიოლი არის იაფი, უფრო ფართოდ ხელმისაწვდომია და, შეზღუდულ კვლევებში აღწერილია, როგორც უფრო უსაფრთხო, ვიდრე ცხენის კონიუგირებული ესტროგენები. კომიტეტი გირჩევთ, არ გამოიყენოთ ცხენის კონიუგირებული ესტროგენები, როდესაც ესტრადიოლი ხელმისაწვდომი მკურნალობის ვარიანტია. კვლევების ხარისხი შეიძლება შემოიფარგლოს პროსპექტული, კოჰორტის ან კროსსექციური კვლევის დიზაინით; თუმცა, რეკომენდაციის უფრო ძლიერი მხარე ეფუძნება თანმიმდევრულ მტკიცებულებებს, რომლებიც აჩვენებს კავშირს ეთინილ ესტრადიოლისა და ცხენის კონიუგირებული ესტროგენების გამოყენებასა და თრომბოემბოლიის, მიოკარდიუმის ინფარქტის და იშემიური შეტევის, ან ცერებროვასკულური დაავადების უფრო დიდ რისკს ტრანსგენდერ ქალებში.

ჩვენ ასევე დარწმუნებული ვართ ჩვენს რეკომენდაციაში ესტროგენის ტრანსდერმალური პრეპარატების დანიშნვის შესახებ უფროსი ასაკის ტრანსგენდერ ქალებში (ასაკი >45 წელზე მეტი), ან ტრანსგენდერ ქალებში თრომბოემბო-

ლიის ანამნეზით. ჩვენი რწმენა ამ რეკომენდაციის მიმართ ემყარება ამსტერდამის კლინიკის მიერ აღწერილ თრომბოემბოლიის შემთხვევების შემცირებას, როდესაც 40 წელს გადაბიჯებული ტრანსგენდერი ქალები გადადიან ტრანსდერმულ პრეპარატებზე (van Kesteren et al., 1997). გარდა ამისა, გენდერული არაკონგრუენტულობის კვლევის ევროპის ქსელის მიერ ჩატარებულმა პროსპექტულმა, მრავალი ცენტრის მქონე კოჰორტულმა კვლევამ ვერ აღმოაჩინა თრომბოემბოლიის, მიოკარდიუმის ინფარქტის და იშემიური შეტევის, ან ცერებროვასკულური დაავადების ვერც ერთი შემთხვევა ტრანსგენდერ ქალებში, რომლებიც რუტინულად იწყებენ ტრანსდერმული ესტროგენის მიღებას 45 წლის ასაკში (Dekker et al., 2016). გარდა ამისა, ოტისა და კოლეგების კვლევამ თრომბოემბოლიის ერთი შემთხვევა არ გამოავლინა 162 ტრანსგენდერ ქალში, რომლებიც მკურნალობდნენ ესტრადიოლის დასაკრავებით (patch) (Ott et al., 2010).

ციპროტერონის აცეტატის გარდა (გაითვალისწინეთ, რომ ციპროტერონის აცეტატი პოტენციური ჰეპატოტოქსიურობის გამო აშშ-ში გამოყენებისთვის დამტკიცებული არ არის), პროგესტინების გამოყენება ჰორმონული თერაპიის სქემებში დღესაც საკამათოა. დღემდე არ ჩატარებულა ხარისხიანი კვლევები, რომელიც შეაფასებდა პროგესტერონების როლს ტრანსგენდერი პაციენტების ჰორმონულ თერაპიაში.

ჩვენ ვიცით, რომ ზოგიერთ პრაქტიკოსს, რომელიც ნიშნავს პროგესტინებს, მათ შორის მიკრონიზებულ პროგესტერონს, აქვს მოლოდინი, რომ შესაძლოა გაუმჯობესდეს სარძევე ჯირკვლის და/ან არეოლარული განვითარება, განწყობა, ლიბიდო და საერთო მდგომარეობა (სხვა უპირატესობებთან ერთად, რომლებიც ჯერ კიდევ არ არის დამტკიცებული) მათთვის, ვისაც სურს მისი მიღება (Deutsch, 2016a; Wierckx, van Caenegem et al., 2014). თუმცა, ეს გაუმჯობესებები არსებობს ანეკდოტური მტკიცებულების სახით და არ არსებობს ხარისხიანი მონაცემები, რომლებიც დაასაბუთებს ამგვარი პროგესტინის გამოყენების უპირატესობას. ჩვენ ვცადეთ სისტემატური მიმოხილვა გაგვეკეთებინა

ზრუნვის სტანდარტების ამ ვერსიისთვის, თუმცა ამან ვერ მოგვცა საკმარისი მონაცემები რეკომენდაციის გასაცემად რომელიმე პროგნოსტიკის სასარგებლოდ. ამის ნაცვლად, არსებული მონაცემები იძლევა ვარაუდის საფუძველს, რომ პროგნოსტიკის გახანგრძლივებული გამოყენება ასოცირდება ზიანთან (Safer, 2021).

სისგენდერი ქალებისთვის, რომლებსაც აქვთ საშვილოსნო, იმისთვის, რომ თავიდან იქნას აცილებული ენდომეტრიუმის კიბოს რისკი, რომელიც დაკავშირებულია მხოლოდ ესტროგენის მიღებასთან (სხვა ჰორმონის გარეშე) აუცილებელია პროგნოსტიკის ესტროგენებთან კომბინაციაში მიღება. სისგენდერ ქალებში, რომლებსაც საშვილოსნო არ აქვთ, პროგნოსტიკები არ გამოიყენება. საუკეთესო მონაცემები პროგნოსტიკის გამოყენებასთან დაკავშირებული პრობლემების შესახებ მომდინარეობს ზემოთ მოცემული ორი სისგენდერი პოპულაციის შედარებიდან, რისი განზოგადებაც ტემ პოპულაციაზე, როგორც ჩვენც ვაღიარებთ, სულაც არ არის გამართლებული. რა თქმა უნდა, ეს არ ვრცელდება პროგნოსტიკების მთელ კლასზე, მაგრამ მედროქსიპროგესტერონი როცა ემატება ცხენის კომბინირებულ ესტროგენებს ის დაკავშირებულია მკერდის კიბოსა და გულის დაავადებების განვითარების უფრო დიდ რისკებთან (Chlebowski, 2020; Manson, 2013). მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ქალთა ჯანმრთელობის ინიციატივის (WHI) მიერ ჩატარებული კვლევები შესაძლოა არ იძლეოდეს ამ მონაცემების ტრანსგენდერი პოპულაციებისთვის განზოგადების საშუალებას. კვლევებში მონაწილე სისგენდერ ქალებთან შედარებით, ტრანსგენდერი პოპულაციები, რომლებსაც სურთ ჰორმონული თერაპია, როგორც წესი, უფრო ახალგაზრდები არიან, არ იყენებენ ცხენის ესტროგენს და ჰორმონული თერაპია, ამ შემთხვევებში, მიმართულია ფსიქიკურ ჯანმრთელობისა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებაზე და არა მხოლოდ რისკის პრევენციაზე (Deutsch, 2016a).

პროგნოსტიკის პოტენციური გვერდითი ჩვენებები მოიცავს წონის მატებას, დეპრესიას და ლიპიდების ცვლილებას. ყველაზე ასატანი მიკრონიზებული პროგესტერონია და მას შეიძლება ჰქონდეს უფრო ხელსაყრელი გავლენა

ლიპიდურ პროფილზე, ვიდრე მედროქსიპროგესტერონს (Fitzpatrick et al., 2000). ტრანსგენდერ ქალებში, მათი ესტროგენებთან შეწყვილებისას, პროგნოსტიკის ციპროტერონის აცეტატი ასოცირდება მომატებულ პროლაქტინთან, მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინის ქოლესტერინის დაქვეითებასთან და იშვიათ მენინგიომებთან, რომელთაგან არცერთი ფიქსირდება, როდესაც ესტროგენები შეწყვილებულია გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტებთან, ან სპირონოლაქტონთან (Bisson, 2018; Borghei-Razavi, 2014; Defreyne, Notaetal, 2017; Soferetal, 2020).

ამრიგად, დღემდე მონაცემები არ შეიცავს ხარისხიან მტკიცებულებებს, რომლებიც მხარს დაუჭერენ პროგნოსტიკური თერაპიის სარგებელს ტრანსგენდერი ქალებისთვის. თუმცა, ლიტერატურა მიუთითებს ზოგიერთი პროგნოსტიკის მოხმარებით გამოწვეულ შესაძლო ზიანზე, სულ მცირე მრავალწლიანი გამოყენების პირობებში. თუ პროგნოსტიკის მკურნალობის რისკებისა და სარგებელის განხილვის შემდეგ მიღებული იქნა ერთობლივი გადაწყვეტილება პროგნოსტიკის თერაპიის საცდელად დაწყების შესახებ, გამომწერმა უნდა შეაფასოს პაციენტი ერთი წლის განმავლობაში, რათა განიხილოს, თუ როგორ რეაგირებს პაციენტი მკურნალობაზე.

დასკვნა 12.16

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, დანიშნონ ტესტოსტერონის დამთრგუნველი მედიკამენტები (ციპროტერონის აცეტატი, სპირონოლაქტონი, ან გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტები) იმ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანებისთვის, რომლებსაც აქვთ სათესლე ჯირკვლები და იღებენ ესტროგენს, როგორც ჰორმონული მკურნალობის გეგმის ნაწილს, თუ ინდივიდის მიზანია ცირკულირებადი სასქესო ჰორმონის კონცენტრაცია დაუხლოვოს სისგენდერ ქალებში არსებული კონცენტრაციის დონეს.

აშშ-სა და ევროპის გენდერული კლინიკების უმეტესობა ნიშნავს ესტროგენს ტესტოსტერო-

ნის დამწვევ მედიკამენტთან ერთად (Mamoojee et al., 2017) (იხ. დანართი C-ცხრილი 5). აშშ-ში, სპირონოლაქტონი არის ყველაზე ხშირად დანიშნული ტესტოსტერონის შემამცირებელი წამალი, გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტები ჩვეულებრივ გამოიყენება დიდ ბრიტანეთში, ხოლო ციპროტერონის აცეტატი ყველაზე ხშირად ინიშნება დანარჩენ ევროპაში (Angus et al., 2021; Kuijpers et al., 2021). ტესტოსტერონის დამწვევი მედიკამენტის დამატებას ორმაგი მიზეზი უდევს საფუძვლად 1) ტესტოსტერონის დონის გათანაბრება სისგენდერი ქალებისთვის დადგენილ ნორმასთან; და 2) ესტროგენის რაოდენობის შემცირება, რომელიც საჭიროა ადეკვატური ფიზიკური ეფექტების მისაღწევად. ტესტოსტერონის დამწვევ თითოეულ წამალს აქვს განსხვავებული გვერდითი ჩვენებების პროფილი. სპირონოლაქტონი არის ანტი-ჰიპერტენზიული და კალიუმის გამომტანი შარდმდენი საშუალება და შესაბამისად, შეიძლება გამოიწვიოს ჰიპერკალემია, შარდვის გახშირება და არტერიული წნევის დაქვეითება (Lin et al., 2021). ციპროტერონის აცეტატი დაკავშირებულია მენინგიომის და ჰიპერპროლაქტინემიის განვითარებასთან (Nota et al., 2018). გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტებმა, თუმცა ძალიან ეფექტურია ტესტოსტერონის დონის შესამცირებლად, შეიძლება გამოიწვიონ ოსტეოპოროზი, თუ იმავდროულად მიცემული ესტროგენის დოზები არასაკმარისია (Klink, Caris et al., 2015)

ერთ-ერთმა სისტემატურმა მიმოხილვამ იპოვა კვლევა, რომელშიც მოცემული იყო დასკვნები ტესტოსტერონის შემამცირებელ, ციპროტერონის აცეტატსა და ლეიპროლიდის პრეპარატების მოქმედების პირდაპირი შედეგების შესახებ (Gava et al., 2016). ორმა კვლევამ შეადარა ტრანსგენდერი ქალების ჯგუფი: ერთი ჯგუფი, რომელიც იღებდა ესტროგენს და ტესტოსტერონის დამაქვეითებელ მედიკამენტებს, მეორე ჯგუფთან, რომელიც იღებდა მხოლოდ ესტროგენს. სისტემურმა მიმოხილვამ არ მოგვანოდა საკმარისი მტკიცებულება იმის თაობაზე, რომ ტესტოსტერონის დამწვევი სამი წამლიდან რომელიმეს გააჩნდა უკეთესი უსაფრთხოების პროფილი ძვლის ჯანმრთელობის,

ტესტოსტერონის დონის, კალიუმის დონის ან ჰიპერპროლაქტინემიის, ან მენინგიომების განვითარების სიხშირის თვალსაზრისით (Wilson et al., 2020). ამიტომ, ამასთან დაკავშირებით რეკომენდაციის გაცემა შეუძლებელია. მიმოხილვაში აღნიშნული იყო, რომ სპირონოლაქტონზე დაფუძნებული რეჟიმები დაკავშირებული იყო პროლაქტინის დონის 45%-ით ზრდასთან, მაშინ როდესაც ციპროტერონზე დაფუძნებული რეჟიმები ზრდიდა პროლაქტინის დონეს 100%-ზე მეტით. თუმცა, პროლაქტინის მომატებული დონის კლინიკური მნიშვნელობა არ არის ნათელი, რადგან პროლაქტინომების სიხშირე არ იყო მნიშვნელოვნად მომატებული არც სპირონოლაქტონით და არც ციპროტერონის აცეტატით ნამკურნალებ ჯგუფებში (Wilson et al., 2020). აშშ-ს ერთ ცენტრში ჩატარებულმა ერთ-ერთმა რეტროსპექტიულმა, კოჰორტულმა კვლევამ ვერ აღმოაჩინა პროლაქტინის დონის კლინიკურად მნიშვნელოვანი ზრდა 100 ტრანსგენდერ ქალში, რომლებიც მკურნალობდნენ ესტროგენით და სპირონოლაქტონით (Bisson et al., 2018). რეტროსპექტიულმა კვლევამ ნიდერლანდებში 2,555 ტრანსგენდერი ქალის მონაწილეობით, რომლებიც იღებდნენ ძირითადად ციპროტერონის აცეტატს ესტროგენის სხვადასხვა ნარევით, აჩვენა მენინგიომების გაზრდილი სტანდარტიზებული შემთხვევების რიცხვი პაციენტებში, ჰოლანდიის ზოგად პოპულაციასთან შედარებით, რომლებიც გონადექტომიის შემდეგ მრავალი წლის განმავლობაში იღებდნენ ციპროტერონის აცეტატს (Nota et al., 2018). გარდა ამისა, ბელგიაში უფრო მოკლე კვლევაში, 107 ტრანსგენდერ ქალს აღენიშნებოდა პროლაქტინის დონის გარდამავალი მატება ციპროტერონის აცეტატით მკურნალობის შემდეგ, რომელიც კვლავ ნორმალურ დონეს დაუბრუნდა პრეპარატის შეწყვეტის შემდეგ (Defreyne, Nota et al., 2017). ბოლო პუბლიკაციაში, რომელიც არ შედის სისტემურ მიმოხილვაში, გამოკვლეულია 126 ტრანსგენდერი ქალი, რომლებიც იღებდნენ სპირონოლაქტონს, გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტებს, ან ციპროტერონს, წარმოდგენილია დასკვნა, რომ ციპროტერონის მიღება დაკავშირებულია პროლაქტინის უფრო მაღალ დონესთან და გაუარესებულ ლიპიდურ პროფილთან,

ვიდრე სპირონოლაქტონი ან გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტების გამოყენება (Sofer et al., 2020). პროლაქტინის დონის გაზომვის ხარჯებისა და ხელმისაწვდომობის დაბალანსების შემდეგ, მომატებული დონის კლინიკურ მნიშვნელობებთან მიმართებით, მიღებულ იქნა გადაწყვეტილება, რომ ამ ეტაპზე არ გაგვეკეთებინა რეკომენდაცია პროლაქტინის დონის მონიტორინგის სასარგებლოდ ან მის წინააღმდეგ. ამიტომ, ჯანდაცვის პროფესიონალებმა უნდა მიიღონ ინდივიდუალური კლინიკური გადაწყვეტილებები პროლაქტინის დონის გაზომვის აუცილებლობის შესახებ, ჰორმონული რეჟიმის ტიპზე და/ან ჰიპერპროლაქტინემიის ან ჰიპოფიზის სიმსივნის სიმპტომების (მაგ. გალაქტორეა, ვიზუალური ველის ცვლილებები) არსებობის საფუძველზე.

ციპროტერონი ასევე დაკავშირებულია მენინგიომებთან. ლიტერატურაში დაფიქსირდა მენინგიომის ცხრა შემთხვევა ტრანსგენდერ ქალებში, რომლებიც ძირითადად იღებდნენ ციპროტერონის აცეტატს (Mancini et al., 2018). ეს გაზრდილი რისკი ასევე გამოვლინდა სისგენდერ პოპულაციებში. 2020 წელს, ევროპის მედიკამენტების სააგენტომ გამოაქვეყნა მოხსენება, რომელიც რეკომენდაციას უწევს ციპროტერონის პროდუქტების დღიური 10 მგ ან მეტი დოზის შეზღუდვას მენინგიომის განვითარების რისკის გამო (ევროპის მედიკამენტების სააგენტო, 2020). სავარაუდოდ, ეს ასოციაცია ციპროტერონის აცეტატის სპეციფიკური ეფექტია და არ არის გავრცელებადი ტესტოსტერონის დამაქვეითებელ სხვა პრეპარატებზეც. შეერთებულ შტატებში, სადაც ციპროტერონის აცეტატი არ არის ხელმისაწვდომი, ჩრდილოეთ ამერიკის ასოციაციის ცენტრალური კიბოს რესტრის (NAACCRs) მონაცემთა ბაზამ არ გამოავლინა ტვინის სიმსივნეების გაზრდილი რისკი (არასპეციფიკური მენინგიომა) ტრანსგენდერ ქალებში (Nash et al., 2018). გარდა ამისა, არ დაფიქსირებულა ტვინის სიმსივნეების საშიშროების თანაფარდობის ზრდა 2,791 ტრანსგენდერი ქალისგან შემდგარ კაიზერის კოჰორტაში, როდესაც ისინი შეადარეს სისგენდერი ქალების საკონტროლო ჯგუფს (Silverberg et al., 2017). არ არსებობს გრძელვადიანი კვლევები, რომლებიც

ისაუბრებდნენ მენინგიომებისა და პროლაქტინომების რისკის შესახებ ტრანსგენდერ ქალებში, რომლებიც იღებენ გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტებს.

სათესლე ჯირკვლების მქონე ტრანსგენდერი პირებისთვის ტესტოსტერონის დამწევი მედიკამენტების, როგორც ჰორმონული მკურნალობის ნაწილის გამოყენებასთან დაკავშირებით ჩვენი მტკიცე რეკომენდაცია ეფუძნება ამ მედიკამენტების ესტროგენული თერაპიასთან ერთად გამოყენების გლობალურ პრაქტიკას, ისევე როგორც ამ თერაპიასთან დაკავშირებულ შედეგებით მინიმალურ რისკს. თუმცა, ჩვენ არ შეგვიძლია ამ დროისთვის რეკომენდაციის გაცემა, თუ რომელი ტესტოსტერონის დამაქვეითებელი მედიკამენტი არის უკეთესი. ამ დრომდე გამოქვეყნებული მონაცემები იწვევს გარკვეულ შეშფოთებას მენინგიომის გაზრდილი რისკის შესახებ ციპროტერონის აცეტატის გახანგრძლივებული (>2 წელი) და უფრო მაღალი დოზებით (>10 მგ დღეში) (Nota et al., 2018; Ter Wengel et al., 2016; Weill. et al., 2021) გამოყენების შემთხვევაში.

ბიკალუტამიდი არის ანტიანდროგენი, რომელიც გამოიყენება პროსტატის კიბოს სამკურნალოდ. ის კონკურენტულად უერთდება ანდროგენის რეცეპტორს, რათა დაბლოკოს ანდროგენების შეერთება. მონაცემები ბიკალუტამიდის გამოყენების შესახებ ტრანსგენდერ ქალებში ძალიან მწირია და უსაფრთხოების მონაცემები არ არსებობს. ერთმა მცირე კვლევამ გამოიკვლია ბიკალუტამიდის 50მგ-ს ყოველდღიურად გამოყენება, როგორც პუბერტატული ბლოკატორი 23 ტრანსგენდერ მდედრობითი სქესის მოზარდში, რომლებმაც ვერ მიიღეს მკურნალობა გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის ანალოგით (Neyman et al., 2019). ყველა მოზარდს განუვითარდა მკერდი, რაც ასევე ხშირად გვხვდება პროსტატის კიბოს მქონე კაცებში, რომლებიც მკურნალობენ ბიკალუტამიდით. მიუხედავად იმისა რომ ეს იშვიათად ხდება, ბიკალუტამიდის გამოყენების შემთხვევაში დაფიქსირებულია ფულმინანტური ჰეპატოტოქსიურობა, რომელიც იწვევს სიკვდილს (O'Bryant et al., 2008). იმის გათვალისწინებით, რომ ბიკალუტამიდი არ არის ადეკვატურად შესწავლილი

ტრანსგენდერ ქალურ პოპულაციებში, ჩვენ არ გირჩევთ მის რუტინულ გამოყენებას.

5 α -რედუქტაზას ინჰიბიტორების მიღება ბლოკავს ტესტოსტერონის გარდაქმნას უფრო ძლიერ ანდროგენ დიჰიდროტესტოსტერონად. სურსათისა და წამლების ადმინისტრაციის (FDA) მიერ დამტკიცებული ფინასტერიდის გამოყენების ჩვენებები მოიცავს პროსტატის კეთილთვისებიან ჰიპერტროფიას და ანდროგენულ ალოპეციას. მონაცემები 5 α -რედუქტაზას ინჰიბიტორების გამოყენების შესახებ ტრანს ქალურ პოპულაციებში ძალიან მწირია (Irwig, 2021). გაურკვეველია, შეიძლება ჰქონდეს თუ არა ამ კლასის მედიკამენტს რაიმე კლინიკური სარგებელი ტრანს ქალებში, რომელთა ტესტოსტერონისა და დიჰიდროტესტოსტერონის დონე უკვე დაქვეითებულია ესტროგენებითა და ანტიანდროგენებით. ამიტომ ჩვენ არ გირჩევთ მათ რუტინულ გამოყენებას ტრანსგენდერი ქალების პოპულაციებში. ფინასტერიდი შეიძლება იყოს მკურნალობის შესაბამისი ვარიანტი ტრანს კაცებში, რომლებიც განიცდიან შემანუხებელ ალოპეციას დიჰიდროტესტოსტერონის მაღალი დონის გამო. მიუხედავად ამისა, 5 α -რედუქტაზას ინჰიბიტორით მკურნალობამ შეიძლება შეაფერხოს კლიტორის ზრდა და სახის და სხეულის თმის განვითარება ტრანს კაცებში. საჭიროა კვლევები ტრანსგენდერ პოპულაციებში 5 α -რედუქტაზას ინჰიბიტორების ეფექტურობისა და უსაფრთხოების შესაფასებლად.

წიგნული 12.17

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, აკონტროლონ ჰემატოკრიტი (ან ჰემოგლობინი) ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში, რომლებიც მკურნალობენ ტესტოსტერონით.

არსებობს კარგი ხარისხის მონაცემები, რომლებიც ვარაუდობენ ჰემატოკრიტის (ან ჰემოგლობინის) მატებას ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში, რომლებიც მკურნალობენ ტესტოსტერონით (Defreyne et al., 2018). ტესტოსტერონით მკურნალობის რეჟიმები სისტემურ მიმოხილვაში მოიცავდა

ტესტოსტერონის ეთერებს კანქვეშა ან კუნთში ინექციის სახით ადმინისტრირებას (SC/IM), 25-250 მგ-ს ეკვივალენტს კვირაში, ტესტოსტერონის უნდეკანოატის 1000 მგ დოზის მიღებას ყოველ 12 კვირაში ან ტესტოსტერონის გელის (50მგ) გამოყენებას ყოველდღიურად კანზე წასასმელად (Defreyne et al., 2018; Gava et al., 2018; Giltay et al., 2000; Meriggola 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). ტესტოსტერონის მოსალოდნელი ზრდა უნდა შეესაბამებოდეს სისგენდერ კაცებში დადგენილი ნორმის ფარგლებს.

წიგნული 12.18

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, ითანამშრომლონ ქირურგებთან ჰორმონების გამოყენებასთან დაკავშირებით გენდერის დადასტურების ოპერაციამდე და მას შემდეგ.

უფრო ვრცლად, იხილეთ დებულება 12.19.

წიგნული 12.19

ჩვენ ვთავაზობთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, ესაუბრონ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს გენდერის დადასტურების ოპერაციის სხვადასხვა ვარიანტების შესახებ, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ოპერაცია არ არის ნაჩვენები (გამართლებული) ან არის სამედიცინო თვალსაზრისით არასახარბიელო.

მტკიცებულებების არარსებობის მიუხედავად, გენდერის დადასტურების ოპერაციების კლინიკური სტანდარტები მოიცავდა ჰორმონული თერაპიის შეწყვეტას ოპერაციამდე და მის შემდეგ 1-4 კვირის განმავლობაში. ყველაზე ხშირად ეს ეხებოდა სასქესო ორგანოების ოპერაციებს (Hembree et al., 2009). ასეთი პრაქტიკა მიმართული იყო ვენური თრომბოემბოლიის რისკის შემცირებაზე, რომელიც დაკავშირებულია ეგზოგენური ესტროგენის მიღებასთან (Hembree et al., 2009). ესტროგენის და ტესტოსტერონის მიღება შეიძლება განახლდეს პოსტოპერაციულ პერიოდში.

საგულდაგულო გამოკვლევის შემდეგ, მკვლევარებმა ვერ აღმოაჩინეს ვენური თრომბოემბოლიის სიხშირის ზრდა ტრანსგენდერ პირებში, რომლებსაც ოპერაციის გამო არ შეუწყვეტიათ სასქესო სტეროიდებით მკურნალობა, იმ პირებთან შედარებით, ვისი სტეროიდებით მკურნალობაც შეწყდა ოპერაციამდე (Gaither et al., 2018; Hembree et al., 2009; Kozato et al., 2021; Prince & Safer, 2020). სასქესო სტეროიდებით მკურნალობა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია გონადექტომიის შემდეგ, რათა თავიდან იქნას აცილებული ჰიპოგონადიზმის შედეგები, ოსტეოპოროზის განვითარების რისკი და შენარჩუნდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობა და ცხოვრების ხარისხი (Fisher, Castellini et al., 2016; Rosen et al., 2019). ამრიგად, ჰორმონის პროვაიდერებმა და ქირურგებმა პაციენტებს უნდა მიაწოდონ განათლება გონადექტომიის შემდეგ უწყვეტი ეგზოგენური ჰორმონული თერაპიის აუცილებლობასთან დაკავშირებით.

იმისთვის, რომ შეძლონ პაციენტების განათლება და კლინიკური ადვოკატირება, ექიმი უნდა იყოს გათვითცნობიერებული გენდერის დადასტურების ოპერაციების რისკებსა და სარგებელში, ასევე უნდა იცოდეს ქირურგიული ჩარევის ზომები და შედეგები და ფლობდეს ინფორმაციას იმ ქირურგების შესახებ რომლებსაც შესაძლოა, პაციენტებმა მიმართონ (Beek, Kreukels et al., 2015; Colebunders et al., 2017; Wiepjes et al., 2018). ზოგადად, სამედიცინო თვალსაზრისით აუცილებელი ოპერაციების უმეტესობა შეიძლება ჩაითვალოს რომ ხორციელდება სხეულის სამ რეგიონში: სახე, გულმკერდი/მკერდი და სასქესო ორგანოები (შიდა და გარე). დამატებით საჭირო სამედიცინო პროცედურები მოიცავს სხეულის კონტურს და ხმის ოპერაციას. იხილეთ დებულება სამედიცინო აუცილებლობის შესახებ, თავში 2 – გლობალური გამოყენება, დებულება 2.1.

მრავალი პროცედურაა ხელმისაწვდომი გენდერის დამადასტურებელი სახის ოპერაციებისთვის, მათ შორის, მაგრამ არამხოლოდ: ქონდროლანრინგოპლასტიკა, რინოპლასტიკა, ყბის, ნიკაპის და შუბლის კონტურის გადიდება, სახის ლიფტინგი, თმის მოცილება და თმის გადანერგვა (იხ. თავი 13 – ქირურგია და პოს-

ტოპერაციული მოვლა). გულმკერდის/მკერდის ოპერაციები მოიცავს მკერდის აუგმენტაციას, ორმაგ მასტექტომიას დვრილების გრაფტით, პერიარეოლარულ მასტექტომიასა და ლიპოსაქციას. ყველაზე გავრცელებული გენდერის დადასტურების ოპერაცია ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პირებისთვის, რომლებსაც აქვთ ენდოგენური მკერდის განვითარება, არის გულმკერდის მასკულინიზაცია (მასტექტომია) (Horbach et al., 2015; Kailas et al., 2017).

შიდა გენიტალური ქირურგიის პროცედურები მოიცავს, მაგრამ არ შემოიფარგლება, ორქიექტომიით, ჰისტერექტომიით, სალპინგოოფორექტომიით, ვაგინოპლასტიკით და კოლპექტომია/ვაგინექტომიით (Horbach et al., 2015; Jiang et al., 2018). ვაგინოპლასტიკის შიდა გარსი, როგორც წესი, აგებულია პენისის კანის, კანის გრაფტების, ორივეს კომბინაციით, ან ნაწლავის სეგმენტისგან.

საშვილოსნოს/საკვერცხეების მოცილება შეიძლება განხორციელდეს ინდივიდუალურად, ან ერთდროულად (ჰისტერექტომია, სალპინგოოფორექტომია და კოლპექტომია). თუ კოლპექტომია ჩატარდა, უნდა ჩატარდეს ჰისტერექტომიაც. საკვერცხეები შეიძლება დარჩეს ადგილზე პაციენტის მოთხოვნით. ერთი ან ორივე საკვერცხის დატოვების პოტენციური სარგებელი არის ნაყოფიერების შენარჩუნება, ხოლო უარყოფითი მხარე არის საკვერცხის პათოლოგიის, მათ შორის, კიბოს განვითარების პოტენციალი (De Roo et al., 2017).

გარე გენიტალური ქირურგიული პროცედურები მოიცავს, მაგრამ არ შემოიფარგლება, ვულვოპლასტიკით, მეტოიდოპლასტიკით და ფალოპლასტიკით (Djordjevic et al., 2008; Frey et al., 2016). თმის მოცილება ზოგადად აუცილებელია გარე სასქესო ორგანოების პროცედურების ჩატარებამდე (Marks et al., 2019). ვულვოპლასტიკა შეიძლება მოიცავდეს ბოქვენის, ბაგეების, კლიტორის და ურეთრის გახსნას. ურეთრის დაგრძელება არის როგორც მეტოიდოპლასტიკის, ასევე ფალოპლასტიკის ვარიანტი, მაგრამ დაკავშირებულია გართულებების მნიშვნელოვნად გაზრდილ სიხშირესთან (Schechter & Safa, 2018). ქრილობის მოვლა და ფიზიოთერაპია

აუცილებელია ფალოპლასტიკის დროს დონორ უბნებზე გაჩენილი ქრილობების სამართავად (van Caenegem, Verhaeghe et al., 2013). მენჯის ფიზიოთერაპია ასევე შეიძლება იყოს მნიშვნელოვანი დამხმარე ინტერვენცია ოპერაციის შემდეგ შარდვისა და სქესობრივი ფუნქციის მართვისთვის (Jiang et al., 2019). დიალოგი, ურთიერთგაგება და საერთო ენაზე მკაფიო კომუნიკაცია პაციენტებს, ჯანდაცვის პროფესიონალებსა და ქირურგებს შორის ხელს შეუწყობს სათანადოდ გააზრებულ გადაწყვეტილებებს არსებული ქირურგიული პროცედურების შესახებ.

ლექსიკა 12.20

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, წამოიწყონ და გააგრძელონ გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპია იმ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანებისთვის, რომლებიც საჭიროებენ ამ მკურნალობას ფსიქოსოციალური ფუნქციონირებისა და ცხოვრების ხარისხის აშკარა გაუმჯობესების გამო.

ვრცლად ამის შესახებ, იხილეთ დებულება 12.21.

ლექსიკა 12.21

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის სპეციალისტებს, გააგრძელონ არსებული ჰორმონული თერაპია, თუ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ინდივიდის ფსიქიკური ჯანმრთელობა გაუარესდება და შეაფასონ გაუარესების მიზეზი, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც ეს უკუნაჩვენებია.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის რამდენიმე უკუჩვენება დაფიქსირდა ტრანსგენდერ პოპულაციაში, მათ შორის დეპრესია, თვითმკვლელობა, შფოთვა, თვითშეფასების დაქვეითება და პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა (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). გენდერული უმცირესობის სტრესის მოდელი იძლევა მტკიცებულებებს ამ უთანასწორობის რამდენიმე მედი-

ატორისა და მოდერატორის შესახებ (Hendricks & Testa, 2012; Meyer, 2003). ტრანსგენდერი ადამიანებისთვის უნიკალური ფსიქიკური ჯანმრთელობის უთანასწორობის მედიატორები და მოდერატორები მოიცავს დისკრიმინაციის, ვიქტიმიზაციის, არასწორი გენდერის, ოჯახის უარყოფის და ინტერნალიზებული ტრანსფობიის გამოცდილებას (Hendricks & Testa, 2012). ფაქტორები, რომლებიც დადებით გავლენას ახდენენ ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე, მოიცავს ოჯახის მხრიდან მიმღებლობას, მხარდამჭერ სოციალურ და რომანტიკულ ურთიერთობებს, ტრანსგენდერთა საზოგადოებასთან დაკავშირებას, დადასტურების და ინკლუზიური პოლიტიკის დაცვას, დადასტურებისა და ჩართულობის პოლიტიკას, განახლებული იურიდიული სახელის/გენდერის დოკუმენტაციის ფლობას და ფიზიკური გენდერული ტრანზიციის მიღწევას ინდივიდუალური განსხვავების მიზნებზე დაყრდნობით (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., 2018).

აღმოჩნდა, რომ ჰორმონული თერაპია დადებითად ზემოქმედებს ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ახალგაზრდების და მოზრდილების ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე და ცხოვრების ხარისხზე, რომლებიც იწყებენ ამ მკურნალობას (Aldridge et al., 2020; Allen et al., 2019; Bauer et al., 2015; Nobili et al., 2018; Russell et al., 2018; Ryan, 2009). სმირ შემთხვევაში, ჰორმონული თერაპია ითვლება სიცოცხლის გადამრჩენელად (Allen et al., 2019; Grossman & D'Augelli, 2006; Moody et al., 2015). რამდენიმე კვლევამ აჩვენა კავშირი ჰორმონული თერაპიის დანყებასა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას შორის ახალგაზრდებსა და მოზრდილებში (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). ეს აგრეთვე ეხებოდა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას (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),

შფოთვისა და დეპრესიის შემცირებას (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), სტრესისა და პარანოიის შემცირებას (Keo-Meier & Fitzgerald, 2017). მინესოტას მრავალგანზომილებიანი პიროვნების კითხვარი-2-ის (MMPI-2) გამოყენებით ჩატარებულმა პროსპექტულმა გაკონტროლებულმა კვლევამ ტრანსგენდერ კაცებში აჩვენა მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება ფსიქოლოგიური ფუნქციონირების მრავალ სფეროში ტესტოსტერონით მკურნალობის მხოლოდ 3 თვის შემდეგ (Keo-Meier et al., 2015). მიუხედავად იმისა, რომ ტრანსგენდერულ პოპულაციაში აუტიზმის სიმპტომების მაჩვენებელი უფრო მაღალია, შესაბამისი სიმპტომები ჰორმონული თერაპიის დაწყების შემდეგ არ გამოვლენილა (Nobili et al., 2020).

ვინაიდან დეპრესიის სიმპტომების შემცირება შეიძლება დაკავშირებული იყოს სუიციდის რისკის შემცირებასთან, დეპრესიის ან სუიციდურობის არსებობის მიზეზით ჰორმონული თერაპიის შეწყვეტამ შეიძლება ზიანი მიაყენოს პაციენტს (Keo-Meier et al., 2015; Levy et al., 2003). ტურბან კინგმა და სხვებმა (2020) აღმოაჩინეს, რომ

სიცოცხლის განმავლობაში სუიციდური აზრების ქონის ალბათობა შემცირდა იმ მოზარდებში, რომლებსაც ესაჭიროებოდათ პუბერტატის დათრგუნვა და ჰქონდათ წვდომა ამ მკურნალობაზე, იმათთან შედარებით, ვისაც მსგავსი სურვილი ჰქონდა, წვდომა კი – არა (Turban, King et al., 2020). ბოლოდროინდელმა სისტემურმა მიმოხილვამ აჩვენა, რომ პუბერტატული დათრგუნვა ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან მოზარდებში ასოცირდება გაუმჯობესებულ სოციალურ ცხოვრებასთან, ზრდასრულ ასაკში სუიციდურობის შემცირებასთან, გაუმჯობესებულ ფსიქოლოგიურ ფუნქციონირებასთან და ცხოვრების ხარისხთან (Rew et al., 2020). მტკიცებულებები იძლევა ვარაუდის საფუძველს, რომ ჰორმონული თერაპია პირდაპირ კავშირშია დეპრესიისა და შფოთვის სიმპტომების შემცირებასთან, ჰორმონული თერაპიის შეფერხება, ან არდაწყების პრაქტიკა, იმ საბაბით, რომ ეს სიმპტომები ჯერ ტრადიციული ფსიქიატრიის მკურნალობას დაექვემდებაროს, ითვლება იატროგენულ ეფექტად (Keo-Meier et al., 2015). თუ ფსიქიატრიული მკურნალობა გამართლებულია, მისი დაწყება ან კორექტირება ჰორმონული თერაპიის შეწყვეტის გარეშე უნდა მოხდეს.

თავი 13. ქირურგია და კოსტოპერაციული ზრუნვა

სამედიცინო თვალსაზრისით აუცილებელი გენდერის დამადასტურებელი ქირურგიული ოპერაცია რიგ პროცედურათა ერთობლიობაა, რომლის მიზანია სხეულის გენდერულ იდენტობასთან შესაბამისობაში მოყვანა (იხილეთ თავი 2 – გლობალური გამოყენება სამედიცინო აუცილებლობისთვის, დებულება 2.1). წინამდებარე თავი განიხილავს რეკომენდაციებს, ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი (ტგმ) ზრდასრულებისა და მოზარდთა ქირურგიის და პოსტოპერაციული ზრუნვის შესახებ. ზრდასრულთა და მოზარდთა ქირურგიული მკურნალობისთვის შეფასების კრიტერიუმების თაობაზე, გთხოვთ, იხილოთ თავი 5 – ზრდასრულთა შეფასება და თავი 6 – მოზარდები. რეკომენდაციებისა და კრიტერიუმების შეჯამება შეგიძლიათ იხილოთ დანართში D.

მას შემდეგ, რაც აღიარებულია, რომ მრავალფეროვანი და ჰეტეროგენული თემის წარმომადგენელი ინდივიდები ტრანსგენდერად და გენდერულად მრავალფეროვნად იდენტიფიცირდებიან (ტგმ), გენდერის დამადასტურებელი ქირურგია შეიძლება კლასიფიცირდეს იმ პროცედურათა სპექტრში, რომელიც ენიშნებათ მათ, ვისაც დაბადებისას მდედრობითი სქესი მიანიჭეს (AFAB) და იმ ინდივიდებს, რომლებსაც დაბადებისას მამრობითი სქესი მიანიჭეს (AMAB).

მოცემული ლიტერატურა გენდერის დამადასტურებელი ქირურგიის უპირატესობას ასაბუთებს იმ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ინდივიდებისთვის (ტგმ), რომლებიც შესაბამის მოთხოვნებს აკმაყოფილებენ.

ოპერაციას შესაძლოა მოყვეს გართულებები, რომელთა უმეტესობა არის მინიმალური და მათი მკურნალობა შესაძლებელია ამბულატორიულად (Canner et al., 2018; Gaitner et al., 2018; Morrison et al., 2016). გარდა ამისა, გართულებათა მაჩვენებელი შეესაბამება იმ მაჩვენებელს, რომელიც ფიქსირდება სხვადასხვა დიაგნოზისას ჩატარებული ოპერაციების შემდგომ (როდესაც ოპერაცია არ ითვალისწინებს გენდერის დადასტურებას). გულმკერდის ქირურგია

ან „ზედა ტანის„ ქირურგია (იგივე „კანქვეშა მასტექტომია“) შესწავლილი იქნა იმ ინდივიდებს შორის, რომელთაც დაბადებისას მდედრობითი სქესი მიენიჭა (AFAB). ჩატარდა პროსპექტული კოჰორტული კვლევა (Agarwal et al., 2018; Frederick et al., 2017; Top & Balta, 2017; van de Griff, Elaut et al., 2017; van de Griff et al., 2016) რეტროსპექტული (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) და კროსსექციური კოჰორტული კვლევები (Olson-Kennedy, Warus et al., 2018; Owen-Smith et al., 2018; van de Griff, Elaut et al., 2018; van de Griff, Elfering et al., 2018). ზედატანის ქირურგიის ეფექტურობამ მრავალმხრივ აჩვენა დადებითი შედეგები, მათ შორის: ცხოვრების ხარისხის გაზრდა, გენდერული დისფორიის მნიშვნელოვნად შემცირება და საკუთარი სხეულითა და გარეგნობით კმაყოფილების ზრდა. ამას გარდა, სინანულის მაჩვენებელი კვლავაც დაბალ ნიშნულზე შენარჩუნდა, 0-4%-მდე.

იმისდა მიუხედავად, რომ ზედატანის ქირურგიამ გამოავლინა დადებითი მაჩვენებლები დეპრესიის, შფოთვის, სექსუალური ფუნქციის კუთხით, საბოლოო დასკვნის გამოსატანად საჭიროა უფრო სიღრმისეული კვლევა. ამჟამინდელ მტკიცებულებებზე დაყრდნობით ზედატანის ქირურგია არის უსაფრთხო და ეფექტური ქირურგიული ჩარევა. იმ ინდივიდებს შორის, რომლებსაც დაბადებისას მამრობითი სქესი მიენიჭათ (AMAB), გენდერის დადასტურების გულმკერდის ქირურგიის ჩატარების შესახებ („სარძევე ჯირკვლის აუგმენტაცია“) უფრო ნაკლები კვლევებია გამოქვეყნებული. მათ შორის არის ორი პროსპექტული კოჰორტული კვლევა (Weigert et al., 2013; Zavlin et al., 2018), ერთი რეტროსპექტული კოჰორტული კვლევა (Fakin et al., 2019) და 3 კროსსექციური კოჰორტული კვლევა (Kanhai et al., 2000; Owen-Smith et al., 2018; van de Griff, Elaut et al., 2018). თითოეულმა კვლევამ დაადგინა პირდაპირი გაუმჯობესება პაციენტის კმაყოფილების, მათ შორის, ზოგადი კმაყოფილების, სხეულით კმაყოფილების და გარეგნობით კმაყოფილების კუთხით. დეპრესიისა და შფოთვის მდგომარეო-

ბებისას გენდერის დამადასტურებელი ქირურგიული ჩარევების კვალდაკვალ ოუენ-სმიტმა და კოლეგებმა (2018) გამოავლინეს გაუმჯობესების ტენდენცია. თუმცა შედარებითი სტატისტიკური კვლევა არ ჩატარებულა სხვა ჯგუფებსა და იმ ინდივიდებს შორის, რომლებმაც ზედატანის ქირურგიული ოპერაცია ჩაიტარეს. ვაგინოლპასტიკა, გენდერის დამადასტურებელ ქირურგიულ ოპერაციათაგან ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი ქირურგიული ჩარევაა. ახლახან მომზადდა კვლევის ანგარიშები, კერძოდ, 8 პროსპექტული კოჰორტული კვლევის ანგარიში (Buncamper et al., 2017; Cardoso da Silva et al., 2016; Kanhai, 2016; Manero Vazquez et al., 2018; Papadopoulos, Zavlin et al., 2017; Tavakkoli Tabassi et al., 2015; Wei et al., 2018; Zavlin et al., 2018), 15 რეტროსპექტული კვლევის (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; Papadopoulos, Lelle et al., 2017; Raigosa et al., 2015; Salgado et al., 2018; Seyed-Foroortan et al., 2018; Sigurjonsson et al., 2017; Simonsen et al., 2016; Thalaivirithan et al., 2018) და 3 კროს-სექციური კოჰორტული კვლევის ანგარიში (Castellano et al., 2015; Owen-Smith et al., 2018; van de Griff, Elaut et al., 2018). მიუხედავად იმისა, რომ ჩამოთვლილ კვლევებში შეფასების განსხვავებული ინდიკატორები გემოიყენეს, ყველა კვლევის შედეგი ერთმნიშვნელოვნად მიუთითებს პაციენტის კმაყოფილების მაღალ დონეზე (78–100%), აგრეთვე სექსუალური ფუნქციის კუთხით კმაყოფილების მაღალ მაჩვენებელზე (75–100%). ეს განსაკუთრებით ცხადი გახდა უახლესი ქირურგიული ტექნიკის დანერგვასთან ერთად. გენდერის დამადასტურებელი ვაგინოლპასტიკის ოპერაციის ჩატარება, ასევე, გართულებებისა და სინანულის შემთხვევების დაბალ ნიშნულს ავლენს (0–8%).

უახლეს ლიტერატურაში შეინიშნება მაღალი კლინიკური ინტერესი მეტოიდოპლასტიკისა და ფალოპლასტიკის მიმართ, რაც გამოვლინდა 3 პროსპექტული კოჰორტული კვლევის (Garaffa et al., 2010; Stojanovic et al., 2017; Vukadinovic et al., 2014), 6 რეტროსპექტული კოჰორტისა (Cohanzad, 2016; Garcia et al., 2014; Simonsen

et al., 2016; van de Griff, Pigot et al., 2017; van der Sluis et al., 2017; Zhang et al., 2015) და 4 კროსსექციური კოჰორტული კვლევის შედეგად (Castellano et al., 2015; Owen-Smith et al., 2018; van de Griff, Elaut et al., 2018; Wierckx, Van Caenegem et al., 2011), რომლებიც აღნიშნული პროცედურების რისკებსა და დადებით შედეგებს შეისწავლიდნენ. რაც შეეხება საშარდე სისტემის ფუნქციონირებას, კვლევის მონაწილეთა 75% და 100%-მა შეძლო ფეხზე დამდგარი შარდვა. სექსუალური ფუნქციის კუთხითაც, კვლევის მონაწილეთა 77% და 95% ადასტურებს თავისი სექსუალური ფუნქციით კმაყოფილებას. კვლევათა უმეტესობა აჩვენებს პოსტოპერაციული მდგომარეობის ზოგადი კმაყოფილების მაღალ დონეს (83–100%). კმაყოფილების მაჩვენებელი კიდევ უფრო მაღალია იმ კვლევების შედეგებში, რომლებიც ახალი ქირურგიული ტექნოლოგიებით ჩატარებულ პროცედურებს იკვლევდა.

ორი პროსპექტული და ორი რეტროსპექტული კოჰორტული კვლევის საშუალებით შეფასდა უშუალოდ პოსტოპერაციული სინანულის მაჩვენებელი და გამოვლინდა, რომ არცერთი ტრანსგენდერი კაცი არ განიცდის სინანულს. მიუხედავად იმისა, რომ იდენტიფიცირებული იქნა კვლევის გარკვეული შეზღუდვები, მთლიანობაში შედეგი იყო თანამიმდევრული და პირდაპირი.

გასულ წლებში გენდერის დამადასტურებელი სახის ნაკვთების ოპერაცია განსაკუთრებული ყურადღების საგანი გახდა და აღნიშნული ლიტერატურაც მის დადებით მხარეებს უსვამს ხაზს. ბოლო რვა გამოცემაში მოცემულია 1 პროსპექტული (Morrison et al., 2020), 5 რეტროსპექტული კოჰორტული კვლევა (Bellinga et al., 2017; Capitán et al., 2014; Noureai et al., 2007; Raffaini et al., 2016; Simon et al., 2022) და 2 კროსსექციური კოჰორტული კვლევა (Ainsworth & Spiegel, 2010; van de Griff, Elaut et al., 2018). რვავე კვლევამ ძალიან მაღალი კმაყოფილების დონე აჩვენა იმ ინდივიდებს შორის, რომლებმაც ქირურგიული ოპერაცია ჩაიტარეს (72% და 100%). გარდა ამისა, ინდივიდები განსაკუთრებულად კმაყოფილები იყვნენ თავიანთი გარეგნობით, როდესაც მათ თავიანთი სახე შეადარეს

სარეკომენდაციო რეკომენდაციები

- 13.1- რეკომენდაციას ვაძლევთ ქირურგებს, რომლებიც ატარებენ გენდერის დამადასტურებელ ქირურგიულ პროცედურას, ფლობდნენ შემდეგ კვალიფიკაციას:
- 13.1.a ტრენინგი და ხელმძღვანელობის დოკუმენტირებული გამოცდილება გენდერის დადასტურების პროცედურების მიმართულებით;
- 13.1.b გენდერის დამადასტურებელი ქირურგიული პროცედურების ჩატარების უწყვეტი პრაქტიკა;
- 13.1.c გენდერულად არაკონფორმული იდენტობებისა და მათი გამოხატვის შესახებ ცოდნა;
- 13.1.d უწყვეტი განათლება გენდერის დამადასტურებელი ქირურგიული ოპერაციების კუთხით;
- 13.1.e ჩატარებული ქირურგიული ოპერაციების შედეგების კონტროლი.
- 13.2- რეკომენდაციას ვაძლევთ ქირურგებს, რომ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში შეაფასონ მკერდის სიმსივნესთან დაკავშირებული რისკ-ფაქტორები, მკერდის გადიდების ან მასტექტომიის ჩატარებამდე;
- 13.3- ჩვენი რეკომენდაციაა, წინასაოპერაციო მზადების პროცესში, ქირურგებმა ინფორმაცია მიანოდონ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს, რომლებსაც უტარდებათ გენდერის დამადასტურებელი ქირურგიული პროცედურები, პოსტოპერაციული ზრუნვის საჭიროებების, მგზავრობის, კეთილმოწყობის და პოსტოპერაციული მეთვალყურეობის მნიშვნელობის შესახებ;
- 13.4- რეკომენდაციას ვაძლევთ ქირურგებს, რომ ყველა ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანთან, გონადექტომიის ჩატარების წინ, განიხილონ რეპროდუქციული შესაძლებლობები;
- 13.5- რეკომენდაციას ვაძლევთ ქირურგებს, რომ გონადექტომია შესთავაზონ იმ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ზრდასრულებს, რომლებიც დადგენილ კრიტერიუმებს (ზრდასრულთა და მოზარდთა შეფასების კრიტერიუმებისთვის, გთხოვთ იხილოთ დანართი D, თავი – „ზრდასრულთა და მოზარდების შეფასება“) პასუხობენ და როდესაც არსებობს მტკიცებულება იმისა, რომ მათ ნ თვიანი ჰორმონული თერაპია გადაიტანეს (გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ჩანაცვლებითი ჰორმონული თერაპია, ან გონადების ფუნქციების დათრგუნვა კლინიკურად არ არის ნაჩვენები, ან აღნიშნული პროცედურა არ შესაბამეა პაციენტის მიზნებს, სურვილებს და ინდივიდუალური გენდერული იდენტობის გამოხატვებს);
- 13.6- რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომ გენდერის დამადასტურებელი სასქესო ორგანოების ქირურგია განიხილონ იმ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ზრდასრულებთან, რომლებიც დადგენილ კრიტერიუმებს (ზრდასრულთა და მოზარდთა შეფასების კრიტერიუმებისთვის, გთხოვთ იხილოთ დანართი D, თავი – „ზრდასრულთა და მოზარდების შეფასება“) პასუხობენ, როდესაც არსებობს მტკიცებულება, რომ ინდივიდი მიმდინარე მკურნალობის რეჟიმს სტაბილურად იტარებს (ეს შეიძლება მოიცავდეს ექსთენიან ჰორმონულ მკურნალობას, შესაძლოა უფრო ხანგრძლივსაც, რათა მიღწეულ იქნას სასურველი ქირურგიული შედეგი, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც ჰორმონული თერაპია არ არის სასურველი, ან ამისთვის არსებობს სამედიცინო უკუჩვენება);
- 13.7- რეკომენდაციას ვაძლევთ ქირურგებს, რომ გენდერის დამადასტურებელი გენიტალური ქირურგიული ჩარევა განიხილონ იმ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ზრდასრულებთან, რომლებიც დადგენილ კრიტერიუმებს (ზრდასრულთა და მოზარდთა შეფასების კრიტერიუმებისთვის, გთხოვთ იხილოთ დანართი D, თავი – „ზრდასრულთა და მოზარდების შეფასება“) პასუხობენ, იყენებენ რა მულტიდისციპლინურ მიდგომას და გადანწყვტილების მიღების პროცესში ჩართული არიან ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ჯანდაცვის სფეროს სხვა პროფესიონალები;
- 13.8- რეკომენდაციას ვაძლევთ ქირურგებს, რომ გაიარონ კონსულტაცია პროფესიონალთა მულტიდისციპლინურ გუნდთან მაშინ, როდესაც ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანი, რომელიც დადგენილ კრიტერიუმებს (ზრდასრულთა და მოზარდთა შეფასების კრიტერიუმებისთვის, გთხოვთ იხილოთ დანართი D, თავი – „ზრდასრულთა და მოზარდების შეფასება“) პასუხობს, ითხოვს გენდერის დამადასტურებელ ქირურგიულ ოპერაციას ინდივიდუალური საჭიროებების მიხედვით (აქამდე ცნობილი როგორც „არასტანდარტული,“ ჩარევა);
- 13.9- რეკომენდაციას ვაძლევთ ქირურგებს, რომ მეტოიდოპლასტიკის/ფალოპლასტიკის შემდგომ პოსტოპერაციული ზრუნვის დროს, ტრანსგენდერ კაცებს და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს ხელი შეუწყონ, რომ უროლოგიური მეთვალყურეობას დაექვემდებარონ მთელი ცხოვრების განმავლობაში;
- 13.10- რეკომენდაციას ვაძლევთ ქირურგებს, რომ ვაგინოპლასტიკის შემდგომ პოსტოპერაციული ზრუნვის დროს, ტრანსგენდერ ქალებს და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს ხელი შეუწყონ, რომ განაგრძონ დაკვირვება თავიანთი ქირურგის, პირველადი ჯანდაცვის ექიმის ან გინეკოლოგის ჩართულობით;
- 13.11- ჩვენი რეკომენდაციაა, რომ იმ პაციენტებმა, რომლებსაც აღენიშნებათ სინანული გენდერის დამადასტურებელ ქირურგიულ ოპერაციასთან დაკავშირებით, ამ მდგომარეობის სამართავად მიმართონ ექსპერტთა მულტიდისციპლინურ გუნდს.

მათ, ვისაც ორპერაცია არ ჰქონდა გაკეთებული. ერთ-ერთი პროსპექტული, საერთაშორისო მულტიცენტრული კოჰორტის კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ გენდერის დამადასტურებელი სახის ნაკვთების ოპერაცია აუმჯობესებს ცხოვრების ხარისხს, როგორც საშუალო, ისე გრძელვადიან პერიოდში (Morrison et al.,

2020). შედეგი იყო თანამიმდევრული და პირდაპირი, თუმცა გარკვეულწილად მაინც არასრული, რადგან გენდერის დამადასტურებელი სახის ნაკვთების ოპერაცია იმ ინდივიდებისთვის, რომლებსაც დაბადებისას მდედრობითი სქესი მიენიჭათ (AFAB), ჯერ კიდევ განვითარებადი სფეროა. შერჩეული პაციენტების კვლევის შე-

დეგად მიღებული მონაცემთა შეზღუდული რაოდენობა ერთმნიშვნელოვნად მიუთითებს ოპერაციის სარგებლიანობაზე. რეკომენდებულია დამატებითი კვლევების ჩატარება მომავალში.

შესაძლებელია საჭირო გახდეს წინასაოპერაციო მომზადება, მაგალითად თმის მოშორება (სახის ან გენიტალური ქირურგიის წინ). იხილეთ თავი 15 – პირველადი ზრუნვა. დამატებით, მნიშვნელოვანია (ზოგ შემთხვევაში დანიშნულია) მენჯის ფსკერის ფიზიოთერაპია ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდგომ.

პაციენტებისთვის, რომლებსაც დაბადებისას მამრობითი სქესი მიანიჭეს გამომსახველობითი ქირურგიული ოპერაციებია (სრული სისთვის იხილეთ დანართი E): სახის ფემინიზაციის ქირურგია (მათ შორის, ქონდრო-ლარინგო-პლასტიკა/ხმის იოგების ქირურგია), გენდერის დამადასტურებელი მკერდის ქირურგია, სხეულის კონტურის მოდელირების პროცედურები, ორქიექტომია, ვაგინოპლასტიკა/ვულვოპლასტიკა (საშოს სიღრმით/სიღრმის გარეშე), ესთეტიკური პროცედურები და პროცედურები, რომელებიც ქირურგიული ოპერაციისთვის მოსამზადებლად ტარდება (მაგ. თმის მოშორება).

პაციენტებისთვის, რომლებსაც დაბადებისას მდედრობითი სქესი მიანიჭეს: სახის ნაკვთების მასკულინიზაციის ოპერაცია, გენდერის დამადასტურებელი გულმკერდის ოპერაცია, ჰისტეროექტომია/ოოფორექტომია, მეტოიდიოპლასტიკა (სათესლე ჯირკვლების პროთეზის იმპლანტირებით), ფალოპლასტიკა (სათესლეს პროთეზისა და ფალოპროთეზის იმპლანტირებით), სხეულის კონტურირების პროცედურები, ესთეტიკური პროცედურები და პროცედურები, რომელებიც ქირურგიული ოპერაციისთვის მოსამზადებლად ტარდება (მაგ. თმის მოშორება).

მნიშვნელოვანია, ქირურგებს კარგად ესმოდეტ გენდერის დამადასტურებელი ოპერაციის ჩატარების ჩვენება(ები) და დროის შერჩევა. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მოზარდ პაციენტებთან მუშაობისას (იხილეთ თავი 6 – მოზარდები).

მნიშვნელოვანია, რომ ქირურგი და პაციენტი თანამშრომლობდნენ გადაწყვეტილების მიღების პროცესში, რომელიც მოიცავს 1) მულტიდისციპლინურ მიდგომას; 2) პაციენტის

მიზნებისა და მოლოდინების გააზრებას; 3) ქირურგიის ვარიანტებისა და მათთან დაკავშირებული რისკებისა და სარგებლის შესახებ მსჯელობას; 4) პოსტოპერაციულ ზრუნვას ინფორმაციაზე დაყრნობით შექმნილი გეგმის მიხედვით (იხილეთ თავი 5 – ზრდასრულთა შეფასება). ეს რეკომენდაციები შექმნილია იმისთვის, რომ შემუშავდეს ინდივიდებზე მორგებული ზრუნვის მიდგომები.

შესაბამისი პოსტოპერაციული ზრუნვა უმნიშვნელოვანესია ამ ოპერაციების შედეგანობისთვის (Buncamper et al., 2015; Lawrence, 2003), ასევე მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტები ფლობდნენ ინფორმაციას პოსტოპერაციული საჭიროებების შესახებ (ჭრილობების ადგილობრივად მოვლის თაობაზე, აქტივობებთან დაკავშირებული აკრძალვების თაობაზე, სამსახურიდან და სკოლიდან დროებით დათხოვნის საჭიროებაზე და ა.შ.). გარდა ამისა, ქირურგმა უნდა გამოყოს დრო, რომ უზრუნველყოს პოსტოპერაციული მეთვალყურეობა, საჭიროების შემთხვევაში, გადაამისამართოს პაციენტი სხვადასხვა სპეციფიკური მომსახურების მისაღებად. ეს შეიძლება იყოს უწყვეტი მეთვალყურეობა (მომვლელის გარდა, პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებთან და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებთან ან ორივესთან) და ასევე პირველადი ჯანდაცვის რეგულარული უზრუნველყოფა (მაგ. მკერდის/გულმკერდის სიმსივნის სკრინინგი, უროლოგიური/გინეკოლოგიური ჯანდაცვა და სხვა).

გენდერის დადასტურების ოპერაციასთან დაკავშირებით საზოგადოების მხრიდან დიდი ინტერესის გამო (Canner et al., 2018; Ross, 2017; Shen et al., 2019) გაჩნდა დამატებითი ტრენინგების, შედეგების მოკვლევისა და ქირურგთა უწყვეტი განათლების საჭიროება (Schechter et al., 2017). მოცემულ თავში მოყვანილი ყოველი დებულება შედგენილია მტკიცებულებათა შესწავლის, სარგებლისა და ზიანის სრულად შეფასების, პაციენტებისა და მომწოდებლების ფასეულობებისა და მოთხოვნების გათვალისწინებით, აგრეთვე, რესურსებისა და განხორციელებადობის შეფასების საფუძველზე. ზოგიერთ შემთხვევაში ვაცნობიერებთ, რომ მტკიცებულებები შეიძლება არ იყოს საკმარისი და ეს მომსახურებები კი არ იყოს სასურველი და ხელმისაწვდომი.

დაკუთხუა 13.1

ჩვენი რეკომენდაციაა, რომ ქირურგები რომლებიც ატარებენ გენდერის დამადასტურებელ ქირურგიულ პროცედურას, ფლობდნენ შემდეგ კვალიფიკაციას:

- a. ტრენინგი და გენდერის დამადასტურებელი პროცედურების მიმართულებით სუპერვიზიის დოკუმენტირებული გამოცდილება;
- b. გენდერის დამადასტურებელი პროცედურების ჩატარების უწყვეტი და აქტიური პრაქტიკა;
- c. გენდერულად მრავალფეროვანი იდენტობებისა და მათი გამოხატვების ცოდნა;
- d. უწყვეტი განათლება გენდერის დამადასტურებელი ქირურგიული ოპერაციების მიმართულებით;
- e. ჩატარებული ქირურგიული ოპერაციების შედეგების დოკუმენტირებული ჩანაწერები.

ქირურგებს, რომლებიც გენდერის დამადასტურებელ ქირურგიულ ოპერაციას ატარებენ, სხვადასხვა სპეციალიზებული მომზადება აქვთ გავლილი. ყველაზე ხშირი ქირურგიული სპეციალობებია: პლასტიკური ქირურგია, უროლოგია, გინეკოლოგია, ოტორალინგოლოგია და პირისა და ყბასახის ქურურგია (Jazayeri et al., 2021).

გენდერის დამადასტურებელი ოპერაციის ჩატარებისთვის, რეკომენდაციას ვუწევთ მხოლოდ იმ ქირურგებს, რომლებიც არიან სერტიფიცირებულნი, ან მინიჭებული აქვთ შესაბამისი უფლებამოსილება ეროვნული პროფესიული საბჭოების მიერ.

ასევე რეკომენდებულია, რომ ქირურგებს, რომლებიც უწევენ მეთვალყურეობას ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან პაციენტებს, დოკუმენტირებულად ჰქონდეთ გავლილი ტრენინგი გენდერის დამადასტურებელ პროცედურებსა და გენდერის დამადასტურებელი ზრუნვის პრინციპების საკითხებთან დაკავშირებით (Schechter et al., 2017; Schechter & Schechter, 2019). ეს უკანასკლელი მოიცავს და შემოიფარგლება შემდეგით: გენდერულად მრავალფეროვანი იდენტობებისა და მათი გამოხატვების ცოდნა, ცოდნა იმისა, თუ რა ზეგავლენას ახდენს ეს პაციენტის მიზნებზე, მოლოდინებსა და მიღებულ შედეგებზე. ქირურგები,

რომლებიც ატარებენ გენდერის დამადასტურებელ ქირურგიულ ოპერაციას უნდა იყვნენ გათვინობიერებული ამჟამად პრაქტიკაში არსებული პროცედურების შესახებ და უნდა შეეძლოთ, მიიღონ ინფორმირებული თანხმობა.

თუ ქირურგი არ არის სპეცილიზირებული ამ ტიპის ოპერაციის ჩატარებაში, მას შეუძლია, პაციენტი გადაამისამართოს სხვა ქირურგთან. ქირურგები, რომლებიც ატარებენ გენდერის დამადასტურებელ ქირურგიულ ოპერაციას, მუდმივად უნდა ეწეოდნენ თვითგანვითარებას ამ მიმართულებით (შეხვედრებზე, კონფერენციებზე და სემინარებზე დასწრება). შემდგომში კი რეკომენდებულია ქირურგიული შედეგების ასახვა და მათი კომუნიკაცია პაციენტებთან, რათა მიღებული იქნას ინფორმირებული დასტური ოპერაციასთან დაკავშირებით (Schechter et al., 2017). ყოველივე ამასთან ერთად, იმ საავადმყოფოებში, სამედიცინო დაწესებულებებში, რომლებიც გენდერის დამადასტურებელი ქირურგიული ოპერაციის მიმართულებით მუშაობენ, პერსონალი უნდა იყოს გათვინობიერებული კულტურულ ასპექტებში (მაგ. ენა, ტერმინოლოგია და სხვა.) ეს შესაძლოა საჭიროებდეს თანამშრომელთა პერიოდულ გადამზადებას.

დაკუთხუა 13.2

რეკომენდაციას ვაძლევთ ქირურგებს, რომ შეაფასონ სარძევე ჯირკვლის სიმსივნესთან დაკავშირებული რისკ-ფაქტორები მასტექტომიისა და აუგმენტაციური მამოპლასტიკის ოპერაციის დროს.

აუგმენტაციური მამოპლასტიკის ან მასტექტომიის წინ პაციენტები ინფორმირებულნი უნდა იყვნენ სარძევე ჯირკვლის სიმსივნის რისკებთან დაკავშირებით და უნდა გაიარონ შემოწმება შემდეგი ფაქტორების გამოსავლენად: გენეტიკური მუტაციები (მაგ. BRCA1, BRCA2), ოჯახის წევრთა სამედიცინო ისტორია, ასაკი, რადიაცია, ესტროგენის ზემოქმედება, სარძევე ჯირკვლის ქსოვილის სავარაუდო მასა, რომელიც შენარჩუნდება ოპერაციის შემდგომ (Brown, Lourenco et al., 2021; Brown & Jones, 2015; Colebunders et al., 2014; Gooren et al.,

2013; Salibian et al., 2021; Weyers et al., 2010). სარძევე ჯირკვლის სიმსივნის სკრინინგი აბალანსებს კიბოს იდენტიფიკაციას შესაბამისი გამოსახულების, ტესტებისა და პროცედურების საშუალებით. ამ ეტაპზე, ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ინდივიდებისთვის არ არსებობს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სკრინინგის სპეციალური გაიდლაინი (Salibian et al., 2021), თუმცა ამერიკის რადიოლოგიის კოლეჯში უახლესი გაიდლაინებია დანერგილი (Brown, Lourenco et al., 2021). ვინაიდან, სარძევე ჯირკვლის სიმსივნის რისკი თანაბარია იმ ინდივიდებში, ვინც აუგმენტაციურ მამოპლასტიკის, ან მასტექტომიის ქირურგიულ ოპერაციას იტარებს და ზოგად პოპულაციაშიც (იმ გარემოების გათვალისწინებით, რომ ტარდება ჰორმონული თერაპია), გათვალისწინებული უნდა იყოს სიმსივნის სკრინინგის არსებული გაიდლაინები (Brown & Jones, 2015; Gooren et al., 2013; Salibian et al., 2021; Weyers et al., 2010). ამ დარგის პროფესიონალები თვალს უნდა ადევნებდნენ გაიდლაინში შეტანილ ცვლილებებს.

ინდივიდები, რომლებიც გენდერის დამადასტურებელ გულმკერდის ქირურგიულ ოპერაციას იტარებენ, უწყვეტად უნდა იტარებდნენ სარძევე ჯირკვლის სიმსივნის სკრინინგს პირველადი ჯანდაცვის მომწოდებლის ზედამხედველობით.

დეკლარაცია 13.3

რეკომენდაციას ვაძლევთ ქირურგებს, ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს, რომლებსაც უტარდებათ გენდერის დამადასტურებელი ქირურგიული პროცედურები, მიაწოდონ ინფორმაცია პოსტოპერაციული ზრუნვის საჭიროებების, მგზავრობის, კეთილმოწყობის და პოსტოპერაციული მეთვალყურეობის მნიშვნელობის შესახებ.

წინასაოპერაციო პერიოდში პაციენტი იღებს დეტალურ ინფორმაციას ხანგრძლივობის, ოპერაციის ტექნიკის, პოსტოპერაციული მზრუნველობის საჭირო ხანგრძლივობის შესახებ, რათა პაციენტმა შესაბამისად დასახოს გეგმები. ასევე ქირურგი და პაციენტი განიხილავენ ოპერა-

ციის შესაძლო განვითარებას (მასთან დაკავშირებულ მგზავრობის საჭიროებას). ვინაიდან გენდერის დამადასტურებელი ქირურგიული ოპერაციის სპეციალისტების რაოდენობა მცირეა, პაციენტებს ხშირად უნევთ მგზავრობა. ქირურგებმა პაციენტებს წინასწარ უნდა აცნობონ პოსტოპერაციული ზრუნვის განრიგის შესახებ. ქირურგმა პაციენტთან ერთად უნდა განიხილოს პაციენტის მგზავრობის თარიღები და ხანგრძლივობა, რამდენ ხანს დაჰყოფს პაციენტი კლინიკაში და რამდენ ხანს გაგრძელდება ამბულატორიული მკურნალობა. ასევე განიხილავენ მგზავრობის გეგმების ცვლილების სავარაუდო საჭიროებებს (განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, თუ ოპერაციას გართულებები მოყვება). ვინაიდან, მგზავრობა და მასთან დაკავშირებული ხარჯები მნიშვნელოვანი გასათვალისწინებელი ფაქტორებია, ქირურგმა პოსტოპერაციული მეთვალყურეობის გეგმების ცვლილებების თაობაზე რაც შეიძლება ადრე უნდა შეატყობინოს პაციენტს. ქირურგმა ხელი უნდა შეუწყოს პაციენტის მეთვალყურეობის გაგრძელებას ადგილობრივი ჯანდაცვის მომწოდებლის მიერ, მას შემდეგ, რაც პაციენტი სახლში დაბრუნდება.

ძალზე მნიშვნელოვანია პოსტოპერაციული ზრუნვა და მეთვალყურეობა. გენდერის დამადასტურებელი ქირურგიული პროცედურა სპეციფიკურ მოვლას და რესურსებს საჭიროებს ოპერაციის შემდგომ (სტაბილურობა, დაცული საცხოვრისი, რესურსები მგზავრობისთვის და მოვლისთვის), ასევე საჭიროებს ინსტრუქციებს ჯანმრთელობისთვის სასარგებლო ჩვევების შესახებ (მაგ. პირადი ჰიგიენა, ჯანსაღი ცხოვრება, საშარდე გზების ინფექციების პრევენცია, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები (Wierckx, Van Caenegem et al., 2011); ოპერაციის შემდგომ ყოველდღიურ ცხოვრებაში შეზღუდვების და სიფრთხილის ზომების შესახებ (მაგ. ბანაობის, ფიზიკური აქტივობის, ვარჯიშის დროს, ინსტრუქცია კვების შესახებ, სქესობრივი ცხოვრების გაგრძელების შესახებ (Capitán et al., 2020)).

ასევე მნიშვნელოვანია პოსტოპერაციული მედიკამენტოზური თერაპიის გაგრძელება (მაგ. ანტიკოაგულანტები, ჰორმონები და სხვა.); თვითზრუნვა (ვაგინოპლასტიკის ოპერაციის

შემდგომ დილატაციის და აბაზანების რეჟიმები, პენისის პროთეზის აქტივაცია, ფალოპლასტიკის შემდგომ შარდვის ამოცანის შესრულების მეთოდები, რეკომენდაციები გადანერგილი თმის მოვლის შესახებ) (Capitán et al., 2017; Falcone et al., 2018; Garcia, 2018; Hoebeke et al., 2005).

პოსტოპერაციული თვითზრუნვის ზოგიერთი პროცედურის შესახებ ინფორმაცია შესაძლებელია მიენოდოს პაციენტს ოპერაციის ჩატარებამდე, ხოლო ოპერაციის შემდეგ გაკონტროლდეს მათი შესრულება (Falcone et al., 2018). ვინაიდან არსებობს ჭრილობის გახსნის, დილატაციის სირთულის და საშარდე გზების ინფექციის რისკი (Dy et al., 2019), ოპერაციის შემდგომი მეთვალყურეობა შესაბამისი ჩარევის შესაძლებლობაა, რათა დაძლეული და თავიდან აცილებული იქნას გართულებები (Buncamper et al., 2016; Garcia, 2021).

დეკლარაცია 13.4

რეკომენდაციას ვაძლევთ ქირურგებს, რომ გონადექტომიის ჩატარების წინ, ყველა ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანთან აუცილებლად განიხილონ რეპროდუქციული შესაძლებლობები.

უშვილობა ხშირად დგება გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის შედეგად (დროებით) და გენდერის დამადასტურებელი ქირურგიული ოპერაციის შემდეგ (სამუდამოდ). პაციენტთან განიხილება ნაყოფიერების უნარის შენარჩუნების შესაძლებლობები სამედიცინო ჩარევამდე და მას შემდეგ (Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Jahromi et al., 2021; Jones et al., 2021).

ისეთი ქირურგიული ჩარევები, რომლებიც ცვლის რეპროდუქციულ ანატომიას ან ფუნქციებს, სხვადასხვა დონით ამცირებს განაყოფიერების უნარს. სწორედ ამიტომ, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რომ რეპროდუქციული შესაძლებლობების შესახებ ინფორმაცია ქირურგიულ ჩარევამდე მიენოდოს ტრანსგენდერ ინდივიდებსა და მათ ოჯახებს. რეპროდუქციული ვარიანტების შესახებ პაციენტები მუდმივად უნდა იყვნენ ინფორმირებული ჩარევის შემდგომაც

(Hembree et al., 2017). რეპროდუქციული ვარიანტების შესახებ კონკრეტული რეკომენდაციებისათვის იხილეთ თავი 16 – რეპროდუქციული ჯანმრთელობა.

დეკლარაცია 13.5

რეკომენდაციას ვაძლევთ ქირურგებს, რომ გონადექტომია შესთავაზონ იმ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ზრდასრულებს, რომლებიც დადგენილ მოთხოვნებს პასუხობენ და როდესაც არსებობს მტკიცებულება იმისა, რომ 6 თვიანი ჰორმონული თერაპია გადაიტანეს (გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ჩანაცვლებითი ჰორმონული თერაპია ან გონადების ფუნქციების დათრგუნვა კლინიკურად არ არის ნაჩვენები, ან აღნიშნული პროცედურა არ შეესაბამება პაციენტის მიზნებს, სურვილებს და ინდივიდუალური გენდერული იდენტობის გამოსხატულებას).

უფრო ვრცლად, იხილეთ დებულება 13.6

დეკლარაცია 13.6

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომ გენდერის დამადასტურებელი სასქესო ორგანოების ქირურგია განიხილონ იმ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ზრდასრულებთან, რომლებიც დადგენილ კრიტერიუმებს პასუხობენ, როდესაც არსებობს მტკიცებულება, რომ ინდივიდი მიმდინარე მკურნალობის რეჟიმს სტაბილურად იტარებს (ეს შეიძლება მოიცავდეს ექვსთვიან ჰორმონულ მკურნალობას, შესაძლოა უფრო ხანგრძლივსაც, რათა მიღწეული იქნას სასურველი ქირურგიული შედეგი, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც ჰორმონული თერაპია არ არის სასურველი, ან ამისთვის არსებობს სამედიცინო უკუჩვენება).

ჰორმონული თერაპია ინვესს ანატომიურ, ფიზიოლოგიურ და ფსიქოლოგიურ ცვლილებებს. ანატომიური ცვლილებები შესაძლოა თერაპიის დაწყებისთანავე დადგეს (მაგ.: კლიტორის გადიდება, ვაგინალური ლორწოვანი გარსის ატროფია), ხოლო პიკს აღწევს 1-2 წელიწადში (T'Sjoen et al., 2019). იმის მიხედვით, თუ რა ქი-

რურგიული მიზნის მიღწევა არის დასახული, შესაძლოა გარკვეული პერიოდით ჰორმონული თერაპია გახდეს საჭირო (მაგ. კლიტორის სათანადო ვირილიზაცია მეტოიდოპლასტიკის/ფალოპლასტიკის წინ) და/ან იყოს რეკომენდებული ფიზიოლოგიური და ანატომიური მიზეზების გამო (მკერდის გაზრდა და კანის ქსოვილის გაზრდა სარძევე ჯირკვლის გადიდების ოპერაციის წინ, სახის კანის ცხიმოვანი სხეულის გადანაწილების ცვლილებებისა და კანის დარბილებისთვის, გენდერის დამადასტურებელი სახის ნაკვთების პლასტიკური ოპერაციის წინ) (de Blok et al., 2021).

იმ პირებმა, რომლებიც ქირურგიული ჩარევის წინ არ ჩაიტარებენ ჰომონულ თერაპიას, ქირურგებთან ერთად უნდა განიხილონ ამის თანმდევი შედეგები ქირურგიული ოპერაციის შედეგიანობის კუთხით. მათთვის, ვინც გონადექტომიის ოპერაციის წინ არ იტარებს ჰორმონულ თერაპიას, ოპერაციის წინ ჰორმონული ჩანაცვლებითი თერაპია კვალიფიციური პროფესიონალის მიერ შეიძლება, შემუშავდეს.

დეკლარაცია 13.7

რეკომენდაციას ვაძლევთ ქირურგებს, რომ გენდერის დამადასტურებელი გენიტალური ქირურგიული ჩარევა განიხილონ იმ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ზრდასრულებისთვის, რომლებიც დადგინდეს მოთხოვნებს პასუხობენ, როდესაც არსებობს მტკიცებულება, რომ გადანყვეტილების მიღების პროცესში ჩართულია მულტიდისციპლინური მიდგომა, რომელიც მოიცავს ფსიქიკური ჯანმრთელობის და სამედიცინო პროფესიონალებს.

ტრანსგენდერთა ჯანდაცვისთვისთვის მულტიდისციპლინური მიდგომის მნიშვნელობა დასტურდება საფუძვლიანი მტკიცებულებებით (i.e., observational studies (Monstrey et al., 2001; Stojanovic et al., 2017), ლიტერატურული კვლევიტა და ექპერტების ანალიზით (Esteve de Antonio et al., 2013; Frey et al., 2017; Hadj-Moussa et al., 2019; Pan & Honig, 2018), დადგენილი გაიდლაინებითა და (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) თემატური კონტენტანალიზით. მულტიდისციპლინური მიდგომა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმ მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მართვის დროს, რომლის წინაშეც ტრანსგენდერი ან გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანი აღმოჩნდება გენდერის დამადასტურებელი ოპერაციის შემდგომ (de Freitas et al., 2020; Dhejne et al., 2016; van der Miesen et al., 2016). პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებს და ჯანდაცვის სპეციალისტებს შეუძლიათ რჩევა-დარიგება მიაწოდონ პაციენტებს გადანყვეტილების მიღების დროს ქირურგიული ოპერაციის ჩატარების დროსთან დაკავშირებით, აგრეთვე მიაწოდონ ინფორმაცია ქირურგიული შედეგებისა და მოლოდინების შესახებ, წინაოპერაციულ პერიოდში ჰორმონების მართვის შესახებ და ზოგადად ჯანმრთელობის მართვის შესახებ (Elamin et al., 2010; Hembree et al., 2017).

მოზარდებში წინასაოპერაციო შეფასების შესახებ რეკომენდაციები შეგიძლიათ იხილოთ მე-9 თავში – მოზარდები.

დეკლარაცია 13.8

რეკომენდაციას ვაძლევთ ქირურგებს, რომ გაიარონ კონსულტაცია პროფესიონალთა მულტიდისციპლინურ გუნდთან მაშინ, როდესაც ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანი, რომელიც დადგენილ მოთხოვნებს პასუხობს, ითხოვს გენდერის დამადასტურებელ ქირურგიულ ოპერაციას ინდივიდუალური საჭიროებების მიხედვით (აქამდე ცნობილი როგორც „არასტანდარტული“ ჩარევა).

გენდერულ იდენტობათა სპექტრი საკმაოდ ფართოა, შესაბამისად, თითოეული იდენტობის გამოხატვაც ინდივიდუალური და განსხვავებულია (Beek et al., 2015; Koehler et al., 2018). როდესაც კონკრეტული პროცედურის მთავარი მიზანი ითვალისწინებს გენდერული დისფორიის (van de Griff, Elaut et al., 2017), ან გენდერული შეუთავსებლობის დაძლევის გამოხატვის მრავალფეროვნების საფუძველზე პაციენტმა შეიძლება მოითხოვოს ოპერაცია

ინდივიდუალური საჭიროებების მიხედვით, იგივე „არასტანდარტული“ ოპერაცია (Beek et al., 2015; Bizic et al., 2018). ინდივიდუალურად მორგებული ოპერაცია შეიძლება განვმარტოთ როგორც: 1) პროცედურა, რომელიც ცვლის ინდივიდის გენდერულ გამოხატვას, მაგრამ არა აუცილებლად ბინარული გენდერის გამოხატვის მიმართულებით; 2) დადგენილი პროცედურების „არასტანდარტული“ კომბინაცია; 3) ორივე.

ეს დებულება მნიშვნელოვანია პაციენტის ინფორმირებისა და კონსულტაციისთვის, აგრეთვე, იმისთვის, რომ სწორი მიზანი იქნას მიღწეული. პაციენტმა და ქირურგმა ერთობლივად უნდა იმუშაონ, რათა დარწმუნდნენ, რომ პაციენტის მოლოდინები რეალისტურია, მიღწევადია და დაგეგმილი ჩარევა არის უსაფრთხო და ტექნიკურად შესრულებადი. პაციენტი და ქირურგთა ჯგუფი თანაბრად უნდა იყვნენ ჩართულები გადაწყვეტილების მიღების პროცესში (Cavanaugh et al., 2016). ინფორმირებული თანხმობის მიღების პროცესი ასევე მოითხოვს შეუქცევადი პროცესების განხილვას, რომლებიც ოპერაციის შემდგომ შეიძლება დადგეს, ასევე განხილული უნდა იყოს ზოგიერთი პროცედურის შედარებით ახალი ფორმები და გრძელვადიანი შედეგები, რომლის შესახებაც ხელმისაწვდომი ინფორმაცია შეზღუდულია.

წიგნული 13.9

ჩვენ რეკომენდაციას ვაძლევთ ქირურგებს, რომ მეტოდიოპლასტიკის/ფალოპლასტიკის შემდგომ პოსტოპერაციული ზრუნვის დროს, ტრანსგენდერ კაცებს და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს ხელი შეუწყონ, რომ უროლოგიურ მეთვალყურეობას დაექვემდებარონ მთელი სიცოცხლის განმავლობაში.

მეტოდიოპლასტიკისა/ფალოპლასტიკის ოპერაციის შემდგომი გართულები შეიძლება უკავშირდებოდეს საშარდე გზებსა და სქესობრივ ფუნქციას (Kang et al., 2019; Monstrey et al., 2009; Santucci, 2018; Schardein et al., 2019). გართულებებს შორისაა: ურეთრის სტენოზი 35–58%, ურეთრის ფისტულა 15–70% (Monstrey et

al., 2009; Santucci, 2018; Schardein et al., 2019), დივერტიკულოზი, ვაგინალური ნარჩენების გამო მუკოცვლე და ნეოვაგინაში თმის ამოსვლა (Berli et al., 2021; Veerman et al., 2020). სქესობრივ ფუნქციასთან დაკავშირებული გართულებები უკავშირდება სათესლე ჯირკვლის და/ან სექსუალური შეგრძნებების არ არსებობას, ორგანიზმის მიღწევის სირთულეს, ფალოპის პროთეზთან დაკავშირებულ გართულებებს (Kang et al., 2019; Santucci, 2018). ფალოპროთეზთან დაკავშირებული გართულებები შეიძლება მოიცავდეს ინფექციას (8–12%), დისფუნქციას, ურეთრის ეროზიას, კანის ამობურცვას და პროთეზის ძვლის ფუძის დისლოკაციას (Falcone et al., 2018; Kang et al., 2019; Morrison et al., 2016).

მიუხადავად იმისა, რომ ურეთრალური და პროთეზთან დაკავშირებული გართულებათა უმეტესობა პოსტოპერაციული პერიოდის დროს აღმოცენდება, ამ გართულებებმა ნებისმიერ დროს შეიძლება იჩინოს თავი. მისი დროული აღმოჩენით შესაძლებელია ავადობის თავიდან აცილება (მაგ. ურეთრის სტენოზი, რომელიც იწვევს ფისტულას, ფალოპროთეზის ეროზია, რომელიც იწვევს ინფექციას და საჭიროებს სრულ ექსპლანტაციას) (Blecher et al., 2019).

რეგულარული დაკვირვება, რომელიც შეაფასებს ურეთრის სტენოზის ადრეულ ნიშნებს (ან საშარდე სისტემის სხვა პრობლემებს), გულსხმობს დაცლის შემდგომ საშარდე გზების მოცულობის გაზომვას ულტრაბგერითი გამოკვლევით (ნეოურეთრალური შევიწროვების სკრინინგისთვის), რენტგენულ ურეთროგრაფიას (რათა დადგინდეს ნეოურეთრის სტენოზის, ფისტულის, დივერტიკულის მდგომარეობა) და ცისტოურეთროსკოპიას, რათა გამოკვლეული იქნას ურეთრა და შარდის ბუშტი.

ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან კაცებსაც დასჭირდებათ რეგულარული მეთვალყურეობა გენდერულ ტრანზიციასთან დაკავშირებული უროლოგიური საკითხების გამოსაკვლევად (შარდკენჭოვანი დაავადებები, ჰემატურია, შარდსასქესო ორგანოების ავთვისებიანი დაავადებები, ნაყოფიერების უნარის შენარჩუნება) (Sterling & Garcia, 2020a, 2020b).

დეკლარაცია 13.10

რეკომენდაციას ვაძლევთ ქირურგებს, რომ ვაგინოპლასტიკის შემდგომ პოსტოპერაციული ზრუნვის დროს, ტრანსგენდერ ქალებს და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს ხელი შეუწყონ, რომ განაგრძონ დაკვირვება თავიანთი ქირურგის, პირველადი ჯანდაცვის ექიმის ან გინეკოლოგის ჩართულობით.

ვაგინოპლასტიკა უსაფრთხო პროცედურაა (Hontscharuk, Alba, Hamidian Jahromi et al., 2021). მას შესაძლოა მოყვეს გართულებები, თუმცა ამ გართულებათა უმრავლესობა თვითლიმიტირებადია, ან საჭიროებს მინიმალურ მკურნალობას (Hontscharuk, Alba, Hamidian Jahromi et al., 2021). მათ შორისაა: გრანულაციური ქსოვილის წარმოქმნა, ინტრავაგინალური თმის ამოსვლა, ჭრილობების დაგვიანებული შეხორცება ან გაღიზიანება (ან ორივე), ესთეტიკური ნუხილები, ურეთრის სტენოზი (Ferrando, 2020; Kloer et al., 2021). მიუხედავად იმისა, რომ ეს გართულებები ძირითადად თვითლიმიტირებადია, პაციენტის კეთილდღეობაზე შეიძლება მაინც იმოქმედოს პოსტოპერაციულ პერიოდში. გარდა ამისა, ეს პრობლემები შესაძლოა არ იქნას გამოვლენილი, ან არასწორი დიაგნოზი დაისვას იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტებს არ მიეცემათ ჯანდაცვის მომსახურების მიღების შესაძლებლობა იმ პროფესიონალებისგან, რომლებიც გამოცდილნი არიან ტრანსგენდერთა ჯანდაცვაში. ჩვენი რეკომენდაციაა, რომ ქირურგებმა პაციენტებთან პირადად განახორციელონ მეთვალყურეობა გარკვეული ინტერვალებით ოპერაციიდან ორი კვირის, შემდეგ ჯერზე-სამი თვის, შემდგომ ექვსი თვის და ერთი წლის შემდეგ, თუმცა ზოგიერთი პაციენტისთვის შესაძლოა უფრო ხშირი ვიზიტები გახდეს საჭირო.

ტრანსგენდერთა და გენდერულად მრავალფეროვანი ინდივიდებისთვის დამატებითი გინეკოლოგიური მომსახურება ხორციელდება მთელი ცხოვრების მანძილზე და ამის მართვა სხვადასხვაგვარად არის შესაძლებელი. პოსტოპერაციული პერიოდის შემდეგ მალევე იქნება საჭირო კოლპოსკოპიური კვლევა გრა-

ნულაციური ქსოვილის, თმის ან დაზიანების გამოსაკვლევადაც, რაც შესაძლებელია პირველადი ჯანდაცვის მომწოდებლის, გინეკოლოგის, ან გენდერის დამადასტურებელი ოპერაციის ქირურგის მიერ ჩატარდეს. (Grimstad, McLaren et al., 2021; Suchak et al., 2015; van der Sluis et al., 2020).

საშარდე გზების ინფექციების, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების ან ვაგინალურ მიკროფლორაში სხვა ცვლილებების ლაბორატორიულად დადგენის შემდეგ, მკურნალობა შეიძლება განხორციელდეს იგივე გაიდლაინების მიხედვით, რომლებიც სისგენდერი პოპულაციისთვის არის დადგენილი (Hooton, 2012; Sherrard et al., 2018).

პროსტატის მანუალური გასინჯვა ტარდება ვაგინალური არხიდან სისგენდერი პუპულაციისთვის დადგენილი გაიდლაინების მიხედვით, ვინაიდან ამ შემთხვევაში პროსტატის მდებარეობა საშოს წინა კედელზეა (Carter et al., 2013).

სხვა პოსტოპერაციული გართულებებია ვაგინალური არხის სტენოზი, რექტოვაგინალური ფისტულა და ანთება (ნანლაგური ვაგინოპლასტიკა) (Bustos et al., 2021). ამ გართულებათა მართვა საჭიროებს არაქირურგიული და, ასევე, ქირურგიული მკურნალობის კომბინაციას და შესაძლოა გადამისამართებას თავდაპირველ ქირურგთან ან სხვა ქირურგებთან (მაგ. კოლორექტარული ქირურგია)

ამის გარდა, პაციენტების 30-40%-მა შეიძლება განიცადოს მენჯის ფსკერის დისფუნქცია ვაგინოპლასტიკის ოპერაციის შემდეგ და ასევე ოპერაციამდე. შესაბამისად, პოსტოპერაციულ პერიოდში სასურველია მენჯის ფსკერის ფიზიოთერაპევტთან მიმართვის შესაძლებლობა (Jiang et al., 2019).

დეკლარაცია 13.11

ჩვენი რეკომენდაციაა, რომ იმ პაციენტებმა, რომლებსაც აღენიშნებათ სინანული გენდერის დამადასტურებელ ქირურგიულ ოპერაციასთან დაკავშირებით, ამ მდგომარეობის სამართავად მიმართონ ექსპერტთა მულტი-დისციპლინურ გუნდს.

იმ ინდივიდთა პროცენტული რაოდენობა, რომლებმაც გენდერის დადასტურების შემდგომი სინანული განიცადეს, ძალზე დაბალია (0.3% და 3.8%) (De Cuypere & Vercruyssen, 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 Griff, Elaut et al., 2018; Wiepjes et al., 2018). სინანულის ყველზე მაღალი მაჩვენებელი ფიქსირდებოდა მაშინ, როდესაც ქირურგიული მეთოდები ნაკლებად დახვეწილი იყო, მულტიდისციპლინური ზრუნვა ნაკლებ გართული, ხოლო ზრუნვის სტანდარტები არ არსებობდა, ან არ იყო ფართოდ გავრცელებული (Landén et al., 1998). სინანული შეიძლება იყოს დროებითი, ან მუდმივი და შეიძლება კლასიფიცირდეს შემდეგნაირად: სოციალური სინანული (როდესაც პაციენტები აწყდებიან სირთულეებს ოჯახურ, რელიგიურ, სოციალურ ან პროფესიულ ცხოვრებაში), სამედიცინო სინანული (ხანგრძლივი სამედიცინო გართულებები, ქირურგიული შედეგით იმედგაცრუებულობა ან წინასაოპერაციო გადაწყვეტილების მიღების არასრულფასოვანი პროცესი) და ნამდვილ გენდერთან დაკავშირებული სინანული (ძირითადად გამოწვეულია პაციენტის არასწორი დიაგნოსტიკის, გენდერული იდენტობის არასაკმარისი შეცნობით ან ორივე ფაქტორით) (Narayan et al., 2021). ეს კლასიფიკაცია შეესაბამება ადრე განხილულ პროგნოზირებულ პოზიტიურ და ნეგატიურ ფაქტორებს (De Cuypere &

Vercruyssen, 2009; Gils & Brewaeys, 2007; Pfäfflin & Junge, 1998). მულტიდისციპლინური გუნდის ჩართულობით შესაძლებელია სინანულის მიზეზის დადგენა და, ასევე, ქირურგიული მოთხოვნის დროებითი სტაბილიზაცია (Narayan et al., 2021). ამ შეფასების საფუძველზე, ასევე ინდივიდის მდგომარეობის გათვალისწინებით, შეიძლება განისაზღვროს სამედიცინო და/ან ქირურგიული ინტერვენციები ტრანზიციის გასაგრძელებლად ან იმ ქირურგიული პროცედურების ჩასატარებლად, რომელიც დაბადებისას განსაზღვრული სქესისთვის დამახასიათებელი ანატომიის დასაბრუნებლად არის საჭირო.

დამატებითი ინფორმაციისთვის იხილეთ თავი 5 – ზდასრულთა შეფასება.

გენდერის დადასტურებული ქირურგიული პროცედურები

დროთა განმავლობაში ღრმავდება ცოდნა იმის შესახებ, რომ გენდერული მრავალფეროვნება მრავალ განსხვავებულ ასპექტს მოიცავს, ამავდროულად, ვითარდება ტექნოლოგიები, რომელიც ახალი ტიპის ჩარევის შესაძლებლობებს იძლევა, შესაბამისად, უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ქვემოთ მოცემული სია შესაძლოა არ იყოს ამომწურავი. ამას ისიც განაპირობებს, რომ ზრუნვის სტანდარტებში ცვლილებების ასახვა ხანგრძლივი პროცესია, რომლის დროსაც შესაძლოა მკურნალობისა და ზრუნვის მეთოდები შეიცვალოს ან განვიტარდეს.

სახის ქირურგია

ნარბი	<ul style="list-style-type: none"> • ნარბის შემცირება • ნარბის აუგმენტაცია • ნარბის აწვევა
თმის საზის აწვევა და/ან თმის გადანერგვა სახის ლიფტინგი/შუა სახის ლიფტინგი (ძვლოვანი სტრუქტურის ცვლილების შემდეგ) სახის ლიფტინგი/შუა სახის ლიფტინგი (ძვლოვანი სტრუქტურის ცვლილების შემდეგ) ბლუფაროპლასტიკა რინოპლასტიკა (+/- ფილერებით) ლოყა	<ul style="list-style-type: none"> • პლატიზმოპლასტიკა • ლიპოფილინგი • იმპლანტი • ლიპოფილინგი
ტუჩი	<ul style="list-style-type: none"> • ზედა ტუჩის შემოკლება • ტუჩის აუგმენტაცია (მათ შორის ავტოლოგიური და არაავტოლოგიური)
ქვედა ყბა	<ul style="list-style-type: none"> • ქვედა ყბის კუთხის შემცირება • აუგმენტაცია
ნიკაპის ფორმის ცვლილება	<ul style="list-style-type: none"> • ოსტეოპლასტიკა • ალოპლასტიკა (იმპლანტით) • ხმის იოგების ქირურგია (იხ. თავი ხმის შესახებ)
ქონდროლარინგოპლასტიკა ძუძუს/მკერდის ქირურგია მასტექტომია	<ul style="list-style-type: none"> • მასტექტომია ძუძუს დვრილის შენარჩუნებით/რეკონსტრუქციით კონკრეტული პაციენტის სამედიცინო საჭიროებებიდან გამომდინარე • მასტექტომია ძუძუს დვრილის შენარჩუნების/რეკონსტრუქციის გარეშე კონკრეტული პაციენტის სამედიცინო საჭიროებებიდან გამომდინარე
ლიპოსაქცია მკერდის რეკონსტრუქცია (აუგმენტაცია)	<ul style="list-style-type: none"> • იმპლანტი ან ქსოვილის გაფართოება • ავტოლოგიური (მათ შორის ნაკეცით ან ლიპოფილინგით)
მენიშტაილის ქირურგია ფალოპლასტიკა (სკროტოპლასტიკით ან მის გარეშე)	<ul style="list-style-type: none"> • ურეთრის დაგრძელებით ან მის გარეშე • პროთეზით ან მის გარეშე (პენისის და ან სათესლე ჯირკვლების)
მეთიდიოპლასტიკა (სკროტოპლასტიკით ან მის გარეშე)	<ul style="list-style-type: none"> • კოლპექტომიით/კოლპოკლეიზით ან მის გარეშე • ურეთრის დაგრძელებით ან მის გარეშე • პროთეზით ან მის გარეშე (პენისის და ან სათესლე ჯირკვლების) • კოლპექტომიით/კოლპოკლეიზით ან მის გარეშე
ვაგინოპლასტიკა (ინვერსია, პერიტონეალური, ნანლავეური) ვულვოპლასტიკა	<ul style="list-style-type: none"> • შესაძლოა მოიცავდეს პენისის ან სათესლე ჯირკვლების შენარჩუნებას • შესაძლოა მოიცავდეს პროცედურებს, რომელსაც „ბრტყელი წინა მხარე“ ეწოდება
მონაღაპრობა ორქიექტომია ჰისტერექტომია და/ან სალპინგო-ოოფორექტომია სხეული კონტურის გამოყვანა ლიპოსაქცია ლიპოფილინგი იმპლანტები ბოქვენის პლასტიკა/ბოქვენის შემცირება	<ul style="list-style-type: none"> • მკერდის, თეძოს, დუნდულის, წვივის უკანა ნაწილის
ღამაჯაიში პროსეპურები თმის მოცილება: სახიდან, სხეულიდან და გენიტალიების არეალიდან, როგორც გენდერის დადასტურების ან ოპერაციის წინა მოსამზადებელი პროცესი (იხ. დებულება 15.14 თმის მოცილებასთან დაკავშირებით) ტატუ (როგორცაა ძუძუს დვრილი არეოლა) საშვილოსნოს ტრანსპლანტაცია პენისის ტრანსპლანტაცია	<ul style="list-style-type: none"> • ელექტროლიზი • ლაზერული ეპილაცია

თავი 14. ხმა და კომუნიკაცია

ადამიანები კომუნიკაციას მხოლოდ გარესამყაროს შესახებ მოსაზრებების გაცვლისთვის არ იყენებენ, კომუნიკაციის საშუალებით ისინი თავს სოციოკულტურულ არსებებად წარმოაჩენენ და განაპირობებენ სხვების მიერ მომართვის, მათი წარდგენის და მოპყრობის ფორმებს, რაც მათ საშუალებას აძლევთ, თავი უსაფრთხოდ და დაფასებულად იგრძნონ. (Azul et al., 2022).

ადამიანის ხმა განიხილება, როგორც ერთ-ერთ ძირითადი საშუალება, გენდერის – როგორც ადამიანთა მრავალფეროვნების ერთ-ერთი მახასიათებლის გამოსახატავად. თუმცა, კომუნიკაციის სხვა ასპექტებიც (მაგ. არტიკულაცია, სიტყვათა მარაგი, უესტიკულაცია, მსმენელთა მოსაზრებები) გასათვალისწინებელია (Azul, 2015; Azul & Hancock, 2020).

მოცემულ თავში გამოყენებული ფრაზა „ხმა და კომუნიკაცია“ გამოხატავს გზავნილის მიზნობის პრაქტიკას, რომელიც გამოიყენება ყველა სოციალური მოვლენის მონანილეთა მიერ, მათი საჭიროებების, სურვილების, იდენტიფიკაციისა და შესაძლებლობების მიხედვით. ვინაიდან, ამ სფეროში კვლევითი ლიტერატურის უმეტესობა, ძირითადად, გენდერზე ბინარულ წარმოდგენებს ეფუძნება, მოცემულ თავში შემოთავაზებული მიდგომა გენდერის იდენტიფიკაციის მეტად ინკლუზიურ ხედვას გულისხმობს (გათვალისწინებულია: ტრანსგენდერი ქალი, ტრანსგენდერი კაცი, გენდერფლუიდი, არაბინარული, ქვიარი, აგენდერი) და ასევე აღნიშნავს, რომ გენდერი არ არის განცალკევებული მოვლენა და ის ადამიანის მრავალფეროვნების სხვადასხვა ასპექტებს ერთვის (მაგ. ადგილობრივი სტატუსი, ეთნიკურობა/რასა, სქესი, შეზღუდული/სრულყოფილი უნარები, რწმენა/რელიგია/სპირიტუალურობა). ამ თავში მოცემული რეკომენდაციები უკავშირდება ყველა ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანს, რომელთაც სჭირდებათ ხმისა და კომუნიკაციის კუთხით პროფესიონალური მხარდაჭერა, მათ შორის შვილებს, უფროსებს, მოზარდებს და ზრდასრულებს, ადამიანებს, რომლებსაც გადანყვეტილი აქვთ

ტრანზიცია ან დეტრანზიცია განურჩევლად შერჩეული პროცედურისა. ყველა ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანი არ საჭიროებს პროფესიონალური ჯანდაცვის მომსახურებას ხმისა და კომუნიკაციის მიმართულებით, თუმცა ისინი, ვისაც ეს სჭირდება, ხშირად აწყდებიან პრობლემებს მომსახურების ხელმისაწვდომობის კუთხით. მართალია, ტრანსგენდერთა და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანთა ქვე-პოპულაციისა და ქვეყნების მიხედვით პროცენტულობა ცვალებადია, სტატისტიკა ადასტურებს, რომ ისინი ვერ ახერხებენ ხმისა და კომუნიკაციის პროფესიონალური ჯანდაცვის მომსახურების მიღებას სასურველ დროს და იმ ფორმით, როგორც სჭირდებათ (Eyssel et al., 2017; James et al., 2016; Oğuz et al., 2021; Södersten et al., 2015; Veale et al., 2019). მოცემულ კვლევაში ტრანსგენდერთა და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანთა რაოდენობა, რომელსაც ხმისა და კომუნიკაციის ტრენინგის ან ხმის ქირურგიული ოპერაციის ჩატარება სურს, პროცენტულად მეტია, ვიდრე იმათი რაოდენობა, რომლებმაც ეს პროცედურები ჩაიტარეს. ზოგიერთი გამოწვევის გარდა, ხმის ვარჯიშებზე წვდომა უფრო ხშირია, ვიდრე ხმის ქირურგიული ოპერაციის ჩატარებაზე. იმ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანებისთვის, რომლებიც სხვა მიზეზებითაც განიცდიან მარგინალიზაციას, რასის/ეთნიკურობის საფუძველზე დისკრიმინაციას, ამგვარი მომსახურებაზე წვდომა კიდევ ურო დიდ სირთულეებთან არის დაკავშირებული (James et al., 2016; Xavier et al., 2005). კვლევის მონანილეთა მიერ ყველაზე ხშირად დასახელებული შეფერხებები ამ მომსახურების მიღებისას არის ფასი, ინფორმაციის არქონა იმის შესახებ, თუ სად შეიძლება ამ მომსახურების მიღება და ამგვარ მომსახურებაზე წვდომის არარსებობა. აშშ-ში (Hancock & Downs, 2021; Kennedy & Thibeault, 2020), თურქეთში (Oğuz et al., 2021) და ახალ ზელანდიაში (Veale et al., 2019) ჩატარებული კვლევების თანახმად, ყველაზე ფართოდ გავრცელებული ბარიერი ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანებისთვის არის ის,

რომ დაზუსტებული ინფორმაცია არ მოიპოვება ხელმისაწვდომი ხმისა და კომუნიკაციის მომსახურებებზე. უნდა აღინიშნოს, რომ შვედეთში ყველა ტრანსგენდერ და გენდერულად არაკონფორმულ ადამიანს სთავაზობენ ხმისა და კომუნიკაციის მხარდაჭერ მომსახურებას, მას შემდეგ რაც გენდერული შეუთავსებლობის დიაგნოზი დაისმება (Södersten et al., 2015). ამგვარი მომსახურების მიმწოდებელთა კულტურული მგრძობელობა და რეაგირება ნელ-ნელა უმჯობესდება (Hancock & Haskin, 2015; Jakomin et al., 2020; Matthews et al., 2020; Sawyer et al., 2014). ჰენკოკმა და დოუნსმა (2021) წინასწარი მოკვლევა ჩატარეს, რათა არსებული ბარიერები გამოეფლინათ ხმისა და კომუნიკაციის მომსახურების წვდომაზე, რათა შეემუშავებინათ ეფექტიანი მეთოდები მათ აღმოსაფხვრელად.

წინამდებარე თავი მიზნად ისახავს ჯანდაცვის პროფესიონალთათვის რეკომენდაციების მიწოდებას, რათა ხელი შეუწყონ და გააუმჯობესონ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანების მდგომარეობა, რომლებიც ბევრ სირთულეს და სტრესს აწყდებიან საკუთარი ხმის გამო, ასევე კომუნიკაციის და სხვების მხრიდან მათი აღქმისა და ატრიბუციის გამო (Azul et al., 2022). რამდენიმე მეთოდი არსებობს ტრანსგენდერთა და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანთა ხმისა და კომუნიკაციის მოდიფიცირებისთვის, მათი გამოყენება შესაძლებელია ცალკე ან კომბინირებულად. ეს შეიძლება იყოს თვითინიცირებული ცვლილება, როდესაც სხვადასხვა რესურსების გამოყენებით ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანები წარმართავენ თავიანთი ხმისა და კომუნიკაციის პრაქტიკას. აგრეთვე, შეიძლება გამოყენებული იქნას ქცევითი ცვლილებები, რომელსაც ხმისა და კომუნიკაციის სპეციალისტის ხელშეწყობით ახორციელებენ (რომელსაც შემდგომში მოვიხსენიებთ, როგორც „ხმისა და კომუნიკაციის ტრენინგს“) და ანდროგენული ჰორმონული თერაპიის ან ხორხის ოპერაციით მოდიფიცირება. არსებული კვლევა არ შეისწავლის თვით-ინიცირებულ მოდიფიცირებას და ყურადღებას ამახვილებს ბოლო სამ მეთოდზე.

„ხმისა და კომუნიკაციის სპეციალისტი“ უნდა ფლობდეს შესაბამის ცოდნას მოსაუბრისა და მსმენელის პრაქტიკებში მიმდინარე და დინამიკური აგენტობის შესახებ, ფლობდეს შესაბამის პროფესიულ ინტერვენციებს, როგორებიცაა ქცევითი, ჰორმონული, ქირურგიული და სხვა მეთოდები და ესმოდეს რელევანტური პროცესები, რომელიც უკავშირდება ბიოფიზიოლოგიურ, სოციოკულტურულ საზღვრის შექმნას და გარე მატერიალურ ძალებს (Azul & Hancock, 2020). ხმისა და კომუნიკაციის სპეციალისტს შეუძლია შესაბამისი შეფასების განხორციელება, რათა ტემ ინდივიდს მიაწოდოს რელევანტური ინფორმაცია და მხარი დაუჭიროს ინტერვენციის მიზნებისა და ვარიანტების შესწავლაში კულტურულად გულისხმიერი, პიროვნებაზე ორიენტირებული მიდგომის გამოყენებით. ასეთი სპეციალისტი გათვითცნობიერებულია ხმის ქცევით ასპექტებში, კომუნიკაციის ინტერვენციულ მიდგომებში და ფლობს შესაბამის უნარებს. პრაქტიკები, რომლებიც განაპირობებს ქცევით ცვლილებებს, შეიძლება იყოს: საუბრისა და სიმღერის ხმა, საკუთარი თავის შეგრძობა, რელაქსაცია, სუნთქვა, ხმის ტონი, ხმის ტონის ინტენსივობა, ხმის ხარისხი, ხმის სიხშირე, პოზა, პროექცია, სახის გამომეტყველება, ჟესტიკულაცია, პოზა, მოძრაობა საკუთარი თავის სხვებისთვის წარდგენა, იდენტიფიკაციის აღწერა და კულტურულად სენსიტიური უკუკავშირის და მიმართვის ფორმების მოთხოვნა, თავდაჯერებული და ერთმნიშვნელოვანი პასუხები არასწორი მიმართვის დროს, ხმის გამოყენებისა და კომუნიკაციის ვარჯიშები სხვადასხვა ადამიანებთან და სხვადასხვა ვითარებაში (e.g., Hancock & Siegfriedt, 2020; Mills & Stoneham, 2017).

ხმისა და კომუნიკაციის სერვისები კომპლექსური და კოორდინირებული მიდგომის შემადგენელი ნაწილია, რომელშიც შედის სამედიცინო ზრუნვა, ფიქლოგიური და სოციალური ხელშეწყობა (Södersten et al., 2015); თუმცა ამისთვის არ არსებობს წინაპირობები (მაგ. ჰორმონების გამოყენება, ოპერაციის ჩატარების სურვილი, ან გენდერულ როლში ცხოვრების ხანგრძლივობა). ტრანსგენდერი და გენდერუ-

ლად მრავალფეროვანი ადამიანებისთვის ხმისა და კომუნიკაციის მხარდაჭერის ძირითადი დანიშნულება არის:

- კლიენტის გათვითცნობიერება იმ ფაქტორების შესახებ, რომლებიც გავლენას ახდენს ფუნქციონალური ხმისა და კომუნიკაციის პრაქტიკაზე და მოსაუბრის იდენტობის გამოხატვაზე (მოსაუბრე, მსმენელი, პროფესიონალური პრაქტიკა, გარე ფაქტორები, ბიოფსიქოლოგიური და სოციოკულტურული ფაქტორები);
- ხელი შეუწყონ კლიენტებს თავიანთი სოციოკულტურული მიკუთვნებულობის გამოხატვაში (მაგ. გენდერის კუთხით) ყოველდღიური კომუნიკაციის დროს, ისეთი ფორმით, რომელიც თანხვედრაშია მათთვის სასურველ თვითპრეზენტაციასთან, ხმისა და ვოკალური მონაცემების ადაპტირებაში და მიზნის მიღწევაში ისე, რომ არ დაზიანდეს ბგერის წარმომქმნელი მექანიზმი;
- ტრენინგების საშუალებით ხელი შეუწყონ ფუნქციური ხმის გამოცემას იმ კლიენტებისთვის, რომლებსაც ხმის ფუნქციის შეზღუდვები აქვთ (მაგ. ბგერის წარმომქმნელი აპარატის ზედმეტად დაჭიმვის შედაგად);
- ხელი შეუწყონ კლიენტებს, რომ მათ თავდაჯერებულად მოითხოვონ სხვებისგან მიმართვის ფორმა და მათი წარდგენის შესაბამისი ფორმები (მაგ. სახელი, ნაცვალსახელი, წოდება) და, ასევე, ეფექტურად უპასუხონ მათ არასწორ ატრიბუციას, რაც, საბოლოო ჯამში, ხელს შეუწყობს მათ კეთილდღეობას;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებთან თანამშრომლობით, ხელი შეუწყონ კლიენტების პრობლემების მოგვარების უნარების განვითარებას, რომელიც უკავშირდება სტრესის, შფოთვის და დისფორიის მართვას. რეალურ ცხოვრებაში მათთვის სასურველი ხმისა და კომუნიკაციის ფორმის გამოყენებასთან დაკავშირებული ბარიერებისა და პრობლემების გადალახვას;

- კლიენტებს მიაწოდონ დამხმარე რესურსები, ან გადაამისამართონ ამ რესურსების მისაღებად, რომლებიც დაეხმარებათ ხმისა და კომუნიკაციის უნარების განვითარებაში, ხმის გათავისებაში და კეთილდღეობის შენარჩუნებაში;
- კლიენტები გადაამისამართონ ან ითანამშრომლონ ჯანდაცვის სხვა სპეციალისტებთან, მაგალითად ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტთან, ლარინგოლოგ ქირურგთან და ენდოკრინოლოგთან, რომლებსაც შესაძლოა, უფრო მეტი რესურსი ჰქონდეთ პაციენტის განსაკუთრებული საჭიროებების უზრუნველსაყოფად. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ისეთ შემთხვევებში, როდესაც პაციენტი რამდენიმე ბარიერს აწყდება საკუთარი ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის შესანარჩუნებლად, გეგმავს ხორხის ქირურგიული ოპერაციის ჩატარებას ან ჰორმონულ თერაპიას.

ორი ტიპის ხორხის ოპერაცია არის მიზანშეწონილი ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი კლიენტებისთვის: ხმის ტემბრის ასამაღლებელი (გლოტოპლასტიკა წინა კომისურას რეტრო/უკანდანვეით, კრიკოთირეოიდების მიახლოება (CTA), ხმის ფემინიზაციის ლარინგოპლასტიკა, ხმის მოდიფიკაცია ლაზერით (LAVA) (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) და ხმის დაბოხების ოპერაცია (მაგ. თიროპლასტიკა, ტიპი III, ვოკალური ნაოჭის ინექციური გადიდება) (Bultynck et al, 2020; Isshiki et al., 1983; Kojima, et al., 2008; Webb et al., 2021).

სარეკომენდაციო ღებულებები

14.1 რეკომენდაციას ვაძლევთ ხმისა და კომუნიკაციის სპეციალისტებს, რომ შეაფასონ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანების არსებული და სასურველი ვოკალური და კომუნიკაციის ფუნქციები და შეიმუშავონ შესაბამისი გეგმა მათთვის, ვინც არ არის კმაყოფილი თავიანთ ხმისა და კომუნიკაციის ფუნქციებით;

14.2 რეკომენდაციას ვაძლევთ ხმისა და კომუნიკაციის სპეციალისტებს, რომლებიც მუშაობენ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებთან, რომ მიიღონ სპეციფიკური განათლება ამ მიმართულებით, რათა გაიღრმავონ თავიანთი ცოდნა ამ პოპულაციაში ვოკალური ფუნქციების, კომუნიკაციისა და კეთილდღეობის მიმართულებით;

14.3 რეკომენდაციას ვაძლევთ ტრანსგენდერთა ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომლებიც მუშაობენ იმ ტრანსგენდერთა და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებთან, რომლებიც უკმაყოფილონი არიან თავიანთი ხმითა და კომუნიკაციით, განიხილონ პაციენტების ხმისა და კომუნიკაციის სპეციალისტებთან გადამისამართება, რათა მათ სპეციალისტებისგან მიიღონ ხმასთან დაკავშირებული მხარდაჭერა, შეფასება და ტრენინგები;

14.4 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომლებიც იმ ტრანსგენდერთა და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებთან მუშაობენ, რომლებსაც დაგეგმილი აქვთ ხმის ოპერაციის ჩატარება, თავიდანვე შესთავაზონ ხმისა და კომუნიკაციის სპეციალისტთან გადამისამართება, რომელიც უზრუნველყოფს წინასაოპერაციო და პოსტოპერაციულ მხარდაჭერას;

14.5 რეკომენდაციას ვაძლევთ იმ ტრანსგენდერ და გენდერულად არაკონფორმულ ადამიანებთან მომუშავე ტრანსგენდერთა ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომლებსაც ტესტოსტერონის თერაპია აქვთ დაგეგმილი, რომ პაციენტებს მიაწოდონ ამომწურავი ინფორმაცია ხმაზე და კომუნიკაციაზე აღნიშნული თერაპიის ცვლადი და პოტენციური ზემოქმედების შესახებ.

ხმის ოპერაციის აკუსტიკური უპირატესობებია ხმის ტონის ამალღება (საშუალო სიხშირე (fo)) და ხმის დაბოხება (ხმის დიაპაზონის ყველაზე დაბალი ფიზიოლოგიური სიხშირე). ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანთა თვითშეფასების რეიტინგების მიხედვით, მათი კმაყოფილების ზოგადი დონე მაღალია ხმის ოპერაციის შემდგომ. მათთვის, ვინც დაინტერესებულია, ხმის საშუალებით უფრო სიღრმისეული ცვლილებები შეიტანონ თავიანთი თავის გამოხატვაში, ხორხის ოპერაციის გარდა დასჭირდებათ ხმისა და კომუნიკაციის სპეციალისტის ბიპვეიორისტული ვარჯიშებით ჩართულობა (Brown, Chang et al. 2021; Kelly et al., 2018; Nuyen et al., 2022).

ხმის შეცვლის ქირურგიული ოპერაციის პოტენციური ზიანი უნდა შეაფასოს და მოაგვაროს სპეციალისტმა ხმისა და კომუნიკაციის ვარჯიშების დროს. ხმის შეცვლის ქირურგიული ოპერაციის აღნიშნული ზიანი უკავშირდებოდა ხმის პრობლემებს, დისფონიას, სუსტ ხმას, ხმის დიაპაზონის შეზღუდვას განსაკუთრებით ზედა რეგისტრში (ფიზიოლოგიური ხმის დიაპაზონის მაქსიმალური სიხშირის დანევა), ხრიალს, ვოკალურ არასტაბილურობას და დროთა განმავლობაში ხმის სიხშირის დადაბლებას (Kelly et al., 2018; Song & Jiang, 2017), თუმცა აღნიშნული შედეგები არ ყოფილა განმეორებითი. შეზღუდულია

ხმის დაბოხების ოპერაციასთან დაკავშირებული კვლევების რაოდენობა, თუმცა ჩატარდა კვლევა, რომელშიც მონაწილეობა მიიღო რვა ტრანსგენდერმა და გენდერულად მრავალფეროვანმა ადამიანმა, რომლებმაც ჩაიტარეს III ტიპის თიროპლასტიკა მას შემდეგ, რაც ჰორმონულმა თერაპიამ არ გამოიღო ფუნქციური შედეგი (Bultynck et al., 2020) და ერთმა ინდივიდმა, რომელმაც ჰორმონული თერაპიისა და ხმის ტრენინგების გავლის შემდეგ ვოკალური ნაოჭის ინექციურად გადიდების ოპერაცია გაიკეთა (Webbet al., 2020). კვლევის შედეგებმა აჩვენეს ფუნდამენტური სიხშირის მნიშვნელოვანი დანევა, რომელიც აღიქმება როგორც ბგერის ტონი. ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანთა შორის ესტროგენის თერაპია არ იყო დაკავშირებული ხმის გაზომვად ცვლილებასთან (Mészáros et al., 2005), ამავდროულად ტესტოსტერონის თერაპიამ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში ხმის შეცვლის კუთხით გამოიწვია სასურველი და ასევე არასასურველი ცვლილებები (Azul, 2015; Azul et al., 2017, 2018, 2020; Azul & Neuschaefer-Rube, 2019; Cosyns et al., 2014; Damrose, 2008; Deuster, Di Vincenzo 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).

ტესტოსტერონის თერაპიის შედეგად მიღებული სასურველი შედეგი იყო ხმის ტემპის დადაბლება, ხმისთვის კაცური მახასიათებლების მინიჭება და ხმით კმაყოფილების მაღალი მაჩვენებელი. კვლევის შედეგად დაფიქსირებული უარყოფითი შედეგი, რომელიც ტესტოსტერონის თერაპიას მოჰყვა, იყო ხმის ტემპის არასაკმარისად დადაბლება, დისფონია, სუსტი ხმა, შეზღუდული ტემპრი სიმღერისთვის და ვოკალური არასტაბილურობა. ეს საკითხები შესაძლებელია შეფასდეს და მოგვარდეს ხმის ვარჯიშების საშუალებით, რომელსაც ხმისა და კომუნიკაციის სპეციალისტი უზრუნველყოფს. მოცემულ თავში მოყვანილი ყოველი დებულება შედგენილია მტკიცებულებათა შესწავლის, სარგებლისა და ზიანის სრული შეფასების, პაციენტებისა და მომწოდებლების ფასეულობებისა და მოთხოვნების გათვალისწინებით, აგრეთვე რესურსებისა და განხორციელებადობის შეფასების საფუძველზე. ზოგიერთ შემთხვევაში ვაცნობიერებთ, რომ მტკიცებულებები შეიძლება არ იყოს საკმარისი და ეს მომსახურებები კი არ იყოს სასურველი და ხელმისაწვდომი.

დაკვლევა 14.1

რეკომენდაციას ვაძლევთ ხმისა და კომუნიკაციის სპეციალისტებს, რომ შეფასონ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანების არსებული და სასურველი ვოკალური და კომუნიკაციის ფუნქციები და შეიმუშაონ შესაბამისი გეგმა მათთვის, ვინც არ არის კმაყოფილი თავიანთ ხმისა და კომუნიკაციის ფუნქციებით.

ხმისა და კომუნიკაციის სპეციალისტებმა შესაძლოა შეაფასონ ინდივიდის კმაყოფილება კომუნიკაციის დროს მისი პრეზენტაცია და სოციოკულტურული პოზიციონირება, მათ შორის გენდერისა და სხვა თანდართული იდენტიფიკაციების ფონზე, იმის გათვალისწინებით, რომ ეს მაჩვენებლები დროთა განმავლობაში შეიძლება არ იყოს სტატიკური. ასევე აფასებენ ატრიბუციას, რომელსაც გარეშე პირებგან იღებენ და რამდენად არის ის თანხვედრაში ინდივიდის თვითიდენტიფიკაციასთან, სურვი-

ლებთან. ფასდება ხმისა და საუბრის მანერის ბუნებრიობა; ხმისა და კომუნიკაციის ფუნქცია ვოკალურ მოთხოვნებთან მიმართებაში. შეფასების მეთოდი შესაძლოა იყოს განსხვავებული (კლიენტის მიერ მონოდებული ინფორმაცია შედეგების შესახებ, აღქმის მიხედვით, აკუსტიკური, აეროდინამიკური, ენდოსკოპიური) მისაღწევი მიზნის გათვალისწინებით (Davies et al., 2015; Leyns et al., 2021; Oates & Dacakis, 1983). მაგალითად, ლარინგოლოგიური დათავალიერება გამოიყენება ინდივიდებში, რომლებსაც ოპერაციის შემდგომი ხმის პრობლემები აღენიშნებათ (კუნთის დაჭიმვა, დისფონია) (Palmer et al., 2011), ან მათთვის, ვისაც ხმის ისეთი პრობლემები აღენიშნებათ, რომლებიც არ არის დაკავშირებული გენდერის დამადასტურებელ ოპერაციასთან, ანდროგენულ თერაპიასთან ან ხორხის ოპერაციასთან (Azul et al., 2017). იმისთვის, რომ ხელი შეუწყონ ტრანსგედერ და გენდერულად მრავალფეროვან ინდივიდებს ხმისა და კომუნიკაციასთან დაკავშირებული პრობლემების მოგვარებასა და კეთილდღეობის შექმნაში, ხმისა და კომუნიკაციის სპეციალისტები ამომწურავ ინფორმაციას აწვდიან მათ, ვისაც სურვილი აქვს ჩაიტაროს ესა თუ ის პროცედურა, როდესაც პაციენტები არ არიან კმაყოფილი თავიანთი ხმითა და კომუნიკაციის ფუნქციით.

იმისთვის, რომ ტრანსგედერ და გენდერულად მრავალფეროვან ინდივიდებს მიეცეთ გადამწყვეტილების მიღების თავისუფლება და ავტონომია, თითოეული პროცედურის შესაძლო შედეგი და შედეგის უცვლელობის შესახებ ინფორმაცია ობიექტურად უნდა მიენოდოს მათ. შესაბამისი პროცედურების გეგმა არის ინდივიდუალურად შედგენილი და განხორციელებადი, რომელშიც გათვალისწინებული უნდა იყოს ყველა ხელმისაწვდომი პროფესიონალური სერვისი. ხმისა და კომუნიკაციის სპეციალისტთან კონსულტაციის პერიოდში საბოლოო მიზანი შეიძლება შეიცვალოს მას შემდეგ, რაც ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ინდივიდი შეაფასებს ხმისა და კომუნიკაციის მოდიფიცირების შესაძლებლობებს, შესაძლო შედეგებსა და კმაყოფილებას.

დეკლარაცია 14.2

რეკომენდაციას ვაძლევთ ხმისა და კომუნიკაციის სპეციალისტებს, რომლებიც მუშაობენ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებთან, რომ მიიღონ სპეციფიკური განათლება ამ მიმართულებით, რათა გაიღრმავონ თავიანთი ცოდნა ამ პოპულაციაში ვოკალური ფუნქციების, კომუნიკაციისა და კეთილდღეობის კუთხით.

ხმისა და კომუნიკაციის სპეციალისტების (მაგ. მეტყველების-საუბრის პათოლოგიების ექიმები, მეტყველების თერაპევტები, სასიმღერო ხმის ინსტრუქტორები) აკადემიური და სალიცენზიო მოთხოვნები გეოგრაფიული ადგილმდებარეობის მიხედვით განსხვავდება, თუმცა სპეციფიკურ პოპულაციასთან მუშაობის კრიტერიუმები, როგორც წესი, დაკონკრეტებული არ არის ხოლმე. აღნიშნული პროფესიებისთვის შექმნილ სტანდარტულ საგანმანათლებლო კურსულუმებში არ შედის ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან პოპულაციასთან მუშაობის სპეციფიკა (Jakomin et al., 2020; Matthews et al., 2020). ვოკალური ფუნქციების და ადამიანთა შორის კომუნიკაციის ზოგადი ცოდნა და უნარები კარგი ბაზისია, მაგრამ არ არის საკმარისი იმისთვის, რომ კულტურულად მგრძობიარე, პიროვნებაზე ორიენტირებული, ხელმისაწვდომი, ინკლუზიური და ეფექტური ჯანდაცვის მომსახურება მიანოდონ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს (Hancock, 2017; Russell & Abrams, 2019).

ამ დარგის სპეციალისტებმა უნდა მიიღონ სიღრმისეული განათლება, რაც შემდგომში განაპირობებს თვითაღქმას, კულტურულ მგრძობიარობას და კულტურულ თავმდაბლობას რათა პატივისცემითა და ყურადღებით მიუდგნენ გენდერულ მრავალფეროვნებას და კლიენტების იდენტიფიკაციის სხვა ასპექტებს, რომელიც სხვადასხვა ფორმით შეძლება იყოს წარმოდგენილი და საჭიროებდეს დახმარების სხვადასხვა ფორმებს (Azul, 2015; Azul et al., 2022). კლიენტებთან ურთიერთობისას ყველა ტიპის კომუნიკაციაში გათვალისწინებული უნდა იყოს მათ მიერ სასურველი მიმართვის ფორმები, სახელი, გენდერის აღმნიშვნელი, ნაცვალსახელები (მათ შორის სამედიცინო ჩანაწერებში, ანგარიშებსა

და იმეილებში). ამ მიმართულებით განათლება ასევე უნდა მოიცავდეს ინსტრუქციას სატრენინგო, ადმინისტრაციული, თუ კლინიკის სივრცის მონყოფის შესახებ, რომელიც კეთილმონყოფილი უნდა იყოს ტრანსგენდერთა და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანებისთვის. მათ დაცულად უნდა იგრძნონ თავი მაშინ, როდესაც ხმისა და კომუნიკაციის გუნდთან ერთად თავიანთ პრობლემებზე ისაუბრებენ. ხმისა და კომუნიკაციის სპეციალისტები, რომლებიც ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებთან მუშაობენ, უნდა ფლობდნენ ცოდნას, შესაძლო პროცედურათა პრინციპების, მექანიზმების და მათი ეფექტიანობის შესახებ. უნდა იყვნენ კომპეტენტური ხმისა და კომუნიკაციის სწავლებასა და მოდიფიკაციის საკითხებში. ასევე უნდა ჰქონდეთ საბაზისო ცოდნა ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობის შესახებ, მათ შორის ჰორმონული, ქირურგიული პროცედურებისა და სპეციფიკური ფსიქოსოციალური საკითხების შესახებ. პროფესიონალთა განათლება ასევე უნდა მოიცავდეს იმ მეთოდოლოგიასა და პროცედურებს, რომლებიც ტრანსგენდერთა და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანთა თემში დაინერგა და ეფექტიანი და წარმატებული აღმოჩნდა. იდალურ შემთხვევაში მათი წარმოდგენა უნდა მოხდეს ტრანსგენდერთა ან გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანების მიერ, ან მათთან თანამშრომლობით, რომლებსაც თავად გამოუცდიათ ხმისა და კომუნიკაციის საკითხებში მხარდაჭერა.

დეკლარაცია 14.3

ჩვენ რეკომენდაციას ვაძლევთ ტრანსგენდერთა ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომლებიც, იმ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებთან მუშაობენ, ვინც უკმაყოფილოები არიან თავიანთი ხმითა და კომუნიკაციით, განიხილონ პაციენტების ხმისა და კომუნიკაციის სპეციალისტებთან გადამისამართება, რათა მათ სპეციალისტებისგან მიიღონ ხმასთან დაკავშირებული მხარდაჭერა, შეფასება და ტრენინგები.

ხმისა და კომუნიკაციის სპეციალისტებს აქვთ კვალიფიკაცია, რომ ტრანსგენდერ და

გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს, რომლებიც უკმაყოფილონი არიან თავიანთი ხმითა და კომუნიკაციით, მიაწოდონ სათანადო ინფორმაცია და დააკვალიანონ ისინი. არსებობს მტკიცებულება იმისა, რომ ხმისა და კომუნიკაციის სპეციალისტების დახმარებით, კლიენტების კმაყოფილება საკუთარი ხმისა და კომუნიკაციის კუთხით იზრდება, შესაბამისად, იკლებს გენდერული დისფორია და უმჯობესდება კომუნიკაციასთან დაკავშირებული ცხოვრების ხარისხი (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). არსებობს ემპირიული მტკიცებულებები, რომ ბიჰევიორისტული ხმის ტრენინგი ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში, რომლებსაც დაბადებისას მამრობითი სქესი მიანიჭეს, ეფექტურია სასურველი ხმის მიღწევის კუთხით (Oates, 2019). 2020 წლამდე ჩატარდა შვიდი კვლევა, რომლებიც ემპირიულ მტკიცებულებას წარმოგვიდგენს ხმის ვარჯიშების ეფექტურობასთან დაკავშირებით, თუმცა ამ კვლევებს აქვს სუსტი მხარეები (Carew et al., 2007; Dacakis, 2000; Gelfer & Tice, 2013; Hancock et al., 2011; Hancock & Garabedian, 2013; McNeill et al., 2008; Mészáros et al., 2005). ხმის ვარჯიშის მეთოდი, რომელიც შეიძლება იყოს ეფექტური ფუნდამენტური ხმის სიხშირის გაზრდისთვის (საშუალო ტონალობა) და ტონალობის ფუნდამენტური სიხშირის დიაპაზონის გაზრდისთვის, ხმასთან დაკავშირებული კმაყოფილების გაზრდაში, საკუთარი თავში და მსენელთა მიერ ხმის ფემინურობის აღქმის გაუმჯობესებაში, შვიდივე კვლევაში მსგავსი იყო. ვარჯიშები ასევე ეფექტურია ხმასთან დაკავშირებული სოციალური და პროფესიული ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების კუთხით. აღნიშნული კვლევის სუსტი მხარეებია რენდომიზებული გაკონტროლებული კვლევების სიმცირე, რომლებიც ხმის ვარჯიშების გავლენას იკვლევს, საკვლევი ჯგუფების სიმცირე, შეუსაბამო შემდგომი დაკვირვება და დამატებითი ცვლადების ნაკლები კონტროლი.

2021 წელს, ქცევითი მეტყველების ტრენინგის მორიგი სისტემური კვლევა ჩატარდა, მათ შორის იმ ინდივიდებზე, ვისაც დაბადებისას მამრობითი სქესი მიენიჭა და ამ კვლევამაც მსგავსი შედეგები გამოავლინა (Leyns et al., 2021). ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანთა შორის, იმ ადამიანებში, რომლებსაც დაბადებისას მდედრობითი სქესი მიანიჭეს, ხმის ვარჯიშების ეფექტურობის კვლევა ამ დრომდე არ ჩატარებულა. მაგრამ არსებობს ერთი პოზიტიური, თუმცა სუსტი მტკიცებულება ტრენინგის ეფექტურობის შესახებ, რომელიც მოპოვებულ იქნა ერთ-ერთი კონკრეტული მაგალითის გამოკვლევის (Buckley et al., 2020) და ერთი ხმის ჯგუფური ტრენინგის არაკონტროლირებული პროსპექტული კვლევის საფუძველზე (Mills et al., 2019).

დასკვნები 14.4

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომლებიც იმ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებთან მუშაობენ, რომლებსაც დაგეგმილი აქვთ ხმის ოპერაციის ჩატარება, თავიდანვე შესთავაზონ ხმისა და კომუნიკაციის სპეციალისტთან გადამისამართება, რომელიც უზრუნველყოფს წინასაოპერაციო და პოსტოპერაციულ მხარდაჭერას.

აღნიშნული დებულება არ გულისმობს იმას, რომ ყველა ტრანსგენდერმა და გენდერულად მრავალფეროვანმა ადამიანმა აუცილებლად უნდა გაიაროს ხმის ტრენინგი ქირურგიული ოპერაციის წინ. ეს უფრო რეკომენდაციაა, რომ ყველა სახის შესაძლო მხარდაჭერა იქნას შეთავაზებული მათთვის, რათა მიიღონ ინდივიდუალური და ინფორმაციული კონსულტაცია, რაც პიროვნებაზე ორიენტირებული ზრუნვის მნიშვნელოვანი ასპექტია. ეს რეკომენდაცია გათვალისწინებული უნდა იქნას ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანების მიერ, რათა ხმისა და კომუნიკაციის სპეციალისტის მიერ საჭიროებისამებრ მიიღონ ინფორმაციული და ინდივიდუალური კონსულტაცია, რომელიც დაფუძნებული იქნება ხმის შეფასებაზე, ხმის სატესტო ტრენინგზე და გა-

საუბრებაზე ხმის მოსალოდნელი შედეგებისა და რისკების თაობაზე, რაც უკავშირდება ქირურგიულ ოპერაციას.

თითქმის ყველა ტიპის ხორხის ოპერაციის შემთხვევაში, რეკომენდებულია ხმის ტრენინგის ჩატარება ოპერაციის წინ, რათა ხმის გამომცემი მექანიზმი შესაბამისად მომზადდეს ქირურგიული ჩარევისთვის და ასევე ოპერაციის შემდგომ, რათა ხმის მექანიზმმა ჩვეულებრივ განაახლოს ფუნქციონირება (Branski et al., 2006; Park et al., 2021). ხმის ტრენინგი განსაკუთრებით რეკომენდებულია ტონალობის ამაღლების ოპერაციის შემთხვევაში, რადგან ზოგიერთი ჩვენების მიხედვით, ტრენინგების საშუალებით უფრო კარგი შედეგი დაფიქსირდა (მაგ. ინტონაცია, ბუნებრივობა), ვიდრე ტონალობის ამაღლების ოპერაციით (Kelly et al., 2018).

ამჯერად ტონალობის დაწევის ოპერაციათა შესახებ კვლევების რაოდენობა და ხარისხი არასაკმარისია, განსაკუთრებით შედეგების შედარების მხრივ, როდესაც ერთმანეთს ადარებენ დამატებით სხვა ტიპის ჩარევის შემთხვევაში მიღებულ შედეგებს (მაგ. ტესტოსტერონის თერაპია) (Bultynck et al., 2020). ტონალობის გაზრდასთან დაკავშირებით ბევრი სხვა ტექნიკა და კვლევა არსებობს, თუმცა მტკიცებულებათა ხარისხი ამ შემთხვევაში დაბალია.

ტონალობის გაზრდის ოპერაციის შედეგები შედარდა ოპერაციის გარეშე მიღებულ შედეგებთან (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), სხვა ტიპის ქირურგიული პროცედურის შედეგად მიღებულ შედეგებთან (Mora, 2018) და მხოლოდ ხმის ტრენინგის შედეგად მიღებულ შედეგებთან (Kanagalingam, 2005; Mastronikolis, 2013; Wagner, 2003) და ასევე ოპერაციისა და ტრენინგის კომბინაციის შედეგად მიღებულ შედეგებთან (Casado, 2017; Kelly et al., 2018). ჩატარებულ 11 კვლევაში, რომელშიც წარმოდგენილი იყო მონაცემები იმის შესახებ, გაიარეს თუ არა ხმის ტრენინგი ტონალობის

გაზრდის ოპერაციის წინ, მონაწილეთა უმეტესობამ მიუთითა, რომ ტრენინგი გაიარეს, მაგრამ ხმით უკმაყოფილების გამო გადაწყვიტეს ქირურგიული ოპერაციის ჩატარება. ამრიგად, ქირურგიული ოპერაციების კვლევების შედეგების უმეტესობა ასახავს ხმის ტრენინგისა და ქირურგიული ჩარევის ერთობლივ ეფექტს. უცნობია ის მახასიათებლები, რომლის მიხედვითაც შესაძლებელია იმის პროგნოზირება, თუ რომელი კლიენტი გადაწყვიტს ოპერაციის ჩატარებას ტრენინგის შემდგომ.

დასკვნა 14.5

ჩვენ რეკომენდაციას ვაძლევთ ტრანსგენდერთა ჯანდაცვის პოფესიონალებს, რომლებიც, იმ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებთან მუშაობენ, რომლებსაც ტესტოსტერონის თერაპია აქვთ დაგეგმილი, რომ პაციენტებს მიანოდონ ამომწურავი ინფორმაცია აღნიშნული თერაპიის ცვლადი და პოტენციური ზემოქმედების შესახებ ხმასა და კომუნიკაციაზე.

ტრანსგენდერთა და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანთა შორის ანდროგენული თერაპიით ხმისა და კომუნიკაციის მოდიფიცირების კვლევის შედეგებმა მრავალფეროვანი და მოულოდნელი შედეგები აჩვენა თითოეული პაციენტის შემთხვევაში. ზოგიერთმა კვლევამ აჩვენა, რომ ჩარევის შედეგები შეესაბამებოდა ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანთა მოლოდინებს, ამავე დროს არსებობს საფუძვლიანი მტკიცებულებები, რომელთა მიხედვითაც ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანები ყოველთვის არ არიან კმაყოფილი ტესტოსტერონის თერაპიის შედეგად მიღებული ვოკალური შედეგებით, ბევრ მათგანს შეექმნა პრობლემები ტონალობის შეუსაბამოდ დადაბლების გამო, ან ხმის ხარისხის გაუარესების, ხმის ტემბრის, ხმის არასაკმარისი სიმტკიცის, ტონალობის დიაპაზონისა და ხმის მოქნილობასთან დაკავშირებული საკითხების გამო (Azul, 2015, 2016, 2017, 2018; Cosyns et al., 2014; Nygren et al., 2016; Ziegler et al., 2018). ტესტოსტერონით ერთწლიანი თერაპიის შედეგების ცხრამეტი კვლევის მეტაანალი-

ზის შედეგად გამოვლინდა, რომ მონაწილეთა 21%-მა ვერ მიიღო სისგენდერი მამაკაცის ხმის სიხშირე, 21%-მა აღნიშნა არასრულყოფილი ხმისა და გენდერულად შეუსაბამო ხმის პრობლემების შესახებ, ხოლო 16%-ი არ იყო სრულად კმაყოფილი მათი ხმით (Ziegler, 2018). მათთვის, ვისაც ანდროგენით თერაპიის ჩატარება აქვთ დაგეგმილი, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ამომწურავი, ინფორმატიული კონსულტაციის მიღება თერაპიის დაწყებამდე, რაც რეალისტური მოლოდინების ჩამოყალიბებას შეუწყობს ხელს და თავიდან აარიდებს იმედგაცრუებას

ხმასა და კომუნიკაციაზე ჰორმონული თერაპიის შეუქცევადი შედეგების გამო.

გარდა ამისა, იმ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს, ვისაც არ აქვთ ტესტოსტერონით თერაპიაზე წვდომა ან არ სურთ მისი ჩატარება, მაგრამ, ამავე დროს, სურთ თავიანთი ხმის შეცვლა ან ტესტოსტერონით თერაპიის შედეგად არ არიან კმაყოფილი მიღებული შედეგით, შეუძლიათ დამატებითი ალტერნატიული მეთოდების შესახებ მიიღონ კონსულტაცია ხმისა და კომუნიკაციის სპეციალისტებისგან.

თაქი 15. პირველადი ჯანდაცვა

პირველადი ჯანდაცვა, ჯანდაცვის ყველაზე ფართო დარგია და ის განისაზღვრება როგორც „ინტეგრირებული და მისანვლომი ჯანდაცვის უზრუნველყოფა იმ პროფესიონალთა მიერ, რომლებიც პასუხისმგებელნი არიან უპასუხონ ჯანდაცვასთან დაკავშირებული საჭიროებების უმეტესობას, პაციენტებთან დაამყარონ უწყვეტი თანამშრომლობა და საქმიანობა განახორციელონ ოჯახისა და თემის კონტექსტში“ (მედიცინის ისნტიტუტი, 1996). პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლები ჯანდაცვის სფეროს პროფესიონალთა ფართო სპექტრს აერთიანებენ, მათ შორის არიან ზოგადი ჯანმრთელობის და ოჯახის პრაქტიკოსი ექიმები, პრაქტიკოსი ექთნები, უფროსი პრაქტიკოსი ექთნები, მკურნალი ექიმები/ასისტენტები და თერაპევტები.

ისინი სხვადასხვა სპეციალობის არიან და სხვადასხვა მიმართულებით აქვთ მიღებული მომზადება და განათლება. სპეციალობის მიმართულებისა და მომზადების დონის მიხედვით განისაზღვრება მათი პრაქტიკული საქმიანობის არეალი. პირველადი ჯანდაცვის ყველა მიმწოდებელი ვერ კვალიფიცირდება იმისთვის, რომ გაიაროს ტრენინგები და მიაწოდოს ტრანსგენდერთა ჯანდაცვის ყველა დარგის კვალიფიციური მომსახურება, მათ შორის ფსიქიკური ჯანმრთელობის, გენიტალიების/მენჯის და პოსტოპერაციული ზრუნვის მომსახურება გენდერის დამადასტურებელი ქირურგიული ოპერაციის შემდეგ.

თერაპევტები სწავლების დროს ძალიან მცირე ინფორმაციას იღებენ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანების ჯანმრთელობის შესახებ (Dubin et al., 2018), შესაბამისად, ცოდნისა და უნარების უმეტესობას პრაქტიკის საფუძველზე იძენენ არაფორმალურად ან მოკლევადიანი უწყვეტი განათლების ტრენინგების გავლის შედეგად. ამ საკითხთან დაკავშირებით იხილეთ თავი 4 – განათლება. თუმცა თუ ჯანდაცვის მიმწოდებელს სისგენდერ პაციენტებში მსგავსი საკითხების მკურნალობის კომპეტენცია გააჩნია, მას შეუძლია აგრეთვე აიმაღლოს კომპეტენცია ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანების ზრუნვაშიც.

ქვემოთ ჩამოთვლილი კომპეტენციების გაგება უნდა მოხდეს მიმწოდებლის ლიცენზირებისა და მიმდინარე პრაქტიკის ფარგლებში. თუმცა პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებს უნდა შეეძლოთ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან პაციენტთა ჯანმრთელობის მართვა უშუალოდ ან ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებთან გადამისართებით, მათ შორის სხვა დარგის სპეციალისტებთან, რათა განხორციელდეს შეფასება და მკურნალობა. არ არსებობს იმის მტკიცებულება, რომ მხოლოდ ფორმალური და სერტიფიცირებული პროცესის შედეგად არის შესაძლებელი ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებზე ზრუნვაში კომპეტენციების შექმნა. თუმცა ნებისმიერ მოცემულობაში შესაძლებელია, რომ მიმწოდებლებსა და პაციენტებს შორის არსებობდეს სტანდარტული მოლოდინი ჯანდაცვის მიმწოდებელთა ცოდნის, უნარებისა თუ კულტურული კომპეტენციების თაობაზე, რომელიც ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანთა ჯანდაცვისთვის არის საჭირო.

ვინაიდან ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს განსაკუთრებული სამედიცინო, ქირურგიული თუ სოციალური მდგომარეობების მართვა უწევთ, მათთვის მომსახურების მიწოდების დროს პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებს ესაჭიროებათ კიდევ უფრო სხვაგვარი კომპეტენციები, გარდა იმ კომპეტენციებისა, რომლებსაც პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლები იყენებენ მრავალფეროვანი საზოგადოებისთვის, მათ შორის ეთნიკური, სოციალური თუ სექსუალური უმცირესობების მომსახურების დროს. სხვადასხვა დარგის საერთო პროფილის პროფესიულმა საზოგადოებამ გამოსცა დებულებები და გაიდლაინები კონკრეტულად ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანთა ჯანდაცვის თაობაზე (გინეკოლოგთა და მეანგინეკოლოგთა ამერიკული კოლეჯი, 2021; იტალიის გენდერის ჯანმრთელობისა და იდენტობის საზოგადოება (SIGIS); იტალიის ანდროლოგიის და სქესობრივი ჯანდაცვის საზოგადოება (SIAMS); იტალიის ენდოკრინოლოგიის საზოგადოება (SIE), 2021; პოლონეთის სექსოლოგიის საზოგადოება, 2021; სამხრეთ აფრიკის შიდსის

კლინიკისტიების საზოგადოება, 2021). უაილის და კოლეგების (2016) თანახმად, „ტრანსგენდერ ადამიანთა ჯანდაცვის შენარჩუნებისთვის ზრუნვა, უმეტესად უნდა ხორციელდებოდეს პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში და არ უნდა იყოს განცალკევებული სისგენდერი (არატრანსგენდერ) პაციენტებისთვის მიწოდებული ფიზიკურ, ფსიქოლოგიური თუ სქესობრივ საკითხებთან დაკავშირებული ჯანდაცვის მომსახურებისგან. ტრანსგენდერი პაციენტებისთვის სპეციფიკური ზრუნვის განხორციელება შესაძლებელია პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში“. არსებობს ამგვარი მომსახურების არასპეციალიზირებულ კლინიკაში უსაფრთხოდ და ეფექტურად მიწოდების არაერთი მაგალითი ისეთ მრავალფეროვან ქალაქებში, როგორებიცაა ტორონტო, ვანკუვერი კანადაში, ნიუ-იორკი, ბოსტონი აშშ-ში და სიდნეი ავსტრალიაში. (Radix & Einfeld, 2014; Reisner, Radix et al., 2016; Spanos et al., 2021).

ჰორმონული თერაპია

სამედიცინო თვალსაზრისით აუცილებელ გენდერის დამადასტურებელ ჰორმონულ თერაპიას (GAHT) პირველადი ჯანდაცვის მომწოდებელი წარმართავს თუ ამის სპეციალისტები, მაგ. ენდოკრინოლოგი, დამოკიდებულია იმაზეც, თუ ადგილზე რამდენად ხელმისაწვდომი არიან მცოდნე სპეციალისტები, რომლებიც მზად არიან მართონ ეს პროცესი, როგორია ქვეყანაში ჯანდაცვის რეგულაციები და ჯანდაცვის დაფინანსების დონე (სამედიცინო თვალსაზრისით აუცილებლობის დებულება იხილეთ თავი 2-ში, – გლობალური გამოყენება დებულება 2.1). უმეტესწილად, მსოფლიოში ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანებისთვის სპეცილიზებული მომსახურება ხელმისაწვდომი არ არის, ან ნაწილობრივ არის, რაც ადასტურებს იმის საჭიროებას, რომ ყველა ჯანდაცვის მომწოდებელ დაწესებულებაში უნდა გაიარონ ტრენინგი გენდერის დადასტურებასთან დაკავშირებული ჯანდაცვის საკითხებზე. ზოგიერთ ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის მომწოდებელს ევალება, რომ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პაციენტი მომ-

სახურების მისაღებად გადაამისამართოს სპეციალისტებთან (მაგ. გენდერული იდენტობის კლინიკებთან), რაც გამოიწვევს ჰორმონული თერაპიის გადავადებას (Royal College of General Practitioners, 2019).

ჰორმონული თერაპია რამდენიმე თერაპიისგან შეიძლება შედგებოდეს, მათ შორისაა სქესობრივი მომწიფების დათრგუნვის ჰორმონული თერაპია, სქესობრივი მომწიფების დაწყება (ინიციაცია) ან ჰორმონული თერაპიის მხარდაჭერა. ტრენინგის ჩატარების შემთხვევაში, ნებისმიერ პირველადი ჯანდაცვის მომწოდებელს შეუძლია მართოს ეს პროცესი. იმისდა მიუხედავად, თუ უშუალოდ ვინ ნიშნავს ჰორმონებს, ყველა პირველადი ჯანდაცვის მომწოდებელი უნდა იცნობდეს მედიკამენტებს, მონიტორინგის სპეციფიკას და ჰორმონული თერაპიის შესაძლო გვერდით მოვლენებს (იხილეთ თავი 12 – ჰორმონული თერაპია). პირველადი ჯანდაცვის მომწოდებლებს უნდა შეეძლოთ შესაბამის პროვაიდერებთან გადაამისამართება, როდესაც ტრანზიციასთან დაკავშირებულ მომსახურებას თავად არ/ვერ უზრუნველყოფენ.

მოცემულ თავში მხარდაჭერილია მოსაზრება იმის შესახებ, რომ გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპია შესაძლებელია დაინიშნოს პირველადი ჯანდაცვის მომწოდებელთა მიერ ან სხვა დარგის სპეციალისტიების მიერ „რადგან აღნიშნულ პოპულაციაში არსებული ჯანდაცვის ბარიერებისა და გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის მნიშვნელობას თუ გავითვალისწინებთ, აუცილებელია, პირველადი ჯანდაცვის მომწოდებლებს ჰქონდეთ უნარი და მზადყოფნა, ტემ პაციენტებისთვის უზრუნველყონ გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპია“ (Shires, 2017).

პირველადი ჯანდაცვის მომწოდებლებს მრავალი საჭიროებებისა და მდგომარეობის დროს მიმართავენ სხვადასხვა, მათ შორის ისეთი მიზეზითაც, რომელთა საპასუხოდ გამოცდილება ნაკლებად ან საერთოდ არ აქვთ. ეს ხანდახან შეიძლება იყოს გადაამისამართებაზე წვდომის მოთხოვნა, პროფესიულ საზოგადოებათა გაიდლაინებთან ან ციფრული ცოდნის ბაზებთან

წვდომა. გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის ჩატარების საჭიროების დროს პირველადი ჯანდაცვის მომწოდებლებმა იგივე მიდგომები უნდა გამოიყენონ, რომელიც ზრუნვის სტანდარტებით არის განსაზღვრული ან იხელმძღვანელონ სხვა ხელმისაწვდომი რესურსებით (Cheung et al., 2019; Hembree et al., 2017; Oliphant et al., 2018; T'Sjoen et al., 2020). უნდა აღინიშნოს, რომ გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის რეჟიმი ითვალისწინებს ისეთი მედიკამენტების გამოყენებას, რომლებსაც პირველადი ჯანდაცვის მომწოდებლები ყოველდღიურად იყენებენ თავიანთ პრაქტიკაში, მაგალითად: ტესტოსტერონი, ესტრადიოლი, პროგესტერონი, სხვა პროგესტაგენები და სპირონოლაქტონები.

უსიჩიური ჯანმრთელობა

პირველადი ჯანდაცვის მომწოდებლები მზად უნდა იყვნენ, რომ შეაფასონ და მიაწოდონ ფსიქიკური ჯანდაცვის მომსახურება ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს, ასევე გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის დროს. ყოველივე ეს შეამსუბუქებს გენდერული დისფორიის გამოხატულებებს და გააიოლებს გენდერის გამოხატვას. სულ მცირე, აუცილებელია, რომ პირველადი ჯანდაცვის მომწოდებლები პაციენტების საჭიროებების შესახებ საქმის კურსში იყვნენ, რომ დამატებითი პროფესიული კონსულტაცია და ჩართულობა უზრუნველყონ.

პროფესიული ჯანდაცვა

ზოგადი პროფილის ექიმებს თავიანთ ყოველდღიურ საქმიანობაში პირველადი და მეორადი სიმსივნის პრევენციის გამოცდილება აქვთ. გაიდლაინები განსხვავდება ეროვნული გაიდლაინებისა და სკრინინგის საშუალებებზე არსებული წვდომის მიხედვით. დღეისთვის მცირე რაოდენობით არსებობს კვლევები გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის შემდგომ სიმსივნის განვითარების გრძელვადიანი რისკების თაობაზე (Blondeel et al., 2016; Braun et al., 2017).

არასაკმარისია მტკიცებულებები ტრანსგენდერ ან გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში სარძევე ჯირკვლისა თუ რეპროდუქციული ორგანოების სიმსივნის გავრცელების შესახებ (Joint et al., 2018). თუმცა ზოგადად, სკრინინგი ადგილობრივი გაიდლაინების მიხედვით უნდა ჩატარდეს. ქვემოთ ჩამოთვლილია რამოდენიმე მოდიფიკაცია, რომელიც გათვალისწინებული უნდა იქნას ჰორმონების მიღების ხანგრძლივობის, ქირურგიული ოპერაციის ტიპის ან ორივეს მიხედვით. ტრანსგენდერი პაციენტების ზრუნვის პროცესში, პირველადი ჯანდაცვის მომწოდებლებმა უნდა აწარმოონ დეტალური ჩანაწერები იმის თაობაზე, თუ რომელი ორგანოებია სახეზე მოცემულ მომენტში, რათა რეგულარული სკრინინგი შესაბამისად იქნას დაგეგმილი და შეთავაზებული. პაციენტის ორგანოთა აღწერა რეგულარულად უნდა განახლდეს ჩატარებული ქირურგიული ოპერაციებისა და სხვა ჰორმონული თერაპიის შედეგად აღმოცენებული მოვლენების გათვალისწინებით.

პირველადი ჯანდაცვის ყველა მიმწოდებელი არ უზრუნველყოფს ზრუნვას მთელი სიცოცხლის მანძილზე. მაგრამ თუ ჯანდაცვის მიმწოდებელი რეგულარულად ზრუნავს სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფის პაციენტებზე – ბავშვებზე, მოზარდებზე და ხანდაზმულ ადამიანებზე – მათ უნდა შეეძლოს, რომ გაიღრმავონ თავიანთი კომპეტენციები და თითოეულ ასაკობრივი ჯგუფის წარმომადგენელ ტემ ინდივიდებისთვისაც შეძლონ ჯანდაცვის მომსახურების მიწოდება. თუ მათ არ აქვთ ამის შესაძლებლობა, მაშინ მომწოდებელმა უნდა შეძლოს პაციენტების შესაბამისი ჯანდაცვის მომსახურების მომწოდებლებთან გადამისამართება.

მოცემულ თავში მოყვანილი ყოველი დებულება შედგენილია მტკიცებულებათა შესწავლის, სარგებლისა და ზიანის სრული შეფასების, პაციენტებისა და მიმწოდებლების ფასეულობებისა და მოთხოვნების გათვალისწინებით, აგრეთვე რესურსებისა და განხორციელებადობის შეფასების საფუძველზე. ზოგიერთ შემთხვევაში ვაცნობიერებთ, რომ მტკიცებულებები შეიძლება არ იყოს საკმარისი და ეს მომსახურებები არ იყოს სასურველი და ხელმისაწვდომი.

სარეკომენდაციო დასკვნები

- 15.1 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პაციენტებისგან მოიპოვონ ამომწურავი სამედიცინო ისტორია, რომელშიც ასახული იქნება ინფორმაცია წარსულში მიღებული და ამჟამად გამოყენებული ჰორმონების და სასქესო ჯირკვლებზე ჩატარებული ოპერაციების შესახებ. აგრეთვე ინფორმაცია გულ-სისხლძარღვთა და ცერებროვასკულური რისკ-ფაქტორების არსებობის შესახებ, რათა ადგილობრივად დადგენილი გაიდლაინების მიხედვით მოხდეს რისკების რეგულარული შეფასება.
- 15.2 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, შეაფასონ და მართონ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანების გულ-სისხლძარღვთა/ცერებროვასკულარული ჯანმრთელობის მდგომარეობა, გულ-სისხლძარღვთა/ცერებროვასკულარული რისკების შეფასების ინდივიდუალურად შედგენილი მეთოდების გამოყენებით.
- 15.3 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესაფასებლად გამოიყენონ ინდივიდუალურად შექმნილი სქესზე დაფუძნებული რისკების გამოთვლის მეთოდი (sex-based risk calculators), რომელშიც გათვალისწინებული იქნება ჰორმონების მიღების ხანგრძლივობა, დოზირება, ჰორმონების დონე სისხლის შრატში, პაციენტის ასაკი და ჰორმონული თერაპიის დანყების ასაკი.
- 15.4 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვანი პაციენტებს ურჩიონ, გენდერის დამადასტურებელ ოპერაციამდე თავი შეიკავონ თამბაქოს მოხმარებისა და ნიკოტინის მიღებისგან.
- 15.5 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანებთან ისაუბრონ და იზრუნონ ასაკთან დაკავშირებული ფსიქოლოგიური, ჯანმრთელობის და სოციალურ პრობლემებზე.
- 15.6 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პაციენტების მკურნალობის დროს, რომლებიც იღებენ ესტროგენს, იხელმძღვანელონ სისგენდერი ქალებისთვის შემუშავებული სარძევე ჯირკვლის სიმსივნის სკრინინგის ადგილობრივი გაიდლაინებით. გაითვალისწინონ ჰორმონების მიღების ხანგრძლივობა, დოზირება, ასაკი და ჰორმონების მიღების დანყების ასაკი.
- 15.7 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, იხელმძღვანელონ სისგენდერი ქალებისთვის შემუშავებული სარძევე ჯირკვლის სიმსივნის სკრინინგის ადგილობრივი გაიდლაინებით იმ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პაციენტების მკურნალობის დროს, რომლებსაც აქვთ სქესობრივი მომწიფების დროს განვითარებული სარძევე ჯირკვლები და არ ჩაუტარებიათ გენდერის დამადასტურებელი მკერდის ოპერაცია.
- 15.8 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, საკვერცხისა და საშვილოსნოს კიბოს საშუალო და მაღალი რისკის მქონე სისგენდერი ქალებისთვის შექმნილი ადგილობრივი სკრინინგის გაიდლაინით იხელმძღვანელონ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვანი პაციენტებთანაც, რომლებიც იგივე რისკის წინაშე დგანან.
- 15.9 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვანი პაციენტებს, რომლებიც ტესტოსტერონის თერაპიას გადაიან და ავთვისებიანი სიმსივნის საშუალო რისკი აქვთ, არ ჩაუტარდეთ გეგმიური ჰისტეროექტომია ან ოვარიექტომია საშვილოსნოს ან საკვერცხის ავთვისებიანი სიმსივნის პრევენციის მიზნით.
- 15.10 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვანი პაციენტებს, რომლებსაც აქვთ ან ადრე ჰქონდათ საშვილოსნოს ყელი, შესთავაზონ საშვილოსნოს ყელის სიმსივნის სკრინინგი, სისგენდერი ქალებისთვის შექმნილი გაიდლაინის მიხედვით.
- 15.11 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანებს მიაწოდონ ინფორმაცია, რომ ანტირეტროვირუსული თერაპია არ არის უკუნაჩვენები გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის ჩატარებისთვის.
- 15.12 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პაციენტებისგან მოიპოვონ ამომწურავი სამედიცინო ისტორია, რომელშიც ასახული იქნება ინფორმაცია წარსულში მიღებული და ამჟამად გამოყენებული ჰორმონების და სასქესო ჯირკვლებზე ჩატარებული ოპერაციების შესახებ და აგრეთვე ინფორმაცია ოსტეოპოროზის რისკების შესახებ, რათა შეფასდეს ოპტიმალური ასაკი და ოსტეოპოროზის სკრინინგის საჭიროება.
- 15.13 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანებთან განიხილონ მათი ძვლების ჯანმრთელობის მდგომარეობა, მათ შორის მაღალი დატვირთვის ვარჯიშების, ჯანსაღი დიეტის, კალციუმისა და D ვიტამინის მიღების საჭიროება.
- 15.14 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, გენდერის დამადასტურებელი თერაპიის მსვლელობისას ან ოპერაციის წინა პერიოდში, ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანებს შესთავაზონ შესაბამის პროფესიონალთან გადამისამართება სახის, სხეულის და სასქესო ორგანოების არედან თმის მოცილების პროცედურისთვის.

დასკვნა 15.1

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პაციენტებისგან მოიპოვონ ამომწურავი სამედიცინო ისტორია, რომელშიც ასახული იქნება ინფორმაცია წარსულში მიღებული და ამჟამად გამოყენებული ჰორმო-

ნების და სასქესო ჯირკვლებზე ჩატარებული ოპერაციების შესახებ. აგრეთვე ინფორმაცია გულ-სისხლძარღვთა და ცერებროვასკულური რისკ-ფაქტორების არსებობის შესახებ, რათა ადგილობრივად დადგენილი გაიდლაინების მიხედვით მოხდეს რისკების რეგულარული შეფასება. დეტალურად, იხილეთ დებულება 15.3

დეკლარაცია 15.2

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, შეაფასონ და მართონ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანების გულ-სისხლძარღვთა/ცერებროვასკულარული ჯანმრთელობის მდგომარეობა, გულ-სისხლძარღვთა/ცერებროვასკულარული რისკების შეფასების ინდივიდუალურად შედგენილი მეთოდების გამოყენებით.

დეტალურად, იხილეთ დებულება 15.3

დეკლარაცია 15.3

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესაფასებლად გამოიყენონ ინდივიდუალურად შექმნილი სქესზე დაფუძნებული რისკების გამოთვლის კოეფიციენტი, რომელშიც გათვალისწინებული იქნება ჰორმონების მიღების ხანგრძლივობა, დოზირება, ჰორმონების დონე სისხლის შრატში, პაციენტის ასაკი და ჰორმონული თერაპიის დაწყების ასაკი.

კარდიოვასკულარული დაავადება (CVD) და ინსულტი სიკვდილიანობის ყველაზე ხშირი მიზეზია მსოფლიოში (World Health Organization, 2018). არაერთი მონაცემი ადასტურებს მნიშვნელოვან დისპროპორციას რასობრივ, ეთნიკურ და სექსუალურ უმცირესობებში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების გავრცელების რისკ-ფაქტორებსა და სამედიცინო ჩარევის შედეგების თვალსაზრისით. ამ განსხვავებას განაპირობებს ძირითადი ფაქტორები, როგორებიცაა ჯანდაცვაზე მისაწვდომობის პრობლემა, სოციო-ეკონომიკური სტატუსი და ალოსტატიკური (ქრონიკული სტრესის კუმულაციური გავლენა ფსიქიკურ და ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე) დატვირთვა უმცირესობებზე (Flentje et al., 2020; Havranek et al., 2015; Streed et al., 2021). ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანები ხშირად იგივე სოციალურ, ეკონომიკურ ზეწოლას და დისკრიმინაციას განიცდიან, რასაც სხვა უმცირესობები, რომლებსაც გამოვლენილი გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მაღალი რისკი აღენიშნებათ (Carpenter et al., 2020; James et al., 2016; Reisner, Radix et al., 2016). რასობრივი, სექსუალური და ეთნიკური

უმცირესობების წარმომადგენელ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში აღინიშნება ინტერსექციური სტრესის ძლიერი გავლენა. ამის გამო, გენდერის დამადასტურებელ პროცედურაზე წვდომა, მათ შორის ჰორმონულ თერაპიაზე, შესაძლოა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების გამწვავების შემამსუბუქებელი ფაქტორი გახდეს, რადგან ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებასთან ერთად მცირდება გენდერული დისფორია და შეუთავსებლობა (Defreine 2019; Martinez 2018). პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებს შეუძლიათ გააუმჯობესონ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა კარდიოვასკულარული და მასთან ასოცირებული რისკების პრევენციით, მათ შორის თამბაქოს გამოყენების, შაქრიანი დიაბეტის, ჰიპერტენზიის, დისლიპიდემიის და ქარბი წონის პრევენციით.

აშშ-ში ჩატარებული რამდენიმე კვლევა, რომელიც ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებს, ინსულტს და მათთან დაკავშირებულ რისკებს იკვლევდა (ჰორმონული თერაპიისგან დამოუკიდებლად) ცხადყოფს, რომ სისგენდერ პოპულაციასთან შედარებით მაღალია კარდიოვასკულარული დაავადებების რისკი, არადიაგნოსტირებული და მკურნალობის გარეშე მიმდინარე კარდიოვასკულარული ფაქტორები და არასათანადო პრევენცია (Denby et al., 2021; Malhotra et al., 2022; Nokoff et al., 2018). ერთ პოპულაციაზე დაყრდნობით ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ იმ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში, რომლებიც განიცდიან დისკრიმინაციას, ფსიქოლოგიურ სტრესს და ბავშვობის სტრესულ გამოცდილებას, უფრო მაღალია კარდიოვასკულარული დაავადებების რისკი (Poteat et al., 2021). აშშ-ში ჩატარებული კვლევების თანახმად, რომელიც ქცევითი რისკ-ფაქტორების მონიტორინგის მონაცემების (Behavioral Risk Factor Surveillance System) საფუძველზე ჩატარდა, ტრანსგენდერ ქალებსა და კაცებშიც უფრო მაღალია მიოკარდიუმის ინფარქტი (MI), ინსულტი ან სხვა კარდიოვასკულარული დაავადებები, ვიდრე სისგენდერ კაცებსა და ქალებში.

შედეგები განსხვავდება მონაცემებში დამატებითი ცვლადების დამატების შედეგად, როგორცაა წარმომავლობა, შემოსავლის დონე ან კარდიოვასკულარული რისკ-ფაქტორები (Alzahrani et al., 2019; Caceres et al., 2020; Nokoff et al., 2018). არაბინარული გენდერული იდენტობის მქონე ადამიანებშიც მაღალია გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების განვითარების ალბათობა (Downing & Przedworski, 2018). მოცემულ კვლევებში ჰორმონული თერაპიის შესახებ მონაცემები არ ყოფილა გათვალისწინებული. აშშ-ში, ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში, რომლებიც გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონულ თერაპიას გეგმავენ, შესაძლოა უფრო მაღალი იყოს არადიაგნოსტირებული და მკურნალობის მიღმა მიმდინარე გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკი, ვიდრე სისგენდერ პოპულაციაში (Denby et al., 2021), თუმცა გლობალური მასშტაბით შესაძლოა ეს სურათი არ შეესაბამებოდეს რეალობას. აშშ-ს ცენტრალურ ლოკაციებზე ჩატარებულმა ფართომასშტაბიანმა კვლევამ, რომელიც 2018 წელს ჩატარდა სისგენდერ პოპულაციასთან შედარების 10:1 თანაფარდობით, არ აჩვენა სტატისტიკური განსხვავება მიოკარდიუმის ინფარქტის, ან ინსულტის კუთხით ტრანსგენდერ ქალებსა და სისგენდერ კაცებს შორის. ასევე არ გამოვლინდა განსხვავება ტრანსგენდერ კაცებსა და სისგენდერ კაცებსა თუ ქალებში მიოკარდიუმის ინფარქტის, ინსულტის, ვენური თრომბოემბოლიის (VTE) შემთხვევების რაოდენობაში.

ვენური თრომბოემბოლიის (VTE) საშიშროების არსებობის ძალიან მკვეთრი სტატისტიკური თანაფარდობა – 1.9, გამოვლინდა ტრანსგენდერი ქალების და სისგენდერი კაცების შედარებისას. ტრანსგენდერ ქალთა ქვეკოჰორტაში, რომელმაც გენდერის დადასტურების ჰორმონული თერაპია 6 წლიანი კვლევის პერიოდში დაიწყო (და არა მანამდე), გამოვლინდა ინსულტის რისკის მაღალი მაჩვენებელი. ტრანსგენდერ ქალთა მთლიან კოჰორტაში გამოვლინდა ვენური თრომბოემბოლიის (VTE) მაღალი მაჩვენებელი, ხოლო ტრანსგენდერ ქალთა იმ ქვეკოჰორტაში, რომლებმაც ჰორმონული თერაპია დაიწყეს, გამოვლინდა იმ რიცხვების დიაპაზონი 71-123, რომელიც აუცილებე-

ლია ზიანის მიყენებისთვის (რომელიც არ არის მოცემული კვლევაში) (Getahun et al., 2018).

სხვა კვლევებში არ გამოკვეთილა ზრდა კარდიოვასკულარული და ინსულტის შემთხვევების კუთხით, მათ შორის იმ ტრანსგენდერ კაცებს შორის, რომლებიც ტესტოსტერონის თერაპიას გადიან, თუმცა კვლევას აქვს შეზღუდვები, როგორცაა პატარა შერჩევა, შედარებით მოკლევადაიანი თანმდევი მონიტორინგი და სამიზნე ჯგუფის პოპულაციის შედარებით ახალგაზრდა ასაკი (Martinez et al., 2020; Nota et al., 2019). აშშ-ში და ევროპაში ჩატარებულმა კვლევებმა, იმ ტრანსგენდერ ქალებში, რომლებმაც გენდერის დამადასტურებელი ფემინიზაციის ჰორმონული თერაპია ჩაიტარეს, აჩვენა, რომ სისგენდერ ქალებთან და ზოგ კვლევაში სისგენდერ კაცებთან შედარებით, ბევრად მაღალია გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებისა და ინსულტის განვითარების რისკი (Getahun et al., 2018; Nota et al., 2019; Wierckx et al., 2013). აღნიშნულ კვლევათა უმეტესობას ბევრი შეზღუდვა აქვს, მათ შორის ცვლადების მორგება კარდიოვასკულარული რისკ-ფაქტორებისთვის, მცირე ზომის შერჩევა – განსაკუთრებით ასაკოვანი ტრანსგენდერი ქალების შერჩევა – ცვლადების ხანგრძლივობა და ჰორმონული თერაპიის ტიპები (Connelly et al., 2019; Defreyne et al., 2019, Martinez et al., 2020). გარდა ამისა, ზოგადი გაზრდილი რისკი მცირე იყო. მოცემულ კვლევათა უმეტესობაში, ტრანსგენდერ ქალთა უმეტესობა, რომლებმაც კარდიოლოგიური დაავადებები ან ინსულტი გადაიტანეს, 50 წელს გადაცილებული იყვნენ, ჰქონდათ გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკ-ფაქტორები და იღებდნენ სხვადასხვა ჰორმონებს, მათ შორის ეთინილ ესტრადიოლს და სინთეტიკურ ესტროგენს, რომელიც წარმოშობს გართულებებს და არ არის რეკომენდებული ფემინიზაციის თერაპიის რეჟიმის დროს (Gooren et al., 2014; Martinez et al., 2020).

ამ ეტაპზე, ნაკლები მონაცემები მიუთითებს ესტროგენზე დაფუძნებული გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის მიოკარდიული ინფარქტის ან ინსულტის გაზრდის რისკთან კავშირს, მაგრამ არ არის ცნობილი რას უკავშირდება ჰორმონული თერაპიის მცირე რისკები – წინასწარ არსებული კარდიოვას-

კულარულ რისკებს, თუ ჰორმონულ თერაპიას. ასევე არ არის ცნობილი ისეთი კვლევები, რომლებიც პირდაპირ კარდიოვასკულარულ დაავადებებს იკვლევს არაბინარულ ინდივიდებში, რომლებიც იყენებენ გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონების სუბფიზიოლოგიურ დოზებს; ან კვლევები, რომელიც იგივეს იკვლევს მოზრდილებში, რომლებმაც სქესობრივი მომნიშვნის დათრგუნვის თერაპია ჩაიტარეს. პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებს შეუძლიათ საუკეთესოდ მართონ კარდიოვასკულარული დაავადებების რისკები გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის დროს ტგმ ადამიანთა კარდიოვასკულარული დაავადებების და კარდიოვასკულარული მოდიფიცირებადი რისკ-ფაქტორების შეფასებით, როგორებიცაა შაქრიანი დიაბეტი, ჰიპერტენზია, ჰიპერლიპიდემია, ჭარბი წონა, თამბაქოს მოხმარება, ისევე როგორც უმცირესობის სტრესის გავლენა კარდიოვასკულარულ რისკებზე (Streed et al., 2021). გარდა ამისა, პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებს შეუძლიათ შეამცირონ კარდიოვასკულარული ჯანმრთელობის პრობლემები დროული დიაგნოსტიკებით, რისკების მართვით და ინდივიდუალურად შედგენილი მკურნალობით, რომელიც მიმდინარე გენდერის დამადასტურებელ ინტერვენციებთან თანხვედრაშია და მხარს უჭერს მას. რისკების შეფასების გაიდლაინები განსხვავდება ეროვნული და საერთაშორისო კონტექსტის მიხედვით, ამას ასევე განაპირობებს გაიდლაინების შემქმნელთა სამეცნიერო მომზადება.

კარდიოვასკულარულ დაავადებათა პრევენციის გაიდლაინებში განსხვავებულადაა განსაზღვრული რისკების შეფასების სიხშირე და მეთოდი 40 წლამდე სხვაგვარად ჯანმრთელ მოზრდილებში (Arnett et al., 2019; Piepoli et al., 2020; Prácoma et al., 2019; Streed et al., 2021; WHO, 2007). 40 წლის ზემოთ, როდესაც კარდიოვასკულარული რისკები იმატებს, გაიდლაინები მკაფიოდ გასცემს რისკების გეგმიური შეფასების რეკომენდაციას, კარდიოვასკულარული დაავადებების (CVD) ათწლიანი პროგნოზირების ფორმულის საშუალებით, რომელიც დაფუძნებულია რისკის წინასწარმეტყველების კალკულაციაზე (განხორციელებული პოპულა-

ციის დიდ შერჩევაზე). რისკების გამოთვლის ფორმულებია SCORE (რომელიც რეკომენდებულია კარდიოვასკულარული დაავადებების პრევენციის ევროპული გაიდლაინებით) ჯგუფური კოჰორტული კვლევის ფორმულები (2013 AHA ACC გაიდლაინები კარდიოვასკულარული დაავადებების რისკების შეფასებისთვის), ფრამინგამის რისკების სკალის ქულები და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რისკების პროგნოზირების დიაგრამა. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) დიაგრამა შექმნილია ამ ორგანიზაციის წევრი ქვეყნების ქვერეგიონებში მოძიებულ ინფორმაციაზე დაყრდნობით. იმ ადგილებისთვის, სადაც რესურსების სიმცირის გამო არ არის ხელმისაწვდომი ქორესტეროლისა და გლუკოზის შემწმების შესაძლებლობა, გამოიყენება ალტერნატიული გრაფიკები, რომლებშიც ეს ანალიზები არ შედის.

მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ყველა თანედროვე კარდიოვასკულარული რისკის გამოთვლის ინდიკატორი დაფუძნებულია გენდერზე, სადაც სქესი გამოიყენება როგორც მნიშვნელოვანი რისკის ცვლადი. ამჯერად არასაკმარისი მონაცემები არსებობს სიცოცხლის მანძილზე კარდიოვასკულარული რისკების ინტერვენციების შესახებ იმ ტგმ ადამიანებში, რომლებსაც სამედიცინო ან ქირურგიული ინტერვენციების მიუმართავთ, რათა მოხდეს პროგნოზირების ფორმულის მათზე მორგება. თუმცა ცხადია, რომ კარდიოვასკულარული რისკების გამოთვლის პარამეტრებზე გავლენას ახდენს როგორც დაბადებისას მინიჭებული სქესი, ისე ტრანზიცია (Connelly et al., 2019; Defreyne et al., 2019; Maraka et al., 2017; Martinez et al., 2020). ჯანდაცვის მიმწოდებლებს ტრანსგედერ და გენდერულად არაკონფორმულ ადამიანებში კარდიოვასკულარული რისკების გამოსათვლელად შეუძლიათ სხვადასხვა მიდგომები გამოიყენონ. მათ შორის, რისკის გამოთვლა დაბადებისას მინიჭებული სქესის, დადასტურებული გენდერის, ან ამ ორის შენონილი საშუალო მაჩვენებლის მიხედვით, რა შემთხვევაშიც გათვალისწინებული იქნება გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის ზეგავლენა მთელი სიცოცხლის განმავლობაში. მიუხედავად იმისა, რომ ამ მიმართულებით მწირია მონაცემები, ზრდასრულ

ტრანსგენდერ ადამიანებში დადასტურებული გენდერის გამოყენება სავარაუდოდ ყველაზე მართებული იქნება მათთვის, ვისაც სქესობრივი მომნიშვნის დროს ინიცირებული გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის ისტორია აქვს. სუბმაქსიმალური გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის ისტორიის მქონე პაციენტებისთვის, ან რომლებმაც ხანგრძლივი პერიოდი დაჰყვეს ჰორმონების ჩანაცვლების გარეშე გონადექტომიის შემდგომ და არიან დაახლოებით 50 წლამდე, შესაძლოა, საჭირო გახდეს უფრო მეტად რაფინირებული მიდგომა. ჯანდაცვის მიმწოდებლები საქმის კურსში უნდა იყვნენ ყველა იმ შეზღუდვის შესახებ, რომელიც ამ რისკების გამოთვლის ინდიკატორს ახასიათებს და ამის შესახებ პაციენტებსაც უნდა მიაწოდონ ინფორმაცია გაზიარებული გადაწყვეტილების მიღების პროცესში.

ამჯერად არ არსებობს შედარებითი კვლევები დისლიპიდემიის გამოვლენის სიხშირის შესახებ ტრანსგენდერ და სისგენდერ შერჩევებში ჰორმონების გამოყენების კონტროლის დროს. როგორც უკვე აღინიშნა, სხვა პოპულაციების მონაცემებში გამოვლინდა ბავშვობაში მიღებული ფსიქოსოციალური სტრესი, ნონაში მატება და არანორმალური ლიპიდური მეტაბოლიზმი. მიუხედავად იმისა, რომ მონაცემებში სრულად არ არის გათვალისწინებული ჰორმონული თერაპიის რეჟიმები და დამატებითი ცვლადები, ტესტოსტერონზე და ესტროგენზე დაფუძნებული გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიები გავლენას ახდენენ ლიპიდურ მეტაბოლიზმზე (Connelly et al., 2019; Defreyne et al., 2019; Deutsch, Glidden et al., 2015; Maraka et al., 2017; Martinez et al., 2020). ესტროგენის გამოყენების დროს იმატებს მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინის (HDL) ქორესტეროლი და ტრიგლიცერიდები, რომლებიც ცვალებად გავლენას ახდენენ დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინის ქორესტეროლზე (LDL) მაშინ, როდესაც ტესტოსტერონი ცვალებადად მოქმედებს ტრიგლიცერიდებზე, ამცირებს მაღალი სიმკვრივის ქორესტეროლს და ზრდის დაბალი სიმკვრივის ქორესტეროლს. ტენდენციის შესაძლოა გავლენა იქონიოს ასევე მიღების მეთოდმა, ეს იქნება ორალური თუ ტრანსდერმალური ესტროგენი

და მათი გავლენა ტრიგლიცერიდებზე (Maraka et al., 2017). მთლიანობაში, ამ ცვლილებათა გავლენის მასშტაბები მინიმალურია და კარდიო და ცერებროვასკულარულ შედეგებზე მათი ზოგადი გავლენა არ არის ცნობილი. არ არსებობს კვლევა, რომელიც შეისწავლის იმ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებზე ჰორმონების გავლენას, რომლებსაც დისლიპიდემია მანამდეც აღენიშნებოდათ და ჰორმონების მიღება 50 წლის შემდეგ დაიწყეს, ასევე არ არსებობს კვლევა, რომელიც იკვლევს 2-5 წელზე ხანგრძლივი ჰორმონული თერაპიის ზეგავლენას.

მწირია კვლევები, რომლებშიც შედარებულია ჰიპერტენზიის გავრცელება ტგმ და სისგენდერ შერჩევებში ჰორმონების გაკონტროლებული მიღებისას. სხვა პოპულაციებიდან მიღებულ მონაცემებში ვლინდება ქრონიკული და მწვავე ფსიქოსოციალური სტრესი, მათ შორის დისკრიმინაციის გამოცდილება, რომელმაც შეიძლება განაპირობოს ჰიპერტენზია (Din-Dzietham et al., 2004; Spruill, 2010). ამერიკაში ჩატარებულ კვლევებში, რომლებიც ეფუძნებოდა ქცევით რისკ-ფაქტორებზე დაკვირვების სისტემას (ფართომასშტაბიანი ჯანმრთელობის კვლევა აშშ-ში), არ გამოვლენილა განსხვავებები ჰიპერტენზიის მაჩვენებლებში, როდესაც ერთმანეთს შეადარეს ტრანსგენდერი ქალებისა და კაცების და სისგენდერი ადამიანების შერჩევები (Alzahrani et al., 2019; Nokoff et al., 2018). ტესტოსტერონზე და ესტროგენზე დაფუძნებული გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის თაობაზე ჩატარებულმა კვლევებმა გამოავლინა არათანმიმდევრული ზეგავლენა სისტოლურ და დიასტოლურ არტერიულ წნევაზე. ესტროგენზე და ტესტოსტერონზე დაფუძნებული ჰორმონული თერაპიის რეჟიმების არტერიულ წნევაზე ზეგავლენის რეტროსპექტიულმა კვლევამ გამოავლინა სისტოლური წნევის მცირედი შემცირება ესტროგენზე დაფუძნებული რეჟიმის დაწყების დროს; მეორე მხრივ, დაფიქსირდა სისტოლურ არტერიული წნევის მცირედი მომატება (4 mm Hg) ტესტოსტერონზე დაფუძნებულ რეჟიმზე ხანგრძლივი დაკვირვების დროს. ეს განსხვავება სტატისტიკური მნიშვნელობის ზღვარზე იყო და კლინიკურა-

დაც ნაკლებად რელევანტურია. სისტემური მიმოხილვის დასკვნის თანახმად, იმის გათვალისწინებით, რომ კვლევათა ხარისხი ლიმიტირებულია, დასკვნის გამოსატანად არ არსებობს საკმარისი მონაცემები ჰიპერტენზიაზე გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის გავლენის შესახებ (Connelly et al., 2021). ფემინიზაციაზე მიმართული გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის დროს ხშირად გამოიყენება სპირონოლაქტონი ანდროგენის დასათრგუნად, რომელიც არის კალიუმის შემცველი შარდმდენი და ანგიოტენსინ-გარდამქმნელი ფერმენტის ინჰიბიტორებთან ან ანგიოტენსინის რეცეპტორის ბლოკატორ მედიკამენტებთან, ისევე როგორც მარილის შემცველებთან ერთად მოხმარებისას შესაძლოა გაზარდოს კალიუმის დონე.

არ მოიპოვება კვლევები, რომლებიც შეისწავლიან ამ ჰორმონის ზეგავლენას იმ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში, რომლებსაც ჰორმონების გამოყენებასთან ერთად აღენიშნებოდათ ჰიპერტენზია ჰორმონებით მკურნალობის 50 წელზე უფროს ასაკში დაწყების შემდეგ, ან იკვლევენ ჰორმონების ეფექტს 2-5 წლიანი თერაპიის შემდეგ. ტრანსგენდერმა ადამიანებმა, რომლებიც გენდერის დამადასტურებელ ჰორმონულ თერაპიას გადიან, დამატებითი უნდა ჩაიტარონ არტერიული წნევის სკრინინგი ან მონიტორინგი, როგორც ეს მითითებულია WPATH-ის გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის (ტრანსგენდერთა ჯანდაცვის მსოფლიო პროფესიული ორგანიზაცია) გაიდლაინში.

შეზღუდულია მონაცემები, რომელიც შეაჩინა დიაბეტის გავრცელებას შეადარებს ტგმ და სისგენდერ შერჩევებში, ჰორმონების მოხმარებისგან დამოუკიდებლად. ტრანზიციის, შედეგებისა და გენდერის კოჰორტული კვლევის (STRONG/Study of Transition, Outcomes and Gender) უახლესი მონაცემების მიხედვით (Islam et al., 2021) მე-2 ტიპის დიაბეტის გავრცელების სიხშირე უფრო მეტი იყო ქალ ტრანსგენდერთა კოჰორტაში, ვიდრე სისგენდერ ქალებში, მაგრამ არა სისგენდერი კაცების საკონტროლო ჯგუფში. მთლიანობაში, ჰორმონული თერაპიის შემდგომ მე-2 ტიპის დიაბეტის შემთხვევები ან

მისი ხშირი გამოვლენის კუთხით მნიშვნელოვანი სხვაობა არ დაფიქსირებულა ტრანს მასკულინურ კოჰორტაში და ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში. თუმცა შემდგომი მონიტორინგის პერიოდი იყო 2.8 და 3.1 ორივე კოჰორტისთვის, შესაბამისად (Islam et al., 2021). სხვა პოპულაციებიდან, მათ შორის სექსუალური უმცირესობების ჯგუფებიდან მოპოვებული მონაცემები გვიჩვენებს, რომ ქრონიკული და მწვავე ფსიქოსოციალურ სტრესი შეიძლება დაკავშირებული იყოს მე-2-ე ტიპის დიაბეტის განვითარებასთან და კონტროლთან (Beach et al., 2018; Kelly & Mubarak, 2015).

აშშ-ში ჩატარებული ქცევითი რისკ-ფაქტორების მონიტორინგის შედეგად (Behavioral Risk Factor Surveillance System) არ გამოვლენილა სხვაობა ტრანსგენდერ კაც, ტრანსგენდერ ქალ, არაბინარულ ადამიანებს და სისგენდერ ადამიანებს შორის (Alzahrani et al., 2019; Caceres et al., 2020; Nokoff et al., 2018). მრავალმა მცირემასშტაბიანმა კვლევამ ტრანსგენდერ კაცებში აჩვენა პოლიკისტოზური საკვრცხეების სინდრომისა და ჰიპერანდროგენემიის მოსალოდნელზე უფრო ხშირი შემთხვევები (Feldman et al., 2016), ინსულინრეზისტენტობასთან და დიაბეტის რისკთან დაკავშირებული მდგომარეობა. მიუხედავად იმისა, რომ ტესტოსტერონზე და ასევე ესტროგენზე დაფუძნებული გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიები სხვადასხვაგვარ გავლენას ახდენს სხეულზე, წონაზე, გლუკოზის მეტაბოლიზმზე და ინსულინ რეზისტენტულობაზე (Defreyne et al., 2019), უმეტეს შემთხვევაში არ ვლინდება დიაბეტის ან პრედიამეტული მდგომარეობების შემთხვევების ზრდა (Chan 2018; Connelly 2019). არ მოიპოვება კვლევა, რომელიც იკვლევს ჰორმონების ზეგავლენას ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებზე, რომლებსაც დიაბეტის ანამნეზი ჰქონდათ და ჰორმონების მიღება 50 წელს გადაცილებულბმა დაიწყეს. ასევე არ არსებობს კვლევა, რომელიც თერაპიის შედეგებს თერაპიიდან 2-5 წელზე მეტი ხნის გასვლის შემდეგაც იკვლევდა. ამჟამად არ მოიპოვება კვლევა, რომელიც დიაბეტის შეისწავლიდა იმ ადამიანებში, რომლებსაც წარსულში ჩატარებული აქვთ პუბერტატის დათრგუნვის მკურნალობა.

მართალია, არტერიულ წნევასა და ლიპიდებზე გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის გავლენის შუალედური შედეგების კვლევა მნიშვნელოვანია ჰიპოთეზის გენერირებისთვის და ეტიოლოგიის შესწავლისთვის, მაგრამ სამომავლოდ კვლევები უნდა კონცენტრირდეს გულ-სისხლძარღვთა სისტემასთან დაკავშირებულ შედეგებზე, სადაც კონკრეტული ფოკუსი იქნება ინდივიდუალურ პრედიქტორებზე, როგორცაა ასაკი, მეთოდი და გამოყენებული ჰორმონების დოზა და ცხოვრების მანძილზე გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის ზემოქმედება. კვლევის შედეგების ინტერპრეტაცია ყოველთვის უნდა ითვალისწინებდეს, საკონტროლო ჯგუფში სისგენდერი მონაწილეები ერთი და იგივე ნატალური სქესის და იდენტიფიცირებული გენდერის არიან თუ არა.

დასკვნები 15.4

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან პაციენტებს ურჩიონ, გენდერის დამადასტურებელ ქირურგიულ ოპერაციამდე თავი შეიკავონ თამბაქოს მოხმარებისა და ნიკოტინის მიღებისგან.

თამბაქოს მოხმარება არის გულ-სისხლძარღვთა და ფილტვის დაავადებებისა და სიმსივნის ძირითადი წინაპირობა მთელ მსოფლიოში (ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, 2020). ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში უფრო ხშირია თამბაქოს მოხმარება, ვიდრე სისგენდერ ადამიანებში და ეს მაჩვენებელი იცვლება გენდერის სპექტრის მიხედვით (Azagba et al., 2019; Buchting et al., 2017). ეს ტენდენცია შეესაბამება იმ პოპულაციების მაჩვენებლებს, რომლებიც განიცდიან უმცირესობათა სტრესს (Gordon et al., 2021). პირველადი ჯანდაცვის მომწოდებლებს შეუძლიათ თამბაქოს მოხმარების თავიდან აცილებისთვის სხვადასხვა დამცავი ფაქტორები გააძლიერონ, მაგალითად დაიცვან ეს ადამიანები პიროვნული და სტრუქტურული დისკრიმინაციისგან, ხელი შეუწყონ გენდერის დადასტურების აღიარებაში და უზრუნველყონ ჯანმრთელობის დაზღვევა (Kidd et al., 2018; Shires & Jafee,

2016). თამბაქოს მოხმარების ნეგატიური ზეგავლენა ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებზე არაპროპორციულად აისახება, პირველ რიგში იმის გამო, რომ მათ ნაკლებად აქვთ წვდომა კულტურულად კომპეტენტურ, ხელმისაწვდომ სკრინინგზე და თამბაქოს მოწვევასთან დაკავშირებულ დაავადებათა მკურნალობაზე (Shires & Jafee, 2016). მოწვევამ შესაძლოა გაზარდოს გულ-სისხლძარღვთა და ვენური თრომბოემბოლიის (VTE) დაავადებათა რისკი ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში, რომლებიც ფემინიზაციის გენდერის დამადასტურებელ ჰორმონულ თერაპიას გადიან (Hontscharuk, Alba, Manno et al., 2021). თამბაქოს მოხმარება აგრეთვე ზრდის ქირურგიული ოპერაციების შემდგომი გართულებების რისკს, როგორცაა ჭრილობის შეხორცების, ნაიარევის დატოვება, ინფექციები (Yoong et al., 2020), ეს რისკები იზრდება, როდესაც გენდერის დამადასტურებელი ქირურგიული ოპერაცია ტარდება. სისგენდერ პოპულაციაში ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენეს, რომ ქირურგიულ ოპერაციამდე თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა და ოპერაციის შემდგომ დამატებით ექვსი კვირა მოწვევისგან თავის შეკავება მნიშვნელოვნად ამცირებს გართულებებს (Yoong et al., 2020).

ამჟამად მიმდინარეობს რამდენიმე კვლევა, რომელიც კონკრეტულად ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებზე მორგებული მოწვევის შეწყვეტის პროგრამებს იკვლევს (Berger & Mooney-Somers, 2017). მცირე რაოდენობის მტკიცებულება არსებობს იმის თაობაზე, რომ პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებს შეუძლიათ თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის ხელშეწყობა უმცირესობების სტრესის გადაჭრით, საკუთარ საქმიანობაში გენდერის დამადასტურებელი პროცედურების ჩართვით, როგორცაა ჰორმონული თერაპია (Myers & Safer, 2016). ჯანდაცვის პროფესიონალებმა უნდა გაითვალისწინონ ის მნიშვნელოვანი ბარიერები, რომლებსაც ადამიანები აწყდებიან მოწვევისთვის თავის დანებების მცდელობის დროს. ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპია და/ან სხვა საშუალებები უნდა იყოს ხელმისაწვდომი და ინდივიდუალურად მისადაგებული. ამავე დროს, გაცნობიერ-

ბული უნდა იყოს ქცევითი ჯანმრთელობის ის ფაქტორები, რომლებიც განაპირობებს ნიკოტინის მოხმარებას. გადანყვეტილების მიღების პროცესი გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის შესახებ, პირველ რიგში, უნდა ეფუძნებოდეს სამედიცინო პრაქტიკაში პრინციპს – „არ ავნო“ და თითოეული პაციენტის რეალურ შესაძლებლობებს და საჭიროებებს.

დეკლარაცია 15.5

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებთან ისაუბრონ და იზრუნონ ასაკთან დაკავშირებულ ფსიქოლოგიურ, ჯანმრთელობის და სოციალურ პრობლემებზე.

ასაკის მატება ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანებისთვის სოციალურ, ფიზიკურ და ფსიქიკურ გამოწვევას წარმოადგენს. ამის შესახებ ლიტერატურა მნიშვნელოვანია, თუმცა ძალიან ბევრი ხანდაზმული ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანი მთელი სიცოცხლის მანძილზე განიცდის სტიგმას, დისკრიმინაციას და შევიწროებას ინდენტიფიცირებული გენდერის გამო (Fabbre & Gaveras, 2020; Witten, 2017). ყოველივე ეს კი აისახება ჯანდაცვის დაწესებულებებში მათ მიმართვიანობაზე (Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Kattari & Hasche, 2016; Walker et al., 2017). ხანდაზმული ტრანსგენდერი ადამიანები უფრო ხშირად მიმართავენ ჯანდაცვის უწყებებს, როდესაც ფიზიკურად შეუძლოდ არიან, ვიდრე მათივე ასაკის სისგენდერი ან ლგბ ადამიანები, განურჩევლად სოციოდემოგრაფიული ფაქტორებისა. (Fredriksen-Goldsen 2011; Fredriksen-Goldsen et al., 2014). კომპეტენტურ და კულტურულად მგრძობიარე ჯანდაცვის მომწოდებლებთან წვდომის ნაკლებობა, ამასთან, მწვავე უმცირესობის სტრესი შესაძლოა გახდეს სამედიცინო ზრუნვის მიღების გადავადების მიზეზი, რაც ასაკის მატებასთან ერთად ინვესტ ქრონიკული დაავადებების გამწვავებას (Bakko & Kattari, 2021; Fredriksen-Goldsen et al., 2014). მართალია ძალზე ცოტა კვლევა არსებობს ასაკოვანი ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფერო-

ვანი ადამიანების გენდერის დამადასტურებელი პროცედურის შემდგომ მდგომარეობაზე, თუმცა არსებობს მტკიცებულებები, რომ ხანდაზმულ ასაკში და ტრანზიციის ფონზე მათი ცხოვრების ხარისხის დონე საკმაოდ მაღალია, მაშინაც კი, როდესაც ამ მონაცემებს უფრო ახალგაზრდა ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანების შედეგებთან ვადარებთ (Cai et al., 2019). მიუხედავად იმისა, რომ ასაკი თავისთავად არ წარმოადგენს აბსოლუტურ უკუჩვენებას ან შეზღუდვას გენდერის დამადასტურებელი თერაპიის ან ქირურგიული ოპერაციის ჩატარებისთვის, ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ასაკოვანი ადამიანები შეიძლება არ იყვნენ სათანადოდ გათვითცნობიერებული დღეს არსებული სოციალური, სამედიცინო და ქირურგიული შესაძლებლობების შესახებ, რომლებიც მათ დაეხმარებოდათ თავიანთი საჭიროებების დაკმაყოფილებაში (Hardacker et al., 2019; Houlberg, 2019). ასაკოვანი ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ კვლევები ძალიან მნიშვნელოვანია, თუმცა 50 წელს ზემოთ პოპულაციაში მნიშვნელოვნად მაღალია დეპრესიული სიმპტომები და სტრესი, ვიდრე სისგენდერი, ლგბ და ჰეტეროსექსუალ ასაკოვანი ადამიანებში (Fredriksen-Goldsen 2011, Fredriksen-Goldsen et al., 2014). ასაკოვანი ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანებისთვის სტრეს-ფაქტორებს წარმოადგენს ასაკთან დაკავშირებული დისკრიმინაცია, ზოგადი სტრესი, იდენტობის შენიღბვა, ვიქტიმიზაცია და ინტერნალიზებული სტიგმა, მაშინ როდესაც სოციალური მხარდაჭერა და თემთან მიკუთვნებულობის გრძნობა არის ამ რისკებისგან დამცავი ფაქტორები (Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Hoy-Ellis & Fredriksen-Goldsen, 2017; White Hughto & Reisner, 2018).

პირველადი ჯანდაცვის მომწოდებლებს შეუძლიათ დაეხმარონ პაციენტებს იმით, რომ მოუწოდონ მათ მეტი სპირიტუალურობისკენ, საკუთარი თავის მიღებისა, თვითადვოკატირების და ჯანსაღი ცხოვრებისკენ, ყოველივე ეს არის მედეგობისა და წარმატებული სიბერის საწინდარი (McFadden et al., 2013; Witten, 2014). ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფერო-

ვანი ადამიანები ხშირად განიცდიან სოციალურ იზოლაციას, სხვებისგან მხარდაჭერის დაკარგვას და უახლოესი მეგობრებისგან და ბავშვებისგან განცალკევებას (Fredriksen-Goldsen 2011; Witten, 2017). ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანთა ყველაზე დიდი საზრუნავი ასაკში არის იმის საშიშროება, რომ საკუთარი თავის მოვლას მარტო ვერ შეძლებენ და მათ მოუწევთ მოხუცთა პანსიონატში, ან ისეთ დანესებულებებში ცხოვრება, სადაც მხარდაჭერით იცხოვრებენ (Henry et al., 2020). მართალია, ხანგრძლივი ზრუნვის დანესებულებები საჭირო ზრუნვას უზრუნველყოფენ, აქ ასევე არსებობს ემოციური ზეწოლის დიდი საფრთხე, როგორცაა ფიზიკური და ემოციური ძალადობის და გენდერის დამადასტურებელ ჰორმონულ თერაპიაზე და რუტინულ ზრუნვაზე უარის თქმის პოტენციალი, გარიყვა, დადასტურებული გენდერის შესაბამისი ცხოვრებისა და ჩაცმის აკრძალვა (Auldridge et al., 2012; Pang et al., 2019; Porter et al., 2016). ასაკოვანი ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანები აღნიშნავენ, რომ მათთვის ყველაზე საჭირო სერვისებია ხანდაზმულთა საცხოვრებლები, ტრანსპორტირება, სოციალური ღონისძიებები და მხარდაჭერის ჯგუფები (Auldridge et al., 2012; Witten, 2014). მიუხედავად არსებული ბარიერებისა, ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანთა უმეტესობა წარმატებული სიბერით აგრძელებს ცხოვრებას იმის საფუძველზე, რომ აქვთ საკუთარი თავის მიმღებლობა, მზრუნველი ურთიერთობები და ადვოკატირება. (Fredriksen-Goldsen 2011; Witten, 2014). პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლები უნდა უზრუნველყოფდნენ ასაკოვან ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანთა წინაშე არსებული ძირითადი ჯანმრთელობის პრობლემების მოგვარებას, მათ შორის ფსიქიკური ჯანმრთელობის, გენდერის დამადასტურებელ სამედიცინო ინტერვენციებს, სოციალურ მხარდაჭერას და სიცოცხლის მიწურულს/გრძელვადიან ზრუნვას.

გარდა ისეთი ფაქტორების დამოუკიდებელი ზეგავლენისა, როგორცაა უმცირესობის სტრესი და ჯანმრთელობის სოციალური დეტერმინანტები გვიან ასაკში, მწირია მონაცემები იმის

შესახებ, თუ კონკრეტულად რა ჯანმრთელობის პრობლემებს აწყდებიან ტრანსგენდერი ადამიანები, რომლებმაც გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპია უფრო ახალგაზრდა ასაკში დაიწყეს, და ადამიანები, რომელთაც სურთ გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპია გააგრძელონ ან დაიწყონ მეექვსე, მეშვიდე, მერვე თუ შემდგომ დეკადებში. იმის გათვალისწინებით, რომ ტრანსგენდერი ადამიანების უფრო და უფრო მზარდი წილი ახალგაზრდა ასაკში იწყებს ჰორმონულ თერაპიას, მათ შორის ისინი, ვინც სქესობრივი მომწიფების დროს იწყებს თერაპიას, კიდევ უფრო მნიშვნელოვანია ისეთი კვლევების ჩატარება, რომელიც შეისწავლის ათწლეულების მანძილზე ამგვარი თერაპიის გრძელვადიან შედეგებს.

დასკვნა 15.6

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომ იმ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პაციენტების მკურნალობის დროს, რომლებიც იღებენ ესტროგენს, იხელმძღვანელონ სისგენდერი ქალებისთვის შემუშავებული სარძევე ჯირკვლის სიმსივნის სკრინინგის ადგილობრივი გაიდლაინებით. გაითვალისწინონ ჰორმონების მიღების ხანგრძლივობა, დოზირება, ასაკი და ჰორმონების მიღების დაწყების ასაკი.

გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის დროს, ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს უვითარდებად მკერდი, შესაბამისად, მათთვის უკვე გასათვალისწინებელია მკერდის სიმსივნის სკრინინგი. ეგზოგენური ესტროგენი შეიძლება იყოს ერთ-ერთი ფაქტორი, სხვა მრავალ ფაქტორთან ერთად, რომელიც ხელს უწყობს სარძევე ჯირკვლის სიმსივნის ჩამოყალიბებას სისგენდერ ადამიანებში. ტრანსგენდერ ქალებში სარძევე ჯირკვლის სიმსივნის გამოვლენის სიხშირე შესწავლილი იქნა ორი კოჰორტული კვლევის საფუძველზე ნიდერლანდებში (Gooren et al., 2013) და აშშ-ში (Brown & Jones, 2015). ორივე წარმოადგენდა კლინიკური შერჩევის რეტროსპექტულ კოჰორტას, სადაც გამოყენებული იყო მკერდის სიმსივნის დიაგნოზი, როგორც დამო-

კიდებული ცვლადი და სისგენდერი საკონტროლო ჯგუფი შედარებისთვის. არცერთ კვლევაში არ გათვალისწინებულა სარძევე ჯირკვლის სიმსივნის სკრინინგი და ორივე კვლევა მნიშვნელოვანი მეთოდოლოგიური შეზღუდვებით წარმართა.

არაერთი გაიდლაინი გამოიცა (Deutsch, 2016a), რომელშიც მოცემული იყო რეკომენდაცია, რომ „გარკვეული ასაკის შემდეგ ესტროგენის მიღება“ უნდა იყოს სკრინინგის აუცილებლობის განმსაზღვრელი. ეს რეკომენდაციები დაფუძნებულია ექპერტთა მოსაზრებებზე და ნაკლებად ეყრდნობა მტკიცებულებებს. BRCA1 და 2 მუტაცია სარძევე ჯირკვლის სიმსივნის რისკს ზრდის, თუმცა უცნობია თუ რა გავლენას ახდენს სასქესო ჰორმონის მოხმარება, საერთოდაც თუ ახდენს, ამ რისკის გაზრდაზე (Rebbeck et al., 2005). უცნობია, რა როლს ასრულებს, საერთოდაც თუ ასრულებს როლს, გენდერის დამადასტურებელი ესტროგენის თერაპია ამ რისკის გაზრდაში. პაციენტებს, რომლებსაც აქვთ BRCA1 მუტაცია, უნდა მიენოდოთ შესაბამისი კონსულტაცია, უნდა შედგეს გაზიარებული გადაწყვეტილების მიღების პროცესი, პაციენტსა და მომწოდებელს შორის ინფორმირებული თანხმობის საფუძველზე უნდა დაიგეგმოს შემდეგი ნაბიჯები, რომლის დროსაც ასევე განხილული იქნება გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის მრავალი სარგებელი.

ტრანსგენდერ ქალებში სარძევე ჯირკვლის სიმსივნის სკრინინგის დროს გათვალისწინებული უნდა იყოს ისიც, რომ მამოგრაფიაზე მათი მკერდის ქსოვილი ბევრად მკვირივი იქნება. მამოგრაფიული შედეგების ინტერპრეტაცია შესაძლებელია გართულდეს მკერდის სიმკვრივის, ფილერებისა თუ სილიკონის ინექციების ან იმპლანტების გამო (Sonnenblick et al., 2018). ამისთვის, საჭიროა გამოყენებული იქნას შესაბამისი მიდგომები. გართულებები, შეიძლება აღინიშნებოდეს იმ პაციენტებში, რომლებსაც მკერდის გაზრდის მიზნით ქსოვილში შეყვანილი აქვთ ფილერი, სილიკონი, ესენია: სკრელოზური ლიპოგრანულომა, რომელიც მამოგრაფიის ან ულტრაბგერით გამოკვლევაზე ნორმალურ ქსოვილს არამკაფიოდ გამოსახავს.

დაკვლევა 15.7

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომ იხელმძღვანელონ სისგენდერი ქალებისთვის შემუშავებული სარძევე ჯირკვლის სიმსივნის სკრინინგის ადგილობრივი გაიდლაინებით იმ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პაციენტების მკურნალობის დროს, რომლებსაც აქვთ სქესობრივი მომწიფების დროს განვითარებული სარძევე ჯირკვლები და არ ჩაუტარებიათ გენდერის დამადასტურებელი მკერდის ოპერაცია.

არსებობს თეორიული ვარაუდი იმის შესახებ, რომ იმ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანებისთვის, რომლებსაც დაბადებისას მდედრობითი სქესი მიანიჭეს და აქვთ სქესობრივი მომწიფების დროს განვითარებული სარძევე ჯირკვლები, ტესტოსტერონის მიღება და ტესტოსტერონის თერაპიის შედეგად გამოყოფილი და არომატიზებული ესტროგენი შეიძლება, ჩაითვალოს სარძევე ჯირკვლის სიმსივნის რისკ-ფაქტორად. ლიმიტირებული რეტროროსპექტული კვლევის მონაცემები არ მიუთითებს ტრანსგენდერ კაცებში მკერდის სიმსივნის გაზრდის რისკზე (Gooren et al., 2013; Grynberg et al., 2010), თუმცა არ არსებობს პროსპექტული და შედარებითი მონაცემები ამასთან დაკავშირებით. ამ ჯგუფში, ადამიანთა უმეტესობას დარჩენილი აქვს მკერდის ქსოვილის ნაწილი, შესაბამისად ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებლებმა მნიშვნელოვანია იცოდნენ, რომ ამ პოპულაციაში მკერდის სიმსივნის რისკი არ უტოლდება ნულს. დადგენილი არ არის სარძევე ჯირკვლის სიმსივნისთვის სკრინინგის დრო და მიდგომები მათთვის, ვისაც ჩატარებული აქვს გულ-მკერდის ოპერაცია. ისევე, როგორც სისგენდერი კაცებისთვის, რომლებსაც აქვთ BRCA გენის მუტაციის ისტორია ოჯახში, მიზანშეწონილია მაგნიტორეზონანსული ან ულტრასონოგრაფიული კვლევა. იმის გამო, რომ ამ მიდგომების შესრულება და გამოყენება არ შესწავლილა და ვინაიდან გულ-მკერდისა და ძუძუს თვით-ან ჯანდაცვის პროფესიონალთა მიერ შემოწმება სისგენდერ ქალებში არ არის რეკომენდებული ცრუ-დადებითი შედეგების ან გადაჭარბებული დიაგნოსტიკების გამო (სიმსივნის გამოვლენა, რომელიც თავად განიც-

დის რეგრესირებას და არ საჭიროებს ჩარევას). ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანთა ჯგუფში სკრინინგთან დაკავშირებული ნებისმიერი მიდგომა უნდა აღმოცენდეს პაციენტსა და პროვადერს შორის გაზიარებული გადანივრების მიღების პროცესში ამ მიდგომების პოტენციური ზიანის, სარგებლისა განხილვის საფუძველზე.

დაკავშირებული 15.8

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომ საკვერცხისა და საშვილოსნოს სიმსივნის საშუალო და მაღალი რისკის მქონე სისგენდერი ქალებისთვის შექმნილი ადგილობრივი სკრინინგის გაიდლაინით იხელმძღვანელონ იმ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან პაციენტებთან, რომლებსაც იგივე ტიპის რისკები აქვთ.

ამჟამად, კონსენსუსის საფუძველზე შემუშავებული გაიდლაინები არ გასცემენ რეკომენდაციას საკვერცხის რეგულარული სკრინინგის შესახებ სისგენდერი ქალებისთვის. ტრანსგენდერ კაცებში საკვერცხის სიმსივნის შემთხვევები გამოვლენილა (Dizon et al., 2006; Hage et al., 2000). ამ ეტაპზე არ არსებობს მტკიცებულება იმის თაობაზე, რომ ტესტოსტერონის თერაპია შეიცავს საკვერცხის სიმსივნის გაზრდის რისკს. თუმცა ამის შესახებ, გრძელვადიანი პროსპექტული კვლევების რაოდენობა მწირია (Joint et al., 2018).

დაკავშირებული 15.9

ჩვენი რეკომენდაციაა, რომ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან პაციენტებს, რომლებიც ტესტოსტერონის თერაპიას გადიან და ავთვისებიანი სიმსივნის საშუალო რისკი აქვთ, არ ჩაუტარდეთ გეგმიური ჰისტერექტომია ან ოვარიექტომია საშვილოსნოს ან საკვერცხის ავთვისებიანი სიმსივნის პრევენციის მიზნით.

ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანები, რომლებიც ტესტოსტერონზე დაფუძნებულ გენდერის დამადასტურებელ ჰორმონულ თერაპიას გადიან, ხშირად არიან ოლიგო ან ანოვულაციურ მდგომარეობა-

ში, ან განიცდიან ლუტეალური ფაზის ფუნქციის ცვლილებებს და ცვლილებებს პროგესტერონის გამომუშავების კუთხით. აღნიშნული მდგომარეობა, კომბინაციაში ეგზოგენური ტესტოსტერონის არომატიზაციის ნიადაგზე მომატებული ესტროგენის შესაძლო ზემოქმედებასთან ერთად, იძლევა შემფოთების საფუძველს, რომ მოხდება ქარბი ან შეუფერხებელი ენდომეტრიული ესტროგენის ზემოქმედება, თუმცა ამის კლინიკური მნიშვნელობის შესახებ ცნობილი არ არის. ჰისტოლოგიური კვლევის თანახმად, ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში, რომლებიც იღებენ ტესტოსტერონს, გამოვლინდა ენდომეტრიუმის ატროფია და არა ჰიპერპლაზია (Grimstad et al., 2018; Grynberg et al., 2010; Perrone et al., 2009).

იმ ტრანსგენდერი კაცების დიდ კოჰორტაში ჩატარებული კვლევის შედეგად, რომელთაც გავლილი აქვთ ჰისტერექტომია და ოოფორექტომია, საკვერცხის კეთილთვისებიანი ჰისტოპათოლოგია აღინიშნა ყველა შემთხვევაში (N = 85) (Grimstad et al., 2020). მიუხედავად იმისა, რომ პროსპექტული შედეგების შესახებ მონაცემები მწირია, ამ ეტაპზე არასაკმარისი მტკიცებულებები არსებობს, რათა შემუშავდეს რეკომენდაცია იმის შესახებ, რომ ტრანსგენდერმა კაცებმა ჩაიტარონ რუტინული ჰისტერექტომია ან ოოფორექტომია მხოლოდ და მხოლოდ ენდომეტრიული და საკვერცხეების სიმსივნის პრევენციის მიზნით.

დაკავშირებული 15.10

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან პაციენტებს, რომლებსაც აქვთ ან ადრე ჰქონდათ საშვილოსნოს ყელი, შესთავაზონ საშვილოსნოს ყელის სიმსივნის სკრინინგი სისგენდერი ქალებისთვის შექმნილი გაიდლაინის მიხედვით.

იმ ინდივიდებმა, რომლებსაც აქვთ საშვილოსნოს ყელი, რეგულარულად უნდა ჩაიტარონ საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი და მიიღონ პრევენციული ზომები რეგიონული პრაქტიკისა და გაიდლაინის შესაბამისად. იგულისხმება ადგილობრივი გაიდლაინის მიხედვით ადამიანის პაპილომა ვირუსზე (HPV) შემოწმება, ვაქცინაცია,

მათ შორის ციტოლოგიური და მაღალი რისკის ადამიანის პაპილომა ვირუსის ტესტირება, თუ ეს შესაძლებელია. პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებმა ფრთხილად და ზომიერად უნდა მოახდინონ მენჯის სპეკულუმის გასინჯვა, რათა ტრანსმასკულინურ პაციენტებში თავიდან იქნას აცილებული ტკივილი და დისკომფორტი. ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს, რომლებსაც აქვთ საშვილოსნოს ყელი, ნაკლებად სავარაუდოა, რომ ჩატარებული ჰქონოდეთ საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი, პირველ რიგში იმიტომ, რომ გასინჯვამ შეიძლება გაამძაფროს დისფორია და ასევე იმიტომ, რომ ზოგადი პროფილის ექიმები და პაციენტები ხშირად არ ფლობენ სრულ ინფორმაციას სკრინინგის აუცილებლობის შესახებ (Agenor et al., 2016; Potter et al., 2015).

გარდა ამისა, ტესტოსტერონის თერაპიამ შეიძლება გამოიწვიოს სასქესო გზების ატროფია. ტესტოსტერონის მიღების ხანგრძლივობამ შესაძლოა გამოიწვიოს ციტოლოგიური კვლევისთვის შეუსაბამო საკვლევი მასალა საშვილოსნოს ყელის სიმსივნის გამოსაკვლევად (Peitzmeier et al., 2014). იმ ადამიანებისთვის, რომლებსაც აქვთ საშვილოსნოს ყელი, შესაძლოა მნიშვნელოვნად უფრო სასარგებლო აღმოჩნდეს ალტერნატიული სკრინინგის მეთოდების გამოყენება, ვიდრე ციტოლოგია და სპეკულუმის გასინჯვა, მაგალითად მაღალი რისკის პაპილომა ვირუსის საკვლევად აღებული იქნას ნაცხი, თავად ან ექიმის მიერ.

ამჟამად აშშ-ში მიმდინარეობს კვლევა, რომელიც ტრანსგენდერ კაცებში გამოცდის მაღალი რისკის პაპილომა მივირუსის (HPV) თვით-ტესტირებას, საკვლევი მასალის თავად აღებით. ტრანსგენდერ კაცებში საკმაოდ მისაღები აღმოჩნდა ადამიანის პაპილომა ვირუსის ჩხირები, რომლებსაც მაღალ რისკის პაპილომა ვირუსზე ჰქონდათ 71.4% სენსიტიურობა (უარყოფით პრედიქტული ღირებულება 94.7%) და სპეციფიურობა 98.2% (Reisner et al., 2018). დამატებითი კვლევაა საჭირო, იმისთვის, რომ ტრანსგენდერ კაცებში პაპილომა ვირუსის სკრინინგის პროცედურებისგან გამონვეული ზიანი იქნას გამოკვლეული, რაც პოტენციურად შეიძლება უკავშირდებოდეს კოლპოსკოპიასთან და ინვაზიურ გასინჯვასთან დაკავშირებულ სტრესს.

დასკვნა 15.11

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს მიაწოდონ ინფორმაცია, რომ ანტირეტროვირუსული თერაპია არ წარმოადგენს უკუჩვენებას გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის ჩატარებისთვის.

ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით (HIV) ავადობის შემთხვევების რაოდენობა არაპროპორციულად მაღალია ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში. ბოლოდროინდელი მეტაანალიზის შედეგად დადგინდა აივ-ინფექციის ალბათობის გლობალური თანაფარდობა – ნი ტრანსგენდერული ინდივიდებისთვის, ხოლო 6.8 ტრანს მასკულინური ინდივიდებისთვის (Stutterheim et al., 2021). პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებს აქვთ უნიკალური შესაძლებლობა, რომ მნიშვნელოვანი ინფორმაცია გააწვდიან, დანერგონ პრევენციული სტრატეგიები, განსაკუთრებით ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში აივ-ინფექციის შემთხვევების შემცირებისთვის. წარსულში არსებული დისკრიმინაცია და ტრანსფობია გავლენას ახდენს აივ-ინფექციის პრევენციაზე და აფერხებს ჯანდაცვის მიწოდებას ამ მიმართულებით (Sevelius et al., 2016).

სტიგმა, შესაბამისი ტრენინგების სიმცირე და სამედიცინო დაწესებულებებში არსებული ძალთა იერარქია ხელს უწყობს გაურკვევლობას და ამბივალენტურობას ჯანდაცვის პროფესიონალებში, როდესაც ისინი ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებზე ზრუნავენ (Poteat et al., 2013). ამავე დროს, ჯანდაცვის დაწესებულებებში ინკლუზიურობისა და გენდერის დადასტურების პრაქტიკის ნაკლებობამ შესაძლოა გააჩინოს დაუცველობის განცდა ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში მაშინ, როდესაც საქმე ეხება ისეთ სენსიტიურ საკითხებს, როგორცაა აივ-ინფექციის დიაგნოზი და შიშის გამო სამედიცინო პროცედურების თავიდან აცილება (Bauer et al., 2014; Gibson et al., 2016; Seelman et al., 2017). ჯანდაცვის პროფესიონალები ინფორმირებული უნდა იყვნენ იმ ზოგადი კონტექსტის შესახებ, რომლის ფონზეც ტრანსგენდერ

და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს უნევთ ჯანდაცვის მომსახურების მიღება გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის დროს, ან აივ-ინფექციის პრეექსპოზიციური პროფილაქტიკის (PrEP) დროს, ან ორივე შემთხვევაში. შესაძლებელია, გავრცელებული იყოს არასწორი წარმოდგენები, თუ რამდენად უსაფრთხოა გენდერის დამადასტურებელი თერაპიის გავლა აივ-ინფექციისთვის ანტირეტროვირუსული თერაპიის პარალელურად.

მწირია პირდაპირი კვლევა ანტირეტროვირუსული/გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის (ART/GAHT) ურთიერთქმედების შესახებ. მულტინაციონალურ კვლევაში (iPrEx) ტრანსგენდერი ქალების და ტრანსფემინური ადამიანების სუბანალიზმა ამ ჯგუფში, განზრახული მკურნალობის ანალიზში დაბალი ეფექტურობა გამოავლინა, თუმცა იგივე ეფექტურობა იყო მიღებული სისგენდერ გეი კაცებში, იმ ტრანსგენდერ მონაწილეთა შორის, რომლებიც დანიშნულ მკურნალობას მიყვებოდნენ, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ პრეექსპოზიციური პროფილაქტიკა (PrEP) კვლავ გამოწვევად რჩება ამ პოპულაციაში.

ორმა კვლევამ, რომელიც შეისწავლიდა გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის ზეგავლენას ტენოფოვირის დიფოსფატზე (Grant et al., 2021), ტენოფოვირის დიფოსფატზე და ემეტრიციტაბინზე (Shieh et al., 2019), გამოავლინა, რომ ნაკლებ სავარაუდო იყო მნიშვნელოვნად შემცირებული ანტირეტროვირუსული თერაპიის მედიკამენტების დონე კლინიკურად მნიშვნელოვანი ყოფილიყო. მთლიანობაში, ჰორმონული კონტრაცეპტივებისა და ანტირეტროვირუსული მედიკამენტების ურთიერთქმედების შესახებ არსებული მონაცემები ადასტურებს ჰორმონების ზემოქმედებას ანტირეტროვირუსულ თერაპიაზე (ART). რაკი ესტრადიოლი ნაწილობრივ მეტაბოლიზდება ციტოქრომის P450 (CYP) 3A4 და 1A2 ენზიმებით, პოტენციური ინტერაქციები შეიძლება აღმოცენდეს სხვა მედიკამენტებთან, რომლებიც ინდუცირებს ან აფერხებს ამ მეტაბოლიზმის გზებს, როგორცაა უკუ ტრანსკრიპტაზას არანუკლეოზიდური ინჰიბიტორები (მაგ. ეფავირენცი და ნევარაპინი) (Badowski et al., 2021). თუმცა, ქვეყანების უმრავლესობაში, წამყვანი, პირველი რიგის ან-

ტირეტროვირუსული რეჟიმები მოიცავს ინტეგრაზას ინჰიბიტორებს, რომელსაც არ აქვს, ან მინიმალური მედიკამენტური ინტერაქცია აქვს გენდერის დამადასტურებელ ჰორმონებთან და მისი გამოყენება უსაფრთხოა (Badowski, 2021; Department of Health and Human Services. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2021). თუ პოტენციური ინტერაქციის შესახებ კითხვები არსებობს, ჯანდაცვის პროფესიონალმა საჭიროებისამებრ უნდა გაუწიოს მონიტორინგი სისხლში ჰორმონების დონეს. შესაბამისად, ტგმ ადამიანებს, რომლებსაც აქვთ აივ-ინფექცია და იღებენ ანტირეტროვირუსულ მედიკამენტებს, ინფორმაცია უნდა მიეწოდოთ იმის შესახებ, რომ გენდერის დამადასტურებელ ჰორმონულ თერაპიასთან ერთად ანტირეტროვირუსული მედიკამენტების მიღება უსაფრთხოა.

დაკლავი 15.12

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი პაციენტებისგან მოიპოვონ ამომწურავი სამედიცინო ისტორია, რომელშიც ასახული იქნება ინფორმაცია წარსულში მიღებული და ამჟამად გამოყენებული ჰორმონების და სასქესო ჯირკვლებზე ჩატარებული ოპერაციების შესახებ, აგრეთვე ინფორმაცია ოსტეოპოროზის რისკების შესახებ, რათა შეფასდეს ოპტიმალური ასაკი სკრინინგისთვის და ოსტეოპოროზის სკრინინგის საჭიროება.

უფრო ვრცლად, იხილეთ დებულება 15.13

დაკლავი 15.13

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებთან განიხილონ მათი ძვლების ჯანმრთელობის მდგომარეობა, მათ შორის მაღალი დატვირთვის ვარჯიშების, ჯანსაღი დიეტის, კალციუმისა და D ვიტამინის მიღების საჭიროება.

ესტროგენი და ტესტოსტერონი ორივე ხელს უწყობს ძვლის ფორმირებას და განახლებას.

სქესობრივი ჰორმონების დონის დაქვეითება დაკავშირებულია ოსტეოპოროზის მომატებულ რისკთან ხანდაზმულ ასაკში (Almeida et al., 2017). ტრანსგენდერმა და გენდერულად მრავალფეროვანმა ადამიანებმა შეიძლება ისეთი სამკურნალო ან ქირურგიული პროცედურა ჩაიტარონ, რომელსაც გავლენა აქვს ძვლის ჯანმრთელობაზე, მაგალითად სქესობრივი ჰორმონებით მკურნალობა, ანდროგენების ბლოკირება და გონადექტომია. შესაბამისად, საჭიროა ჯანმრთელობის დეტალური ისტორია, ინფორმაცია წარსულში მიღებული და ამჟამად გამოყენებული ჰორმონების და სასქესო ჯირკვლებზე ჩატარებული ოპერაციების შესახებ, რათა დადგინდეს ოსტეოპოროზის სკრინინგის საჭიროება.

რამდენიმე ობზერვაციული კვლევით შედარდა ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ზრდასრულ ადამიანთა ძვლის მინერალური სიმკვრივე (BMD) ჰორმონული თერაპიის წინ და შემდგომ, აგრეთვე შედარდა შესაბამისი სქესის სისგენდერ საკონტროლო ჯგუფებთან. ძვლის სიმკვრივის დაბალი დონე შესაძლოა გამოვლინდეს ჰორმონული თერაპიის დასაწყისში. ერთ-ერთმა კვლევამ დაბალი ძვლის სიმკვრივე აჩვენა ტრანსგენდერი ქალის ბარძაყის ყელზე, მენჯ-ბარძაყზე და ხერხემალზე, ვიდრე ამავე ასაკის სისგენდერ კაცზე (Van Caenegem, Taes et al., 2013). მეორე კვლევამ გამოავლინა ძვლის დაბალი მინერალური სიმკვრივის (BMD) ხშირი მაჩვენებელი ახალგაზრდა ტრანსგენდერებში მანამ, სანამ სქესობრივი მომნიფების დათრგუნვას დაიწყებდნენ (Lee, Finlayson et al., 2020). ორივე კვლევის ავტორები ასკვნიან, რომ დაბალი ფიზიკური აქტივობა, შესაძლოა იყოს ამ შედეგების მნიშვნელოვანი განმაპირობებელი. ძვლის განლევის აჩქარება შეიძლება გამოვლინდეს გონადექტომიის დროს, თუ ჰორმონების მიღება შეწყდება ან მათი დონე ოპტიმალურზე დაბალი იქნება. ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, ტრანსგენდერ ქალთა ოცდაათ პროცენტს, რომელსაც გონადექტომია ჰქონდა გაკეთებული, დაბალი ძვლის სიმკვრივე ჰქონდათ და ეს კორელაციაში იყო 17-მ დაბალ ესტრადიოლის დონესა და ჰორმონული თერაპიის თანმიმდევრულად გავლასთან (Motta et al., 2020). ძვლის მინერალურ სიმკვრივეზე გენდერის დამადას-

ტურებელი ჰორმონული თერაპიის ზეგავლენის კვლევამ გამოავლინა, რომ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ქალებში, რომლებიც ესტროგენის თერაპიას გადიან, ჰორმონულ თერაპიას დადებითი გავლენა აქვს ძვლის მინერალურ სიმკვრივეზე. ტრანსგენდერი ინდივიდების ძვლის ჯანმრთელობაზე სქესობრივი ჰორმონების გავლენის სისტემატური მიმოხილვა და მეტაანალიზი, რომელიც 2008-2015 წლებში გამოქვეყნდა მოიცავდა 9 შესაბამის კვლევას ტრანსგენდერ ქალებში (n=392) და 8 შესაბამის კვლევას ტრანსგენდერ კაცებში (n=247).

მეტაანალიზის მიხედვით, ტრანსგენდერ ქალებში სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი ზრდა გამოვლინდა წელის ხერხემლის ძვლის მინერალურ სიმკვრივეში (მაგრამ არა ბარძაყის კისრის ძვლის მინერალურ სიმკვრივეში), საწყის მონაცემებთან შედარებით. ტრანსგენდერ კაცებს შორის, ტესტოსტერონის მიღების დაწყებიდან 12 და 24 თვეში არ გამოვლენილა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი ცვლილებები ხერხემლის წელის, ბარძაყის კისრის და თეძოს ძვლის მინერალური სიმკვრივის კუთხით (BMD) საწყის მონაცემებთან შედარებით (Singh-Ospina et al., 2017). ამ კვლევის გამოქვეყნების შემდგომ, გენდერული შეუთავსებლობის კვლევის ევროპულმა ქსელმა (ENIGI) გამოაქვეყნა მულტიცენტრული პროსპექტული ობზერვაციული კვლევა ძვლის სიმკვრივეზე ზეგავლენის თაობაზე. კვლევაში მონაწილეობდა 231 ტრანსგენდერი ქალი და 199 ტრანსგენდერი კაცი, რომლებსაც გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპია ერთი წლის დაწყებული ჰქონდათ (Wiepjes et al., 2017). ტრანსგენდერ ქალებს აღენიშნებოდათ წელის ხერხემლის, მთლიანი ბარძაყისა და ბარძაყის კისრის ძვლის მინერალური სიმკვრივის მატება, ხოლო მთლიანი თეძოს ძვლის მასის მომატება დაფიქსირდა ტრანსგენდერ კაცებში. ერთ-ერთი კვლევის შედეგების მიხედვით ტრანსგენდერ ინდივიდებს შორის ჰორმონული თერაპიის დაწყებიდან 12 თვის განმავლობაში მოტეხილობები არ დაფიქსირებულა. კვლევაში მონაწილეობდა 53 ტრანსგენდერი კაცი და 53 ტრანსგენდერი ქალი (Wierckx, van Caenegem et al., 2014). არცერთი კვლევა არ მიუთითებს იმა-

ზე, რომ ჰორმონული თერაპია ოსტეოპოროზის ინტენსიური სკრინინგის ჩვენებაა. გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის პერიოდული შეწყვეტა იმ ადამიანებში, ვისაც მანამდე გონადექტომია აქვს ჩატარებული, შეიძლება აღმოჩნდეს სკრინინგის წინაპირობა.

კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინში მოცემულია რეკომენდაცია ტგმ ინდივიდებში ოსტეოპოროზის სკრინინგის თაობაზე (Deutsch, 2016a; Hembree et al., 2017; Rosen et al., 2019). კლინიკური დენსიტომეტრიის საერთაშორისო საზოგადოება და ასევე ენდოკრინული საზოგადოება ტგმ ინდივიდებისთვის რეკომენდაციას უწევს ძვლის მინერალური სიმკვრივის საწყისი სკრინინგის ჩატარებას ჰორმონების დაწყებამდე. დანარჩენი რეკომენდაციები ძვლის სიმკვრივის სკრინინგთან დაკავშირებით ეფუძნება სხვადასხვა ფაქტორებს, მათ შორის, დაბადებისას მინიჭებულ სქესს, ასაკს, ოსტეოპოროზის რისკ-ფაქტორებს, მაგალითად წარსულში მოტეხილობას ან დიდი რაოდენობით პრეპარატების გამოყენებას, სხვადასხვა დაავადებებს, რომლებიც ძვლის განლევას იწვევენ და სხეულის მცირე წონას (Rosen et al., 2019). თუმცა არ არსებობს მკაფიო მტკიცებულებები, რომლებიც ამ რეკომენდაციებს დაადასტურებს. ოსტეოპოროზის სკრინინგის რეკომენდებული საშუალებაა წელის ხერხემლის, მთლიანი ბარძაყისა და ბარძაყის კისრის ორმაგი ენერგეტიკული რენტგენო-აბსორბციული დენსიტომეტრია (DXA) (Kanis, 1994). თუმცა, ბევრ დაბალ და საშუალო შემოსავლის ქვეყანაში, ამგვარი შემომომების ჩატარება არ არის შესაძლებელი და მხოლოდ რამდენიმე ქვეყანაში ტარდება, მათ შორის ამერიკაში.

პრიველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებმა ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან პაციენტებთან ერთად უნდა იმსჯელონ ძვლის ჯანმრთელობის ოპტიმიზაციის შესაძლებლობებზე. ამის გარდა, პრიველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებმა უნდა მიანოდონ პაციენტებს ინფორმაცია იმის შესახებ, რომ ძვლის ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად უმნიშვნელოვანესია ჯანსაღი კვება. ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ინდივიდები, რომლებსაც ოსტეოპოროზის რისკი

აქვთ, უნდა იყვნენ ინფორმირებული, რომ ვარჯიშები სიმძიმეების აწევით, ასევე ძალისმიერი და გამძლეობის ვარჯიშები სასარგებლოა მათთვის და აფერხებს ძვლის განლევას (Benedetti et al., 2018). სწორი დიეტა არის ძვლის ჯანმრთელობის ძირითადი ფაქტორი. კვებითი დეფიციტი, კალციუმისა და D ვიტამინის ნაკლებობა ძვლის მინერალიზაციას იწვევს. ბარძაყის ძვლისა და შემთხვევით მოტეხილობას ამცირებს კალციუმისა და D ვიტამინის დანამატების მიღება (Weaver et al., 2016). მართალია, ეს ყველა პოპულაციას ეხება, თუმცა აღნიშნული დისკუსია ტგმ პოპულაციისთვის მეტად რელევანტურია, რადგან ამ ჯგუფში ფართოდაა გავრცელებული D ვიტამინის ჰიპოვიტამინოზი (Motta et al., 2020; Van Caenegem, Taes et al., 2013).

დასკვნა 15.14

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომ გენდერის დამადასტურებელი თერაპიის მსვლელობისას ან ოპერაციის წინა პერიოდში, ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს შესთავაზონ შესაბამის პროფესიონალთან გადამისამართება სახის, სხეულის და სასქესო ორგანოების არედან თმის მოცილების პროცედურისთვის.

თმის მოცილება საჭირო პროცედურაა პირველ რიგში იმისთვის, რომ სახეზე თმა აღარ ამოვიდეს (Marks et al., 2019) და ისეთი გენდერის დამადასტურებელი ქირურგიული ოპერაციებისთვის მოსამზადებლად, როგორცაა ვაგინოპლასტიკის, მეტოიდოპლასტიკის, ფალოპლასტიკის (Zhang et al., 2016). ოპერაციის წინასამზადისში საჭიროა თმის მოშორება კანის ყველა ზედაპირისგან, სადაც შარდი შეიძლება მოხვდეს (ნეოვაგინის კონსტრუირება) ან თმა შეიძლება გადატანილი იქნას სხეულის რომელიმე სხვა ნაწილში (მაგ. ნეოვაგინის გასწვრივ გადანერგვა) (Zhang et al., 2016). თმის მოსაცილებლად გამოიყენება ელექტროლიზური თმის მოცილება (EHR) და ლაზერული ეპილაცია (LHR) (Fernandez et al., 2013). ელექტროლიზური თმის მოცილება ამ ეტაპზე არის ერთადერთი აშშ-ს

სურსათისა და წამლის ადმინისტრაციის მიერ ნებადართული მეთოდი აშშ-ში თმის სამუდამოდ მოცილებისთვის მაშინ, როდესაც ლაზერული ეპილატორია (LHR) გამოიყენება თმის სამუდამოდ შესამცირებლად (Thoreson et al., 2020). ელექტროლიზური თმის მოცილებისას (EHR), თითოეულ თმის ფოლიკულში უწვრილესი საცეცით მანუალურად შეყავთ დენი (Martin et al., 2018). ვინაიდან ამ მეთოდით მექანიკურად ხდება თმის სისხლმომარაგების ჩაკეტვა, ის გამოიყენება ნებისმიერი ფერის თმაზე და ტიპის კანზე (Martin et al., 2018). ელექტროლიზი ბევრ დროს მოითხოვს და ძვირადღირებულია, ვინაიდან თითოეული თმის ძირი ინდივიდუალურად უნდა დამუშავდეს, რათა სამუდამოდ იქნას მოშორებული. რაც შეეხება სასქესო ორგანოების არეში თმის მოშორებას გენდერის დამადასტურებელი ოპერაციის წინ, ეს პროცედურა უნდა ჩაატაროს კომპეტენტურმა პრაქტიკოსმა, რადგან ამ არედან თმის მოსაცილებლად განსხვავებული მეთოდი გამოიყენება. ელექტროლიზური თმის მოცილება (EHR) ბევრად უფრო მტკივნეულია, ვიდრე ლაზერული ეპილატორია (LHR), შესაძლოა მოყვეს ერითემა, ფუფხი და შეშუპება (Harris et al., 2014). მუქკანიან ინდივიდებში შესაძლო რისკია ანთების შემდგომი ჰიპერპიგმენტაცია (Richards & Meharg, 1995). ტკივილის კონტროლი შესაძლებელია ადგილობრივი ანესთეზიით, გაგრილების ტექნიკით. ელექტროლიზური თმის მოცილების დროს ზოგჯერ ვითარდება გარკვეული ტიპის ამტანობა, ასეთ ინდივიდებს უფრო ხანგრძლივად შეუძლიათ ამ პროცედურის ჩატარება (Richards & Meharg, 1995). თმის ლაზერით მოცილების დროს გამოიყენება ლაზერის ენერჯია, რომელიც მიმართულია თმის ზედაპირზე. მისი გამოყენება შესაძლებელია უფრო დიდ არეებზე. პროცედურის დროს ხორციელდება ფოტოთერმოლიზი, რომლის დროსაც ლაზერის სხივი უმზნებს მელანინს თითოეულ თმის ლეროში (GAO et al., 2018). ეს ენერჯია გარდაიქმნება სიცხედ, რომელიც აზიანებს თმის ფოლიკულს კანში, რომელიც თმას წამოშობს და ამით ფერხდება თმის ზრდა. ეფექტური შედეგის მისაღწევად საჭიროა დამატებითი პროცედურები, და ტარდება ნ კვირის შუალედით, რომ თმის ამოსვლის ციკლი შესრულდეს (Zhang et al., 2016).

ვინაიდან ლაზერული ოპერაციის დროს სწორება ხდება მელანინზე, შედეგები შეიძლება არ იქნას მიღებული ჭაღარა, ქერა ან ყვალაი ფერის თმაზე. ასევე გასათვალისწინებელია სხვადასხვა ფაქტორი პროცედურის მუქი ფერის კანზე ჩატარებისას (Fitzpatrick skin types IV to VI) (Fayne et al., 2018). ეპიდერმისის მელანინის მაღალი შემცველობა კონკურენციას უწევს სხივის ან ლაზერის ქრომოფორს, რომელიც არის თმის ლეროში არსებული მელანინი. იმისათვის, რომ მოხდეს შერჩევითი თერმოლიზი, სითბო ვრცელდება თმის ლერიდან ფოლიკულურ ლეროვან უჯრედებამდე და იწვევს დაზიანებას. მუქი ტიპის კანში, სხივი შეიწოვება ეპიდერმისში, ვიდრე ის მიაღწევს სამიზნეს, სადაც იგი გარდაიქმნება სითბოდ. ეს შეიძლება არასასურველი შედეგით დასრულდეს, მაგალითად განვითარდეს ჰიპო ან ჰიპერპიგმენტაცია, გაჩნდეს წყლულები, წარმოიქმნას ფუფხი (Fayne et al., 2018). ლაზერული ტალღის სწორი სიგრძის შერჩევა ამცირებს რისკებს. უფრო გრძელი ტალღის სიგრძით რეკომენდებულია ეპიდერმული მელანინის სინათლის შთანთქმის მინიმუმამდე შემცირება და ამით მაქსიმალური ეფექტურობისა და გვერდითი ეფექტების მინიმუმამდე დაყვანა მუქი კანის მქონე პაციენტებში (Zhang et al., 2016). ლაზერული ეპილატორიის გვერდითი მოვლენებია მზისგან დამწვრობის შეგრძნება, ანთება, სინითლე, ჰიპერპიგმენტაცია და გასიება.

ცნობილია, რომ მოციმციმე განათება იწვევს კრუნჩხვებს ამ რისკის მქონე პაციენტებში, ამიტომ ისინი წინასწარ უნდა შემოწმდნენ ამგვარ რისკებზე. ტკივილი და დისკომფორტი პროცედურის ჩასატარებლად მნიშვნელოვანი ბარიერი შეიძლება აღმოჩნდეს. პრაქტიკოსს, რომელიც პროცედურას ატარებს უნდა შეეძლოს ადგილობრივი ან სისტემური ტკივილგამაყუჩებლის დანიშნვა, როგორცაა ადგილობრივი გამაყუჩებელი ევტექტიკური ნარევი (EMLA) ან სისტემური ოპიოიდი დაბალი დოზით. სასქესო ორგანოების გენდერის დამადასტურებელი ქირურგიული ოპერაციის დროს, რეკომენდებულია სამთვნიანი შუალედი თმის მოსაცილებელი პროცედურიდან ოპერაციამდე, რათა დადასტურდეს, რომ შემდგომში თმა აღარ ამოვა (Zhang et al., 2016).

თაქი 16. რეპროდუქციული ჯანმრთელობა

ყველა ადამიანს, ტრანსგენდერი ინდივიდების ჩათვლით, აქვს რეპროდუქციული უფლება, თავად გადაწყვიტოს იყოლიოს თუ არა შვილები (გაერთიანებული ერების მოსახლეობის ფონდი, 2014). სამედიცინო თვალსაზრისით აუცილებელმა გენდერის დამადასტურებელმა ჰორმონულმა მკურნალობამ (GAHTs) და ქირურგიულმა ჩარევებმა (გთხოვთ, იხილოთ დებულება სამედიცინო თვალსაზრისით აუცილებლობის შესახებ თავი 2 – გლობალური გამოყენება, დებულება 2.1), რომლებიც რეპროდუქციულ ანატომიურ ფუნქციას ცვლიან, შეიძლება სხვადასხვა დონეზე შეზღუდონ მომავალი რეპროდუქციული შესაძლებლობები (Hembree et al., 2017; Nahata et al., 2019). ამგვარად, კრიტიკულად მნიშვნელოვანია ტრანსგენდერ ადამიანებთან და მათ ოჯახებთან განვიხილოთ უნაყოფობის რისკი და ნაყოფიერების შენარჩუნების ვარიანტები მანამ, სანამ დავიწყებდეთ ნებისმიერ ამგვარ მკურნალობას, და ამგვარ საუბრებს შემდგომში უნდა ჰქონდეს განგრძობითი ხასიათი (Hembree et al., 2017). ნაყოფიერების შენარჩუნების აღიარებული ვარიანტები როგორებიცაა ემბრიონის, ოოციტის/ოვოციტის და სპერმის კრიოკონსერვაცია შესაძლოა, ხელმისაწვდომი იყოს პოსტპუბერტატულ ტრანსგენდერ ინდივიდებთან (Nahata et al., 2019). კვერცხუჯრედის და სათესლე ჯირკვლის ქსოვილის კრიოკონსერვაციის კვლევის პროტოკოლები ასევე ჩამოყალიბებული და შესწავლილია (Borgström et al., 2020; Nahata et al., 2019; Rodriguez-Wallberg, et al., 2019). მიუხედავად იმისა, რომ ყველა ამ მეთოდის – ემბრიონების, მომწიფებული ოოციტების და სპერმის გამოყენებამ გამოავლინა ეფექტურობა, როდესაც ისინი კლინიკური მკურნალობისას გამოიყენეს, კრიოკონსერვირებული სასქესო ჯირკვლის ქსოვილი საჭიროებს შემდგომ რეტრანსპლანტაციას, რომლის მიზანი იქნება სრულად ფუნქციონირებადი სასქესო უჯრედების მიღება, ან გამოყვანის ლაბორატორიული მეთოდების გამოყენებას, რომელიც ჯერ კიდევ კვლევის განვითარების საწყის სტადიაზეა. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ რეპროდუქციული მედიცინის ამერიკული საზოგადოება

კვერცხუჯრედის ქსოვილის კრიოკონსერვაციას აღარ განიხილავს როგორც ექსპერიმენტულ მეთოდს, თუმცა პრეპუბერტატულ ბავშვებში ამ მეთოდის ეფექტურობის შესახებ მონაცემები შეზღუდული რჩება (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019).

ინდივიდუალური მზრუნველობა უნდა იქნას უზრუნველყოფილი თითოეული პიროვნებისთვის მათი რეპროდუქციული მიზნების შესაბამისად. ზოგიერთი კვლევა აჩვენებს, რომ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს შესაძლოა ნაკლებად სურდეთ ბიოლოგიური შვილების, ან ზოგადად შვილების ყოლა, თუ მათ შევადარებთ ჰეტეროსექსუალ თანატოლებს (Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Russell et al., 2016; von Doussa et al., 2015). თუმცა, სხვა რამდენიმე კვლევამ აჩვენა, რომ ბევრ ტგმ ინდივიდს 1) სურს ბიოლოგიური შვილების ყოლა; 2) ნანობს ნაყოფიერების შენარჩუნების დაკარგულ შესაძლებლობებს; 3) სურს გადადოს ან შეწყვიტოს ჰორმონული თერაპია, რათა შეინარჩუნოს ნაყოფიერება და/ან დაორსულდეს (Armuan, Dhejne et al., 2017; Auer et al., 2018; De Sutter et al., 2002; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Tornello & Bos, 2017). აღრიცხულია ნაყოფიერების შენარჩუნების მრავალი ბარიერი, როგორიცაა ფასი (რომელიც გაზრდილია, როცა დაზღვევა ასეთ მომსახურებას არ ფარავს), მკურნალობის დაწყების უკიდურესი აუცილებლობა, მომავალზე ორიენტირებული გადაწყვეტილებების მიღების შეუძლებლობა, ცოდნის შეუსაბამო მიმწოდებელი/ტენდენციური მიმწოდებელი, რაც ზეგავლენას ახდენს ნაყოფიერების შენარჩუნების შეთავაზებაზე და ართულებს ნაყოფიერების შენარჩუნების ხელმისაწვდომობას (Baram et al., 2019; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020). დამატებით, ტრანსგენდერ ინდივიდებს შეიძლება გაუუარესდეთ დისფორია ნაყოფიერების შენარჩუნების პროცესის სხვადასხვა საფეხურის გამო, რაც განუყოფელად არის დაკავშირებული დაბადებისას მინიჭებულ სქესთან (Armuan, Dhejne, et al., 2017; Baram et al., 2019). როდესაც ხელმისაწვდომია მულტიდისციპლინური ჯგუფური მიდგომა, როდესაც სამედიცინო და

სარეკომენდაციო ღებულებები

16.1 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომლებიც მკურნალობენ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს და უნიშნავენ, ან აგზავნიან პაციენტებს ჰორმონულ თერაპიაზე/ქირურგიულ ოპერაციაზე, თავიანთ პაციენტებს შეატყობინონ შემდეგი:

16.1.a ჰორმონული თერაპიის/ქირურგიული ჩარევის გავლენა მომავალ ნაყოფიერებაზე;

16.1.b თერაპიების პოტენციური ეფექტები, რომლებიც არ არის კარგად შესწავლილი და უცნობია მათი უკუჩვენებები;

16.1.c ნაყოფიერების შენარჩუნების ვარიანტები (როგორც საყოველთაოდ აღიარებული, ისე ექსპერიმენტალური);

16.1.d უნაყოფობის ფსიქოსოციალური შედეგები.

16.2 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომლებიც მუშაობენ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებთან, რომლებიც დაინტერესებული არიან ნაყოფიერების შენარჩუნებით, შემდგომი განხილვებისთვის მიმართონ ნაყოფიერების შენარჩუნების ექსპერტებს.

16.3 რეკომენდაციას ვაძლევთ ტრანსგენდერ ინდივიდებზე მზრუნველ ჯგუფებს, ითანამშრომლონ ადგილობრივ რეპროდუქტოლოგიის სპეციალისტებთან და კლინიკებთან, რათა სპეციფიური და დროული ინფორმაცია მიიწოდონ და უზრუნველყონ ნაყოფიერების შენარჩუნების მომსახურება, სანამ შესაფერებენ სამედიცინო და ქირურგიულ ჩარევას, რომელსაც შეგავლენა აქვს ნაყოფიერებაზე.

16.4 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, განუმარტონ პრეპუბერტატულ და ადრეულ პუბერტატულ ასაკში მყოფ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ახალგაზრდებს და მათ ოჯახებს, რომლებსაც სურთ გენდერის დამადასტურებელი თერაპიის გავლა, რომ თანამედროვე მტკიცებულებებზე დაფუძნებული/აღიარებული ნაყოფიერების შენარჩუნების ვარიანტები შეზღუდულია.

16.5 რეკომენდაციას ვაძლევთ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს, რომლებსაც აქვთ საშვილოსნო და სურთ დაორსულება, მიიღონ ჩასახვისწინა ზრუნვა და პრენატალური ფსიქოლოგიური კონსულტაცია გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონების გამოყენების და შეწყვეტის შესახებ, ორსულობის სამედიცინო მეთვალყურეობაზე, მშობიარობის პროცესისა და მშობიარობის შესახებ, ძუძუთი კვების დამხმარე სერვისების შესახებ და პოსტნატალური მხარდაჭერის შესახებ ადგილობრივი ზრუნვის სტანდარტების შესაბამისად, გენდერის დადასტურების საფუძველზე.

16.6 რეკომენდაციას ვაძლევთ მიმწოდებლებს, განიხილონ კონტრაცეფციის მეთოდები ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებთან, რომლებიც ჩართული არიან ისეთ სქესობრივ აქტივობებში, რომელიც შეიძლება დასრულდეს ორსულობით.

16.7 რეკომენდაციას ვაძლევთ ორსულობის შეწყვეტის მომსახურების მიმწოდებლებს, რომ უზრუნველყონ გენდერის დამადასტურებელი პროცედურების ვარიანტები და მოემსახურონ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან პირებს.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმწოდებლები თანამშრომლობენ გენდერის დამადასტურებელი ნაყოფიერების სპეციალისტებთან, ამან შესაძლოა, შესაბამისი როლი შეასრულოს ამ ბარიერებიდან ზოგიერთის გადალახვაში (Tishelman et al., 2019). ტგმ ინდივიდებს უნდა ასწავლონ განსახვავება ნაყოფიერებას (საკუთარი სასქესო უჯრედების/რეპროდუქციული ქსოვილების გამოყენება) და ორსულობას შორის. ნაყოფიერების ვარიანტების განხილვასთან ერთად, მთელი რეპროდუქციული პერიოდის განმავლობაში შენარჩუნებული უნდა იქნას მაღალი ხარისხის მიუკერძოებელი ზრუნვა ოჯახის დაგეგმვისა და შექმნის ყველა ფორმის უზრუნველყოფისთვის. ეს მოიცავს პროკრეაციულ ვარიანტებს, როგორცაა პერინატალური ზრუნვა, ორსულობა, მშობიარობა და პოსტნატალური ზრუნვა, ასევე ოჯახის დაგეგმვა და კონტრაცეპტივების ვარიანტები დაუგეგმავი ორსულობის თავიდან ასაცილებლად და ორსულობის შესაწყვეტად,

თუ არსებობს შესაბამისი ჩვენება (Bonnington et al., 2020; Cipres et al., 2017; Krempasky et al., 2020; Light et al., 2018; Moseson, Fix et al., 2020). ტგმ ადამიანებმა, რომლებსაც სურთ დაორსულება, უნდა მიიღონ ჩასახვისწინა ზრუნვა და პრენატალური ფსიქოლოგიური კონსულტაცია ძუძუთი კვების შესახებ იმ გარემოში, სადაც მხარს უჭერენ ადამიანებს, რომლებსაც სხვადასხვა გენდერული იდენტობა და გამოცდილება აქვთ (MacDonald et al., 2016; Obedin-Maliver & Makadon, 2016).

ამ თავში ყველა დებულება რეკომენდებულია მტკიცებულებების საფუძველიანი განხილვის, სარგებლისა და ზიანის შეფასების, პროვაიდერებისა და პაციენტების ღირებულებებისა და არჩევანის, რესურსების გამოყენებისა და მიზანშეწონილობის შეფასების საფუძველზე. ზოგიერთ შემთხვევაში, ჩვენ ვაღიარებთ, რომ მტკიცებულებები შეზღუდულია და/ან სერვისები შეიძლება არ იყოს ხელმისაწვდომი ან სასურველი.

ფიგურა 16.1

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომლებიც მკურნალობენ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს და უნიშნავენ, ან აგზავნიან ჰორმონულ თერაპიაზე/ქირურგიულ ჩარევაზე, ინფორმაცია მიაწოდონ პაციენტებს შემდეგ საკითხებზე:

- ჰორმონული თერაპიის/ქირურგიული ჩარევის ცნობილი ზეგავლენა მომავალ ნაყოფიერებაზე;
- თერაპიის პოტენციური ზეგავლენა, რომელიც არ არის კარგად შესწავლილი და არ არის ცნობილი მისი უკუჩვენებები;
- ნაყოფიერების შენარჩუნების ვარიანტები (ორივე: როგორც აღიარებული, ასევე ექსპერიმენტალური);
- უნაყოფობის ფსიქოლოგიური შედეგები.

ტგმ ინდივიდებზე, რომლებსაც დაბადებისას მიენიჭათ მდედრობითი სქესი გენდერის დამადასტურებელმა ჰორმონულმა თერაპიამ შეიძლება უარყოფითი გავლენა მოახდინოს მომავალ რეპროდუქციულ შესაძლებლობაზე (Hembree et al., 2017). თანამედროვე მონაცემებით ტრანსგენდერი კაცებისა და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანების შემთხვევაში, რომლებსაც დაბადებისას მიანიჭეს მდედრობითი სქესი, სამედიცინო მკურნალობას შესაძლოა შემდეგი შედეგები ახლდეს: გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტები (GnRHs) შეიძლება გამოყენებულ იქნას პუბერტატის დათრგუნვისთვის, რათა თავიდან იყოს აცილებული შემდგომი პუბერტატული განვითარება, სანამ მოზარდები მზად იქნებიან მასკულინიზაციაზე მიმართული მკურნალობისთვის. GnRH-ები შეიძლება ასევე გამოყენებული იყოს მენსტრუაციის დასაბრუნებლად. GnRH-ები ზეგავლენას ახდენს სასქესო უჯრედების მომნიჭებაზე, მაგრამ სასქესო უჯრედების ფუნქციას მუდმივ ზიანს არ აყენებს. ამგვარად, თუ GnRH-ები შეწყდება, მოსალოდნელია რომ ოოციტების/ოვოციტების მომნიჭება განახლდეს. არსებობს მცირე რაოდენობით კვლევები, რომლებიც დეტალურად აღწერს ტესტოსტერონის თერაპიის

ზეგავლენას ტრანსგენდერი კაცების რეპროდუქციულ ფუნქციაზე (Moravek et al., 2020). ტესტოსტერონის მიღების შეწყვეტის შემდეგ საკვერცხეების ნორმალური ფუნქციონირების აღდგენა ოოციტების მომნიჭებით გამოვლინდა ტრანსგენდერ კაცებში, რომლებმაც მიაღწიეს კვერცხუჯრედის ბუნებრივ განაყოფიერებას. ოოციტების კრიოკონსერვაციის რეტროსპექტულმა კვლევამ აჩვენა, რომ არ არსებობს განსხვავება ტრანსგენდერ კაცებს და შესაბამისი ასაკის და სხეულის მასის ინდექსის მქონე ჰეტეროსექსუალი ქალის აღდგენილი ოოციტების საერთო რაოდენობას ან მომნიჭებული ოოციტების რაოდენობას შორის (Adeleye et al., 2018, 2019). ახლახან გამოქვეყნდა პირველი შედეგები კვლევისა, რომელმაც შეადარა საკვერცხის კონტროლირებული სტიმულაციის შედეგად ცოცხლად შობადობის მაჩვენებელი ტრანსგენდერ კაცებსა და ჰეტეროსექსუალ ქალებს შორის (Leung et al., 2019). ტესტოსტერონი შეწყვეტილი იქნა საკვერცხის სტიმულირებამდე. მთლიანობაში, ტესტოსტერონის ზეგავლენის შედეგები რეპროდუქციულ ორგანოებზე და მათ ფუნქციონირებაზე დამაიმედებელია. თუმცა, დღემდე არ არსებობს შემდგომი კვლევები, რომლებიც შეაფასებს გრძელვადიანი ჰორმონული თერაპიის გავლენას ნაყოფიერებაზე (ე.ი. ჰორმონული თერაპია, რომელიც დაიწყო მოზარდობის ასაკში) ან მათზე, ვინც მიიღო GnRH-ები ადრეულ პუბერტატულ პერიოდში, ხოლო ამის შემდგომ ტესტოსტერონის თერაპია. მნიშვნელოვანია გათვალისწინებულ იქნას, რომ ოოციტების კრიოკონსერვაციისთვის საჭირო მკურნალობამ და პროცედურებმა (მენჯის შემოწმებამ, ვაგინალური ულტრაბგერითმა მონიტორინგმა და ოოციტების ამოღებამ) შეიძლება გაზარდოს გენდერული დისფორია ტრანსგენდერ კაცებში (Armund, Dhejne et al., 2017).

ქირურგიულ ჩარევებს ტრანსგენდერ კაცებში აშკარა გავლენა ექნება მათ რეპროდუქციულ უნარზე. თუ პაციენტებს სურთ საშვილოსნოს ექსტრიპაცია, მათ უნდა შესთავაზონ საკვერცხეების შენახვის ვარიანტი იმისთვის, რომ შენარჩუნებული იყოს ბავშვის ყოლის ბიოლოგიური შესაძლებლობა. ალტერნატიულად, თუ საკვერცხეები მოშორდება ცალკე, ან საშვი-

ლოსნოს ესტიმაციასთან ერთად, კვერცხუჯრედის გაყინვა უნდა იქნას შეთავაზებული ქირურგიულ ჩარევამდე და/ან საკვერცხის ქსოვილის კრიოკონსერვაცია შეიძლება გაკეთდეს საკვერცხის ამოკვეთისას. მიუხედავად იმისა, რომ ეს პროცედურა უკვე აღარ ითვლება ექსპერიმენტულ პროცედურად, ბევრ ტრანსგენდერ კაცს შეიძლება სურდეს თავდაპირველი ფოლიკულების ინვიტრო მომნიჭება, რაც ჯერ კიდევ გადის კლინიკურ შემონმებას. ოოციტის ფუნქციის შეფასების კვლევებმა აჩვენა, რომ ოოციტები, რომლებიც ამოღებულია ტრანსგენდერი კაცებისგან, რომლებიც ტესტოსტერონის ზემოქმედების ქვეშ იყვნენ საკვერცხეების ამოკვეთისას, შეიძლება მომნიჭდნენ ინვიტრო, რათა განავითარონ ნორმალური მეტაფაზა II მეიოზური ღერძის სტრუქტურაში (DeRoo et al., 2017; Lierman et al., 2017).

ტგმ ინდივიდები, რომლებსაც დაბადებისას მამრობითი სქესი მიანიჭეს თანამედროვე მონაცემების მიხედვით ტრანსგენდერ ქალებში და გენდერულად მრავალფეროვან ინდივიდებში, რომლებსაც დაბადებისას მამრობითი სქესი მიანიჭეს (AMAB), სამედიცინო მკურნელობის გავლენა შემდეგია: გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტები (GnRHAs) აჩერებს სპერმატოგენეზს. მონაცემები აჩვენებს, რომ მკურნელობის შეწყვეტას მოჰყვება სპერმატოგენეზის ხელახალი სტიმულაცია, თუმცა ამას დასჭირდება სულ მცირე 3 თვე და მეტად მოსალოდნელია, რომ უფრო ხანგრძლივი დრო დასჭირდეს (Bertelloni et al., 2000). ამასთან ერთად, გათვალისწინებული უნდა იყოს ტესტოსტერონის ხელახალი ზემოქმედების ფსიქოლოგიური სიმძიმე. ანტიანდროგენების და ესტროგენების გამოყენების შედეგად სპერმის გამომუშავება ირღვევა (de Nie et al., 2020; Jindarak et al., 2018; Kent et al., 2018). სპერმატოგენეზი შესაძლოა აღდგეს ანტიანდროგენებით და ესტროგენებით ხანგრძლივი მკურნელობის შეწყვეტის შემდეგ, თუმცა ამის შესახებ მონაცემები შეზღუდულია (Adeleye et al., 2019; Alford et al., 2020; Schneider et al. 2017). სათესლე ჯირკვლების მოცულობა მცირდება გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის ზეგავლენით (Matoso et al., 2018). ტრანსგენდერ ქალებში სპერმის ხარის-

ხზე აგრეთვე შეიძლება უარყოფითად იმოქმედოს ცხოვრების სპეციფიურმა ფაქტორებმა, მაგალითად მასტურბაციის დაბალმა სიხშირემ, სასქესო ორგანოების სხეულთან მჭიდროდ ქონამ (ე.ი. მჭიდრო საცვლების გამოყენება გენიტალიების კონტურების დასაფარად) (Jung & Schuppe, 2007; Mieuisset et al., 1985, 1987; Rodriguez -Wallberg, Häljestig et al., 2021).

დაკვირვება 16.2

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, გადაამისამართონ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანები, რომლებიც დაინტერესებული არიან ნაყოფიერების შენარჩუნებით, ნაყოფიერების შენარჩუნების სპეციალისტებთან საკითხის შემდეგომი განხილვისთვის.

კვლევა აჩვენებს, რომ ბევრ ტრანსგენდერ მოზარდს სურს ბიოლოგიური შვილების ყოლა (DeSutter et al., 2002; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Wierckx, Van Caenegem et al., 2012), მიუხედავად ამისა, ნაყოფიერების შენარჩუნების დონე კვლავინდებურად ძალზე ცვალებადია, კერძოდ ახალგაზრდებში (< 5%-40%) (Brik et al., 2019; Chen et al., 2017; Chiniara et al., 2019; Nahata et al., 2017; Segev-Becker et al., 2020). უახლეს კვლევაში ბევრი ახალგაზრდა ადასტურებდა, რომ მათი გრძნობები ბიოლოგიური შვილის ყოლასთან დაკავშირებით შეიძლება შეიცვალოს მომავალში (Strang, Jarin et al., 2018). არა-არჩევითი სტერილიზაცია ადამიანების უფლებების დარღვევაა (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2015; Equality and Human Rights Commission, 2021; Meyer III et al., 2001) და სოციალური დამოკიდებულების გაუმჯობესების გამო, რეპროდუქციული მედიცინით და გენდერის დამადასტურებელი ჯანდაცვით, ტრანსზიციის პერიოდში ტრანსგენდერი ადამიანების ბიოლოგიური მშობლობის შესაძლებლობები მხარდაჭერილი უნდა იყოს. ტრანსგენდერი ან არაბინარული ადამიანების ნაყოფიერების შენარჩუნებასა და მშობლობის გადწყვეტილებაზე კლინიკური მოსაზრების ზეგავლენის გამო, ნაყოფიერების შენარჩუნების ვარიანტები გამოკვლეული უნდა იყოს ჯან-

დაცვის მიმწოდებლების მიერ ისეთ ვარიანტებთან ერთად, როგორცაა მინდობით აღზრდა, შვილად აყვანა, თანამშობლობა და მშობლობის სხვა ალტერნატივები (Bartholomaeus & Riggs, 2019). ტრანსგენდერმა პაციენტებმა, რომლებსაც შესთავაზეს ასეთი ტიპის დისკუსია და მიეცათ არჩევანი, გაეგლოთ ნაყოფიერების შენარჩუნების პროცედურები, აღნიშნეს, რომ ეს მთლიანობაში დადებითი გამოცდილება იყო (Armuaud, Dhejne et al., 2017; De Sutter et al., 2002; James-Abra et al., 2015).

პაციენტთა სხვა პოპულაციებში ნაყოფიერებასთან დაკავშირებულმა რეფერალებმა და სხვა ოფიციალურმა ნაყოფიერების პროგრამებმა აჩვენა ნაყოფიერების შენარჩუნების სიხშირის მომატება და პაციენტების კმაყოფილების ზრდა (Kelvin et al., 2016; Klosky, Anderson et al., 2017; Klosky, Wanget 2017; Shnorhavorian et al., 2012). მკურანლი ექიმების დამოკიდებულების გამოკითხვები და თანამედროვე კვლევები მიუთითებს მათ ცნობიერებაზე, ისევე როგორც სურვილზე, რომ მიაწოდონ ნაყოფიერებასთან დაკავშირებული ინფორმაცია ბავშვებსა და მათ ოჯახებს (Armuaud et al., 2020). თუმცა, ასევე იდენტიფიცირებული იქნა ბარიერები – ცოდნის ნაკლებობის, კომფორტის და რესურსების ნაკლებობის ჩათვლით (Armuaud, Nilsson et al., 2017; Frederick et al., 2018). ამგვარად, ხაზგასმული იქნა ჯანდაცვის მიმწოდებლების შესაბამისი ტრენინგი, სადაც აქცენტი გაკეთებულია ნაყოფიერების შესახებ ფსიქოლოგიურ კონსულტაციასა და ნაყოფიერების შენახვის ვარიანტების მიუკერძოებლად შეთავაზებზე ყველა რისკის ქვეშ მყოფი ინდივიდისთვის (Armuaud, Nilsson et al., 2017). მშობლების რჩევებიც ასევე მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს ნაყოფიერების შენარჩუნებაზე მოზარდებსა და ახალგაზრდა სრულწლოვან მამრობითი სქესის წარმომადგენლებში, რომლებსაც აქვთ კიბო (Klosky, Flynn et al., 2017). მაშინ, როდესაც მკაფიო კლინიკური განსხვავებებია ამ პოპულაციებს შორის, ამ მიგნებებს შეუძლია, ხელი შეუწყოს ფერტილობასთან დაკავშირებული კონსულტირების საუკეთესო პრაქტიკის ინფორმირებას და ნაყოფიერების შენარჩუნებასთან დაკავშირებულ მიმართვიანობას ტრანსგენდერი ინდივიდებისთვის.

დაკავშირებული 16.3

რეკომენდაციას ვაძლევთ ტრანსგენდერ ადამიანებზე ზრუნვის ჯგუფებს, ითანამშრომლონ ადგილობრივ რეპროდუქტოლოგიის სპეციალისტებთან და კლინიკებთან, რათა სპეციფიური და დროული ინფორმაცია მიწოდონ და უზრუნველყონ ნაყოფიერების შენარჩუნების მომსახურება მანამ, სანამ პაციენტებს შესთავაზებენ სამედიცინო და ქირურგიულ ჩარევას, რომელსაც გავლენა აქვს ნაყოფიერებაზე.

სპერმის და ოოციტების კრიოკონსერვაცია არის ნაყოფიერების შენარჩუნების დამტკიცებული ტექნიკა და ის შეიძლება შეთავაზებული იქნას პუბერტატული, გვიანი პუბერტატული ინდივიდებისა და ზრდასრულებისთვის, რომლებსაც დაბადებისას მიანიჭეს მამრობითი და მდედრობითი სქესი შესაბამისად და, სასურველია, ეს მოხდეს გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის დაწყებამდე (Hembree et al., 2017; Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019). ემბრიონების კრიოკონსერვაციის შეთავაზება შესაძლებელია ზრდასრული (პოსტპუბერტატულ) ტემ ადამიანებისთვის, რომლებსაც სურთ ბავშვის ყოლა და ჰყავთ ხელმისაწვდომი პარტნიორი. კრიოკონსერვირებული სასქესო უჯრედების მომავალი გამოყენება აგრეთვე დამოკიდებულია მომავალი პარტნიორის სასქესო უჯრედებსა და რეპროდუქციულ ორგანოებზე (Fischer, 2021; Maxwell et al., 2017). მიუხედავად იმისა, რომ როგორც აღმოჩნდა, სპერმის პარამეტრები რისკის ქვეშ დგება, როდესაც ნაყოფიერების შენარჩუნება ხდება გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული მკურნალობის დაწყების შემდეგ (Adeleye et al., 2019), ერთმა მცირემასშტაბიანმა კვლევამ ცხადყო, რომ როდესაც მკურნალობა შეწყდა, სპერმის პარამეტრები შესატყვისი იყო იმ ტემ პაციენტების პარამეტრებთან, რომლებსაც არასოდეს ჩაუტარებიათ გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული მკურნალობა. რაც შეეხება კვერცხუჯრედის სტიმულაციას, ოოციტის ვიტრიფიკაციის ნაყოფის და ოოციტების შემდგომ გამოყენებას ინვიტრო განაყოფიერებისთვის (IVF), არ არსებობს მიზეზი, რომ ტემ პაციენტებში დამხმარე

რეპროდუქციული ტექნოლოგიის (ART) გამოყენების შემდეგ დაველოდოთ იმ ჰეტეროსექსუალ პაციენტებისგან განსხვავებულ შედეგებს, რომლებიც გადიან დამხმარე რეპროდუქციული ტექნოლოგიით (ART) მკურნალობას, თუკი არ არსებობს ინდივიდუალური შერეული ფაქტორები, რომლებიც უკავშირდება ნაყოფიერებას/უნაყოფობას, როდესაც სასქესო უჯრედები შენახულია ნებისმიერი სამედიცინო მკურნალობის ჩატარების წინ (Adeleye et al., 2019). დამხმარე რეპროდუქციული ტექნოლოგიით (ART) მკურნალობისას ოციტების გამოყენებას ტგმ ადამიანებში ისეთივე წარმატებული შედეგები მოჰყვება, როგორც კონტროლირებულ, შესაბამის ჰეტეროსექსუალ პაციენტებთან (Adeleye et al., 2019; Leung et al., 2019; Maxwell et al., 2017).

მიუხედავად იმისა, რომ ეს აღიარებული ვარიანტებია, მცირე რაოდენობით პუბერტატული, გვიანი პუბერტატული ან ზრდასრული ტგმ ადამიანი მიმართავს ნაყოფიერების შენარჩუნებას (Nahata et al., 2017), და მრავალი მათგანი დგება გამონვევების წინაშე, როდესაც მიმართავს ნაყოფიერების შენარჩუნების ინტერვენციებს. არა მარტო ამ მეთოდების ხელმისაწვდომობა და ღირებულებაა ბარიერი (განსაკუთრებით იმ რეგიონებში, სადაც დაზღვევა არ ფარავს ამ მომსახურებას), არამედ ეს პროცედურები ხშირად არის ფიზიკურად და ემოციურად არაკომფორტული და ბევრი გამოხატავს ნუხილს ტრანზიციის პროცესის გადადების გამო (Chen et al., 2017; De Sutter et al., 2002; Nahata et al., 2017; Wierckx, Stuyver et al., 2012). განსაკუთრებით კვერცხუჯრედის სტიმულაციის შემდგომი ენდოვაგინალური ექოსკოპია და ოციტების ამოღების პროცედურა (და თანმხლები ფსიქოლოგიური უარყოფითი სტრესი) მითითებული იყო ბარიერად იმ ადამიანებისთვის, რომლებსაც დაბადებისას მდედრობითი სქესი მიანიჭეს (Armuan, Dhejne et al., 2017; Chen et al., 2017). ასევე იმ ახალგაზრდა ზრდასრულებს, რომლებიც გადიან ტრანზიციას, შეიძლება არ ჰქონდეთ მკაფიო წარმოდგენა მშობლობაზე და ამიტომ შესაძლოა, უარი თქვან ნაყოფიერების შენარჩუნების შესაძლებლობის გამოყენებაზე მაშინ, როდესაც მოგვიანებით მათ შეიძლება სხვა აზრი ჩამოუყალიბდეთ მშობლობაზე

(Cauffman & Steinberg, 2000). ტრანზიციისას გენდერული დისფორიის შემცირებამ შეიძლება ასევე ზეგავლენა იქონიოს ნაყოფიერების შენარჩუნების შესახებ გადაწყვეტილების მიღების პროცესზე (Nahata et al., 2017). კვლევაზე დაყრდნობით ტგმ ახალგაზრდების ნაყოფიერების პერსპექტივები შეიძლება შეიცვალოს რაღაც დროის შემდეგ (Nahata et al., 2019; Strang, Jarin et al., 2018), ნაყოფიერების შენარჩუნების ვარიანტები მუდმივად უნდა განიხილებოდეს.

დასკვნა 16.4

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, აუხსნან პრეპუბერტატულ და ადრეულ პუბერტატულ ასაკში მყოფ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ახალგაზრდებს და მათ ოჯახებს, რომლებსაც სურთ გენდერის დამადასტურებელი თერაპიის გავლა, რომ თანამედროვე მტკიცებულებებზე დაფუძნებული/აღიარებული ნაყოფიერების შენარჩუნების ვარიანტები შეზღუდულია.

პრეპუბერტატული და ადრეპუბერტატული ბავშვებისთვის, ნაყოფიერების შენარჩუნების ვარიანტები შეზღუდულია და მათთვის მხოლოდ სასქესო ჯირკვლის ქსოვილის შენახვის ვარიანტი არსებობს. მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნული ვარიანტი ხელმისაწვდომია ტგმ ბავშვებისთვის, ისევე როგორც ხელმისაწვდომია სისგენდერი პრეპუბერტატული და ადრეულ-პუბერტატული ონკოლოგიური პაციენტებისთვის, არ არსებობს ლიტერატურა, რომელიც აღწერს ამ მიდგომის გამოყენებას ტრანსგენდერ ადამიანებში. კვერცხუჯრედის ქსოვილის ავტოტრანსპლანტაციის შედეგად სისგენდერ ქალებში 130-ზე მეტი ცოცხლადშობილი ახალშობილი დაფიქსირდა. ამ პაციენტების უმრავლესობა ბუნებრივად დაორსულდა დამხმარე რეპროდუქციული ტექნოლოგიის გამოყენების გარეშე (Donnez & Dolmans, 2015; Jadoul et al., 2017) და უმეტესობამ თავიანთი კვერცხუჯრედის ქსოვილი შეინახა მოზრდილობის ან პუბერტატულ ასაკში. მიუხედავად იმისა, რომ რეპროდუქციული მედიცინის ამერიკული საზოგადოება

საკვერცხეების ქსოვილის შენახვას აღარ განიხილავს როგორც ექსპერიმენტულ მეთოდს (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019), ძალზე მცირე რაოდენობით მოიპოვება ანგარიშები, რომლებიც აღწერს წარმატებულ ორსულობას ქალებში, რომლებმაც გადაინერგეს კვერცხუჯრედის ქსოვილი, რომლის კრიოკონსერვაცია მოხდა სქესობრივ სიმნიფემდე. დიმისტერემ და კოლეგებმა (2015) და როდრიგეს-უოლბერგმა, მილენკოვიჩმა და კოლეგებმა (2021) აღწერეს წარმატებული ორსულობის შემთხვევები ქსოვილის ტრანსპლანტაციის შედეგად, რომელიც აღებული იქნა 14 წლის ასაკში და ახლახან მეთიუსმა (2018) აღწერა გოგონას შემთხვევა, რომელსაც თალასემიის დიაგნოზი დაუსვეს და რომელმაც საკვერცხის ქსოვილი შეინახა 9 წლის ასაკში და ტრანსპლანტაცია მოხდა 14 წლის შემდეგ. ის შემდგომ დაორსულდა ინვიტრო განაყოფიერების გამოყენებით და ჯანმრთელი ბავშვი გააჩინა.

ამჟამად, საკვერცხის შენახული ქსოვილის ერთადერთი მომავალი კლინიკური გამოყენება არის ავტოტრანსპლანტაცია, რაც შეიძლება არ იყოს სასურველი ტრანსგენდერ კაცებში (ესტროგენის პოტენციურად არასასურველი ეფექტის გამო). ლაბორატორიული პროცედურა, რომელიც შესაძლებელს გახდის საკვერცხეების ქსოვილიდან ოოციტების ინვიტრო მომნიფებას, იდეალური იქნება ტრანსგენდერი ადამიანების შენახული საკვერცხეების ქსოვილის მომავალი გამოყენებისთვის, მაგრამ ეს მეთოდი ამჟამად მხოლოდ კვლევის პროცესშია და მისი ოპტიმიზაცია ხდება ადრეული სამეცნიერო კვლევის პირობებში (Ladanyi et al., 2017; Oktay et al., 2010).

სათესლე ჯირკვლის ქსოვილის პრეპუბერტატული ამოღება დოკუმენტირებულია როგორც დაბალრისკიანი პროცედურა (Borgström et al., 2020; Ming et al., 2018). ზოგიერთმა ავტორმა აგრეთვე აღწერა ეს მიდგომა როგორც თეორიული ვარიანტი ტრანსგენდერი ადამიანებისთვის (DeRoo et al., 2016; Martinez et al., 2017; Nahata, Curci et al., 2018). თუმცა, ლიტერატურაში არ არსებობს ანგარიში, რომელიც აღწერდა ნაყოფიერების შენარჩუნების ამ ვარი-

ანტის კლინიკურ ან კვლევით გამოყენებას ტემპაციენტებში. უფრო მეტიც, სათესლე ჯირკვლის ქსოვილის ავტოტრანსპლანტაციის კლინიკური გამოყენების შესაძლებლობა ადამიანებში უცნობი რჩება და ინვიტრო მომნიფების მეთოდი ჯერ კიდევ საბაზისო სამეცნიერო კვლევის არეალშია. ამგვარად, სპეციალისტები ამ მეთოდს ახლა ექსპერიმენტულ მეთოდად მიიჩნევენ (Picton et al., 2015). სასქესო ჯირკვლების ქსოვილის შენახვის შესაძლებლობა განხილული უნდა იყოს ნებისმიერ გენიტალურ ქირურგიულ ოპერაციამდე, რომლის შედეგიც იქნება სტერილიზაცია, თუმცა ამ ქსოვილის გამოყენების შესაძლებლობის შესახებ კომუნიკაცია უნდა იყოს მკაფიო.

დასკვნა 16.5

რეკომენდაციას ვაძლევთ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს, რომლებსაც აქვთ საშვილოსნო და სურთ დაორსულება, მიიღონ სტანდარტული ჩასახვისწინა ზრუნვა და პრენატალური ფსიქოლოგიური კონსულტაცია გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონების გამოყენების და შეწყვეტის შესახებ, ორსულობის სამედიცინო მეთვალყურეობის, მშობიარობის პროცესისა და მშობიარობის შესახებ, ძუძუთი კვების დამხმარე სერვისების შესახებ და პოსტნატალური მხარდაჭერის შესახებ ადგილობრივი ზრუნვის სტანდარტების შესაბამისად, გენდერის დადასტურების საფუძველზე.

ტრანსგენდერი კაცების და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანების (რომლებსაც დაბადებისას მდედრობითი სქესი მიენიჭათ) უმეტესობა ინარჩუნებს საშვილოსნოს და საკვერცხეებს და ამგვარად შეუძლიათ, დაორსულდნენ და ატარონ ნაყოფი ტესტოსტერონის ხანგრძლივი გამოყენების შემდეგაც კი (Light et al., 2014). ბევრ ტრანსგენდერ კაცს სურს შვილების ყოლა (Light et al., 2018; Wierckx, van Caenegem et al., 2012) და სურს ორსულობა (Moseson, Fix, Hastings et al., 2021; Moseson, Fix, Ragosta et al., 2021). დამხმარე რეპროდუქციულმა ტექნოლოგიებმა გააფართოვა ბევრი ტრანსგენდერი კაცის შესაძლებლობა, რომ დაორსულდეს

და შეძლოს საკუთარი ოჯახის დაგეგმვა (De Roo et al., 2017; Ellis et al., 2015; Maxwell et al., 2017). ზოგიერთი ტრანსგენდერი კაცი აღწერს ფსიქოლოგიურ იზოლაციას, დისფორიას, რაც უკავშირდება ორსულობით დამძიმებულ საშვილოსნოს, მკერდის ცვლილებას და დეპრესიას (Charter, 2018; Ellis et al., 2015; Hoffkling et al., 2017; Obedin-Maliver & Makadon, 2016). ამ მონაცემებისგან განსხვავებით, სხვა კვლევები აგრეთვე იტყობინებიან ორსულობისას ზოგიერთი პოზიტიური გამოცდილების შესახებ (Fischer 2021; Light et al., 2014). ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმნოდებლები უნდა იყვნენ ჩართული, რათა უზრუნველყონ დახმარება და ფსიქოლოგიური კონსულტაცია იმის შესახებ, თუ როდის უნდა შეწყდეს და როდის განახლდეს გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონების მიღება, რა ვარიანტებია ხელმისაწვდომი მშობიარობის მეთოდის და ძუძუთი კვებისთვის (Hoffkling et al., 2017).

საბოლოოდ, ჩარევა უნდა განხორციელდეს სისტემურ დონეზე და ინტერპერსონალურ დონეზე, რათა უზრუნველყოფილი იყოს ადამიანზე ორიენტირებული რეპროდუქციული ჯანდაცვა ყველა ადამიანისთვის (Hahn et al., 2019; Hoffkling et al., 2017; Moseson, Zazanis et al., 2020; Snowden et al., 2018). ემბრიონის განვითარებაზე ტესტოსტერონის პოტენციური მავნე ზეგავლენის გათვალისწინებით რეკომენდებულია ტესტოსტერონის ან მასკულინიზაციისთვის განკუთვნილი ჰორმონული თერაპიის შეწყვეტა კვერცხუჯრედის განაყოფიერებამდე და მთელი ორსულობის განმავლობაში. თუმცა უცნობია რა არის ის ოპტიმალური დრო ორსულობამდე ტესტოსტერონის შეწყვეტისთვის, ან მისი განახლებისთვის ორსულობის შემდეგ. რაკი გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონის შეწყვეტამ შეიძლება გამოიწვიოს დისტრესი და გაამწვავოს დისფორია ტრანსგენდერ კაცებში, როდის და როგორ შეწყდეს ეს თერაპია განხილული უნდა იქნას პრენატალური ფსიქოლოგიური კონსულტაციისას (Hahn et al., 2019). რადგან არ არსებობს ინფორმაცია ტესტოსტერონის ექსპოზიციის და ტერატოგენური მოქმედების შესახებ, ტესტოსტერონის გამოყენება უნდა შეწყდეს და ორსულების მცდელობის წინ

და ჩასახვის სანინაალმდეგო საშუალებების გამოყენების შეწყვეტამდე. უფრო მეტიც, შეზღუდულია ინფორმაცია ტრანსგენდერი კაცების მიერ შობილი ჩვილების ჯანმრთელობის შედეგების შესახებ. მცირე შემთხვევების კვლევებმა, რომლებიც ცდილობდნენ შეეფასებინათ ეს საკითხი ცხადყო, რომ არავითარი ფიზიკური ან ფსიქოლოგიური განსხვავება არ არის ტრანსგენდერი კაცის მიერ გაჩენილ ჩვილსა და დანარჩენ პოპულაციაში დაბადებულ ჩვილებს შორის (Chiland et al., 2013).

შეჯამება

შეზღუდული რაოდენობის კვლევებში, რომლებიც აფასებენ ლაქტაციას და ძუძუთი კვებას, ტრანსგენდერი კაცების და ტგმ ინდივიდების უმეტესობამ, რომლებსაც დაბადებისას მამრობითი სქესი მიანიჭეს და რომლებმაც აირჩიეს პოსტნატალური ძუძუთი კვება, წარმატებით გაართვეს თავი მას. კვლევა მიუთითებს, რომ ლაქტაციის შემოტანა ნაწილობრივ დამოკიდებული იყო კვერცხუჯრედის განაყოფიერებამდე ფსიქოლოგიურ კონსულტაციაზე და ლაქტაციისისას ბავშვის ძუძუთი კვების მხარდაჭერაზე (MacDonald et al., 2016; Wolfe-Roubatis & Spatz, 2015). კერძოდ, ტრანსგენდერი კაცები და ტგმ ადამიანები, რომლებიც იყენებენ ტესტოსტერონს, ინფორმირებული უნდა იყვნენ შემდეგზე: 1) მიუხედავად იმისა, რომ რაოდენობა მცირეა, ტესტოსტერონი გადადის ძუძუს რძეში; და 2) მისი ზეგავლენა ახალშობილზე/ბავშვზე უცნობია და ამიტომ გენდერის დამადასტურებელი ტესტოსტერონის გამოყენება არ არის რეკომენდებული ლაქტაციისას, მაგრამ შეიძლება განახლდეს ძუძუთი კვების შეწყვეტის შემდეგ (Glaser et al., 2009). ტრანსგენდერი კაცებისთვის და სხვა ტგმ ინდივიდებისთვის, რომლებსაც დაბადებისას მდედრობითი სქესი მიანიჭეს, ცნობილი უნდა იყოს, რომ ზოგიერთმა პაციენტმა, რომელიც ორსულად არის შეიძლება გამოსცადოს მკერდის არასასურველი ზრდა და/ან ლაქტაცია მკერდის რეკონსტრუქციის შემდეგაც კი და ამიტომ მათ სჭირდებათ დახმარება თუ მათ ლაქტაციის შეჩერება სურთ (MacDonald et al., 2016). შეზღუდული ინფორმაცია არსებობს ლაქტაცი-

ის შესახებ ტრანსგენდერ ქალებში, ისევე როგორც, სხვა ტგმ ადამიანებში, რომლებსაც დაბადებისას მამრობითი სქესი მიანიჭეს, მაგრამ ბევრი აგრეთვე გამოხატავს სურვილს განახორციელოს ძუძუთი კვება. არსებობს ინფორმაცია შემთხვევის შესახებ, როცა ტრანსგენდერმა ქალმა წარმატებით განახორციელა ლაქტაცია და ძუძუთი გამოკვება თავისი ჩვილი მას შემდეგ, რაც მიიღო ჰორმონული მხარდაჭერა ესტროგენის, პროგესტერონის და დომპერიდონის კომბინაციის გამოყენებით და ძუძუს გამოწველით (Reisman & Goldstein, 2018). ამ პირობებში ძუძუს რძის ნუტრიციონალური და იმუნოლოგიური პროფილი არ არის შესწავლილი. ამიტომ პაციენტებს უნდა ეცნობოთ ამ მიდგომის რისკების და სარგებლის შესახებ ბავშვის კვებისას (Reisman & Goldstein, 2018).

დასკვნა 16.6

რეკომენდაციას ვაძლევთ სამედიცინო მიმწოდებლებს, განიხილონ კონტრაცეფციის მეთოდები იმ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებთან, რომლებიც ჩართულნი არიან ისეთ სექსუალურ აქტივობებში, რომელსაც შეიძლება მოჰყვეს ორსულობა.

მრავალ ტგმ ინდივიდს შეუძლია შეინარჩუნოს რეპროდუქციული შესაძლებლობა და (თუ ისინი ინარჩუნებენ საშვილოსნოს, საკვერცხეებსა და საშვილოსნოს მილებს) მათ სექსუალურ პარტნიორებს (სპერმის გამომყოფ ინდივიდებს) შეიძლება დაუდგეთ დაუგეგმავი ორსულობა (James et al., 2016; Light et al., 2014; Moseson, Fix et al., 2020). ამიტომ, საჭიროა კონსულტაცია ოჯახის მიზანმიმართული დაგეგმვისთვის, რომელიც მოიცავს კონტრაცეფციასა და აბორტის გენდერ-ექსპანსიური გზით ჩატარებასაც (Klein, Berry-Bibee et al., 2018; Obedin-Maliver, 2015; Stroumsa & Wu, 2018). ტგმ ადამიანები, რომლებსაც დაბადებისას მდედრობითი სქესი მიენიჭათ, შეიძლება არ იყენებდნენ კონტრაცეფციას იმ მცდარი ვარაუდის გამო, რომ ტესტოსტერონი კონტრაცეფციის საიმედო ფორმაა (Abern & Maguire, 2018; Ingraham et al., 2018; Jones, Wood et al., 2017; Potter et al., 2015). თუმცა თანამედ-

როვე გაგებით, ტესტოსტერონი არ უნდა იქნას მიჩნეული კონტრაცეფციის საიმედო ფორმად მისი არასრული სუპრესიის გამო ჰიპოთალამური-ჰიპოფიზარული-თირკმელზედა აქსისის მიერ (Krempasky et al., 2020). უფრო მეტიც, ორსულობა დადგა მაშინ, როდესაც ინდივიდებს ჰქონდათ ამენორეა ტესტოსტერონის გამოყენების ნიადაგზე, რომელიც შეიძლება გაგრძელდეს უფრო მეტ ხანს აქტიური ადმინისტრირების პერიოდებში (Light et al., 2014). ორსულობა შეიძლება აგრეთვე დადგეს ტგმ ადამიანებში ტესტოსტერონის ხანგრძლივი გამოყენების შემდეგაც (სულ მცირე 10 წლამდე), თუმცა ზეგავლენა ოციტიტებზე და ნაყოფიერების საბაზისო მონაცემებზე ჯერ კიდევ უცნობია (Light et al., 2014). ტგმ ადამიანებმა, რომლებსაც დაბადებისას მიენიჭათ მდედრობითი სქესი, შეიძლება გამოიყენონ კონტრაცეფციის სხვადასხვა მეთოდი (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). ეს მეთოდები შეიძლება გამოყენებულ იქნას მხოლოდ ორსულობის პრვენციის, მენსტრუაციის შეკავების, ანომალური სისხლდენის ან სხვა გინეკოლოგიური საჭიროებებისთვის (Bonnington et al., 2020; Chrisler et al., 2016; Krempasky et al., 2020; Schwartz et al., 2019). აღნიშნულ პოპულაციაში კონტრაცეპტივების კვლევის დიდი დანაკლისია. არც ერთ კვლევას არ შეუძენია, როგორ შეიძლება გარე ანდროგენებმა (მაგ. ტესტოსტერონმა) შეცვალოს ჰორმონული კონტრაცეპტიული მეთოდების (მაგ. ესტროგენის და პროგესტინის კომბინირებული ჰორმონული კონტრაცეპტივი, მხოლოდ პროგესტინზე დაფუძნებული კონტრაცეპტივები) ეფექტურობის ან უსაფრთხოების პროფილი ან არაჰორმონული და ბარიერული კონტრაცეპტივების მეთოდები (მაგ. შიდა და გარე პრეზერვატივები, არაჰორმონული საშვილოსნოს შიდა მონყობილობები, დიაფრაგმები, ღრუბლები და ა.შ.). გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანები, რომლებსაც ამჟამად აქვთ პენისი და სათესლე ჯირკვლები, შეიძლება ჩართული იყვნენ სექსუალურ ურთიერთობაში ნებისმიერი გენდერის ინდივიდებთან, რომლებსაც აქვთ საშვილოსნო, საკვერცხეები და საშვილოსნოს მილები. გენ-

დერულად მრავალფეროვან ადამიანებს, რომლებსაც აქვთ პენისი და სათესლე ჯირკვლები, შუძლიათ გამოყონ სპერმა მაშინაც კი, თუ ისინი არიან გენდერის დამადასტურებელ ჰორმონებზე (ე.ი. ესტროგენზე) და მიუხედავად იმისა, რომ სპერმის მახასიათებლები გაუარესებულია მათში, ვინც ახლა იყენებს ან ადრე იყენებდა გენდერის დამადასტურებელ ჰორმონს, აზოოსპერმია არ არის სრული და სპერმის აქტივობა არ არის სრულად შეჩერებული (Adeleye et al., 2019; Jindarak et al., 2018; Kent et al., 2018). ამიტომ კონტრაცეფცია უნდა იყოს გათვალისწინებული ორსულობის თავიდან ასაცილებლად ისეთი სქესობრივი აქტივობის შემთხვევაში, როგორცაა პენისის ვაგინაში შეყვანა, როდესაც პარტნიორებიდან ერთს აქვს საშვილოსნო, საკვერცხეები და მილები, ხოლო მეორეს პენისი და სათესლე ჯირკვლები, არ აქვს მნიშვნელობა, თუ რომელიმე პარტნიორი იღებს გენდერის დამადასტურებელ ჰორმონებს. ამჟამად კონტრაცეფციული მეთოდები, რომლებიც სპერმის გამომყოფი პარტნიორებისთვის არსებობს არის ძირითადად მექანიკური ბარიერები (ე.ი. გარე და შიდა პრეზერვატივები), მუდმივი სტერილიზაცია (ე.ი. ვაზექტომია) და გენდერის დამადასტურებელი ქირურგია (მაგ. ორქიექტომია, რომელსაც შედეგად მოჰყვება სტერილიზაცია). რეკომენდებულია კონტრაცეფციული კონსულტაცია, რომელიც განიხილავს სპერმის გამოყოფას, კვერცხუჯრედის ჩამოყალიბებას და გესტაციურ პარტნიორებს (როდესაც ეს რელევანტურია).

დეკლარაცია 16.7

რეკომენდაციას ვაძლევთ ორსულობის შეწყვეტის მომსახურების მიმწოდებლებს, რომ უზრუნველყონ გენდერის დამადასტურებელი პროცედურული ვარიანტები და მოემსახურონ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან პირებს.

დაუგეგმავი ორსულობები და აბორტები დაფიქსირებულია ტგმ ინდივიდებს შორის, რომლებსაც აქვთ საშვილოსნო (Abern & Maguire, 2018; Light et al., 2014; Light et al., 2018; Moseson, Fix et al., 2020) და დოკუმენტირებულია აბორტის მომსახურების მიმწოდებელი კლინიკების მიმოხილვებში (Jones et al., 2020). თუმცა აბორტის ჩატარების მოსახლეობაზე დაფუძნებული ეპიდემიოლოგია და იმ ტგმ ინდივიდების გამოცდილება და პრეფერენციები, რომლებსაც დაბადებისას მდედრობითი სქესი მიენიჭათ და რომლებმაც ჩაიტარეს აბორტი, კვლავინდებურად წარმოადგენს კვლევის კრიტიკულ ხარვეზს (Fix et al., 2020; Moseson, Fix et al., 2020; Moseson, Lunn et al., 2020). მიუხედავად ამისა, რაკი ბევრი ტგმ ადამიანისთვის არსებობს დაორსულების შესაძლებლობა და რაკი ორსულობები შესაძლოა ყოველთვის არ აღმოჩნდეს დაგეგმილი ან სასურველი, უსაფრთხო და სამართლიანი, აუცილებელია, ორსულობის შეწყვეტისთვის არსებობდეს გენდერის დამადასტურებელი უსაფრთხო და ლეგალური სამედიცინო და ქირურგიული სერვისები.

თაქი 17. სექსუალური ჯანმრთელობა

სექსობრივ ჯანმრთელობას ღრმა ზეგავლენა აქვს ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ კეთილდღეობაზე სქესის, გენდერის ან სექსუალური ორიენტაციის მიუხედავად. თუმცა სქესთან, გენდერთან და სექსუალურ ორიენტაციასთან დაკავშირებული სტიგმა ზეგავლენას ახდენს ინდივიდის შესაძლებლობებზე, იცხოვროს თავისი სექსუალობით და მიიღოს შესაბამისი სექსუალური ჯანდაცვის მომსახურება. კონკრეტულად, უმეტეს საზოგადოებებში სისნორმატიულობას და ჰეტერონორმატიულობას მიუყავართ ვარაუდამდე, რომ ყველა ადამიანი არის სისგენდერი და ჰეტეროსექსუალი (Bauer et al., 2009) და რომ ეს კომბინაცია უპირატესია ყველა სხვა გენდერსა და სექსუალურ ორიენტაციაზე (Nieder, Güldenring et al., 2020; Rider, Vencill et al., 2019). ჰეტერო სისნორმატიულობა უარყოფს გენდერის, სექსუალური ორიენტაციის და სექსუალობის კომპლექსურობას და არ ითვალისწინებს მრავალფეროვნებას და ცვალებადობას. ეს ყველაფერი მით უფრო მნიშვნელოვანია, რადგან ტრანსგენდერი და ტგმ ადამიანების გენდერული იდენტობა, ორიენტაცია და პრაქტიკა ხასიათდება უდიდესი მრავალფეროვნებით (Galupo et al., 2016; Jessen et al., 2021; Thurston & Allan, 2018; T'Sjoen et al., 2020). ასევე, ძლიერი კულტურათაშორისი ტენდენცია ალონორმატიულობისკენ იხრება – ვარაუდისკენ, რომ ყველა ადამიანი განიცდის სექსუალურ მიზიდულობას ან სექსუალური ურთიერთობის ინტერესს – რაც უარყოფს ტგმ ადამიანების მრავალფეროვან გამოცდილებებს, განსაკუთრებით მათი, ვინც თავს მიაკუთვნებს ასექსუალურ სპექტრს (McInroy et al., 2021; Mollet, 2021; Rothblum et al., 2020). მსოფლიო ჯანმრთელობის ორგანიზაცია (WHO, 2010) ხაზს უსვამს, რომ სექსუალური ჯანმრთელობა დამოკიდებულია ყველა ადამიანის სექსუალური უფლებების პატივისცემაზე, იმ უფლების ჩათვლით, გამოხატონ სხვადასხვა სექსუალობა, და რომ მოეპყრან მათ პატივისცემით, უსაფრთხოდ და დისკრიმინაციისა და ძალადობის გარეშე. სექსუალური ჯანმრთელობის შესახებ მსჯელობა ფოკუსირებულია სქესობრივი ორგანოს და სხეულის ავტონომიაზე,

რომელიც მოიცავს თანხმობას, სექსუალურ სიამოვნებას, სექსუალურ დაკმაყოფილებას, პარტნიორობებს და ოჯახურ ცხოვრებას (Cornwall & Jolly, 2006; Lindley et al., 2021). ამ მხრივ, WHO სექსუალურ ჯანმრთელობას განსაზღვრავს როგორც „ფიზიკურ, ემოციურ, მენტალურ და სოციალურ კეთილდღეობას სექსუალობასთან მიმართებაში და არა უბრალოდ დაავადების, დისფუნქციის და უძლურების არარსებობას. სექსუალური ჯანმრთელობა მოითხოვს პოზიტიურ და პატივისცემით გამსჭვალულ მიდგომას სექსუალობასთან და სექსუალურ ურთიერთობასთან დაკავშირებით, ასევე შესაძლებლობას, ინდივიდებს ჰქონდეთ სასიამოვნო და უსაფრთხო სექსუალური გამოცდილება, რომელიც თავისუფალი იქნება იძულებისგან, დისკრიმინაციისა და ძალადობისაგან. სექსუალური ჯანმრთელობა რომ იყოს მიღწეული და შენარჩუნებული, აუცილებელია ადამიანის სექსუალური უფლებების პატივისცემა, აგრეთვე, ადამიანის სექსუალური უფლებები უნდა იყოს დაცული და განხორციელებული“ (WHO, 2006). ეს მოიცავს ინდივიდებს ასექსუალური სპექტრით, რომლებიც არ განიცდიან სექსუალურ მიზიდულობას სხვების მიმართ, მაგრამ შესაძლოა ხანდახან არჩევდნენ სქესობრივ აქტიურობას (მაგ. თვით-სტიმულაციის საშუალებით) და/ან განიცდიდნენ ინტერესს, შექმნან ან ააგონ რომანტიული ურთიერთობები (de Oliveira et al., 2021). ტგმ ადამიანების სექსუალური გამოცდილების და ქცევებისადმი მეცნიერული ყურადღება ბოლო წლებში გაიზარდა (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). ამ საკითხზე ლიტერატურის გაფართოება ასახავს სექსპოზიტიურ ჩარჩოს (Harden, 2014), რომელიც ცნობს როგორც დადებით ასპექტს, როგორცაა სექსუალური სიამოვნება (Laanetal., 2021), ისე პოტენციურ რისკებს, რომლებიც ასოცირებულია სექსუალობასთან (Goldhammer et al., 2022; Mujugira et al., 2021). თუმცა ტგმ ადამიანების სექსუალობის კვლევები ხშირად განიცდის ვალიდური გაზომვის – შესაბამის საკონტროლო ჯგუფის ან პროსპექტული დიზაინის დანაკლისს (Holmberg et al.,

სარეკომენდაციო ღებულებები

- 17.1 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომლებიც უზრუნველყოფენ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებზე ზრუნვას, დაეუფლონ იმ ცოდნასა და უნარებს, რომელიც საჭიროა სექსუალური ჯანმრთელობის საკითხების გადამწყვეტისათვის (მათი ზრუნვის უზრუნველყოფის შესაბამისად);
- 17.2 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომლებიც უზრუნველყოფენ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებზე ზრუნვას, განიხილონ გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის ზეგავლენა სექსუალურ ფუნქციაზე, სიამოვნებასა და დაკმაყოფილებაზე;
- 17.3 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომლებიც უზრუნველყოფენ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებზე ზრუნვას შეთავაზონ პარტნიორ(ებ)ის ჩართვა სექსუალობასთან დაკავშირებულ ზრუნვაში, თუ ეს შესაძლებელია;
- 17.4 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, კონსულტაცია გაუწიონ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს სარისკო სექსუალურ ქცევაზე, სექსუალურ ამოღებლობასა და სექსუალურ ფუნქციონირებაზე სტიგმისა და ტრამის პოტენციური ზემოქმედების შესახებ;
- 17.5 რეკომენდაციას ვაძლევთ ნებისმიერ ჯანდაცვის პროფესიონალს, რომელიც ისეთ მომსახურებას სთავაზობს პაციენტს, რომელმაც შესაძლოა ზეგავლენა მოახდინოს სექსუალურ ჯანმრთელობაზე, ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ინდივიდს მიაწოდონ ინფორმაცია, ჰკითხოთ მოლოდინის შესახებ და შეაფასონ შესაძლო ცვლილებების გააზრების დონე;
- 17.6 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომლებიც უზრუნველყოფენ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებზე ზრუნვას, კონსულტაცია გაუწიონ ახალგაზრდებსა და მოზრდილებს სექსობრივი გზით გადამდები ინფექციების პრევენციის შესახებ;
- 17.7 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომლებიც უზრუნველყოფენ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებზე ზრუნვას, მიყვინ ადგილობრივ და მსოფლიო ჯანმრთელობის ორგანიზაციის (World Health Organization) სახელმძღვანელოებს ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსის/სექსობრივი გზით გადამდები ინფექციების (HIV/STIs) სკრინინგის, პრევენციის და მკურნალობისთვის;
- 17.8 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომლებიც უზრუნველყოფენ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებზე ზრუნვას, უპასუხონ ნუხილს ანტირეტროვირუსულ მედეკამენტებსა და ჰორმონებს შორის პოტენციური ურთიერთქმედების შესახებ.

2019). ამასთან, ასეთი კვლევები უმეტესად ფოკუსირდება ექსკლუზიურად სექსუალურ ფუნქციონირებაზე (Kennis et al., 2022) და ამგვარად, ფუნქციონირების მიღმა უგულებელყოფილია სექსუალური კმაყოფილების და სექსუალური სიამოვნების ფართო ოპერაციონალიზაცია. ტგმ-სთან დაკავშირებული არსებული სამედიცინო მკურნალობის ეფექტი სექსუალობაზე არაერთგვაროვანია (Özer et al., 2022; T-Sjoen et al., 2020) და მცირე რაოდენობითაა კვლევები, რომელიც ტგმ ახალგაზრდების სექსუალობას ეხება (Bungener et al., 2017; Maheux et al., 2021; Ristori et al., 2021; Stübler & Becker-Hebly, 2019; Warwick et al., 2022). მართალია, წარმოდგენილია კონსულტაციისადმი და ტგმ ინდივიდების მიერ გამოცდილი სექსუალური სირთულეების მკურნალობისადმი სექს პოზიტიური მიდგომა (Fielding, 2021; Jacobson et al., 2019; Richards, 2021), დღემდე არასაკმარისაა შესწავლილი ამგვარი ინტერვენციების ეფექტურობა. სექსუალური ჯანმრთელობის მსოფლიო ასოციაცია (WAS) ადასტურებს სექსუალური სიამოვნების მნიშვნელობას და სექსუალური სიამოვნების მთავარ ხელშემწყობად მიიჩნევს თვითგამორკ-

ვევას, თანხმობას, უსაფრთხოებას, პირად სივრეს, კონფიდენციალურობას და სექსუალური ურთიერთობის კომუნიკაციას და მოლაპარაკების უნარს (Kismödi et al., 2017). სექსუალური ჯანმრთელობის მსოფლიო ასოციაცია აცხადებს, რომ სექსუალური სიამოვნება სექსუალური უფლებების და ადამიანთა უფლებებისგან განუყოფელია (Kismödi et al., 2017).

ტგმ ადამიანების სექსუალური ჯანმრთელობის ხელშეწყობისთვის ჯანდაცვის პროფესიონალებს სჭირდებათ, როგორც ტრანსგენდერ ადამიანებთან დაკავშირებული ექსპერტიზა, ასევე სენსიტიურობა (Nieder, Guldnering et al., 2020). ტგმ ადამიანების სექსუალური ჯანმრთელობის ეთიკურად უვნებელი, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული და მაღალი ხარისხის დონეზე გაუმჯობესებისთვის ჯანდაცვის პროფესიონალებმა უნდა უზრუნველყონ მომსახურება იგივენაირი ზრუნვით (ე.ი. ტრანსგენდერ ადამიანებთან დაკავშირებული ექსპერტიზით), პატივისცემით (ე.ი. ტრანსგენდერ ადამიანებთან დაკავშირებული მგრძობელობით) და სექსუალურ სიამოვნებასა და სექსუალურ კმაყოფილებაში ინვესტირებით, როგორცაა უზრუნ-

ველყოფენ ჰეტეროსექსუალი ადამიანებისთვის (Holmberg et al., 2019). ბევრ საზოგადოებაში არაკონფორმულმა გენდერულმა გამოხატვებმა შეიძლება აღძრან ძლიერი (ემოციური) რეაქციები, მათ შორის ჯანდაცვის პროფესიონალებში. ამგავარად, როდესაც ხდება ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული კონტაქტი ან ყალიბდება თერაპიული ურთიერთობა, არაგამკიცხავი, ღია და კეთილმოსურნე მიდგომა უნდა იქნას უზრუნველყოფილი, როდესაც ჯანდაცვის პროფესიონალები ასახავენ თავიანთ ემოციურ, შემეცნებით და ინტერაქციულ რეაქციებს პიროვნებასთან მიმართებით (Nieder, Güldenring et al., 2020). დამატებით, ტრანსგენდერ ინდივიდებთან დაკავშირებული ექსპერტიზა ეხება ტგმ პირის ინტერსექციური იდენტობის გავლენის იდენტიფიცირებას და მარგინალიზაციის და სტიგმის გამოცდილებას, რომელიც შესაძლოა ტგმ ადამიანების მთელ ცხოვრებაზე ახდენდეს გავლენას (Rider, Vencill et al., 2019). იმისთვის, რომ ადეკვატურად მართონ ტგმ ადამიანების ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სოციალური მდგომარეობები, ჯანდაცვის პროფესიონალებისთვის ცნობილი უნდა იყოს, რომ ეს პირობები ძირითადად შეუმჩნეველი რჩება ჰეტერო სისნორმატიულობის, ცოდნის არქონის და გამოცდილების ნაკლებობის გამო (Rees et al., 2021). მნიშვნელოვანია გათვალისწინებული იყოს სექსუალობასთან დაკავშირებული კულტურული ნორმები. მაგალითად, ზოგიერთ აფრიკულ კულტურაში სექსის როგორც ტაბუს იდეა ზღუდავს არაერთ მისაღებ ტერმინს, რომლებიც შეიძლება გამოყენებული იქნას სექსუალური ისტორიის შესახებ საუბრისას (Netshandama et al., 2017). კულტურულად თავაზიან ენაზე საუბარმა შეიძლება გააადვილოს ადამიანის სექსუალურ ისტორიაზე ღიად საუბარი და შეამციროს გაურკვევლობა ან სირცხვილის განცდა (Duby et al., 2016). დამატებით, ჯანდაცვის პროფესიონალები მგრძობიარეები უნდა იყვნენ სექსუალური იდენტობისა და ორიენტაციის ისტორიის (არასწორი) გამოყენების მიმართ, რადგან ამ უკანასკნელის როგორც კარიბჭის ფუნქცია გახლავთ ის, რომ გამორიცხოს ტრანსგენდერი ადამიანები გენდერის დამადასტურებელი ჯანდაცვიდან (Nieder & Richter-Appelt, 2011; Richards et al., 2014). ქვე-

მოთ მოცემული რეკომენდაციების მიზანია ტგმ ადამიანების სექსუალური ჯანდაცვის გაუმჯობესება.

მოცემულ თავში მოყვანილი ყოველი დებულება შედგენილია მტკიცებულებათა შესწავლის, სარგებლისა და ზიანის სრულად შეფასების, პაციენტებისა და მიმწოდებლების ფასეულობებისა და პრიორიტეტების გათვალისწინებით, აგრეთვე რესურსებისა და განხორციელებადობის შეფასების საფუძველზე. ზოგიერთ შემთხვევაში ვაცნობიერებთ, რომ მტკიცებულებები შეიძლება არ იყოს საკმარისი და ეს მომსახურებები კი არ იყოს სასურველი და ხელმისაწვდომი.

დაკლავა 17.1

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომლებიც უზრუნველყოფენ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებზე ზრუნვას, დაეუფლონ იმ ცოდნასა და უნარებს, რომელიც საჭიროა სექსუალური ჯანმრთელობის საკითხების გადწყვეტისთვის (საჭიროებების შესაბამისად).

მნიშვნელოვანია, რომ ჯანდაცვის პროფესიონალები, რომლებიც ტგმ ადამიანების სექსუალურ ჯანმრთელობაზე მუშაობენ, კარგად იცნობდნენ საყოველთაოდ მიღებულ ტერმინოლოგიას (იხილეთ თავი 1 – ტერმინოლოგია) და სთხოვდნენ ზრუნვის მაძიებელს, განმარტოს ტერმინი, რომელიც შეიძლება მომსახურების მიმწოდებელმა არ იცოდეს. ამ კონტექსტში მნიშვნელოვანია, რომ ჯანდაცვის პროფესიონალებმა (მომზადებულები იყვნენ) გაითვალისწინონ სექსუალური ისტორია და შესთავაზონ მკურნალობა (თავიანთი კომპეტენციის შესაბამისად) გენდერის დამადასტურებელი და სექსპოზიტიური მიდგომით (Centers for Disease Control, 2020; Tomson et al., 2021). თუმცა ჯანდაცვის პროფესიონალებმა უფრო დიდი ყურადღება უნდა მიაქციონ ტერმინოლოგიას, რომელსაც ტგმ ადამიანი იყენებს თავისი სხეულის შესახებ და არა უფრო ტრადიციულად მიღებულ ან გამოყენებულ სამედიცინო ტერმინოლოგიას (Wesp, 2016). როდესაც საუბრობენ სექსუალური

პრაქტიკის შესახებ, სასურველია, ფოკუსირება მოხდეს სხეულის ნაწილებზე (მაგ. „თქვენ სექსი გაქვთ ადამიანებთან, რომლებსაც აქვთ პენისი, ადამიანებთან რომლებსაც აქვთ ვაგინა თუ ორივესთან?“; ACON, 2022) და რა როლი აქვს სხეულის ამ ნაწილებს მათ სექსუალობაში (მაგ. „სექსის დროს თქვენი სხეულის რომელიმე ნაწილი შედის თქვენი პარტნიორის სხეულში, როგორცაა გენიტალიები, ანუ სი პირი?“; ACON, 2022).

დეკლარაცია 17.2

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომლებიც უზრუნველყოფენ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებზე ზრუნვას, განიხილონ გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის ზეგავლენა სექსუალურ ფუნქციაზე, სიამოვნებასა და დაკმაყოფილებაზე.

იმისთვის, რომ გენდერის დამადასტურებელი ზრუნვა შედგეს, მნიშვნელოვანია, ჯანდაცვის პროფესიონალები, რომლებიც უზრუნველყოფენ ტრანზიციასთან დაკავშირებულ სამედიცინო ჩარევებს, საკმარისად იყვნენ ინფორმირებულნი იმის შესახებ, თუ რა შესაძლო გავლენას ახდენს აღნიშნული ჩარევები სექსუალურ ფუნქციაზე, სიამოვნებასა და დაკმაყოფილებაზე (T'Sjoen et al., 2020). ეს უფრო მეტად მნიშვნელოვანია, რადგან კლინიკური მონაცემები მიუთითებს, რომ ტგმ ადამიანები მნიშვნელოვნად ნაკლებ სექსუალურ სიამოვნებას იღებენ ჰეტეროსექსუალ ინდივიდებთან შედარებით (Gieles et al., 2022). თუ ჯანდაცვის პროფესიონალს არ შეუძლია ინფორმაციის მიწოდება იმის შესახებ, თუ რა გავლენას ახდენს მკურნალობა სექსუალურ ფუნქციაზე, სიამოვნებასა და დაკმაყოფილებაზე, მათ სულ მცირე, შეუძლიათ, რომ ინდივიდი გადააგზავნონ ამ საკითხში კვალიფიციურ სპეციალისტთან. თუ მკურნალობის სექსუალობასთან დაკავშირებული ეფექტები უცნობია, ჯანდაცვის პროფესიონალებმა შესაბამისი ინფორმაცია უნდა მიაწოდონ პაციენტს. როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ტგმ ადამიანების სექსუალობა ხშირად ეჭვქვეშ აყენებს ჰეტერონორმატიულ მოსაზ-

რებებს. მიუხედავად ამისა, დიდი რაოდენობით ლიტერატურა (e.g., Bauer, 2018; Laube et al., 2020; Hamm & Nieder, 2021; Stephenson et al., 2017) ხაზს უსვამს სექსუალობის სპექტრულ ხასიათს, რომელიც არ შეესაბამება იმ მოლოდინს, რომელსაც მამრობითი და მდედრობითი სექსუალობა მოიცავს (არც სის და არც ტრანსგენდერი), რომ არაფერი ვთქვათ გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებზე (მაგ. არაბინარული, აგენდერი, გენდერქვიარი. ამგვარად, ეს ასპექტები ყურადღებით უნდა იქნას გათვალისწინებული ჯანდაცვის პროფესიონალების მიერ, რადგან სისნორმატიულობა, ჰეტერონორმატიულობა და ტრანზიციასთან დაკავშირებული სამედიცინო ჩარევები ძლიერ ზეგავლენას ახდენს სექსუალურ ჯანმრთელობაზე). სექსუალური სიამოვნება დოკუმენტირებულია, როგორც ფაქტორი სექსუალური, გონებრივი და ფიზიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესების შედეგებისთვის (Anderson, 2013). ჯანდაცვის პროფესიონალები, რომლებიც უზრუნველყოფენ სექსუალურ ჯანდაცვას, სექსუალური ფუნქციის შემდეგ, სექსუალურ სიამოვნებას და დაკმაყოფილებას უნდა მიუდგინონ როგორც ძირითად ფაქტორს სექსუალურ ჯანმრთელობაში. ისტორიულად, სექსუალური ჯანდაცვა იყო ავადმყოფობაზე ფოკუსირებული, ეს განსაკუთრებით ეხება კვლევასა და კლინიკურ პრაქტიკას ტგმ პაციენტებთან მუშაობისას. მართალია, კომპეტენტური სექსუალური ჯანდაცვა საჭიროა აივ-ინფექციის და სქესობრივად გადადამდები დაავადებების (სგდ) შემთხვევაში, ტგმ პაციენტების სექსუალური კმაყოფილების დღის წესრიგში ინტეგრირება აგრეთვე საჭიროა. მოწოდება, რომ სექსუალური სიამოვნება ინტეგრირებული იყოს როგორც ფოკუსის ცენტრი სგდ-ს პრევენციული განათლებისთვის და ინტერვენციაში, ეყრდნობა აზრს, რომ სიამოვნება არის ქცევის მოტივატორი (Philpott et al., 2006). ტგმ ადამიანები დაინტერესებულები არიან სექსუალური სიამოვნებით და სჭირდებათ ჯანდაცვის პროფესიონალები, რომლებიც გათვითცნობიერებული არიან სექსუალური პრაქტიკის მრავალფეროვნებაში და ანატომიურ ფუნქციონირებაში, რომელიც ტგმ ჯანდაცვის ნაწილია.

დეკლარაცია 17.3

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომლებიც უზრუნველყოფენ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებზე ზრუნვას, შესთავაზონ პარტნიორ(ებ)ის ჩართვა სექსუალობასთან დაკავშირებულ ზრუნვაში, თუ ეს მართებულია.

როცა კლინიკური ინტერესისთვის მართებული და შესაფერისია, სექსუალური და/ან რომანტიკული პარტნიორ(ებ)ის ჩართვამ სექსუალური ჯანდაცვის გადაწყვეტილების მიღებაში შეიძლება გაზარდოს ტგმ პაციენტების სექსუალური კეთილდღეობა და დაკმაყოფილებასთან დაკავშირებული შედეგები (Kleinplatz, 2012). ტგმ ადამიანებმა შეიძლება აირჩიონ მთელი რიგი ტრანზიციასთან დაკავშირებული სამედიცინო ჩარევები და ამ ჩარევებს შეიძლება ჰქონდეთ შერეული შედეგები ანატომიური დისფორიის ცვალებად გამოცდილებასთან მიმართებით (Bauer & Hammond, 2015). როდესაც განიხილავენ სამედიცინო ჩარევების ზეგავლენას სექსუალურ ფუნქციონირებაზე, სიამოვნებასა და დაკმაყოფილებაზე, პარტნიორ(ებ)ის ჩართვამ შეიძლება უზრუნველყოს პოტენციური ცვლილებების შესახებ ცოდნის ზრდა და ხელი შეუწყოს პარტნიორებს შორის კომუნიკაციას (Dierckx et al., 2019). რადგან ტრანზიციის პროცესი ხშირად არ არის სრულად იზოლაციის მცდელობა, სექსუალური და/ან რომანტიკული პარტნიორების ჩართვამ ტრანზიციასთან დაკავშირებულ ჯანდაცვაში შეიძლება გაამარტივოს „თანა-ტრანზიციის“ პროცესი (Lindley et al., 2020; Siboni et al., 2022; Theron & Collier, 2013) და აგრეთვე დაეხმაროს სექსუალურ ზრდას და კორექტირებას როგორც ინდივიდუალურს, ასევე ურთიერთობაში. სოციალურ და ფსიქოლოგიურ ბარიერებს სექსუალური ფუნქციონირებისა და სიამოვნებისთვის, მათ შორის გენდერული დისფორიის, სტიგმატიზაციის, სექსუალური და ურთიერთობის როლური მოდელების ნაკლებობას და შეზღუდულ ცოდნას შეუძლია, უარყოფითი ზეგავლენა მოახდინოს საერთო სექსუალურ ჯანმრთელობაზე (Kerckhof et al., 2019). მხარდამჭერი, გენდერის დამადასტურებელი სექსუალური კომუნიკაცია პარტნიორებს შორის აუმჯობესებს სექსუალურ

კმაყოფილებასთან დაკავშირებულ შედეგებს ტგმ ადამიანებისთვის (Stephenson et al., 2017; Wierckx, Elaut et al., 2011).

სექსუალური და/ან რომანტიკული პარტნიორების ინკლუზია შესაძლებლობას იძლევა რეალისტური მოლოდინების შესაქმნელად, სასარგებლო და ზუსტი ინფორმაციის გასაავრცელებლად და სექსუალურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული გენდერის დამადასტურებელი კომუნიკაციის ხელშესაწყობად. თუმცა, საბოლოო ჯამში, მნიშვნელოვანია აღიარებული იყოს, რომ პაციენტმა თვითონ უნდა გააკეთოს ინდივიდუალური არჩევანი გენდერულ ჯანმრთელობასთან და ტრანზიციასთან მიმართებაში და არა პარტნიორმა. მნიშვნელოვანია, რომ პარტნიორების ჩართვა სექსუალურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ზრუნვაში ხდება მხოლოდ მაშინ, როდესაც ეს მართებულია და ეს პაციენტის სურვილია. უკუჩვენებები შეიძლება მოიცავდეს ინტერპერსონალური ურთიერთობის დინამიკას, რომელიც არის არაჰუმანური ან ძალადობრივი, რა შემთხვევაშიც პაციენტის უსაფრთხოება უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე პარტნიორის ჩართულობა. საბოლოოდ, გადამწყვეტია, რომ ჯანდაცვის პროფესიონალები ყველა ადამიანს მიუდგნენ აფირმაციულად და ინკლუზიურად, სექსუალური და რომანტიკული პარტნიორების ჩათვლით. ეს ნიშნავს, მაგალითად, პაციენტის პარტნიორის(ების) ან პაციენტის ურთიერთობის სტრუქტურასთან დაკავშირებით ვარაუდების და პოტენციური მიკერძობების მონიტორინგსა და გადასინჯვას.

დეკლარაცია 17.4

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, კონსულტაცია გაუწიონ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს სარისკო სექსუალურ ქცევაზე, სექსუალურ ამრიდებლობასა და სექსუალურ ფუნქციონირებაზე სტიგმისა და ტრამვის პოტენციური ზემოქმედების შესახებ.

ტგმ საზოგადოება სტიგმის, დისკრიმინაციისა და ძალადობის არაპროპორციულ ზეგავლენას განიცდის (de Vries et al., 2020; European Union Agency for Fundamental Rights, 2020;

ჰორმონული და ქირურგიული მკურნალობის გამო (Holmberg et al., 2018; Kerckhof et al., 2019; Stephenson et al., 2017; Weyers et al., 2009). ტრანზიციასთან დაკავშირებულმა ჰორმონებმა შეიძლება ზეგავლენა მოახდინოს ხასიათზე, სექსუალურ სურვილზე, ერექციის და ეაკულაციის ქონის უნარზე და გენიტალური ქსოვილის ჯანმრთელობაზე, რამაც თავის მხრივ, შეიძლება გავლენა იქონიოს სექსუალურ ფუნქციაზე, სიამოვნებასა და სექსუალურ თვითგამოხატვაზე (Defreyne, Elaut et al., 2020; Garcia & Zaliznyak, 2020; Kerckhof et al., 2019; Klein & Gorzalka, 2009; Wierckx, Elaut et al., 2014). ტგმ ადამიანებს, რომლებსაც სურთ თავიანთი თავდაპირველი სქესობრივი ანატომია გამოიყენონ პენეტრაციული სექსისთვის, შეუძლიათ ისარგებლონ მედიკამენტებით, რომლებიც შეამცირებს ჰორმონული თერაპიის სექსუალურ ჯანმრთელობაზე მოქმედ გვერდით მოვლენებს, როგორცაა ერექციული დისფუნქცია, აგრეთვე, გამოიყენონ მედიკამენტები ტგმ ადამიანებისთვის, რომლებიც იღებენ ესტროგენს და ანტიანდროგენებს და ადგილობრივ ესტროგენს და/ან დამატენიანებლებს ტგმ პირებისთვის, რომლებსაც აქვთ ვაგინალური ატროფია ან სიმშრალე ტესტოსტერონის თერაპიის გამო. სექსუალურ სურვილზე, აგზნებასა და ფუნქციაზე შეიძლება აგრეთვე უარყოფითი ზეგავლენა მოახდინოს ფსიქოტროპულმა ნამლებმა (Montejo et al., 2015). რადგან ზოგიერთ ტგმ ადამიანს გამოწერილი აქვს ნამლები, რომლებიც მკურნალობს დეპრესიას (Heylens, Elaut et al., 2014), შფოთვის (Millet et al., 2017) ან სხვა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებს (Dhejneet et al., 2016), მათი პოტენციური უკუჩვენება სექსუალურ ჯანმრთელობაზე გათვალისწინებული უნდა იყოს. ბევრ გენდერის დამადასტურებელ ქირურგიულ ჩარევას შეიძლება ჰქონდეს ზეგავლენა ეროგენულ შეგრძნებაზე, სექსუალურ სურვილზე და ალგზნებაზე, ასევე სექსუალურ ფუნქციასა და სიამოვნებაზე. ამ ცვლილებების ზეგავლენა პაციენტებზე შეიძლება შერეული იყოს (Holmberg et al., 2018). მკერდის ქირურგიამ (მკერდის შემცირება, მასტექტომია და მკერდის გადიდება) და სხეულის კონტურულმა პლასტიკამ, მაგალითად, შეიძლება უზრუნველყოს ფორმის და

გარეგნობის სასურველი ცვლილებები და ამგვარად შეამციროს ფსიქოლოგიური სტრესი, რომელიც ზიანს აყენებს სექსუალურ ფუნქციონირებას, მაგრამ უარყოფითად იმოქმედოს ეროგენულ შეგრძნებაზე (Bekeny et al., 2020; Claes et al., 2018; Rochlin Et al., 2020). გენიტალურმა ქირურგიამ შესაძლოა განსაკუთრებით პოტენციურად უარყოფითი ზეგავლენა იქონიოს სექსუალურ ფუნქციაზე და სიამოვნებაზე, თუმცა შესაძლოა ეს პოზიტიური გამოცდილება იყოს, რადგან პაციენტის სხეული უფრო შესაბამისობაში მოდის მის გენდერთან, რაც პოტენციურად ახალ გზას უხსნის სექსუალურ სიამოვნებას და დაკმაყოფილებას (Hess et al., 2018; Holmberg et al., 2018; Kerckhof et al., 2019).

დღემდე არსებულ ლიტერატურაში ამის მრავალი მაგალითი არსებობს:

- ქირურგიას შეიძლება შედეგად მოჰყვეს ეროგენული სტიმულაციის და/ან შეგრძნების სრული გაქრობა, ან შესაძლოა გაზრდა პაციენტის ქირურგიული ჩარევისწინა ანატომიურ მდომარეობასთან შედარებით (Garcia, 2018; Sigurjónsson et al., 2017);
- გარკვეული ქირურგიული ვარიანტები შეიძლება ასოცირდებოდეს სექსუალური ფუნქციის სპეციფიურ შეზღუდვებთან, რაც შეიძლება აღმოცენდეს მყისიერად, ან მომავალში ან დროდადრო, რაც პაციენტებმა უნდა გაითვალისწინონ საბოლოო გადაწყვეტილებამდე, როდესაც ისინი განიხილავენ ქირურგიული ჩარევის სხვადასხვა ვარიანტებს (Frey et al., 2016; Garcia, 2018; Isaacson et al., 2017);
- პოსტქირურგიულმა გართულებებმა შეიძლება უარყოფითად იმოქმედოს სექსუალურ ფუნქციაზე სექსუალური ფუნქციის ხარისხის გაუარესებით (მაგ. დისკომფორტი ან ტკივილი სექსუალური აქტივობისას), ან დამაკმაყოფილებელი აქტის თავიდან არიდებით (Kerckhof et al., 2019; Schardein et al., 2019).

ძირითადად, ნებისმიერი სამედიცინო მკურნალობით კმაყოფილებაზე დიდ ზეგავლენას

ახდენს პაციენტის მოლოდინები (Padilla et al., 2019). უფრო მეტიც, როდესაც პაციენტებს აქვთ არარეალისტური მოლოდინები მკურნალობამდე, უფრო მეტად მოსალოდნელია, რომ ისინი უკმაყოფილო იყვნენ შედეგით, მათზე ზრუნვით და მათი ჯანდაცვის პროფესიონალით (Padilla et al., 2019). ამიტომ, მნიშვნელოვანია პაციენტებს მიენოდოთ ადეკვატური ინფორმაცია მათი მკურნალობის ვარიანტების შესახებ და ამასთანავე გაგებულ და გათვალისწინებული იქნას, რა არის პაციენტისათვის მნიშვნელოვანი შედეგის თვალსაზრისით (Garcia, 2021). საბოლოოდ, მნიშვნელოვანია, რომ ჯანდაცვის პროფესიონალმა უზრუნველყოს, რომ პაციენტებს ესმოდეთ მკურნალობის პოტენციური უკუშედეგები სექსუალურ ფუნქციაზე და სიამოვნებაზე, რომ გადაწყვეტილება მიღებული იქნას შესაბამისი ინფორმირებულობის საფუძველზე. ეს რელევანტურია ორივე შემთხვევაში, როგორც ინფორმირებული თანხმობის (ე.ი. დისკუსია და გაგება) და ასევე შესაძლებლობის უზრუნველყოფაში, რომ შესთავაზონ შემდგომი განმარტება პაციენტებს და თუ სასურველია, მათ პარტნიორებს (Glaser et al., 2020).

დაკავშირებული ლიტერატურა 17.6

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომლებიც უზრუნველყოფენ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებზე ზრუნვას, კონსულტაცია გაუწიონ ახალგაზრდებსა და მოზრდილებს სქესობრივად გადამდები ინფექციების პრევენციის შესახებ.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO) (2015) რეკომენდაციას აძლევს ჯანდაცვის პროფესიონალებს, მოზარდებთან და ზრდასრულებთან პირველადი მომსახურებისას განახორციელონ სექსუალობასთან დაკავშირებული მოკლე კომუნიკაცია. აქედან გამომდინარე, ტგმ პირებს, რომლებიც არიან სექსუალურად აქტიურები, ან გეგმავენ სექსუალურ აქტიურობას, შეუძლიათ ისარგებლონ სექსუალობასთან დაკავშირებული კომუნიკაციით, ან აივ-ინფექციის/სქესობრივად გადამდები დაავადებების პრევენციის შესახებ კონსულტაციით. ეს საუბრები

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რადგან ჰეტეროსექსუალ ადამიანებთან შედარებით ტგმ პირებზე არაპროპორციულად ზემოქმედებს აივ-ინფექცია და სხვა სექსუალურად გადამდები ინფექციები (Baral et al., 2013; Becasen et al., 2018; Poteat et al., 2016). თუმცა, მცირე რაოდენობით მონაცემები მოიპოვება სხვა ინფექციებზე, როგორცაა ქლამიდია, გონორეა, სიფილისი, ვირუსული ჰეპატიტი და ჰერპესის სიმპლექსური ვირუსი (Tomson et al., 2021). გაეროს აივ/შიდსის ერთობლივი პროგრამის შეფასებით, ტრანსგენდერ ქალებს, სხვა ზრდასრულებთან შედარებით, 12-ჯერ მეტი შანსი აქვთ იცხოვრონ აივ-ინფექციით (UNAIDS, 2019). მეტაანალიზებით გაკეთებული შეფასებით, გლობალურად, ტრანსგენდერ ქალებში, რომლებსაც სექსი აქვთ კაცებთან, აივ-ინფექციის გავრცელება 19%-ია (Baral et al., 2013). აივ-ინფექციის/სქესობრივად გადამდები დაავადებების რისკი კონცენტრირებულია ტგმ ქვეჯგუფებში მრავალი ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური, ინტერპერსონალური და სტრუქტურული მონყვლადობის გამო. კერძოდ, ის ტრანს ფემინური ადამიანები, რომლებსაც სექსი აქვთ ჰეტეროსექსუალ კაცებთან, მიეკუთვნებიან რასობრივ/ეთნიკურ უმცირესობებს და ცხოვრობენ სიღარიბეში და არსებობისთვის ერთგებიან სექს სამუშაოში, არიან აივ-ინფექციის/სქესობრივად გადამდები დაავადებების მაღალი რისკის ქვეშ (Becasen et al., 2018; Poteat et al., 2015; Poteat et al., 2016). ნაკლებია ცნობილი აივ-ინფექციის/სქესობრივად გადამდები დაავადებების რისკის შესახებ ტრანსგენდერ კაცებში ან გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებში, რომლებსაც დაბადებისას მდედრობითი სქესი მიანიჭეს. მცირე კვლევები მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში მიუთითებენ ლაბორატორიაში დადასტურებული აივ-ინფექციის 0-4%-იან მეტობას ტრანს მასკულინურ ადამიანებში (Becasen et al., 2018; Reisner & Murchison, 2016). თითქმის არ არის კვლევა ჩატარებული ტრანს მასკულინურ ადამიანებზე, რომლებსაც სექსი აქვთ სისგენდერ კაცებთან აივ-ინფექციის მაღალი გავრცელების ქვეყნებში. მიუხედავად შეზღუდული ეპიდემიოლოგიური მონაცემებისა, ტრანს მასკულინური ადამიანები, რომლებსაც სექსი აქვთ სისგენდერ კაცებთან, ხშირად იუნყებიან აივ-ინფექციის/სქესობრივად გადამდები და-

ავადებების რისკის შესახებ, რაც უკავშირდება მიმღებ ვაგინალურ და/ან ანალურ სექსს (Golub et al., 2019; Reisner et al., 2019; Scheim et al., 2017), რაც შესაძლოა კავშირში იყოს ჰორმონებით გამომწვეული ვაგინალური ატროფიის გამო ვაგინალური ურთიერთობიდან შექმნილი აივ-ინფექციისადმი მონყვლადობის გაზრდასთან, სისგენდერ ქალებთან (პრე-მენოპაუზის ეტაპზე მყოფ) შედარებით. ჯანდაცვის პროფესიონალებს, ზოგად გაიდლაინებთან ერთად, დასჭირდებათ დამატებით განვითარება იმ ცოდნისა და შესაძლებლობებისა, რომელიც საჭიროა სექსუალური ჯანმრთელობის განსახილველად ტემ ადამიანებთან, როგორცაა გენდერ-აფირმაციული ენის გამოყენება (იხილეთ დებულება 17.1 ამ თავში). მნიშვნელოვანია, რომ ჯანდაცვის პროფესიონალებმა თავიდან აიცილონ დასკვნები აივ-ინფექციის/სქესობრივად გადამდები დაავადებების რისკის შესახებ მხოლოდ პაციენტის გენდერული იდენტობიდან ან ანატომიიდან გამომდინარე. მაგალითად, მრავალი ტრანსგენდერი ადამიანი არ არის სქესობრივად აქტიური და ტემ ადამიანები სექსისთვის შეიძლება იყენებდნენ პროთეზებს ან სათამაშოებს. იმისთვის, რომ უზრუნველყონ პრევენციის შესახებ კონსულტაცია, ჯანდაცვის პროფესიონალებმა უნდა მოიძიონ ინფორმაცია კონკრეტული სექსუალური აქტივობების შესახებ, რომელშიც ტემ ადამიანები არიან ჩართული და სხეულის ნაწილების (ან პროთეზების/სათამაშოების) შესახებ, რომლებსაც ამ აქტივობებში იყენებენ (ACON, 2022). კარგად მომზადებული ჯანდაცვის პროფესიონალები (ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმწოდებლების ჩათვლით, მაგრამ არა მხოლოდ) შეიძლება ჩართულნი იყვნენ სიღრმისეულ კონსულტაციაში თავიანთ პაციენტებთან იმისთვის, რომ განიხილონ აივ-ინფექციის/სქესობრივად გადამდები დაავადებების რისკის საფუძვლადმდებარე მიზეზები (წინამდებარე თავში იხილეთ დებულება 17.3).

ყველა შემთხვევაში, ჯანდაცვის პროფესიონალები უნდა იყვნენ სენსიტიური ტემ ადამიანების კოლექტიური და ინდივიდუალური ისტორიების მიმართ (მაგ. სტერეოტიპები და სტიგმა ტრანს სექსუალობების და გენდერული დისფორიის შესახებ) და უნდა აუხსნან პაციენტებს სექსუალობასთან დაკავშირებული საკითხების დასმის

მიზეზები/მიზნები და ამგვარი გამოკითხვების ნებაყოფლობითი ხასიათი. აივ-ინფექციის/სქესობრივად გადამდები დაავადებების პრევენციის განხილვისას, ჯანდაცვის პროფესიონალებმა უნდა მიმართონ პრევენციის ვარიანტების ფართო სპექტრს, ბარიერული მეთოდების ჩათვლით, პოსტექსპოზიციურ პროფილაქტიკას, პრეექსპოზიციურ პროფილაქტიკას და აივ-ინფექციის მკურნალობას, რომ თავიდან იქნას აცილებული შემდგომი გადადება (WHO, 2021). ტრანს-სპეციფიკური საკითხები პრეექსპოზიციური პროფილაქტიკისთვის მოცემულია დებულებაში 17.8.

დეკლარაცია 17.7

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომლებიც უზრუნველყოფენ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებზე ზრუნვას, მიყვნიან ადგილობრივ და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (World Health Organization) სახელმძღვანელოებს ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსის/სქესობრივად გადამდები ინფექციების (HIV/STIs) სკრინინგის, პრევენციის და მკურნალობისთვის.

ტემ მოზარდებს და ზრდასრულებს, ისევე როგორც სისგენდერ პაციენტებს, უნდა შესთავაზონ აივ-ინფექციის/სქესობრივად გადამდები დაავადებების სკრინინგი, არსებული გაიდლაინების შესაბამისად და აივ-ინფექციის/სქესობრივად გადამდები დაავადებების შექმნილი ინდივიდუალური რისკზე დაყრდნობით, ანატომიის და ქცევის გათვალისწინებით და არა მხოლოდ გენდერული იდენტობის საფუძველზე. იქ, სადაც ადგილობრივ ან ეროვნულ დონეზე შემუშავებული გაიდლაინები ხელმისაწვდომი არ არის, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO) (2019a) გეთავაზობს გლობალურ რეკომენდაციებს; ტრანსგენდერი ადამიანებისთვის, რომლებსაც სექსი აქვთ სისგენდერ კაცებთან, რეკომენდებულია უფრო ხშირი სკრინინგი, როგორც სამიზნე პოპულაციისთვის, რომელიც მონყვლადია აივ-ინფექციისადმი.

გენდერის დამადასტურებელი გენიტალური ქირურგიული ჩარევები და ქირურგიული

ხერხები ზემოქმედებს სქესობრივად გადამდები დაავადებების რისკზე და სკრინინგის საჭიროებებზე, როგორც ეს ხაზგასმულია აშშ-ს დაავადებათა კონტროლის ცენტრის უახლეს გაიდლაინებში (Workowski et al., 2021). მაგალითად, ტრანს ფემინური პირები, რომლებმაც გაიკეთეს პენისის ინვერსიული ვაგინოპლასტიკა საშოს არხის გამოსაყვანად მხოლოდ პენისის და სათესლე პარკის კანის გამოყენებით, სავარაუდოდ შარდსასქესო ქლამიდია ტრაქომატის (C. trachomatis) და ნეისერია გონორეის (N.gonorrhoeae) ნაკლები რისკის ქვეშ არიან, მაგრამ შედარებით ახალი ქირურგიული ტექნიკის გამოყენებამ, რომელიც იყენებს ტრანსბუკალურ ან შარდსადინარის ლორწოვან გარსს ან პერიტონეუმის ნაწილებს, შესაძლოა თეორიულად გაზარდოს სქესობრივად გადამდები ბაქტერიული ინფექციებისადმი მიდრეკილება მხოლოდ პენისის/სათესლე პარკის კანის გამოყენებასთან შედარებით (Van Gerwen et al., 2021). ნეოვაგინის (თუ ექსპონირებულია) სტანდარტული სკრინინგი სქესობრივად გადამდებ ინფექციებზე რეკომენდებულია ყველა ტრანს-ფემინური ადამიანისთვის, რომლებმაც გაიკეთეს ვაგინოპლასტიკა (Workowski et al., 2021). ტრანსმასკულინური პირებისთვის, რომლებმაც მეტოიდოპლასტიკა გაიკეთეს ურეტრალური დაგრძელებით და არა ვაგინექტომია, შარდსასქესო ბაქტერიების სგდ-ის ტესტირება უნდა მოიცავდეს საშვილოსნოს ყელის ნაცხის აღებას, რადგან ინფექციები შეიძლება არ აღმოჩნდეს შარდში (Workowski et al., 2021). უფრო მეტიც, მნიშვნელოვანია, რომ ჯანდაცვის პროფესიონალებმა შესთავაზონ ტესტირება მრავალ ანატომიურ ადგილზე, რადგან სგდ-ები ტრანსგენდერ პაციენტებში ხშირად ექსტრაგენიტალურია (Hiransuthikul et al., 2019; Pitasi et al., 2019). ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) (2020) რეკომენდაციების შესაბამისად, სგდ-ს ტესტირებისთვის ნიმუშების თვით-შეგროვება უნდა იყოს შეთავაზებული როგორც არჩევანი, კერძოდ, თუ პაციენტები არაკომფორტულად გრძნობენ თავს ან არ უნდათ მომწოდებლის მიერ უზრუნველყოფილი ნიმუშის აღება გენდერული დისფორიის, ტრამვის ისტორიის ან ორივეს გამო. როდესაც ეს

მართებულია, აივ-ინფექციის/სგდ-ს ტესტირების ინტეგრაციამ რეგულარულ სეროლოგიაში, რომელიც გამოიყენება ჰორმონული თერაპიის მონიტორინგისთვის, შეიძლება უფრო გაამარტივოს ზრუნვაზე ხელმისაწვდომობა (Reisner, Radix et al., 2016; Scheim & Travers, 2017).

დაკვირვაება 17.8

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომლებიც უზრუნველყოფენ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებზე ზრუნვას, უპასუხონ ნუსხილს ანტირეტროვირუსულ მედეკამენტებსა და ჰორმონებს შორის პოტენციური ურთიერთქმედების შესახებ.

ტემ მოზარდებისთვის და ზრდასრულებისთვის, რომლებიც აივ-ინფექციის (ჩვეულებრივ განმარტებული როგორც მიმდინარე სეროდისკორდანტული (როცა ერთი პარტნიორი აივ-დადებითია და მეორე არა, ან პრეზერვატივის გარეშე სექსი მონოგამური ურთიერთობის გარეთ ნაცნობ აივ-უარყოფით პარტნიორთან WHO, 2017) მნიშვნელოვანი რისკის ქვეშ არიან, პრე-ექსპოზიციის პროფილაქტიკა (PrEP) წარმოადგენს აივ-ინფექციის პრევენციის მნიშვნელოვან ვარიანტს (Golub et al., 2019; Sevelius et al., 2016; WHO, 2021). პრე-ექსპოზიციური პროფილაქტიკის ნახალისებისთვის, 2021 წელს აშშ-ს დაავადებათა კონტროლის ცენტრებმა რეკომენდაცია მისცეს ყველა სქესობრივად აქტიურ მოზარდსა და ზრდასრულს, რომ მეტი შეეცყოთ პრე-ექსპოზიციური პროფილაქტიკის შესახებ და სურვილის შემთხვევაში სთავაზობდნენ მას (CDC, 2021). აივ-ინფექციით მცხოვრები ადამიანების მკურნალობისთვის, ტრანსგენდერი პირებისთვის სპეციფიკური გაიდლაინები ხელმისაწვდომია გარკვეულ გარემოებებში (მაგალითად, ანტირეტროვირუსული გაიდლაინები მოზარდებისა და ზრდასრულებისთვის, 2019).

აივ-ინფექციის როგორც პრევენციისთვის, ისე მკურნალობისთვის არსებობს ანტირეტროვირუსული დოზირება და ადმინისტრაციული ზომები სპეციფიურად ტემ პირებისთვის. ორალური პრე-ექსპოზიციური პროფილაქტიკისთვის მხოლოდ დღიური დოზირებაა ამჟამად

რეკომენდებული ტგმ პირებისთვის, რადგან როგორც კვლევები მიუთითებს მოვლენით-მართული პრე-ექსპოზიციური პროფილაქტიკის ეფექტურობა ემტრიციტაბინ/ტენოფოვირ დისკოპროქსილ ფუმარატით (TDF) ლიმიტირებულია მხოლოდ სისგენდერი მამაკაცებისთვის (WHO, 2019c). ამასთან, ემტრიციტაბინ/ტენოფოვირ ალაფენამიდი (TAF) ახალი ორალური პრე-ექსპოზიციური პროფილაქტიკის ვარიანტია; მტკიცებულებების ნაკლებობის გამო, 2022-ის მონაცემებით, ის რეკომენდებულია იმ ადამიანებისთვის, ვინც მიმღები ვაგინალური სექსით აივ-ინფექციის გადადების რისკის ქვეშ არის (CDC, 2021). საბოლოოდ, როგორც პრე-ექსპოზიციური პროფილაქტიკის, ისე აივ-ინფექციის მკურნალობისთვის ხანგრძლივმოქმედი ინექციური ფორმულირებები სულ უფრო და უფრო მეტად არის ხელმისაწვდომი (მაგ. კაბოტეგრავირი პრე-ექსპოზიციური პროფილაქტიკისთვის) და თუმცა ისინი რეკომენდებულია ყველა პაციენტისთვის, ვინც შეიძლება სარგებელი მიიღოს საინექციო პრეპარატების ვარიანტებისგან, მითითებული ადგილები ინექციისთვის (ე.ი დუნდულის კუნთი) შეიძლება გამოუსადეგარი იყოს იმ ინდივიდებისთვის, რომლებსაც გამოყენებული აქვთ რბილი ქსოვილის ფილერები (Rael et al., 2020). არსებობს მცირე რაოდენობით მონაცემები, რომლებიც ადასტურებს წამლის წამალთან ურთიერთქმედებას გენდერის დამადასტურებელ ჰორმონებსა და პრე-ექსპოზიციური პროფილაქტიკის მედიკამენტებს შორის. მცირე რაოდენობით პატარა მასშტაბის კვლევები, რომლებიც ძირითადად ეყრდნობა თვითანგარიშის ტიპის კითხვარებს, აჩვენებს პრე-ექსპოზიციური პროფილაქტიკის წამლის კონცენტრაციებს ტრანსგენდერ ქალებში, რომლებიც გადაიან ჰორმონულ თერაპიას, თუმცა კონცენტრაციები დამცავ დიაპაზონში რჩებოდა (Yager & Anderson, 2020).

შემდგომმა წამლის წამალთან ურთიერთქმედების კვლევამ პრე-ექსპოზიციურ პროფილაქტიკურ თერაპიაზე პირდაპირი დაკვირვებით ვერ გამოავლინა ჰორმონული თერაპიის ზეგავლენა პრე-ექსპოზიციური პროფილაქტიკის წამლის კონცენტრაციაზე ტრანსგენდერ ქალებში და დაასაბუთა, რომ ტრანსგენდერმა ქალებმა

და კაცებმა, რომლებიც ჰორმონულ თერაპიას გადიოდნენ მიაღწიეს აივ-ინფექციის წინააღმდეგ დაცვის მაღალ დონეს (Grant et al., 2020). რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია, ბევრი ტგმ ადამიანისთვის, პრე-ექსპოზიციური პროფილაქტიკის ზემოქმედება ჰორმონების კონცენტრაციაზე არ დაფიქსირებულა. რაც შეეხება აივ-ინფექციის მკურნალობას, სპეციფიკურმა ანტირეტროვირუსულმა მედიკამენტებმა შეიძლება ზეგავლენა მოახდინონ ჰორმონების კონცენტრაციებზე; თუმცა ამის მართვა შესაძლებელია ალტერნატიული აგენტების შერჩევით, მონიტორინგითა და ჰორმონების დოზირების რეგულირებით, ან ორივეთი (Cirrincione et al., 2020), როგორც ეს დეტალურადაა აღწერილი აშშ-ს ჯანმრთელობის და სოციალური მომსახურების დეპარტამენტის სახელმძღვანელოში (Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2019). მიუხედავად ამისა, წამლის წამალთან ურთიერთქმედებაზე წუხილი, კერძოდ ისეთ ურთიერთქმედებაზე, რომელმაც შეიძლება შეზღუდოს ჰორმონების კონცენტრაციები, წარმოადგენს ბარიერს აივ-ინფექციის პრევენციის ან მკურნალობის ანტირეტროვირუსული თერაპიის განხორციელებისა და მითითებების დაცვისთვის (Radix et al., 2020; Sevelius et al., 2016). ამიტომ, მიზანშეწონილია, ჯანდაცვის პროფესიონალები პროაქტიურად მიუბრუნდნენ ამ საკითხს მათთან, ვინც პრე-ექსპოზიციური პროფილაქტიკის ან აივ-ინფექციის მკურნალობის ჰორმონულ თერაპიასთან ინტეგრაციამ შეიძლება უფრო შეამციროს ზემოხსენებული ბარიერები (Reisner, Radix et al., 2016). ინტეგრაცია შეიძლება მიღწეული იქნას ერთად განთავსებით ან აივ-სპეციალისტთან კოორდინაციით, თუ პირველადი დახმარების მომწოდებელს არ გააჩნია საჭირო ექსპერტიზა. ზოგიერთმა ტგმ პირმა შეიძლება ისარგებლოს ავტონომიური პრე-ექსპოზიციური პროფილაქტიკით ან სქესობრივი ჯანდაცვის სერვისით, რომელიც უფრო მეტ პირად სივრცესა და მოქნილობას უზრუნველყოფს; და ამგვარად, სერვისის მიწოდების განსხვავებული მოდელებია საჭირო (Wilson et al., 2021).

თავი 18. ფსიქიკური ჯანმრთელობა

ამ თავის მიზანია მეგზურობა გაუწიოს ჯანდაცვის პროფესიონალებს და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებს, რომლებიც ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებას უწევენ ტრანსგენდერ და ტგმ ზრდასრულებს. წინამდებარე თავი არ არის მიმართული იმ თავების ჩანაცვლებაზე, რომელიც ჰორმონული ან ქირურგიული ჩარევებისთვის ადამიანების შეფასებას ეხება. ბევრ ტგმ ადამიანს არ დასჭირდება თერაპია ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სხვა ფორმები როგორც მათი ტრანზიციის ნაწილი, მაშინ, როდესაც სხვებმა შეიძლება ისარგებლონ ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმწოდებლებისა და სისტემების დახმარებით (Dhejne et al., 2016). ზოგიერთმა კვლევამ ძირითად პოპულაციასთან შედარებით, აჩვენა დეპრესიის, (Witcomb et al., 2018), შფოთ-

ვის (Boumanet al., 2017) და სუიციდის შემთხვევების (Arcelus et al., 2016; Bränström & Pachankis, 2022; Davey et al., 2016; Dhejne, 2011; Herman et al., 2019) უფრო მაღალი სიხშირე ტგმ ადამიანებს შორის (Jones et al., 2019; Thorne, Witcomb et al., 2019), კერძოდ, მათში ვისაც სჭირდება სამედიცინოდ აუცილებელი გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო თერაპია (იხილეთ დებულება სამედიცინო აუცილებლობის შესახებ თავი 2 – გლობალური გამოყენება, დებულება 2.1). თუმცა, ტრანსგენდერული იდენტობა არ არის ფსიქიკური ავადმყოფობა და ეს მაღალი სიხშირე უკავშირდება კომპლექს ტრავმას, საზოგადოების სტიგმას, ძალადობასა და დისკრიმინაციას (Nuttbrocket al., 2014; Peterson et al., 2021). ამასთან, ფსიქიატრიული სიმპტომები მცირდება შესაბამისი გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო და ქირურგიული ჩარევით (Aldridge et al., 2020; Almazanand

სარეკომენდაციო ღონისძიებები

- 18.1 რეკომენდაციას ვაძლევთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებს, იმუშაონ იმ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სიმპტომებზე, რომლებიც ხელს უშლის ადამიანის შესაძლებლობას დაეთანხმოს გენდერის დამადასტურებელ მკურნალობას, სანამ გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობა დაიწყება;
- 18.2 რეკომენდაციას ვაძლევთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებს, შესთავაზონ ზრუნვა და მხარდაჭერა ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს, რათა მათ მოაგვარონ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სიმპტომები, რომლებიც ხელს უშლის პიროვნების შესაძლებლობას, მონაწილეობა მიიღოს აუცილებელ პერიოპერაციულ ზრუნვაში გენდერის დამადასტურებელ ქირურგიულ ჩარევამდე;
- 18.3 რეკომენდაციას ვაძლევთ, როდესაც მნიშვნელოვანი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სიმპტომებია სახეზე ან ალკოჰოლის ან ნივთიერებათა ბოროტად მოხმარება ხდება, მენტალური ჯანმრთელობის პროფესიონალებმა შეაფასონ პოტენციური ნეგატიური ზეგავლენა, რომელიც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სიმპტომებს შეიძლება ჰქონდეს შედეგებზე, გამომდინარე იქიდან, თუ როგორია კონკრეტული გენდერის დამადასტურებელი ქირურგიული პროცედურის ბუნება;
- 18.4 რეკომენდაციას ვაძლევთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებს, შეაფასონ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანების ფსიქოსოციალური და პრაქტიკული მხარდაჭერის საჭიროება პერიოპერაციულ პერიოდში, რომელიც ახლავს გენდერის დამადასტურებელ ქირურგიულ ჩარევას;
- 18.5 რეკომენდაციას ვაძლევთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებს, ფსიქოლოგიური კონსულტაცია გაუწიონ და დაეხმარონ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს, თავი შეიკავონ თამბაქოს/ნიკოტინის მოხმარებისგან გენდერის დამადასტურებელ ქირურგიულ ჩარევამდე;
- 18.6 რეკომენდაციას ვაძლევთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებს, განაგრძონ მიმდინარე ჰორმონული მკურნალობა, თუ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ინდივიდს სჭირდება სტაციონარულ ფსიქიატრიულ ან სამედიცინო დაწესებულებაში განთავსება, თუკი ამის უკუჩვენება არ არსებობს;
- 18.7 რეკომენდაციას ვაძლევთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებს, უზრუნველყონ, რომ თუ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს სჭირდებათ სტაციონარული ან რეზიდენტული ფსიქიკური ჯანმრთელობის, ალკოჰოლის ან ნარკოტიკის ბოროტად გამოყენების, სამედიცინო მომსახურება, მთელმა პერსონალმა გამოიყენოს სწორი სახელი და ნაცვალსახელები (როგორც პაციენტი მიუთითებს) ასევე უზრუნველყონ იმ სააბაზანოს, საპირფარეოს და საძინებლის გამოყენება, რომელიც შეესაბამება ინდივიდის გენდერულ იდენტობას;
- 18.8 რეკომენდაციას ვაძლევთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებს, წახალისონ, მხარი დაუჭირონ და უფლება მისცენ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს, განავითარონ და შეინარჩუნონ სოციალური მხარდაჭერის სისტემები, თანასწორობის, მეგობრების და ოჯახების ჩათვლით;
- 18.9 რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანმრთელობის პროფესიონალებს, არ გახადონ სავალდებულო ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებისთვის ფსიქოთერაპიის გავლა გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის დაწყებამდე, თუმცა, ამავე დროს, მხედველობაში მიიღონ, რომ ფსიქოთერაპია შეიძლება სასარგებლო იყოს ზოგიერთი ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანისთვის;
- 18.10- რეკომენდაციას ვაძლევთ, ტგმ ინდივიდებს არ შესთავაზონ „რეპარაციული“, და „კონვერსიული“, თერაპია, რომელიც ინდივიდის გენდერული იდენტობს შეცვლაზე და გენდერული გამოხატვის დაბადებისას მინიჭებულ სქესთან შესაბამისობის გაზრდაზეა მიმართული.

Keuroghlian; 2021; Bauer et al., 2015; Grannis et al., 2021) და ინტერვენციებით, რომლებიც ამცირებს დისკომინაციას და უმცირესობის სტრესს (Bauer et al., 2015; Heylens, Verroken et al., 2014; McDowell et al., 2020). ფსიქიკური ჯანმრთელობის მკურნალობა უზრუნველყოფილი უნდა იქნას პერსონალის მიერ და განხორციელდეს იმ სისტემების გამოყენებით, რომელიც პატივს სცემს პაციენტის ავტონომიას და ცნობს გენდერულ მრავალფეროვნებას. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებმა, რომლებიც მუშაობენ ტრანსგენდერ ადამიანებთან უნდა გამოიყენონ აქტიური მოსმენა, როგორც მეთოდი, რათა ნაახალისონ ძიება ინდივიდებში, რომლებიც არ არიან დარწმუნებული თავიანთ გენდერულ იდენტობაში. იმის ნაცვლად, რომ თავს მოახვიონ საკუთარი ნარატივი და წინასწარ შექმნილი წარმოდგენები, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალები უნდა დაეხმარონ თავიანთ კლიენტებს საკუთარი გზის განსაზღვრაში. მაშინ, როდესაც ბევრ ტრანსგენდერ ადამიანს სჭირდება სამედიცინო ან ქირურგიული ჩარევა ან როდესაც ისინი ეძებენ მენტალური ჯანმრთელობის მომსახურებას, სხვებს ეს არ სჭირდებათ (Margulies et al., 2021). შესაბამისად, კლინიკურ პოპულაციებზე ჩატარებული კვლევებისგან მიღებული შედეგები არ უნდა გავრცელდეს მთელ ტრანსგენდერ პოპულაციაზე. ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნივთიერებათა მოხმარების დარღვევების საკითხის გადაჭრა მნიშვნელოვანია, მაგრამ ეს არ უნდა იქცეს ბარიერად ტრანზიციასთან დაკავშირებული ზრუნვისთვის. უფრო ზუსტად, ფსიქიკურ ჯანმრთელობასა და ნივთიერებათა მოხმარების დარღვევებზე ფოკუსირებამ შეიძლება ხელი შეუწყოს ტრანზიციასთან დაკავშირებული მოვლიდან წარმატებული შედეგების მიღებას, რაც გააუმჯობესებს ცხოვრების ხარისხს (Nobili et al., 2018).

ამ თავში ყველა დებულება რეკომენდებულია მტკიცებულებების საფუძვლიანი განხილვის, სარგებლისა და ზიანის შეფასების, პროვაიდერებისა და პაციენტების ღირებულებებისა და არჩევანის, რესურსების გამოყენებისა და მიზანშეწონილობის შეფასების საფუძველზე. ზოგიერთ შემთხვევაში, ჩვენ ვაღიარებთ, რომ მტკიცებულებები შეზღუდულია და/ან სერვისები შეიძლება არ იყოს ხელმისაწვდომი ან სასურველი.

დაკავშირებული ლიტერატურა 18.1

რეკომენდაციას ვაძლევთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებს, იმუშაონ იმ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სიმპტომებზე, რომლებიც ხელს უშლის ადამიანის შესაძლებლობას დაეთანხმოს გენდერის დამადასტურებელ მკურნალობას, სანამ გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობა დაიწყება.

რაკი ძირითადად ნავარაუდებია, რომ პაციენტებს შეუძლიათ თანხმობა მისცენ მომსახურებაზე, მიუხედავად კოგნიტური გაუარესების, ფსიქოზის ან სხვა ფსიქიკური პრობლემის არსებობისა, ინფორმირებული თანხმობის გაცემის უნარის შემოწმება ინდივიდუალურად უნდა მოხდეს (Applebaum, 2007). ინფორმირებული თანხმობა უმთავრესია ჯანდაცვის მომსახურების უზრუნველყოფისთვის. ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებელმა უნდა გაანათლოს პაციენტი ნებისმიერი შეთავაზებული მომსახურების რისკების, სარგებლის და ალტერნატივების შესახებ, რათა პაციენტმა გააკეთოს ინფორმირებული, ნებაყოფლობითი არჩევანი (Berg et al., 2001). აუცილებელია, რომ ორივემ, პირველადი მომსახურების მიმწოდებელმა ან ენდოკრინოლოგმა, რომელიც აკეთებს ქირურგიულ ოპერაციას, მიიღონ ინფორმირებული თანხმობა. ანალოგიურად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებმა უნდა მიიღონ ინფორმირებული თანხმობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მკურნალობაზე და შეუძლიათ კონსულტაცია გაიარონ იმის შესახებ, თუ რამდენად შესწევს პაციენტს უნარი, მისცეს ინფორმირებული თანხმობა, როცა ეს კითხვის ნიშნის ქვეშ დგას. ფსიქიატრიული ავადმყოფობა და ნივთიერებათა მოხმარების დარღვევები, კერძოდ, კოგნიტური გაუარესება და ფსიქოზი, შეიძლება შემსუბუქდეს ინდივიდის შესაძლებლობით, გაიაზროს მკურნალობის რისკები და სარგებელი (Hostiuc et al., 2018).

ამის საპირისპიროდ, პაციენტს შეიძლება ჰქონდეს მნიშვნელოვანი ფსიქიკური დაავადება, მაგრამ მაინც შეეძლოს კონკრეტული მკურნალობის რისკების და სარგებლის გაგება (Carpenter et al., 2000). მულტიდისციპლინური კომუნიკაცია მნიშვნელოვანია რთულ შემთხვევებში და ექსპერტების კონსულტაცია უნდა იქნას გამოყენებული საჭირო-

ების მიხედვით (Karasic & Fraser, 2018). ბევრი პაციენტისთვის კონკრეტული მკურნალობის რისკების და სარგებლის გაგების სირთულე შეიძლება გადაილახოს დროის და ფრთხილი ახსნის საშუალებით. ზოგიერთი პაციენტისთვის იმ საფუძვლადმდებარე მდგომარეობის მკურნალობა, რომელიც აბრკოლებს ინფორმირებული თანხმობის გაცემის შესაძლებლობას – მაგალითად ფარულად მიმდინარე ფსიქოზის მკურნალობა – საშუალებას მისცემს პაციენტს, რომ გაიუმჯობესოს საჭირო მკურნალობაზე დათანხმების უნარი. თუმცა მენტალური ჯანმრთელობის სიმპტომები, როგორცაა შფოთვა ან დეპრესიული სიმპტომები, რომლებიც არ ახდენენ ზეგავლენას თანხმობის მიცემის შესაძლებლობაზე, არ უნდა გახდეს ბარიერი გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო მკურნალობისთვის, რადგან როგორც აღმოჩნდა, აღნიშნული მკურნალობა ამცირებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სიმპტომოლოგიას (Aldridge et al., 2020).

ღეგუღეეე 18.2

რეკომენდაციას ვაძლევთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებს, შესთავაზონ ზრუნვა და მხარდაჭერა ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს, რათა მათ მოაგვარონ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სიმპტომები, რომლებიც ხელს უშლის პიროვნების შესაძლებლობას, მონაწილეობა მიიღოს აუცილებელ პერიოპერაციულ ზრუნვაში გენდერის დამადასტურებელ ქირურგიულ ჩარევამდე.

პერიოპერაციულ ზრუნვაში ადეკვატური ჩართულობისა და მონაწილეობის უუნარობა ფსიქიკური პრობლემის / დარღვევის / დიაგნოზის ან ნივთიერებათა მოხმარების გამო, არ უნდა განიხილებოდეს დაბრკოლებად ტრანსიციის მომსახურების მიწოდებისას, მაგრამ უნდა დანახული იყოს როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის და სოციალური დახმარების მომსახურების საჭიროების ინდიკატორი (Karasic, 2020). ფსიქიკურმა პრობლემის / დარღვევის / დიაგნოზის და ნივთიერებათა მოხმარებამ შეიძლება გააუარესოს პაციენტის შესაძლებლობა, მონაწილეობა მიიღოს პერიოპერაციულ ზრუნვაში (Barnhill, 2014). ჯანდაცვის მიმწოდებლებთან ვიზიტები, ჭრილობის მოვლა და სხვა სარეაბილიტაციო პროცედურები

(მაგ. დილატაცია ვაგინოპლასტიკის შემდეგ) შეიძლება საჭირო გახდეს კარგი შედეგის მისაღებად. პაციენტს, რომელსაც ექნება ნივთიერებათა მოხმარების აშლილობა, შეიძლება გაუჭირდეს საჭირო შეხვედრებზე სიარული პირველადი მომსახურების მიმწოდებელთან და ქირურგთან. პაციენტმა, რომელსაც აქვს ფსიქოზი ან მიიმე დეპრესია, შეიძლება არ მოუაროს ჭრილობას ან არ მიაქციოს ყურადღება ინფექციას ან იარის ნაპირების გახსნის ნიშნებს (Lee, Marsh et al., 2016). აქტიური ფსიქიკური პრობლემის / დარღვევის / დიაგნოზის ასოცირდება შემდგომი მწვავე მედიკამენტური და ქირურგიული მოვლის უფრო მეტ საჭიროებასთან სანყისი ქირურგიული ჩარევის შემდეგ (Wimalawansa et al., 2014).

ასეთ შემთხვევებში, ფსიქიკური აშლილობის ან ნივთიერებათა მოხმარების მკურნალობამ შეიძლება ხელი შეუწყოს წარმატებული შედეგის მიღწევას. პაციენტისთვის მეტი მხარდაჭერის მიღება ოჯახიდან და მეგობრებისგან ან სახლში ჯანდაცვის მომსახურების თანამშრომლისგან, შეიძლება პაციენტს მნიშვნელოვნად დაეხმაროს, მიიღოს მონაწილეობა პერიოპერაციულ ზრუნვაში, რასაც მოჰყვება ქირურგიული ჩარევა. ფსიქიკური ჯანმრთელობის მკურნალობის სარგებელი, რომელმაც შეიძლება გადაავადოს ქირურგიული ჩარევა, უნდა შედარდეს ქირურგიული ჩარევის გადადების რისკებთან და უნდა მოიცავდეს პაციენტის ფსიქიკური ჯანმრთელობის გადადების შეფასებას, რომელმაც შეიძლება ზეგავლენა მოახდინოს გენდერული დისფორიის გადაჭრაზე (Byne et al., 2018).

ღეგუღეეე 18.3

რეკომენდაციას გავცემთ, როდესაც მნიშვნელოვანი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სიმპტომებია ან ალკოჰოლის ან ნივთიერებათა ბოროტად მოხმარება ხდება, მენტალური ჯანმრთელობის პროფესიონალებმა შეაფასონ პოტენციური ნეგატიური ზეგავლენა, რომელიც შეიძლება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სიმპტომებს ჰქონდეს შედეგებზე, გამომდინარე იქიდან, თუ როგორია კონკრეტული გენდერის დამადასტურებელი ქირურგიული პროცედურის ბუნება.

გენდერის დამადასტურებელი ქირურგიული პროცედურები განსხვავდება პაციენტზე ზეგავლენის თვალსაზრისით. ზოგიერთი პროცედურა მოითხოვს უფრო მეტ უნარს, რომ მიყვნიენ პერიოპერაციულ დაგეგმვას, ასევე ჩართულნი იყვნენ პერი და პოსტპერაციულ ზრუნვაში საუკეთესო შედეგის მისაღებად (Tollinche et al., 2018). ფსიქიკური ჯანმრთელობის სიმპტომებმა შეიძლება ზეგავლენა მოახდინოს პაციენტის უნარზე, მონაწილეობა მიიღოს დაგეგმვაში და პერიოპერაციულ ზრუნვაში, რომელიც საჭიროა ნებსიემიერი ქირურგიული პროცედურისთვის (Paredes et al., 2020). ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასებამ შეიძლება უზრუნველყოს შესაძლებლობა, რომ განვითარდეს სტატეგია, რომელიც მიმართული იქნება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სიმპტომების ნებისმიერ პოტენციურ ნეგატიურ ზეგავლენასთან გასამკლავებლად, რომელიც შეიძლება ჰქონდეთ შედეგებთან მიმართებაში და დაგეგმონ თუ როგორ დაეხმარონ პაციენტს, ჰქონდეს შესაძლებლობა, მონაწილეობა მიიღოს დაგეგმვასა და ზრუნვაში. როგორც აღმოჩნდა, გენდერის დამადასტურებელი ქირურგიული პროცედურები ამსუბუქებს გენდერული დისფორიის სიმპტომებს და აუმჯობესებს ფსიქიკურ ჯანმრთელობას (Owen-Smith et al., 2018; vande Griff, Elaut et al., 2017). ეს სარგებლები შენონილია თითოეული პროცედურის რისკთან, როცა პაციენტი და მომსახურების მიმწოდებელი გადაწყვეტილებას იღებენ, გააგრძელონ თუ არა მკურნალობა. ჯანდაცვის პროფესიონალებს შეუძლიათ დაეხმარონ ტგმ ადამიანებს წინასწარი დაგეგმვის და პერიოპერაციული მოვლის ინსტრუქციების განხილვაში თითოეული ქირურგიული ჩარევის წინ (Karasic, 2020). მომსახურების მიმწოდებელი და პაციენტი ერთობლივად განსაზღვრავენ საჭირო მხარდაჭერას და რესურსებს, რაც საჭიროა პერიოპერაციული ზრუნვის შეხვედრების დროული ჩატარების, საჭირო მასალების მიღების, ფინანსური საკითხების მოგვარების და სხვა პრეოპერაციული კოორდინაციის და დაგეგმვის სამართავად. დამატებით შეიძლება შესწავლილი იქნას საკითხები, რომლებიც ეხება გარეგნობასთან დაკავშირებულ და ფუნქციონალურ მოლოდინებს, მათ შორის, შესაძლებელია ამ სხვადასხვა ფაქტორის გენდერულ დისფორიაზე ზეგავლენის შესწავლა.

დაკავშირებული 18.4

რეკომენდაციას ვაძლევთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებს, შეაფასონ ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანების ფსიქოსოციალური და პრაქტიკული მხარდაჭერის საჭიროება პერიოპერაციულ პერიოდში, რომელიც ახლავს გენდერის დამადასტურებელ ქირურგიულ ჩარევას.

სპეციალობის მიუხედავად, ყველა ჯანდაცვის პროფესიონალს აქვს პასუხისმგებლობა, დაეხმაროს პაციენტებს სამედიცინოდ აუცილებელი ზრუნვის ხელმისაწვდომობაში. როდესაც ჯანდაცვის პროფესიონალები მუშაობენ ტგმ ადამიანებთან და ამზადებენ მათ გენდერის დამადასტურებელი ქირურგიული პროცედურებისთვის, მათ უნდა შეაფასონ ფსიქოსოციალური და პრაქტიკული მხარდაჭერის საჭიროების დონე (Deutsch, 2016b). შეფასება არის პირველი საფეხური იმის გასაგებად, თუ სად შეიძლება გახდეს საჭირო დამატებითი მხარდაჭერა და ასევე იმისთვის, რომ გაძლიერდეს ინდივიდთან ერთობლივი მუშაობის შესაძლებლობა, რათა წარმატებით იქნას გავლილი პრე, პერი და პოსტქირურგიული ჩარევის პერიოდები (Tollinche et al., 2018). პერიოპერაციულ პერიოდში მნიშვნელოვანია პაციენტებისთვის დახმარების განწევა ფუნქციონირების ოპტიმიზაციაში, სტაბილური დაბინავების უზრუნველყოფაში როდესაც ეს შესაძლებელია, მათი უნიკალური სიტუაციის შეფასების საფუძველზე სოციალური და ოჯახური მხარდაჭერის შექმნაში, სამედიცინო გართულებებზე რეაგირების ვარიანტების დაგეგმვაში, სამსახურის/შემოსავლის პოტენციური გავლენის მართვასა და დამატებითი სირთულეების დაძლევაში, რომლის წინაშეც ზოგიერთი პაციენტი შეიძლება აღმოჩნდეს, მაგალითად ელექტროლიზის ან თამბაქოს მოწევის შეწყვეტისთვის თავის გართმევისას (Berli et al., 2017). კომპლექსურ სამედიცინო სისტემაში ყველა პაციენტი ვერ შეძლებს დამოუკიდებლად გაიკვილოს გზა პროცედურებში, რომლებიც საჭიროა ზრუნვის მისაღებად და ჯანდაცვის პროფესიონალებს და მათი ჯგუფის წევრებს შეუძლიათ, დაეხმარონ პაციენტებს ამ პროცესის გავლაში (Deutsch, 2016a).

დეკლარაცია 18.5

რეკომენდაციას ვაძლევთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებს, ფსიქოლოგიური კონსულტაცია გაუწიონ და დაეხმარონ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს, თავი შეიკავონ თამბაქოს/ნიკოტინის მოხმარებისგან გენდერის დამადასტურებელ ქირურგიულ ჩარევამდე.

ტრანსგენდერი პოპულაციისათვის დამახასიათებელია თამბაქოს და ნიკოტინის მოხმარების უფრო მაღალი ინტენსივობა (Kidd et al., 2018). თუმცა, მონევასთან დაკავშირებული კარგად დოკუმენტირებული რისკების შესახებ ბევრმა არ იცის (Bryant et al., 2014). თამბაქოს გამოყენება ზრდის ჯანმრთელობის პრობლემების განვითარების რისკს (მაგ. თრომბოზის) ინდივიდებში, რომლებიც იღებენ გენდერის დამადასტურებელ ჰორმონულ მკურნალობას, კერძოდ, ესტროგენებს (Chipkin & Kim, 2017). თამბაქოს მოხმარება ასოცირებულია ყველაზე უარეს შედეგებთან პლასტიკურ ქირურგიაში, რაშიც შედის საერთო გართულებები, ქსოვილის ნეკროზი და ქირურგიული შესწორების საჭიროება (Coon et al., 2013). მონევა ასევე ზრდის პოსტოპერაციული ინფექციის რისკს (Kaoutzanis et al., 2019). თამბაქოს მოხმარება ზეგავლენას ახდენს ნებისმიერი ქირურგიული ჩარევის შემდგომ მკურნალობის პროცესზე, გენდერთან დაკავშირებული ქირურგიული ჩარევების ჩათვლით (მაგ. მკერდის რეკონსტრუქციული ქირურგია, გენიტალური ქირურგია) (Pluvy, Garrido et al., 2015).

თამბაქოს მოხმარებლებს კანის ნეკროზის, ჭრილობის დაგვიანებული შეხორცების და ნაწიბურის განვითარების დარღვევების უფრო მაღალი რისკი აქვთ ჰიპოქსიის და ქსოვილების იშემიის გამო (Pluvy, Panouilleres et al., 2015). ამის გათვალისწინებით, ქირურგები გენდერის დამადასტურებელ ქირურგიულ ჩარევამდე და პოსტ-ოპერაციულ პერიოდში რამდენიმე კვირის განმავლობაში, სანამ ჭრილობა სრულად არ შეხორცდება, რეკომენდაციას უწევენ თამბაქოს/ნიკოტინის მოხმარებისგან თავის შეკავებას (Matei & Danino, 2015). მიუხედავად რისკებისა, მონევის შეწყვეტა შეიძლება მაინც რთული აღმოჩნდეს. თამბაქოს მონევა და ნიკოტინის მოხმარება ხელს უწყობს დამოკიდებულების ჩამოყალიბებას და

ის აგრეთვე გამოიყენება, როგორც ადაპტაციის მექანიზმი (Matei et al., 2015). ჯანდაცვის პროფესიონალები, ფსიქიკური ჯანმრთელობის და პირველადი მოვლის მიმწოდებლების ჩათვლით, რომლებიც განგრძობითად ხვდებიან პაციენტებს ქირურგიულ ოპერაციამდე, მათი მზრუნველობის ქვეშ მყოფ პაციენტებთან უნდა განიხილავდნენ თამბაქოს/ნიკოტინის მოხმარებას და ეხმარებოდნენ ტგმ პირებს მონევის შეწყვეტის პროგრამებთან წვდომაში, ან პირდაპირ უნდა უზრუნველყონ მკურნალობა (მაგ. ვარენიქლინი ან ბუპროპიონი).

დეკლარაცია 18.6

რეკომენდაციას ვაძლევთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებს, განაგრძონ მიმდინარე ჰორმონული მკურნალობა, თუ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ინდივიდს სჭირდება სტაციონარულ ფსიქიატრიულ ან სამედიცინო დანესებულებაში განთავსება, თუკი ამის უკუჩვენება არ არსებობს.

ტგმ ადამიანებმა, რომლებიც შედიან ფსიქიკური კლინიკაში ნივთიერებათა მოხმარების სამკურნალოდ ან სამედიცინო განყოფილებებში, უნდა შეინარჩუნონ თავიანთი მიმდინარე ჰორმონული რეჟიმი. არ არსებობს მონაცემები, რომლებიც მხარს დაუჭერდა ჰორმონების რუტინულ შეწყვეტას სამედიცინო ან ფსიქიატრიულ დანესებულებაში განთავსებამდე. იშვიათად, ახლად მიღებულ პაციენტს დაუდგინდეს სამედიცინო გართულება, რომელსაც დასჭირდება ჰორმონებით მკურნალობის შეჩერება, მაგალითად, მწვავე ვენური თრომბოზობოლია (Deutsch, 2016a). არ არსებობს ძლიერი მტკიცებულება ჰორმონული მკურნალობის რუტინული შეწყვეტისთვის ქირურგიულ ჩარევამდე და რისკები და სარგებელი თითოეული ინდივიდუალური პაციენტისათვის უნდა შეფასდეს ამგვარი გადაწყვეტილების მიღებამდე (Boskey et al., 2018). ჰორმონულმა მკურნალობამ აჩვენა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება და დეპრესიისა და შფოთვის შემცირება (Aldridge et al., 2020; Nguyen et al., 2018; Nobili et al., 2018; Owen-Smith et al., 2018; Rowniak et al., 2019). გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო მკურნალობა ასოცირებულია სუიციდის

მცდელობის რისკის მნიშვნელოვან შემცირებასთან (Bauer et al., 2015). პაციენტისთვის რეგულარულად გამონერილი ჰორმონების შეჩერება, პაციენტს ართმევს ამ სამკურნალო ეფექტებს და ამიტომ, შეიძლება იყოს ჰოსპიტალიზაციის გეგმების სანინაალმდეგო.

ზოგიერთი პროვაიდერისთვის შეიძლება არ იყოს ცნობილი სტაციონარული მკურნალობის გარემოში ტრანზიციასთან დაკავშირებული მკურნალობის გაგრძელების ზიანის დაბალი რისკის და მაღალი პოტენციური სარგებლის შესახებ. აშშ-ს და კანადის სამედიცინო სკოლის სტუდენტების კვლევამ აჩვენა, რომ სტუდენტები გადიოდნენ საშუალოდ მხოლოდ ხუთსაათიან ლგბტ საკითხებთან დაკავშირებული შინაარსის კურსს მთელი ოთხნობიანი განათლების მანძილზე (Obedin-Maliveret et al., 2011). გადაუდებელი სასწრაფო დახმარების მედპერსონალის გამოკითხვაში, რომლებიც ხშირად, როდესაც პაციენტებს იღებენ, პასუხისმგებელი არიან სწრაფი გადაწყვეტილების მიღებაზე მედიკამენტების შესახებ, 88%-მა თქვა, რომ ემსახურებოდა ტრანსგენდერ პაციენტებს, მაგრამ მხოლოდ 17.5%-ს ჰქონდა გარკვეული ფორმალური ტრენინგი გავლილი ამ პოპულაციაზე ზრუნვის საკითხებში (Chisolm-Straker et al., 2018). რადგან ტრანსგენდერი ინდივიდების თემაზე განათლება იზრდება, უფრო მეტი პროვაიდერი შეიტყობს ტრანსგენდერი პაციენტებისთვის ჰორმონების რეჟიმის შენარჩუნების მნიშვნელობის შესახებ მათი ჰოსპიტალიზაციისას.

დაკავშირებული 18.7

რეკომენდაციას ვაძლევთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებს, უზრუნველყონ, რომ თუ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს სჭირდებათ სტაციონარული ან რეზიდენტული ფსიქიკური ჯანმრთელობის, ალკოჰოლის ან ნარკოტიკის ბოროტად გამოყენების, ან სამედიცინო მომსახურება, მთელმა პერსონალმა გამოიყენოს სწორი სახელი და ნაცვალსახელები (როგორც პაციენტი მიუთითებს), ასევე, უზრუნველყონ იმ სააბაზანოს, საპირფარეოს და საძინებლის გამოყენება, რომელიც შეესაბამება ინდივიდის გენდერულ იდენტობას.

ბევრი ტგმ პაციენტი აწყდება დისკრიმინაციას სხვადასხვა პროფილის ჯანდაცვის დაწესებულებაში, ჰოსპიტლებში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების დაწესებულებებსა და ნივთიერებებზე დამოკიდებულების მკურნალობის პროგრამებში (Grant et al., 2011). როდესაც ჯანდაცვის სისტემა ვერ ემსახურება ტგმ ინდივიდებს, ეს აძლიერებს ხანგრძლივ საზოგადოებრივ გარიყვას, რაც ბევრს გამოუცდია (Karasic, 2016). დისკრიმინაციის გამოცდილება ჯანდაცვის გარემოში შეიძლება გამოიწვიოს ჯანმრთელობაზე ზრუნვისთვის თავის არიდება მოსალოდნელი დისკრიმინაციის გამო (KCOMt et al., 2020). ტგმ ინდივიდები დისკრიმინაციის გამოცდილებას მიჰყავს თვითმკვლელობის იდეის ჩამოყალიბებამდე (Rood et al., 2015; Williams et al., 2021). გენდერული უმცირესობის სტრესი, რომელიც ასოცირდება უარყოფასთან და აუღიარებლობასთან აგრეთვე ასოცირდება სუციდთან (Testa et al., 2017). გენდერის შესაბამისი საპირფარეოს ხელმისაწვდომობაზე უარი კავშირშია გაზრდილ სუციდურობასთან (Seelman, 2016), თუმცა არჩეული სახელის გამოყენება ტგმ ადამიანებისთვის ასოცირდება შემცირებულ დეპრესიასა და სუციდურობასთან (Russell et al., 2018). სტრუქტურული, ისევე როგორც ინტერნალიზებული ტრანსფობია უნდა იმართოს იმისათვის, რომ შემცირდეს სუციდის მცდელობის ინციდენტები ტგმ ადამიანებში (Brumer et al., 2015). იმისთვის, რომ წარმატებულად უზრუნველყონ მომსახურება, ჯანდაცვის გარემოში მინიმუმამდე უნდა იქნას დაყვანილი ტრანსფობიის გამო პაციენტებისადმი ზიანის მიყენება ტგმ იდენდივიდების პატივისცემითა და ინტეგრირებით.

დაკავშირებული 18.8

რეკომენდაციას ვაძლევთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებს, წაახალისონ, მხარი დაუჭირონ და უფლება მისცენ ტრანსგენდერ და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებს, განავითარონ და შეინარჩუნონ სოციალური მხარდაჭერის სისტემები, თანასწორობის, მეგობრების და ოჯახების ჩათვლით.

უმცირესობის სტრესი და საზოგადოებრივი დისკრიმინაციის პირდაპირი ეფექტი შეიძლება დამაზიანებელი იყოს ტგმ ადამიანების ფსიქიკური ჯანმრთელობისთვის, თუმცა ძლიერ სოციალურ მხარდაჭერას შეუძლია შეამციროს ეს ზიანი (Trujillo et al., 2017). ტგმ ბავშვები ხშირად ოჯახის მხრიდან უარყოფის ინტერნალიზებას ახდენენ და თანატოლებისგან კი ტრანსფობიის, რომელიც მათ გარშემო არსებობს (Amodeo et al., 2015). უფრო მეტიც, ტრანსფობიურმა შეურაცხყოფის განმეორებითმა გამოცდილებამ შეიძლება ადამიანზე ზეგავლენა მოახდინოს მთელი სიცოცხლის განმავლობაში და შესაძლოა განსაკუთრებით მწვავე იყოს მოზარდობის პერიოდში (Nuttbrock et al., 2010). აფირმაციული სოციალური მხარდაჭერის განვითარება მენტალური ჯანმრთელობის დაცვის წინაპირობაა. სოციალურმა მხარდაჭერამ შეიძლება ბუფერული როლი შეასრულოს ფსიქიურ ჯანმრთელობაზე ძალადობის, სტიგმის და დისკრიმინაციის უარყოფითი ზეგავლენის წინააღმდეგ (Bockting et al., 2013), შეუძლია, ტგმ ადამიანებს დაეხმაროს ჯანდაცვის სისტემებში გზის გაკვლევაში (Jackson Levin et al., 2020) და ხელი შეუწყოს ტგმ ადამიანების ფსიქოლოგიურ მედეგობას (Bariola et al., 2015; Baðarand Öz, 2016). სოციალური მხარდაჭერის სხვადასხვა წყაროები, განსაკუთრებით ლგბტქ+ თანასწორები და ოჯახი, აღმოჩნდა, რომ ასოცირდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის უკეთეს შედეგებთან, კეთილდღეობასთან და ცხოვრების ხარისხთან (Bariola et al., 2015; Baðar et al., 2016; Kuper, Adams et al., 2018; Puckett et al., 2019). როგორც ამბობენ, სოციალური მხარდაჭერა ხელს უწყობს გამკლავების მექანიზმების განვითარებას, რასაც მივყავართ პოზიტიურ ემოციურ გამოცდილებამდე ტრანზიციის მთელი პროცესის განმავლობაში (Budge et al., 2013).

ჯანდაცვის პროფესიონალებს შეუძლიათ, დაეხმარონ პაციენტებს სოციალური მხარდაჭერის სისტემების განვითარებაში, რაც მათ საშუალებას მისცემს იყვნენ აღიარებული და მიღებული მათი ავთენტური იდენტობით და დაეხმარება თავი გაართვან გენდერული დისფორიის სიმპტომებს. ინტერპერსონალური ურთიერთობის პრობლემები და სოციალური

მხარდაჭერის ნაკლებობა დაკავშირებულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სირთულეების უფრო მეტ შემთხვევებთან ტგმ ინდივიდებში (Bouman, Davey et al., 2016; Davey et al., 2015) და წარმოადგენს გენდერის დამადასტურებელი მკურნელობის გამოსავლის პრედიქტორს (Aldridge et al., 2020). ამიტომ, ჯანდაცვის პროფესიონალებმა უნდა წაახალისონ, მხარი დაუჭირონ და საშუალება მისცენ ტგმ ადამიანებს, განავითარონ და შეინარჩუნონ სოციალური მხარდაჭერის სისტემები. ამ გამოცდილებებმა შეიძლება დააჩქარონ ინტერპერსონალური ურთიერთობების ჩვევების განვითარება და დაეხმარონ საზოგადოებრივ დისკრიმინაციასთან გამკლავებაში, პოტენციურად შეამცირონ სუიციდისადმი მიდრეკილება და გააუჯობესონ ფსიქიკური ჯანმრთელობა (Pflum et al., 2015).

დასკვნა 18.9

რეკომენდაციას ვაძლევთ ჯანმრთელობის პროფესიონალებს, არ გახადონ სავალდებულო ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვან ადამიანებისთვის ფსიქოთერაპიის გავლა გენდერის დამადასტურებელი მკურნელობის დაწყებამდე, თუმცა ჯანდაცვის პროფესიონალები უნდა აცნობიერებდნენ, რომ ფსიქოთერაპია შეიძლება სასარგებლო იყოს ზოგიერთი ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანისთვის.

ტგმ ადამიანებთან ფსიქოთერაპიის კლინიკურ გამოყენებას ხანგრძლივი ისტორია აქვს (Fraser, 2009b). ფსიქოთერაპიის მიზნები, მოთხოვნები და პრინციპები ზრუნვის სტანდარტების უკვე პირველი ვერსიების განვითარებადი კომპონენტი იყო (Fraser, 2009a). ამჟამად, ფსიქოთერაპიული დახმარება და კონსულტაცია ზრდასრულ ტგმ ადამიანებთან შიძლება მოთხოვნადი იყოს საერთო ფსიქოლოგიური ჩივილების გადაწყვეტისთვის, რომლებიც ეხება გენდერულ დისფორიასთან გამკლავებას, და ასევე ის შეიძლება დაეხმაროს ზოგიერთ ინდივიდს ქამინგაუთის პროცესში (Hunt, 2014). ფსიქოლოგიური ინტერვენციები, ფსიქოთერაპიის ჩათვლით, გვთავაზობს ეფექტურ საშუალებებს და ინდივიდისთვის უზრუნველყოფს

გარემოს, სადაც შესაძლებელია გენდერული იდენტობის გამორკვევა და გამოხატვა, საკუთარი თავის მიღების და იმედის გაძლიერება, და მტრულ და უუნარო გარემოში მედეგობის გაუმჯობესება (Matsuno and Israel, 2018). ფსიქოთერაპია აღიარებული ალტერნატიული თერაპიული მიდგომაა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სიმპტომების მოგვარებისთვის, რომლებიც შეიძლება გამოვლინდეს სანყისი შეფასებისას ან მოგვიანებით გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო ჩარევების შემდგომ. ბოლოდროინდელი კვლევა აჩვენებს, რომ მიუხედავად იმისა, რომ გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო მკურნალობის შედეგად ფსიქიკური ჯანმრთელობის სიმპტომები მცირდება, შფოთვის დონე რჩება მაღალი (Aldridge et al., 2020), რაც მიუთითებს, რომ ფსიქოლოგიურმა თერაპიამ შეიძლება ითამაშოს როლი ინდივიდების დახმარებაში, რომლებსაც აწუხებთ შფოთვის სიმპტომები გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის შემდგომ.

ბოლო წლებში, ინფორმაცია გავრცელდა კონკრეტული ფსიქოთერაპევტული მოდალობების გამოყენების და პოტენციური სარგებლის შესახებ (Austin et al., 2017; Budge, 2013; Budge et al., 2021; Embaye, 2006; Fraser, 2009b; Heck et al., 2015). ფსიქოთერაპიის კონკრეტული მოდელებია შემოთავაზებული ზრდასრული ტრანსგენდერი და არაბინარული ინდივიდებისთვის (Matsuno & Israel, 2018). თუმცა, მეტი ემპირიული მონაცემებია საჭირო სხვადასხვა ფსიქოთერაპევტული მოდელების სარგებლის შედარებისთვის (Catelan et al., 2017). ფსიქოთერაპია ტრანსგენდერმა პირებმა შეიძლება გამოცადონ როგორც შიშისმომგვრელი, ასევე სასარგებლო გამოცდილება (Applegarth & Nuttall, 2016) და წარმოადგენს გამოწვევას თერაპევტისთვის და ალიანსის ფორმირებისთვის, როდესაც ის ასოცირდება ბარიერებთან, რომელიც სამედიცინო ჩარევებზე წვდომას აბრკოლებს (Budge, 2015). გამოცდილება მიუთითებს, რომ მრავალი ტრანსგენდერი და არაბინარული ინდივიდი გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო მკურნალობის გავლის გადაწყვეტილებას ფსიქოთერაპიის მცირეოდენი დახმარების ან მისი გამოყენების გარეშე იღებს (Spanos et al.,

2021). თუმცა ფსიქოთერაპიის სხვადასხვა მოდალობების სხვადასხვა მიზნით გამოყენება შეიძლება სასარგებლო აღმოჩნდეს გენდერის დამადასტურებელ სამედიცინო მკურნალობამდე, მკურნალობისას და მის შემდეგ, ხოლო ფსიქოთერაპიის სურვილის ცვლადი სიხშირე აღწერილი იყო ტრანზიციის სხვადასხვა ეტაპზე (Mayer et al., 2019), ფსიქოთერაპიის გავლის მოთხოვნა გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო პროცედურებისთვის არ აღმოჩნდა სასარგებლო და შესაძლოა მავნე ბარიერი აღმოჩნდეს მათთვის, ვისაც არ სჭირდება ამ ტიპის მკურნალობა ან ვისაც არ აქვს მასზე წვდომა.

წიგნული 18.10

რეკომენდაციას გავცემთ, ტგმ ინდივიდებს არ შესთავაზონ „რეპარაციული“ და „კონვერსიული“ თერაპია, რომელიც ინდივიდის გენდერული იდენტობს შეცვლაზე და გენდერული გამოხატვის დაბადებისას მინოჭებულ სქესთან შესაბამისობის გაზრდაზეა მიმართული.

„რეპარაციული“ ან „კონვერსიული“ თერაპიის გამოყენებას ან გენდერული იდენტობის „შეცვლაზე“ მიმართულ ძალისხმევას ეწინააღმდეგება მრავალი ძირითადი სამედიცინო და ფსიქიკური ჯანმრთელობის ორგანიზაცია, მათ შორის ფსიქიატრთა მსოფლიო ასოციაცია (World Psychiatric Association), პან ამერიკული ჯანმრთელობის ორგანიზაცია (Pan American Health Organization), ამერიკის ფსიქიატრთა და ამერიკის ფსიქოლოგთა ასოციაციები (American Psychiatric and American Psychological Associations), ფსიქიატრების სამეფო კოლეჯი (Royal College of Psychiatrists), და ბრიტანეთის ფსიქოლოგთა საზოგადოება (British Psychological Society). აშშ-ში ბევრმა შტატმა აკრძალა კონვერსიული თერაპია არასრულწლოვნებში. გენდერული იდენტობის შეცვლაზე მიმართული ძალისხმევა დაკავშირებულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალების ან სხვათა მიერ განხორციელებულ ინტერვენციებთან, რომლის მიზანია გენდერული იდენტობისა ან გამოხატვის შეცვლა, რომ გენდერი შესაბამისობაში მოვიდეს იმასთან,

რაც ტიპურად ასოცირებულია ადამიანის სქესთან, რომელიც ინდივიდს დაბადებისას მიენიჭა (American Psychological Association, 2021). „კონვენსიული თერაპიის“ დამცველებმა წამოაყენეს წინადადება, რომ პიროვნებას პოტენციურად უნდა მივცეთ საშუალება, უკეთ მიესადაგოს საკუთარ სოციალურ სამყაროს. ისინი აგრეთვე აღნიშნავენ, რომ ზოგიერთი კლიენტი გარკვევით სთხოვს დახმარებას მათი გენდერული იდენტობის ან გამოხატვის შეცვლაში და თერაპევტებს უნდა ჰქონდეთ უფლება, დაეხმარონ კლიენტებს თავიანთი მიზნების მიღწევაში. თუმცა, „კონვენსიული თერაპიის“ ეფექტურობა არ დასტურდება (APA, 2009; Przeworski et al., 2020). დამატებით, ცნობილია აღნიშნული მიდგომის მრავალი პოტენციური ზიანის შესახებაც. რეტროსპექტულ კვლევებში კონვენსიული თერაპიის გავლის გამოცდილება უკავშირდება დეპრესიის, ნივთიერებების ბოროტად მოხმარების, სუიციდური ფიქრების

და სუიციდის მცდელობების გაზრდილ დონეს, ასევე განათლების დაბალ მიღწევებს და ნაკლებ ყოველკვირეულ შემოსავალს (Ryan et al., 2020; Salway et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020). 2021 წლის ამერიკის ფსიქოლოგთა ასოციაციის გადაწყვეტილების თანახმად (American Psychological Association resolutions), „სამეცნიერო კვლევა და კლინიკური გამოცდილება მიუთითებს, რომ გენდერული იდენტობის შეცვლაზე მიმართული ძალისხმევა ინდივიდებს მნიშვნელოვანი ზიანის რისკის ქვეშ აყენებს“ (APA, 2021). მაშინ, როდესაც არსებობს ბარიერები გენდერული იდენტობის „შეცვლის“ ძალისხმევების დასასრულებლად ამგვარი მეთოდების სარგებლის სიმწირისა და პოტენციური ზიანის შესახებ განათლების გავრცელებამ შესაძლოა შეამციროს „კონვენსიული თერაპიის“ მიმწოდებლების და იმ ინდივიდებისა და ოჯახების რაოდენობა, რომლებიც ამ მეთოდს მიმართავენ.

მადლობა

მადლობას ვუხდით Karen A. Robinson, Professor of Medicine at Johns Hopkins University and Director of the School's Evidence-based Practice Center – სისტემატური მიმოხილვის გაკეთებისთვის და რეკომენდაციების შემუშავების პროცესში განეული დახმარებისთვის. *ეთიკასთან დაკავშირებული საკითხებისთვის*: Carol Bayley, Simona Giordano, and Sharon Sytsma. *სამართლებრივი პერსპექტივებისთვის*: Jennifer Levi and Phil Duran. *ლიტერატურის აღმრიცხველებს*: Taymy Caso, Oscar Dimant, Zil Goldstein, Ali Harris, Nat Thorne. *Editors*: Margueritte White, Jun Xia. *ადმინისტრაციული მხარდაჭერისთვის*: Blaine Vella, Taylor O'Sullivan and Jamie Hicks. და ბოლოს, გვსურს მადლობა გადავუხადოთ ყველა მონაწილეს, რომელმაც საჯარო განხილვის პროცესში აზრი გამოთქვა, აგრეთვე, GATE-ს (Global Action for Trans Equality), Asia Pacific Transgender Network Foundation-ს (APTAN), The International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association-ს (ILGA), and Transgender Europe (TGEU) ზრუნვის სტანდარტების მე-8 გამოცემის ადრეული ვერსიებზე გამოთქმული კონსტრუქციული და სასარგებლო უკუკავშირისთვის.

ინტერესთა კონფლიქტი

ინტერესთა კონფლიქტის საკითხი განხილულ იქნა კომიტეტის წევრების შერჩევის ეტაპზე და პროცესის ბოლო ეტაპზე, ნაშრომის გამოქვეყნებამდე. ინტერესთა კონფლიქტის არც ერთი შემთხვევა არ აღმოჩნდა მნიშვნელოვანი და საყურადღებო.

ეთიკის საკონსულტაციო

ეს ხელნაწერი არ მოიცავს ისეთ კვლევებს, რომელიც განხორციელდა წინამდებარე ნაშრომის ავტორთა მიერ და რომელშიც მონაწილეობდნენ ადამიანები.

დაფინანსება

ეს პროექტი ნაწილობრივ დაფინანსებულია ტაივანის ფონდის მიერ (Tawani Foundation) გაცემული გრანტით. ხარჯების უმეტესი ნაწილი მოხმარდა ჯონს ჰოპკინსის უნივერსიტეტის მონაცემებზე დაფუძნებული პრაქტიკული ცენტრის ანაზღაურებას განეული სამუშაოსთვის (Evidence-based Practice Center of Johns Hopkins University). რედაქტორებსა და ლიტერატურის აღმრიცხველებს აუნაზღაურდათ ნომინალური ხელფასი. კომიტეტის წევრებს არ მიუღიათ ანაზღაურება განეული წვლილისთვის. კომიტეტის თავმჯდომარეების მგზავრობის ზოგიერთი ხარჯი აანაზღაურა ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობის მსიფლიო პროფესიულმა ასოციაციამ (World Professional Association for Transgender Health (WPATH)). WPATH-ის საშტატო და სხვა შიდა ხარჯები დაიფარა ასოციაციის ბიუჯეტიდან.

ბიომედიკალი ლიტერატურა

- 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>
- 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>
- ACON. (2022). *Sexual Health – Parts and Practices*. <https://www.transhub.org.au/clinicians/sexual-health>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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 and Adolescent Psychiatry*, 51(9), 957-974. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.07.004>
- 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>
- Agenor, M., Peitzmeier, S. M., Bernstein, I. M., McDowell, M., Alizaga, N. M., Reinsner, 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/10.1080/13691058.2016.1177203>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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*, 00; 1-9. <https://doi.org/10.1111/andr.12884>
- 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>
- Alexander, T. (1997). *The Medical Management of Intersexed Children: An Analogue for Childhood Sexual Abuse*. Intersex Society of North America. <https://isna.org/articles/analogue/>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>

- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (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>
- 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>
- American Medical Association. (2021). Ethics: Informed consent. <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/informed-consent>.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.).
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.).
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.).
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.97808904257>
- American Psychological Association, Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation. (2009). *Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation*. <http://www.apa.org/pi/lgbcc/publications/therapeutic-resp.html>
- 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>
- American Psychological Association. (2021). *APA guidelines for psychological assessment and evaluation*. <https://www.apa.org/about/policy/guidelines-psychological-assessment-evaluation.pdf>
- American Psychological Association. (2021). *APA Resolution on Gender Identity Change Efforts*. <https://www.apa.org/about/policy/resolution-gender-identity-change-efforts.pdf>
- 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>
- 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), p. 546–554. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2020.05.003>.
- Amnesty International. (2020). *Amnesty International UK and Liberty joint statement on puberty blockers*. <https://www.amnesty.org.uk/press-releases/amnesty-international-uk-and-liberty-joint-statement-puberty-blockers>
- 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/10.1080/15532739.2015.1022680>
- 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>.
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>

- 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>
- 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>
- 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/NEJMc0704045>
- 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>
- APTAN & UNDP. (2012). *Lost in transition: transgender people, rights and HIV vulnerability in the Asia-Pacific region*. Bangkok: Asia Pacific Transgender Network. <https://weareaptn.org/resource/lost-in-transition-transgender-people-rights-and-hiv-vulnerability-in-the-asia-pacific-region/>
- APTAN. (2020a). *Conversion therapy practices*. Bangkok: Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-Indonesia_28Dec.pdf
- APTAN. (2020b). *Conversion therapy practices: Malaysia*. Bangkok: Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-Malaysia_29Dec.pdf
- APTAN. (2020c). *Conversion therapy practices: Sri Lanka*. Bangkok: Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-SriLanka_28Dec.pdf
- APTAN. (2021). *Conversion therapy practices: India*. Bangkok: Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/06/Conversion-Therapy-India_CountrySnapshot_FinalMay2021-2.pdf
- APTAN. (2022). *Towards Transformative Healthcare: Asia Pacific Trans Health and Rights Module*. Bangkok: Asia-Pacific Transgender Network <https://weareaptn.org/resource/towards-transformative-healthcare-asia-pacific-trans-health-and-rights-module/>
- 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), 807-815. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.005>
- 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>
- Aristegui, 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. <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2017.1314796>
- Armund, 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>
- Armund, 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>
- Armund, 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>
- Armund, 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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/10.1111/j.1743-6095.19307301>
- Ashley, F. (2019e). Thinking an ethics of gender exploration: Against delaying transition for transgender and gender creative youth. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 24(2), 223-236. <https://doi.org/10.1177/1359104519836462>
- 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>
- 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/https://doi.org/10.1075/tis.21001.att>

- 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>
- 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), 3162–3173. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.007>
- 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. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(5), p. 757–767. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.083>
- 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-older-adults/> accessed 3/14/2022
- 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>
- 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>
- 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>
- 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/10.1080/10437797.2016.1174637>
- 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
- Avila, J. T., Golden, N. H., & Aye, T. (2019). Eating disorder screening in transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 65(6), 815–817. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.06.011>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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
- 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.org/10.1080/17549507.2019.1709544>
- 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
- 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
- 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>
- 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.jpuro.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>
- Baker, K. (2013). *Transforming health: International rights-based advocacy for trans health*. New York. Retrieved from <http://www.opensocietyfoundations.org/reports/transforming-health>
- 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>
- 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>
- Balakrishnan, T. M., Nagarajan, S., & Jaganmohan, J. (2020). Retrospective study of prosthetic augmentation mammaplasty in transwomen. *Indian Journal of Plastic Surgery: Official Publication of the Association of Plastic Surgeons of India*, 53(1), 42–050. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1709427>
- 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>

- 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>
- 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>
- Bangalore Krishna, K., Kogan, B. A., Mazur, T., Hoebcke, 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.jpuro.2021.02.011>
- Banks, K., Kyinn, M., Leemaqz, S. Y., Sarkodie, E., Goldstein, D., & Irwig, M.S. (2021). Blood pressure effects of gender-affirming hormone therapy in transgender and gender-diverse adults. *Hypertension*, 77(6), 2066–2074. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.16839>
- 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), 214–222. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70315-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70315-8)
- 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>
- 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>
- 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>
- Wylie, K. (2008). Are the criteria for the ‘real-life experience’ (R-LE) 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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.2016.04.071>
- Bauer, R. (2018). Bois and grrrls meet their daddies and mommies on gender playgrounds: Gendered age play in the lesbi-trans-queer BDSM communities. *Sexualities*, 21(1–2), 139–155. <https://doi.org/10.1177/1363460716676987>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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., Sansfaçon, 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>
- 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.2013.09.027>
- 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>
- 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>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Bio-medical 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>
- 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>

- 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>.
- 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>
- 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>
- 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/doi:10.1111/jsm.13033>
- 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/ga.2020.03.18>
- 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>
- 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>
- 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>
- Benestad, E. E. P. (2010). From gender dysphoria to gender euphoria: An assisted journey. *Sexologies*, 19(4), 225-231. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sexol.2010.09.003>
- Bennecke, E., Bernstein, S., Lee, P., van de Grift, T. C., Norden-skjöld, 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>
- 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>
- 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>
- 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/b.s.acdb.2014.11.002>
- 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.), *The 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>
- 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>
- 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/jamasurg.2016.5549>
- 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.00000000000007898>
- 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 "DSD-net." *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13023-018-0967-3>
- 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>
- 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>
- 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. <http://doi.org/10.1097/MD.00000000000014143>
- Bertrand, B., Perchenet, A. S., Colson, T. R., Draï, 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>
- Bhattacharya, S., & Ghosh, D. (2020). Studying physical and mental health status among hijra, kothi and transgender community in Kolkata, India. *Social Science and Medicine*, 265, 113412. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113412>
- Biedermann, S. V., Asmuth, J., Schröder, J., Briken, P., Auer, M. K., & Fuss, J. (2021). Childhood adversities are common among trans people and associated with adult depression and suicidality. *Journal of Psychiatric Research*, 141, 318-324. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.07.016>
- Bienz, M., & Saad, F. (2015). Androgen-deprivation therapy and bone loss in prostate cancer patients: A clinical review. *BoneKey Reports*, 4, 716. <https://doi.org/10.1038/bonekey.2015.85>

- 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>
- Bishop, A. (2019). *Harmful treatment: the global reach of so-called conversion therapy*. Outright Action International. https://outrightinternational.org/sites/default/files/Exec-Summ_SinglePagesRandL.pdf
- Biskey, E. R., Johnson, J. A., Harrison, C., Marron, J. M., Abecassis, L., Scobie-Carroll, A., Willard, J., Diamond, D. A., Taghinia, A. H., & Ganor, O. (2019). Ethical issues considered when establishing a pediatrics gender surgery center. *Pediatrics*, 143(6), e20183053. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3053>
- 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>
- Bizic, M. R., Jevtovic, 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>
- 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/3.3.co;2-6%3E10.1002/\(sici\)1520-6300\(200003/04\)12:2%3C151::aid-ajhb1%3E3.3.co;2-6](https://doi.org/3.3.co;2-6%3E10.1002/(sici)1520-6300(200003/04)12:2%3C151::aid-ajhb1%3E3.3.co;2-6)
- 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>
- 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/per-sp2.SIG3.33>
- 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>
- 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](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(21)00098-5)
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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/10.1080/15532739.2016.1262127>
- 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>
- 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>.
- 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>
- 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>
- Brandt, J. S., Patel, A. J., Marshall, I., & Bachmann, G. A. (2019). Transgender men, pregnancy, and the "new" advanced paternal age: A review of the literature. *Maturitas, 128*, 17-21. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.07.004>
- 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>
- 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>.
- Bränström, R., Stormbom, I., Bergendal, M., & Pachankis, 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://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/sltb.12830>
- 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/mxx003>
- 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>
- 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>
- 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>
- Brik, T., Vrouenraets, L., de Vries, M. C., & Hannema, S. E. (2020). Trajectories of adolescents treated with gonadotropin-releasing hormone analogues for gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior, 49*(7), 2611-2618. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01660-8>
- 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>
- 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.gate.lib.buffalo.edu/10.1080/15532739.2019.1651684>
- 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>
- Brown, E. & Mar, K. (2018). Culturally responsive practice with children of color. In: *The Gender Affirmative Model: An Interdisciplinary Approach to Supporting Transgender and Gender Expansive Children*. Keo-Meier, C. and Ehrensaft, D., (Eds). American Psychological Association
- 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>
- 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>
- 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.gate.lib.buffalo.edu/10.1177/1078345814541533>
- Brown, G. R., & Jones, K. T. (2014). Incidence of breast cancer in a cohort of 5,135 transgender veterans. *Breast Cancer Research and Treatment, 149*(1), 191-198. <https://doi.org/10.1007/s10549-014-3213-2>
- 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.gate.lib.buffalo.edu/10.1089/lgbt.2015.0052>
- 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), p. 122-131. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0058>.
- 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>
- 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>
- 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>

- 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), p. 1148-1177. <https://doi.org/1080/00918369.2018.1493253>.
- 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>
- 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>.
- 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>
- 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>
- 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 Theory Research Practice Training*, 52(3), 287-297 <https://doi.org/10.1037/pst0000034>
- 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>.
- 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>
- 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>
- 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>
- Bultynck, C., Pas, C., Defreyne, J., Cosyns, M., den Heijer, M., & T'Sjoen, G. (2017). Self perception of voice in transgender persons during cross-sex hormone therapy. *The Laryngoscope*, 127(12), 2796-2804. <https://doi.org/10.1002/lary.26716>
- 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>
- 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.00000000000003108>
- 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>
- 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.preare-sourcecenter.org/about/prison-rape-elimination-act>.
- 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). The 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>
- 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>
- 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>
- 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.00000000000003510>
- 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>
- 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>
- 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>

- 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.ez-proxy.cul.columbia.edu/10.1161/CIR.0000000000000914>
- 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>
- Calcedo-Barba, A., Fructuoso, A., Martinez-Raga, J., Paz, S., Sánchez de Carmona, M., & Vicens, E. (2020). A meta-review of literature reviews assessing the capacity of patients with severe mental disorders to make decisions about their healthcare. *BMC Psychiatry*, 20(1), 339. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02756-0>
- 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/ATGD-SexualHealthSurveyReport_v7.pdf
- Callen-Lorde. (2014) Protocols for the Provision of Hormone Therapy. <http://callen-lorde.org/graphics/2018/05/Callen-Lorde-TGNC-Hormone-Therapy-Protocols-2018.pdf>
- Callen Lorde. (2020a). *Safer Binding* http://callen-lorde.org/graphics/2018/09/Safer-Binding_2018_FINAL.pdf.
- Callen Lorde. (2020b). *Safer Tucking*: http://callen-lorde.org/graphics/2018/09/HOTT-Safer-Tucking_Final.pdf.
- 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.jpjg.2020.11.001>
- 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 disorders/differences of sex development. *Hormones and Behavior*, 86, 8–20. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2016.08.008>
- Campbell-Hall, V., Peterson, I., Bhana, A., Mjadu, S., Hosegood, V., & Flisher, A. J. (2010). Collaboration between traditional practitioners and primary health care staff in South Africa: Developing a workable partnership for community mental health services. *Transcultural Psychiatry*, 47(4), 610–628. <https://doi.org/10.1177/1363461510383459>
- 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>
- Canonica, 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>
- 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.00000000000006686>
- 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>
- 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.00000000000003149>
- 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). WHO-QOL-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.2016.03.37>
- 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>
- CARES Foundation. (2020). Statement on Surgery. <https://www.caresfoudation.org/treatment/surgery.pdf>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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. <https://doi.org/10-1001/pubs.Arch Gen Psychiatry-ISSN-0003-990x-57-6-yoa9156>
- 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>
- 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>

- 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>
- 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>
- Cartwright, C., Hughes, M., & Lienert, T. (2012). End-of-life care for gay, lesbian, bisexual and transgender people. *Culture, Health & Sexuality, 14*(5), 537-548. <https://doi.org.gate.lib.buffalo.edu/10.1080/13691058.2012.673639>
- 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-Rhino-Laryngology, 274*(4), 2049-2058. <https://doi.org/10.1007/s00405-016-4420-8>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Celentano, D. D., & Szklo, M. (2019). *Gordis Epidemiology*. Elsevier, Inc.
- Census Organization of India. (2015). Population Census 2011. <https://www.census2011.co.in>
- Center of Excellence for Transgender Health. (2016). *Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People, 2nd edition*. Center of Excellence for Transgender Health, UCSF. <https://transcare.ucsf.edu/guidelines>.
- 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>.
- 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>
- Centers for Medicare and Medicaid Services. (2010). *Toolkit Part 11: Guidelines for Translation*. <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/WrittenMaterialsToolkit/ToolkitPart11>
- 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>
- 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>.
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>

- 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/>.
- 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>
- 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>
- 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>
- 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](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30403-1)
- 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 de l'Enfance et de l'Adolescence*, 61(6), 365-370. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.07.001>
- 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. <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2018-316080>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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), 168-79. <https://doi.org/10.1111/jsm.12711>
- 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>
- 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>
- 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.gate.lib.buffalo.edu/10.1016/j.socscimed.2017.09.052>
- 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>
- 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>
- Cocchetti, C., Ristori, J., Mazzoli, F., Prunas, A., Bertelloni, S., Magini, A., Vignozzi, L., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2020). 5 α -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>
- 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>

- Cohanad, 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>
- Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender change in 46,XY persons with 5 α -reductase-2 deficiency and 17 β -hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 399-410. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-4339-4>
- 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>
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2009). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 499-513. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9562-y>
- 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 and Adolescent Psychiatry*, 36(2), 263-271. <https://doi.org/10.1097/00004583-199702000-00017>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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., Pfäfflin, 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>
- Colizzi, M., Costa, R., Pace, V., & Todarello, O. (2013). Hormonal treatment reduces psychobiological distress in gender identity disorder, independently of the attachment style. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(12), 3049-3058. <https://doi.org/10.1111/jsm.12155>
- 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>
- 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>
- 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>
- Colton Meier, S. L., Fitzgerald, K. M., Pardo, S. T., & Babcock, J. (2011). The effects of hormonal gender affirmation treatment on mental health in female-to-male transsexuals. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 15(3), 281-299. <https://doi.org/10.1080/19359705.2011.581195>
- Colvin, C. J., Fairall, L., Lewin, S., Georgeu, D., Zwarenstein, M., Bachmann, M., Uebel, K. E., & Bateman, E. D. (2010). Expanding access to ART in South Africa: The role of nurse-initiated treatment Lessons from the STRETCH trial in the Free State. *South African Medical Journal*, 100(4), 210. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-7-75>
- 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>
- Comparison of State Correctional Policies in the United States. *Sexuality Research and Social Policy*, 16(4), 393-407. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s13178-018-0354-9>
- 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>
- 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.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1097/HJH.0000000000002632>
- 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.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.13080>
- 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>
- Cook-Daniels, L. (2016). *Understanding Transgender Elders*. In D.A. Harley, & P.B. Tester, *Handbook of LGBT Elders* (pp. 285-308). Springer.
- 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>
- 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>
- 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>

- 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>
- Corrective Services New South Wales. (2015). "Section 7.23 Management of transgender and intersex inmates", Operations Procedures Manual, Sydney, NSW
- 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>
- 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, 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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.jpuro.2019.06.024>
- 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>
- Crissman, H. P., Warner, L., Gardner, M., Carr, M., Schast, A., Quitner, 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>
- Crocetti, D., Monro, S., Vecchiotti, 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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](https://doi.org/10.1016/s0892-1997(00)80010-7)
- 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>
- Dalke, K. B., Baratz, A. B., & Greenberg, J. A. (2020). Protecting children with intersex traits: Legal, ethical, and human rights considerations. *The Plasticity of Sex*, 207–224. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-815968-2.00010-4>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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/doi:10.1111/jsm.12681>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>

- 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>
- de Blok, C. J. M., Klaver, M., Wiepjes, C. M., Nota, N. M., Heijboer, A. C., Fisher, A. D., Schreiner, T., T'Sjoen, G., & den Heijer, M. (2018). Breast development in transwomen after 1 year of cross-sex hormone therapy: Results of a prospective multicenter study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *103*(2), 532-538. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01927>
- 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>
- De Cuypere, G., & Vercauysse, 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- de Oliveira, L., Carvalho, J., Sarikaya, S., Urkmez, A., Salonia, A., Russo, G. I., & the, E. A. U. Y. A. U. M. s. H. W. g. (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>
- 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>
- 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>
- 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. <https://doi.org/2003-08360-002>
- 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>
- 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.
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., VanderLaan, D. P., & Zucker, K. J. (2015). Poor peer 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>

- 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), 2276–2283. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x>
- 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>
- Deebel, N. A., Morin, J. P., Autorino, R., Vince, R., Grob, B., & Hampton, L. J. (2017). Prostate cancer in transgender women: Incidence, etiopathogenesis, and management challenges. *Urology*, 110, 166–171. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2017.08.032>
- 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 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- del Río-González, A. M., Zea, M. C., Flórez-Donado, J., Torres-Salazar, P., Abello-Luque, D., García-Montaño, E. A., García-Roncallo, P. A., & Meyer, I. H. (2021). Sexual orientation and gender identity change efforts and suicide morbidity among sexual and gender minority adults in Colombia. *LGBT health*, 8(7), 463–472. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0490>
- 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>
- 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.
- 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>
- Demeestere, I., Simon, P., Dedeken, L., Moffa, F., Tsépididis, 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>
- 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>
- Department of Health and Human Services. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. (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>
- Dessens, A. B., Slijper, F. M. E., & Drop, S. L. S. (2005). Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 389–397. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-4338-5>
- 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>
- 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>
- 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>
- Deutsch, M. B. (2016a). *Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people* (2nd ed.). San Francisco, CA: University of California, San Francisco, Department of Family and Community Medicine Center of Excellence for Transgender Health. <https://transcare.ucsf.edu/guidelines>
- 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>
- 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/>

- Deutsch, M. B., Glidden, D. V., Sevelius, J., Keatley, J., McMah-
han, 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](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(15)00206-4)
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(03)00211-9)
- 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>
- 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>
- 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>
- Do, T. T., & Van Nguyen, A. T. (2020). 'They know better than we doctors do': providers' preparedness for transgender healthcare in Vietnam. *Health Sociology Review*, 29(1), 92-107. <https://doi.org/10.1080/14461242.2020.1715814>
- Donaldson, M. S., Yordy, K. D., Lohr, K. N., & Vanselow, N.A. (1996). *Institute of Medicine (US) Committee on the Future of Primary Care; Primary care: America's health in a new era*. National Academies Press (US).
- 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>
- 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.ez-proxy.cul.columbia.edu/10.1016/j.amepre.2018.04.045>
- 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>
- 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](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00586-6)
- 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>
- 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>
- DSD-TRN - Differences or Disorders of Sex Development Translational Research Network. (n.d.). <http://dsdtrn.org/>.
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>

- Durwood, L., Kavalanka, K.A., Kahn-Samuels, S., Jordan, A.E., Rubin, J.D., Schnelzer, P., Devor, A.H., & Olson, K.R. (2022). Retransitioning: The experiences of youth who socially transition genders more than once. *International Journal of Transgender Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2085224>
- 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>.
- Dy, G. W., Granieri, M. A., Fu, B. C., Vanni, A. J., Voelzke, B., Rorurke, 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>
- 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>
- Eckstrand, K. L., Potter, J., McCauley, E., & Brinkley-Rubinstein, L. (2017). *Institutionalization and Incarceration of LGBT Individuals*. In K.L. Eckstrand, & J. Potter (Eds.). *Trauma, Resilience, and Health Promotion in LGBT Patients What Every Healthcare Provider Should Know* (pp. 149-165). Springer International Publishing.
- 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>
- Edmiston, E. K., Donald, C. A., Sattler, A. R., Peebles, J. K., Ehrenfeld, J. M., & Eckstrand, K. L. (2016). Opportunities and gaps in primary care preventative health services for transgender patients: a systematic review. *Transgender Health*, 1(1), 216-230. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0019>
- Edmo v. Idaho Department of Corrections, Corizon, Inc. et al.; case number 1:17-cv-151-BLW, 2020.
- 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.
- 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>
- 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>
- 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.euro.2019.05.010>
- Eftekhari 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>
- Ehrensaft, D. (2016). *The Gender Creative Child: Pathways for Nurturing and Supporting Children who Live Outside Gender Boxes*. The Experiment
- Ehrensaft, D. (2018). Exploring gender expansive expressions. 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.
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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*, 26(4), 263-268. <https://doi.org/10.1177/2292550318767437>
- 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. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181e63e49>
- 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>
- 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>
- 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>
- Embaye, N. (2006). Affirmative psychotherapy with bisexual transgender people. *Journal of Bisexuality*, 6(1-2), 51-63. https://doi.org/10.1300/J159v06n01_04

- 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.
- Endocrine Society, Pediatric Endocrine Society (2020). *Position Statement: Transgender Health*. Endocrine Society.
- 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>
- 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>
- Esmonde, N., Heston, A., Jedrzejewski, B., Ramly, E., Anen, 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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.
- 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-due-meningioma-risk-en-0.pdf>
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2020). *EU-LGBTI II: A long way to go for LGBTI equality*. Publications Office of the European Union.
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Fedele, D. A., Kirk, K., Wolfe-Christensen, C., Phillips, T. M., Mazur, T., Mullins, L. L., Chernausk, 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>
- Federal Bureau of Prisons. (2016). *Transgender Clinical Care*. https://www.bop.gov/resources/pdfs/trans_guide_dec_2016.pdf
- Feinberg, L. (1996). *Transgender Warriors; Making History from Joan of Arc to Marsha P. Johnson and Beyond*. Beacon Press.
- 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>
- Ferguson, H. J., Brunson, 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>
- 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>
- 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>
- 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>

- Fielding, L. (Ed.). (2021). *Trans Sex: Clinical Approaches to Trans Sexualities and Erotic Embodiments* (Vol. 1). Routledge. <https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9780429318290>
- Finlayson, C., Johnson, E. K., Chen, D., Dabrowski, E., Gosieng-fiao, 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>
- 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/10.1080/026895269.2020.1838392>
- 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>
- 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>
- 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.
- 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/10.1089/15246090050020691>
- 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>
- 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/10.1177/1074840717735499>
- 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.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1007/s10865-019-00120-6>
- Francis, A., Jasani, S., & Bachmann, G. (2018). Contraceptive challenges and the transgender individual. *Women's Midlife Health, 4*, 12. <https://doi.org/10.1186/s40695-018-0042-1>
- 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/10.1080/15532730903008057>
- Fraser, L. (2009b). Depth psychotherapy with transgender people. *Sex and Relationship Therapy, 24*(2), 126-142. <https://doi.org/10.1080/14681990903003878>
- 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.0000000000000882>
- 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>
- Fredriksen-Goldsen, K. I. (2011). Resilience and disparities among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *The Public Policy and Aging Report, 21*(3), 3. <https://doi.org/10.1093/ppar/21.3.3>
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Cook-Daniels, L., Kim, H. J., Erosheva, E. A., Emler, 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>
- 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.2017.06.007>
- 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/cmaj.53009>
- 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>
- Gaither, T. W., Awad, M. A., Osterberg, E. C., Murphy, G. P., Romero, A., Bowers, M. L., & Breyer, B. N. (2018). Post-operative 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>

- 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>
- 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 International Publishing.
- Garcia, M. M., & Zaliznyak, M. (2020). Effects of feminizing hormone therapy on sexual function of transgender women. *Journal of Urology*, 203(Suppl. 4), e672–e672. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000000900.020>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Gebreab, S. Z., Vandeleur, C. L., Rudaz, D., Strippoli, M.-P. F., Gholam-Rezaee, M., Castelao, E., Lasserre, A. M., Glaus, J., Pistis, G., Kuehner, C., von Känel, R., Marques-Vidal, P., Vollenweider, P., & Preisig, M. (2018). Psychosocial stress over the lifespan, psychological factors, and cardiometabolic risk in the community. *Psychosomatic Medicine*, 80(7), 628–639. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000621>
- 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>
- 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>
- George, D., Colvin, C. J., Lewin, S., Fairall, L., Bachmann, M. O., Uebel, K., Zwarenstein, M., Draper, B., & Bateman, E. D. (2012). Implementing nurse-initiated and managed antiretroviral treatment (NIMART) in South Africa: A qualitative process evaluation of the STRETCH trial. *Implementation Science*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-66>
- 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>
- 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.ezproxy.cul.columbia.edu/10.7326/M17-2785>
- Gezer, E., Piro, B., Cantürk, Z., Çetinarslan, B., Sözen, M., Selek, A., Işık, 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>
- 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–e214739. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.4739>
- Giele, 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>
- 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.nottingham.idm.oclc.org/10.1111/soc4.12432>
- 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.
- 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>
- 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>
- 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>
- Giordano, S. (2012). Sliding doors: Should treatment of gender identity disorder and other body modifications be privately funded? *Medicine, Health Care Philosophy*, 15(1), 31–40. <https://doi.org/10.1007/s11019-010-9303-y>
- 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>
- 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>
- 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>

- 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
- 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.
- 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>
- 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.000000000000140>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Goldblum, P., Testa, R. J., Pflum, S., Hendricks, M. L., Bradford, J., & Bongar, B. (2012). The relationship between gender-based victimization and suicide attempts in transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 468. <https://doi.org/10.1037/a0029605>
- 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/10.1177/00333549211065517>
- 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>
- 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.0000000000002116>
- Gomez, A. M., Đđ, 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.2020.03.003>
- 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.psychoneuen.2011.08.010>
- 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.jpuro.2017.03.024>
- 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>
- Gooren, L. J., van Trotsenburg, M. A., Giltay, E. J., & van Diest, P. J. (2013). Breast cancer development in transsexual subjects receiving cross-sex hormone treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(12), 3129-3134. <https://doi.org/10.1111/jsm.12319>
- 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/10.1093/eurj/170.6.809>
- 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/kaa079>
- Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Mauguineau, A., Gebleux, S., Penochet, J., Pringuey, D., Albarel, F., Morange, I., Loundou, A., Berbis, J., Auquier, P., Lançon, C., & Bonnierbale, 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>
- Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Mauguineau, 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>
- 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 health-care 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>
- 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>
- 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 bullying victimization and emotional distress. *LGBT Health*, 5(5), 312-319. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0176>

- Grabski, B., Rachoń, D., Czernikiewicz, W., Dulko, S., Jakima, S., Muldenr-Nieckowski, Ł., Trofimiuk- Muldner, M., Baran, D., Dora, M., Iniewicz, G., Mijas, M., Stankiewicz, S., Adamczewska-Stachura, M., & Mazurczak, A. (2021). Recommendations of the Polish Sexological Society on medical care in transgender adults – position statement of the expert panel. *Psychiatria Polska*, 55(3), 701–708. <https://doi.org/10.12740/pp/onlinefirst/125785>
- 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>
- 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
- 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
- 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>
- Grassian, S. (2006). Psychiatric effects of solitary confinement part of the law enforcement and corrections commons recommended citation. *Washington University Journal of Law & Policy*, 22(1), 325–383. https://openscholarship.wustl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1362&context=law_journal_law_policy
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Gridley, S. J., Crouch, J. M., Evans, Y., Eng, W., Antoon, E., Lyapustina, M., Schimmel-Bristow, A., Woodward, J., Dundon, K., Schaff, R., McCarty, C., Ahrens, K., & Breland, D. J. (2016). Youth and caregiver perspectives on barriers to gender-affirming health care for transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 59(3), 254–261. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.03.017>
- Griffiths, D. A. (2018). Shifting syndromes: Sex chromosome variations and intersex classifications. *Social Studies of Science*, 48(1), 125–148. <https://doi.org/10.1177/0306312718757081>
- 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>
- 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.jpog.2018.02.009>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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](https://doi.org/10.1016/s0892-1997(99)80028-9)
- 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
- 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>
- 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
- 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>
- 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>
- 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/10.1080/026895269.2020.1753135>

- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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.gate.lib.buffalo.edu/10.1111/hsc.12521>
- Hage, J. J., Dekker, J., Karim, R. B., Verheijen, R. H. M., & Bloemen, 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>
- 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>
- Hahn, M., Sheran, N., Weber, S., Cohan, D., & Obedin-Malivier, J. (2019). Providing patient-centered perinatal care for transgender men and gender-diverse individuals: A collaborative multidisciplinary team approach. *Obstetrics & Gynecology*, 135(5), 959–963. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003506>
- 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>
- 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>
- Hamilton, J. B., & Mestler, G. E. (1969). Mortality and survival: Comparison of Eunuchs with intact men and women in a mentally retarded population. *Journal of Gerontology*, 24(4), 395–411. <https://doi.org/10.1093/geronj/24.4.395>
- Hamm, J. A., & Nieder, T. O. (2021). Trans*-sexualität neu denken: Eine partizipative interviewstudie zu gelingender sexualität ohne genitalangleichung. *Zeitschrift Für Sexuallforschung*, 34(02), 69–78. <https://doi.org/10.1055/a-1477-0412>
- 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>
- 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*, 60(9), 2472–2482. https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0320
- 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
- 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>
- 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
- Hancock, A. B., Krissing, 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>
- Hancock, A. B., & Pool, S. F. (2017). Influence of listener characteristics on perceptions of sex and gender. *Journal of Language and Social Psychology*, 36(5), 599–610. <https://doi.org/10.1177/0261927X17704460>
- Hancock, A. B., & Siegfried, L. L. (2020). *Transforming voice and communication with transgender and gender-diverse people: An evidence-based process*. Plural Publishing.
- 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 “wannabes.” *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 24(2), 151–159. <https://doi.org/10.3138/cjhs.242-a4>
- Hardacker, C. T., Chyten-Brennan, J., & Komar, A. (2019). Transgender physiology, anatomy, and aging: A provider's guide to gender-affirming surgeries. In *Transgender and gender non-conforming health and aging* (pp. 37–60). Springer.
- 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>
- Hardy, T. L. D., Rieger, J. M., Wells, K., & Boliek, C. A. (2021). Associations between voice and gestural characteristics of transgender women and self-rated femininity, satisfaction, and quality of life. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(2), 663–672. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-20-00118
- Harper, A., Finnerty, P., Martinez, M., Brace, A., Crethar, H. C., Loos, B., Harper, B., Graham, S., Singh, A., Kocet, M., Travis, L., Lambert, S., Burnes, T., Dickey, L. M., & Hammer, T. R. (2013). Association for lesbian, gay, bisexual, and transgender issues in counseling competencies for counseling with lesbian, gay, bisexual, queer, questioning, intersex, and ally individuals. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 7(1), 2–43. <https://doi.org/10.1080/15538605.2013.755444>
- 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>

- 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.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1161/CIR.0000000000000228>
- 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>
- 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/>
- 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>
- 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, 99*(9), 3132–3154. <https://doi.org/10.1210/jc.2009-0345>
- 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 and Metabolism, 102*(11), 3869–3903. <https://doi-org.gate.lib.buffalo.edu/10.1210/jc.2017-01658>
- Hempel, J. (2016, September 1). *My Brother's Pregnancy and the Making of a New American Family*. TIME.
- 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>
- 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/10.1080/1532739.2019.1690612>
- Herd, G. (1994). *Third Sex, Third Gender. Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History*. The MIT Press.
- 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/qt-1812g3hm/qt1812g3hm.pdf>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Hiransuthikul, A., Himmad, L., Kerr, S. J., Janamnuysook, R., Dalodom, T., & Phanjaroen, K. (2020). Drug-drug interactions among Thai HIV-positive transgender women undergoing feminizing hormone therapy and antiretroviral therapy: The iFACT study. *Clinical Infectious Diseases 72*(3), 396–402. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa038>
- Hiransuthikul, A., Janamnuysook, 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>
- 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>
- 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>
- Hoebeker, 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>

- 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>
- 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.
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Horbach, S. E., Bouman, M. B., Smit, J. M., Ozer, M., Buncamp, M. E., & Mullender, M. G. (2015). Outcome of vaginoplasty in male-to-female transgenders: A systematic review of surgical techniques. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(6), 1499-1512. <https://doi.org/10.1111/jsm.12868>
- 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.
- Hostiuc, S., Rusu, M. C., Negoii, 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>
- Horton, C. (2021). Parent advocacy groups for trans children. In A. Goldberg, & G. Beemyn (Eds.). *The SAGE Encyclopedia of Trans Studies*. SAGE Publications Inc.
- 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. <https://doi.org/10.1210/jc.2010-0714>
- Houlberg, M. (2019). Endocrinology, hormone replacement therapy (HRT), and aging. In *Transgender and gender non-conforming health and aging* (pp. 21-35). Springer
- House of Commons Women and Equalities Committee. (2015, December 8). *Transgender Equality: First report of session 2015-2016*. Retrieved from <https://publications.parliament.uk/pa/cm201516/cmselect/cmwomeq/390/390.pdf>
- 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>
- Hudson, J., Nahata, L., Dietz, E., & Quinn, G. P. (2018). Fertility counseling for transgender AYAs. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 6(1), 84-92. <https://doi.org/10.1037/cpp0000180>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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
- 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>
- 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>
- Human Rights Watch. (2014). "I'm scared to be a woman": human rights abuses against transgender people in Malaysia. https://features.hrw.org/features/HRW_reports_2014/Im_Scared_to_Be_a_Woman/index.htm
- 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
- 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>
- Hunt, J., Bristowe, K., Chidyamatare, S., & Harding, R. (2017). "They will be afraid to touch you": LGBTI people and sex workers' experiences of accessing healthcare in Zimbabwe - an in-depth qualitative study. *BMJ Global Health*, 2(2), e000168. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2016-000168>
- 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>
- 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.
- 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

- 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
- 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/bmjsex-2018-200097>
- 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
- 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
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). *Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: Report of an Expert Panel*. Interprofessional Education Collaborative.
- 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](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(16)00036-x)
- Irwig, M. S. (2018). Cardiovascular health in transgender people. *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders*, 19(3), 243–251. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9454-3>
- 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>
- Irwig, M.S. (2021). Is there a role for 5 α -reductase inhibitors in transgender individuals? *Andrology*, 9(6), 1729-1731. <https://doi.org/10.1111/andr.12881>.
- 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>
- 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>
- Isshiki, N., Taira, T., & Tanabe, M. (1983). Surgical alteration of the vocal pitch. *The Journal of Otolaryngology*, 12(5), 335–340. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6644864/>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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/sm.2.33>
- 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>
- 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.
- Jadoul, P., Guilmain, A., Squifflet, J., Luyckx, M., Votino, R., Wyns, C., & Dolmans, M. M. (2017). Efficacy of ovarian tissue cryopreservation for fertility preservation: Lessons learned from 545 cases. *Human Reproduction*, 32(5), 1046-1054. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex040>
- 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>
- 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 Transgender Health*, 22(4), 349-359. <https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1915635>
- 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
- James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anaf, M. (2016). *The report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-AIAN-Report-Dec17.pdf>
- 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>.
- Jarrett, B. A., Corbet, A. L., Gardner, I. H., Weinand, J. D., & Peitzmeier, S. M. (2018). Chest binding and care seeking among transmasculine adults: A cross-sectional study. *Transgender Health*, 3(1), 170–178. <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0017>

- 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>
- 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>
- 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 Surgery*, 79(1), 3-4. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2020.09.027>
- 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](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(08)70128-1)
- Jenness, V., & Smyth, M. (2011). The passage and implementation of the Prison Rape Elimination Act: Legal endogeneity and the uncertain road from symbolic law to instrumental effects. *Stanford Law & Policy Review*, 22, 489. <https://doi.org/10.1177/0891243215611856>
- Jenness, V., & Fenstermaker, S. (2016). Forty years after Brown-miller: Prisons for men, transgender inmates, and the rape of the feminine. *Gender & Society*, 30(1), 14-29. <https://doi.org/10.1177/0891243215611856>
- Jessen, R. S., Wæhre, 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2010). Gender identity disorder outside the binary: When gender identity disorder-not otherwise specified is not good enough. *Archives of Sexual Behavior*, 39(3), 597-598. <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9608-1>
- 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>
- 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>
- 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
- 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>
- 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>
- 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 International Publishing.
- 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>
- 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>
- 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>

- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Kaltiala-Heino, R., Bergman, H., Työläjärvi, M., & Frisen, L. (2018). Gender dysphoria in adolescence: Current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 9, 31-41. <https://doi.org/10.2147/ahmt.s135432>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Kanhai, R. C., Hage, J. J., Asscheman, H., & Mulder, J. W. (1999). Augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 104(2), 542-549; discussion 550-541. <https://doi.org/10.1097/00006534-199908000-00039>
- Kanhai, R. C., Hage, J. J., Karim, R. B., & Mulder, J. W. (1999). Exceptional presenting conditions and outcome of augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Annals of Plastic Surgery*, 43(5), 476-483. <https://doi.org/10.1097/00006637-199911000-00003>
- Kanhai, R. C., Hage, J. J., & Mulder, J. W. (2000). Long-term outcome of augmentation mammoplasty 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Karasic, D. H. (2016). Protecting transgender rights promotes transgender health. *LGBT Health*, 3(4), 245-247. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0072>
- Karasic, D. H. (2019). Mental health care for the adult transgender patient. In C.A. Ferrando, C. A. (Ed.). *Comprehensive Care of the Transgender Patient* (pp. 8-11). Elsevier Health Sciences.
- 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>
- 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>
- 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 So-ciology of the National Academy of Sciences of Ukraine.-Kyiv, 2020.* https://www.researchgate.net/publication/348325593_POPULATION_SIZE_ESTIMATION_FOR_TRANSGENDER_PEOPLE_IN_UKRAINE
- 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>
- 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>

- Katz-Wise, S. L., Budge, S. L., Fugate, E., Flanagan, K., Tou-loumtzis, 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>
- 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>
- Kauth, M. R., Shipherd, J. C., & Boedecker, A. L. (2018). Adjunctive interventions: Supportive services for gender role transitions. In M.R. Kauth, & J.C. Shipherd (Eds.). *Adult Transgender Care: An Interdisciplinary Approach for Training Mental Health Professionals* (pp.161–174). Routledge.
- Kauth, M. R., Shipherd, J. C., Lindsay, J., Blossnich, 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.uk/10.2105/AJPH.2014.302086>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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
- 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>
- 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>
- Keohane v. Jones (Florida Department of Corrections), Case No.4:16-cv-511-MW-CAS, N. D. Fla, 2018.
- 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, US: American Psychological Association.
- 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>
- 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>
- Kerckhof, M. E., Kreukels, B. P. C., Nieder, T. O., Becker-Héblly, 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Kim, H.T. (2020) Vocal feminization for transgender women: Current strategies and patient perspectives. *International Journal of General Medicine*, 13, 43–52. <http://doi.org/doi:10.2147/IJGM.S205102>
- Kim, E. Y. (2015). Long-term effects of gonadotropin-releasing hormone analogs in girls with central precocious puberty. *Korean Journal of Pediatrics*, 58(1), 1–7. <https://doi.org/10.3345/kjp.2015.58.1.1>
- 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>
- 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>
- 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>

- 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. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-0741>
- Klaver, M., de Mutsert, R., Wiepjes, C. M., Twisk, J. W. R., den Heijer, M., Rotteveel, J., & Klink, D. T. (2018). Early hormonal treatment affects body composition and body shape in young transgender adolescents. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(2), 251-260. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.12.009>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Kleinplatz, P. J. (Ed.). (2012). *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives* (second edition). Routledge/Taylor & Francis Group.
- 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>
- 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>
- 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>
- 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/https://doi.org/10.1111/andr.13022>
- 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>
- 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>
- Klosky, J. L., Wang, F., Russell, K. M., Zhang, H., Flynn, J. S., Huang, L., Wasilewski-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>
- 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/prl0000098>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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.
- 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-Rhino-Laryngologica*, 101(1), 39-43. <https://doi.org/10.5631/jibirin.101.39>
- 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>
- 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>
- 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>
- Kosilek v. Mass. Department of Corrections/ Kathleen Dennehy; Kosilek v. Spencer, 889 F.Supp.2d 190 (D. Mass. Sept. 4, 2012); "Kosilek II."
- Kosilek v. Massachusetts, 221 F. Supp. 2d 156 (D Mass 2002).
- Kozato, A., Fox, G. C., Yong, P. C., Shin, S. J., Avanesian, 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>
- 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.jpuro.2018.10.008>

- Krempasky, C., Harris, M., Abern, L., & Grimstad, F. (2020). Contraception across the transmasculine spectrum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(2), 134-143. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.07.043>
- 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-Hilczler, 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 Journal of Sexual Medicine*, 15(5), 777-785. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.02.021>
- 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>
- 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>
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenaault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., Elorrio, E. G., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., & Malata, A. (2018). High-quality health systems in the sustainable development goals era: Time for a revolution. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1196-e1252. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30386-3)
- 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 Otolaryngology, Rhinology, and Laryngology*, 109(11), 1082-1086. <https://doi.org/10.1177/000348940010901116>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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 and Metabolism*, 106(10), e3936-e3945. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgab427>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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.
- Landén, M., Wälinder, J., Lambert, 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>
- 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>
- 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](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00100-8)

- 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](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(81)91155-7)
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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*, 32(2-3), 103-110. <https://doi.org/10.1177%2F1010539520912594>
- Lee, H., Park, J., Choi, B., Yi, H., & Kim, S. S. (2018). Experiences of and barriers to transition-related healthcare among Korean transgender adults: Focus on gender identity disorder diagnosis, hormone therapy, and sex reassignment surgery. *Epidemiology and Health*, 40, 1-13. <https://doi.org/10.4178/epih.e2018005>
- 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), bvaa065. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvaa065>
- 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>
- 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*, 85(3), 158-180. <https://doi.org/10.1159/000442975>
- 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 non-conforming students? *International Journal of Transgenderism*, 20(1), 39-48. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1452172>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- 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>
- 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/ijtc/ijtc0405.htm>
- Levy, A., Crown, A., & Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 59(4), 409-418. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2265.2003.01821.x>
- 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>
- 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>
- 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>

- Lieberman, T. (2018). *Painting Dragons: What Storytellers Need to Know About Writing Eunuch Villains*. Bogotá, Glyph Torrent.
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Liu, S., Liu, Q., Cheng, X., Luo, Y., & Wen, Y. (2016). Effects and safety of combination therapy with gonadotropin-releasing hormone analogue and growth hormone in girls with idiopathic central precocious puberty: A meta-analysis. *Journal of Endocrinological Investigation*, 39(10), 1167-1178. <https://doi.org/10.1007/s40618-016-0486-9>
- 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*, 17(11), 2291-2298. <https://doi.org/10.1177/1010539520912594>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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., & Grinsztajn, 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>
- 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>
- 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>
- Machtinger, E. L., Cucca, Y. P., Khanna, N., Rose, C. D., & Kimberg, L. S. (2015). From treatment to healing: The promise of trauma-informed primary care. *Women's Health Issues*, 25(3), 193-197. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2015.03.008>
- 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>
- 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>
- 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/IE-SOGI/Reports_on_Gender_Final_Summary.pdf
- 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>

- 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>
- 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. [http://doi.org/10.1016/S2213-8587\(18\)30305-X](http://doi.org/10.1016/S2213-8587(18)30305-X)
- 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>
- 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>
- 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>
- 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](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(17)30068-2)
- 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>
- Manero Vazquez, I., Garcia-Senosai, 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>
- 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.
- 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>
- 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.
- 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 and Metabolism*, 102(11), 3914-3923. <https://doi.org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1210/jc.2017-01643>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Marshall, W. A., & Tanner, J. M. (1969). Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Archives of Disease in Childhood*, 44(235), 291-303.
- Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2010). Developmental cascades. *Development and Psychopathology*, 22(3), 491-495. <https://doi.org/10.1017/s0954579410000222>
- 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>
- 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.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1016/j.cpcardiol.2018.09.003>
- 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>
- 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/AMEPS255483>
- Maruri, S. (2011). Hormone therapy for inmates: A metonym for transgender rights. *Cornell Journal of Law and Public Policy*, 20(3), 10.

- 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.00000000000004427>
- 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>
- 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](https://doi.org/10.1016/s0194-5998(03)00462-5)
- 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>
- 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>
- Matsuno, E. (2019). Nonbinary-affirming psychological interventions. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(4), 617-628. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.09.003>
- 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>
- 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>
- Mattawanon, N., Spencer, J. B., Schirmer, D. A., & Tangpricha, V. (2018). Fertility preservation options in transgender people: A review. *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders*, 19(3), 231-242. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9462-3>
- Matthews, J. J., Olszewski, A., & Peteret, 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
- Matthews, S. J., Picton, H., Ernst, E., & Andersen, C. Y. (2018). Successful pregnancy in a woman previously suffering from β -thalassaemia 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>
- 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>
- 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>
- Mazur, T., Cohen-Kettenis, P. T., Meyer, W. J., Meyer-Bahlburg, H. F., & Zucker, K. J. (2007). Survey of HBGDA membership on treatment of disorders of sex development (DSD). *International Journal of Transgenderism*, 10(2), 99-108. <https://doi.org/10.1080/1553273080218227>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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). <https://doi.org/476-479>. doi:10.3928/01484834-20160715-11.
- 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>
- 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>
- 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 Science + Business Media
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- McNabb, C. (2017). *Nonbinary gender identities: History, culture, resources*. Rowman & Littlefield.
- 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>

- 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>
- 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
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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.
- Meier, S. C., Sharp, C., Michonski, J., Babcock, J. C., & Fitzgerald, K. (2013). Romantic relationships of female-to-male trans men: A descriptive study. *International Journal of Transgenderism*, 14(2), 75-85. <https://doi.org/10.1080/1532739.2013.791651>
- 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>
- 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>
- Mendoza, N., & Motos, M. A. (2013). Androgen insensitivity syndrome. *Gynecological Endocrinology*, 29(1), 1-5. <https://doi.org/10.3109/09513590.2012.705378>
- Meriggiola, M. C., Armillotta, F., Costantino, A., Altieri, P., Saad, F., Kalthorn, 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>
- 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>
- 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/ijtsoc_01/index.htm
- 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.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2014). Psychoendocrinology of Congenital Adrenal Hyperplasia. *Genetic Steroid Disorders*, 285-300. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-416006-4.00023-5>
- 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>.
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)48502-x)
- Miksad, R. A., Bublely, G., Church, P., Sanda, M., Rofsky, N., Kaplan, I., & Cooper, A. (2006). Prostate cancer in a transgender woman 41 years after initiation of feminization. *The Journal of the American Medical Association*, 296(19), 2312-2317. <https://doi.org/10.1001/jama.296.19.2316>

- Miller, L., Leeth, E. A., Johnson, E. K., Rosoklija, I., Chen, 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.jpuro.2018.08.009>
- 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>
- 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>
- 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>
- Mills, M., & Stoneham, G. (2017). *The voice book for trans and non-binary people*. Jessica Kingsley Publishers.
- 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-up for trans men at the London Gender Identity Clinic. *Transgender Health*, 4(1), 143-151. <https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0011>
- 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>
- Min, K.-J., Lee, C.-K., & Park, H.-N. (2012). The lifespan of Korean eunuchs. *Current Biology*, 22(18), R792-R793. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2012.06.036>
- 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.jpuro.2018.02.016>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Monroe (aka Patterson) v. Baldwin, Illinois Department of Corrections et al, Case No. 1:19-cv-01060, 2019.
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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/endo/bqaa014>
- 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>
- 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.00000000000006837>
- 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-to-female gender reassignment surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 136(2), 386-394. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000001459>
- 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.00000000000002518>
- Moser, C., & Devereux, M. (2019). Gender neutral pronouns: A modest proposal. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 331-332. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1217446>
- 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>

- 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>
- 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>
- 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>
- 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 non-binary inclusion: Beyond women's health. *Obstetrics and Gynecology*, 135(5), 1059-1068. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003816>
- Motmans, J., Meier, P., Ponnet, K., & T'Sjoen, G. (2012). Female and male transgender quality of life: Socioeconomic and medical differences. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(3), 743-750. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02569.x>
- 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>
- 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
- 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>
- 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.jpuro.2016.04.001>
- Movement Advancement Project. Conversion "Therapy" Bans. (2021). https://www.lgbtmap.org/equality-maps/conversion_therapy
- 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/https://doi.org/10.1002/jia2.25860>
- Mukhopadhyay, A., & Chowdhury, R. (2009). The eunuch patient. *Tropical Doctor*, 39(1), 63-64. <https://doi.org/10.1258/td.2008.080016>
- Müller, A. (2013). Teaching lesbian, gay, bisexual and transgender health in a South African health sciences faculty: Addressing the gap. *BMC Medical Education*, 13(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-174>
- Müller, A. (2015). Strategies to include sexual orientation and gender identity in health professions education. *African Journal of Health Professions Education*, 17(1), 1-10. <https://doi.org/10.7196/AJHPE.359>
- 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>
- 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 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
- Müller, A., Daskilewicz, K., Kabwe, M. L., Mmolai-Chalmers, A., Morroni, C., Muparamoto, N., Muula, A. S., Odira, V., & Zimba, M. (2021). Experience of and factors associated with violence against sexual and gender minorities in nine African countries: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21, 357. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10314-w>
- Mullins, E. S., Geer, R., Metcalf, M., Piccola, J., Lane, A., Conard, L. A. E., & Kowalczyk 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>
- 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>
- Murchison, G., Adkins, D., Conard, L.A., Ph, R., Ehrensaft, D., Elliott, T., Hawkins, L.A., Lopez, X., Newby, H., Ng, H., Veters, R., Wolf-Gould, C., Brown, J., Hanneman, T., Kahn, E. (2016). *Supporting & Caring for Transgender Children*. Human Rights Campaign.
- 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>
- 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>

- Nahata, L., Cohen, L. E., & Yu, R. N. (2012). Barriers to fertility preservation in male adolescents with cancer: it's time for a multi-disciplinary approach that includes urologists. *Urology*, *79*(6), 1206-1209. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2012.02.035>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Nanda, S. (2014). *Gender diversity: cross cultural variations*. Second edition. Waveland Press.
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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.
- National Commission on Correctional Health Care. (2016). *Solitary Confinement (Isolation)*. <https://www.ncchc.org/solitary-confinement>.
- National LGBTQIA+ Health Education Center. (2020). *Affirming Primary Care for Intersex People*. <https://www.lgbtqihealtheducation.org/publication/affirming-primary-care-for-intersex-people-2020/>
- Nestle, J., Howell, C., & Wilchins, R. (Eds.). (2002). *Gender-queer. Voices from behind the sexual binary*. Alyson Books.
- 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>
- 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](https://doi.org/10.1016/S0892-1997(03)00084-5)
- 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*, *64*(4), 544-546. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.10.296>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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 and Sexuality*, *2*(3), 224-243. <https://doi.org/10.1080/19419899.2010.545955>
- 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>
- Nieder, T. O., Gӧldenring, 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/>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>

- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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.
- 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>
- 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>
- Obedin-Maliver, J., & Makadon, H. (2016). Transgender men and pregnancy. *Obstetric Medicine*, 9(1), 4-8. <https://doi.org/10.1177/1753495X15612658>
- 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>
- 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>
- OECD. (2019). *Health at a glance 2019: OECD indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- 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>
- 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
- 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>
- Oktaç, 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>

- 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>
- 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 Paediatrics*, 172(5), 431-436. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.5440>
- 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.
- Oparah, J. (2012). Feminism and the (trans)gender entrapment of gender nonconforming prisoners. *UCLA Women's Law Journal*, 18(2), 239-271. <http://dx.doi.org/10.5070/L3182017822> Retrieved from <https://escholarship.org/uc/item/3sp664r9>.
- Orel, N. A., & Fruhauf, C. A. (2015). *The lives of LGBT older adults: Understanding challenges and resilience* (p. 256). American Psychological Association.
- 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>
- 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 & Sterility*, 93(4), 1267-1272. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.12.017>
- 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>
- Owen-Smith, A. A., Gerth, J., Sineath, R. C., Barzilai, 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>
- 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>
- Özkan, Ö., Çinpolat, A., Doğan, N. U., Bektaş, G., Dolay, K., Gürkan, A., Arıcı, C., & Doğan, 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>
- Pachankis, J. E., & Bränström, R. (2018). Hidden from happiness: Structural stigma, sexual orientation concealment, and life satisfaction across 28 countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(5), 403. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02036-6>
- 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>
- 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>
- 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>
- Palmert, M. R., Chan, Y. M., & Dunkel, L. (2021). *Puberty and its disorders in the male.* In M.A. Sperling, M.R.K. Majzoub, & C.A. Stratakis (Eds.), *Sperling Pediatric Endocrinology*. Fifth edition. Elsevier.
- Palmert, M. R., & Dunkel, L. (2012). Delayed puberty. *New England Journal of Medicine*, 366(5), 443-453. <https://doi.org/10.1056/nejmcp1109290>
- 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>
- 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>.
- 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*, 89(1), 39-56. <https://doi.org/10.1177/0091415019843520>
- 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>
- Papadopoulos, 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>
- Papadopoulos, 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>
- 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>
- Paré, F. (2020). Outlawing trans reparative therapy. *EScholarship@McGill*. <https://escholarship.mcgill.ca/concern/theses/wh246x33v>

- 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>
- 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>
- 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/j.jvoice.2021.07.017>
- Park, J. A., Carter, E. E., & Larson, A. R. (2019). Risk factors for acne development in the first 2 years after initiating masculinizing testosterone therapy among transgender men. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 81(2), 617-618. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.12.040>
- 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](https://doi.org/10.1352/0047-6765(2006)44[260:GDACIP]2.0.CO;2)
- Parker, E., & Davis-McCabe, C. (2021). The sibling experience: Growing up with a trans sibling. *Australian Journal of Psychology*, 73(2), 188-199.
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Patterson, C. J., Sepúlveda, M.-J., & White, J. (Eds.). (2020). *Understanding the Well-Being of LGBTQI+ Populations*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25877>
- 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>
- Payne, J. G., & Erbenius, T. (2018). Conceptions of transgender parenthood in fertility care and family planning in Sweden: From reproductive rights to concrete practices. *Anthropology & Medicine*, 25(3), 329-343. <https://doi.org/10.1080/13648470.2018.1507485>
- 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/>
- 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>
- 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>
- Peletz, M. (2009). *Gender pluralism: southeast Asia since early modern times*. Routledge.
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Persson Tholin, J., & Broström, L. (2018). Transgender and gender diverse people's experience of non-transition-related health care in Sweden. *International Journal of Transgenderism*, 19(4), 424-435. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1465876>
- 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>
- 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). Symposium Publishing <http://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposium.com/ijt/pfaefflin/1000.htm>
- 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>
- 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](https://doi.org/10.1016/s0968-8080(06)28254-5)

- 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>
- 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>
- Piepoli, M. F., Abreu, A., Albus, C., Ambrosetti, M., Brotons, C., Catapano, A. L., Corra, U., Cosyns, B., Deaton, 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>
- 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>
- Pluvy, I., Garrido, I., Pauchot, J., Saboye, J., Chavoïn, 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/doi:10.1016/j.anplas.2014.06.011>
- Pluvy, I., Panouillères, M., Garrido, I., Pauchot, J., Saboye, J., Chavoïn, 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>
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. T. (2016). *Ethics in Psychotherapy and Counseling: A Practical Guide*. John Wiley & Sons, Inc.
- Poquiz, J. L., Coyne, C. A., Garofalo, R., & Chen, D. (2021). Comparison of gender minority stress and resilience among 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>
- 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>
- 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>
- 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.
- 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/qa.0000000000001087>
- 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](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60833-3)
- 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-to-male 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>
- Poudrier, G., Nolan, I. T., Cook, T. E., Saia, W., Motosko, C. C., Strain, 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.00000000000005113>
- 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>
- 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.jpjag.2019.04.007>
- 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>
- 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.ezproxy.cul.columbia.edu/10.5935/abc.20190204>
- 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>
- 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.gate.lib.buffalo.edu/10.1177/1078345809340423-hi>
- 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>
- Psychological Society of South Africa. (2017). *Practice Guidelines For Psychology Professionals Working With Sexually And Gender-Diverse People*. (C. J. Victor & J. A. Nel, Eds.) (1st ed.). Johannesburg: Psychological Society of South Africa. Retrieved from <https://www.psyssa.com>
- 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>

- 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>.
- 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>
- Pullen Sansfaçon, A., Robichaud, M.-J., & Dumais-Michaud, A.-A. (2015). The experience of parents who support their children's gender variance. *Journal of LGBT Youth, 12*, 39-63. <https://doi.org/10.1080/19361653.2014.935555>
- Putney, J.M., Keary, S., Hebert, N., Krinsky, L., & Halmo, R. (2018). Anticipated needs of LGBT older adults in long-term care. *Journal of Gerontological Social Work, 61*(8), 887-907. <https://doi.org/10.1080/01634372.2018.1508109>
- 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>
- 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>
- 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>
- Rachlin, K., Dhejne, C., & Brown, G. R. (2010). The future of GID NOS in the DSM-5: Report of the GID NOS working group of a consensus process conducted by the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism, 12*(2), 86-93. <https://doi.org/10.1080/15532739.2010.509209>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02703-5>
- 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>
- 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>
- 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>
- Rapp, M., Duranteau, L., van de Grift, T. C., Schober, J., Hirschberg, A. L., Kreye, 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.jpuro.2020.12.007>
- 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>
- 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-statement-providing-care-for-gender-transgender-patients-june-2019.ashx?la=en>
- Rebeck, 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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

- 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>
- Reisner, S. L., & Murchison, G. R. (2016). A global research synthesis of HIV and STI biobehavioural risks in female-to-male transgender adults. *Global Public Health, 11*(7–8), 866–887. <https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1134613>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X)
- Reisner, S. L., Radix, A., & Deutsch, M. B. (2016). Integrated and gender-affirming transgender clinical care and research. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 72*, S235–S242. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000001088>
- Reisner, S. L., Veters, 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>
- 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>
- Remacle, M., Matar, N., Morsomme, D., Veduyck, 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Richards, C. (2021). *Trans and sexuality: An existentially-informed inquiry with implications for counselling psychology*. Routledge.
- 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.
- 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/10.1177/0959353514526220>
- 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>
- 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>
- 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>
- Richards, R. N., & Meharg, G. E. (1995). Electrolysis: Observations from 13 years and 140,000 hours of experience. *Journal of the American Academy of Dermatology, 33*(4), 662–666. [https://doi.org/10.1016/0190-9622\(95\)91290-8](https://doi.org/10.1016/0190-9622(95)91290-8)
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>

- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30165-1)
- 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>
- 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>
- 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 Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 98(5), 604–615. <https://doi.org/10.1111/aogs.13559>
- Rodriguez-Wallberg, K. A., Milenkovic, M., Papaikononou, 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Rosenthal, S.M. (2021). Challenges in the care of transgender youth: An endocrinologist's view. *Nature Reviews Endocrinology*, 17(10), 581–591
- 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>
- Ross, A. (2017). *Gender Confirmation Surgeries Rise 20% in First Ever Report*. American Society of Plastic Surgeons, Press Releases.
- 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>
- 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>

- Rotondi, N. K., Bauer, G. R., Scanlon, K., Kaay, M., Travers, R., & Travers, A. (2013). Nonprescribed hormone use and self-performed surgeries: "do-it-yourself" transitions in transgender communities in Ontario, Canada. *American Journal of Public Health, 103*(10), 1830-1836. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301348>
- 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>
- 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. *JBIS Evidence Synthesis, 17*(9), 1826-1854. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003869>
- 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>
- 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>
- Russell, M. R., & Abrams, M. (2019). Transgender and non-binary adolescents: The role of voice and communication therapy. *Perspectives of the ASHA Special Interests Groups, 4*(6), 1298-1305. https://doi.org/10.1044/2019_PERSP-19-00034
- 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, 63*(4), 503-505. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.02.003>
- Ryan, C. (2009). *Supportive families, healthy children: Helping families with lesbian, gay, bisexual & transgender (LGBT) children*. <http://familyproject.sfsu.edu>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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.00000000000007589>
- 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>
- Sanchez, N. F., Sanchez, J. P., & Danoff, A. (2009). Health care utilization, barriers to care, and hormone usage among male-to-female transgender persons in New York City. *American Journal of Public Health, 99*(4), 713-719. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.132035>
- 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>
- 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 Science + Business Media https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7441-8_5
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Sawyer, W. (2020). *Visualizing the racial disparities in mass incarceration*. Prison Policy Initiative.
- 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>

- 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.
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Schechter, L. S., & Schechter, R. B. (2019). Training surgeons in gender confirmation surgery. *Journal of Craniofacial Surgery, 30*(5), 1380-1382. <https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000005477>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30032-3)
- 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>
- 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>
- Schönauer, L. M., Dellino, M., Loverro, M., Carriero, C., Capurisi, T., Leoni, C., & Di Naro, E. (2020). Hormone therapy in female-to-male transgender patients: Searching for a lifelong balance. *Hormones, 20*(1), 151-159. <https://doi.org/10.1007/s42000-020-00238-2>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Scioias, M. E., Marshall, B. D. L., Aristegi, I., Romero, M., Cahn, P., Kerr, T., & Sued, O. (2014). Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. *International Journal for Equity in Health, 13*(81), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12939-014-0081-7>
- 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>
- 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.
- Seal, L. J., Franklin, S., Richards, C., Shishkareva, A., Sinclair, 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>
- 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>
- Seelman, K. L., Colón-Díaz, 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>
- 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>
- 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>
- 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.
- 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>

- Sevelius, J., & Jenness, V. (2017). Challenges and opportunities for gender-affirming healthcare for transgender women in prison. *International Journal of Prisoner Health*, 13(1), 32–40. <https://doi.org/10.1108/ijph-08-2016-0046>
- Sevelius, J. (2009). “There’s no pamphlet for the kind of sex I have”: HIV-related risk factors and protective behaviors among transgender men who have sex with non-transgender men. *Journal of Associate Nurses in AIDS Care*, 20(5), 398–410. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.06.001>
- 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>
- 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>
- Seyed-Foroootan, K., Karimi, H., & Seyed-Foroootan, 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>
- 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.00000000000005160>
- 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-awareness-training->
- 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>
- Shepherd, S. M. (2022). Introducing an integrated model of cross-cultural assessment. *Australasian Psychiatry*, <https://doi.org/10.1177/10398562211068373>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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/cmz119>
- 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>
- 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. *Journal of Pediatric and Hematology/Oncology*, 34(8), e315–319. <https://doi.org/10.1097/MPH.0b013e3182678e3a>
- 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>
- 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>
- 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 and Marital Therapy*, 48(1), 23–46. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2021.1957733>
- Sigurjonsson, H., Mollermark, C., Rinder, J., Farnebo, F., & Lundgren, T. K. (2017). Long-term sensitivity and patient-reported functionality of the neolitoris after gender reassignment surgery. *Journal of Sexual Medicine*, 14(2), 269–273. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.003>
- 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>
- 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>
- 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>
- Simons, L., Schrage, 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>
- Simonsen, R. K., Giraldo, 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>

- 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>
- 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/fpsy.2021.632784>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.11074.
- 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 and Adolescent Psychiatry*, 40(4), 472–481. <https://doi.org/10.1097/00004583-200104000-00017>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Song, T. E., & Jiang, N. (2017). Transgender phonosurgery: A systematic review and meta-analysis. *Otolaryngol Head and Neck Surgery*, 156(5), 803–808. <https://doi.org/10.1177/0194599817697050>
- Sonja, J., Ellis, L. B., & McNeil, J. (2015). Trans people's experiences of mental health and gender identity services: A UK study. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 19(1), 4–20. <https://doi.org/10.1080/19359705.2014.960990>
- 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>
- 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>
- 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>
- Sorbara, J. C., Ngo, H. L., & Palmert, M. R. (2021). Factors associated with age of presentation to gender-affirming medical care. *Pediatrics*, 147(4), e2020026674. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-026674>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Spencer, K. G., Berg, D. R., Bradford, N. J., Vencill, J. A., Tellow, 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>
- 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>
- 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>

- 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>
- 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>.
- 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.
- 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>
- 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>
- Statistics Canada. (2022). *Census of Population Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220427/dq220427b-eng.htm>
- 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>
- 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>
- 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>
- Steensma, T. D., Kreukels, B. P., de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Gender identity development in adolescence. *Hormones and Behavior*, 64, 288-297. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.020>
- 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>
- 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
- 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>
- Stein, D. M., Victorson, D. E., Choy, J. T., Waimey, K. E., Pearman, T. P., Smith, K., Dreyfuss, J., Kinahan, K., Sandwani, D., Woodruff, T. K., & Brannigan, R. E. (2014). Fertility preservation preferences and perspectives among adult male survivors of pediatric cancer and their parents. *Journal Adolescent and Young Adult Oncology*, 3(2), 75-82. <https://doi.org/10.1089/jayao.2014.0007>
- 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.gate.lib.buffalo.edu/10.1089/jpm.2019.0542>
- Steinberg, L. (2004). Risk taking in adolescence: What changes, and why? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021(1), 51-58. <https://doi.org/10.1196/annals.1308.005>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Stevenson, M. O., Wixon, N., & Safer, J. D. (2016). Scalp hair regrowth in hormone-treated transgender woman. *Transgender Health*, 1(1), 202-204. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0022>
- Stoffers, I. E., de Vries, M. C., & Hannema, S. E. (2019). Physical changes, laboratory parameters, and bone mineral density during testosterone treatment in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(9), 1459-1468. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.06.014>
- 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>
- 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>
- Stonewall. (2018). *LGBT in Britain: Work report*. Retrieved from https://www.stonewall.org.uk/system/files/lgbt_in_britain_work_report.pdf
- 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://10.1016/j.jadohealth.2017.07.022>
- 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>

- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Stroumsa, D., & Wu, J. P. (2018). Welcoming transgender and non-binary 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>
- Stroumsa, D., Roberts, E. F. S., Kinnear, H., & Harris, L. H. (2019). The power and limits of classification – A 32-year-old man with abdominal pain. *New England Journal of Medicine*, 380(20), 1885-1888. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1811491>
- 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>
- 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>
- 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
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2015). *Ending conversion therapy: Supporting and affirming LGBTQ youth*. HHS Publications.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2021). *Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment*. <https://www.samhsa.gov/sbirt>
- Suchak, T., Hussey, J., Takhar, M., & Bellringer, J. (2015). Post-operative 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>
- 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 and suicidality. *Journal of Homosexuality*, 65(8), 1093-1113. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1368772>
- Sugrue, V. J., Zoller, J. A., Narayan, P., Lu, A. T., Ortega-Recalde, O. J., Grant, M. J., Bawden, C. S., Rudiger, S. R., Haghani, A., Bond, D. M., Hore, R. R., Garratt, M., Sears, K. E., Wang, N., Yang, X. W., Snell, R. G., Hore, T. A., & Horvath, S. (2021). Castration delays epigenetic aging and feminizes DNA methylation at androgen-regulated loci. *ELife*, 10. <https://doi.org/10.7554/elife.64932>
- Sundstrom and Fields v. Frank USDC D WI, Case No. 06-C-112, 2011.
- 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>
- 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>
- 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>
- 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](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(16)30319-9)
- 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 non-binary (GQNB) individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(4), 379-385. <https://doi.org/10.1037/sgd0000377>
- 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>
- Tavakkoli Tabassi, K., Djavan, B., Hosseini, J., Ghoreifi, A., Ershadi, M., & Hosseini, E. (2015). Fold-back perineoscrotal flap plus penile inversion vaginoplasty for male-to-female gender reassignment surgery in circumcised subjects. *European Journal of Plastic Surgery*, 38(1), 43-48. <https://doi.org/10.1007/s00238-014-1038-1>
- 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>
- 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>
- 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>

- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- TGEU. (2017). *Overdiagnosed but underserved. Trans healthcare in Georgia, Poland, Serbia, Spain, and Sweden: trans health survey*. Transgender Europe. <https://tgeu.org/healthcare/>
- TGEU. (2021). *Trans rights map 2021*. Transgender Europe. <https://transrightsmat.tgeu.org/home/>
- Thalavirithan, 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
- The Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Retrieved from <http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2011/The-Health-of-Lesbian-Gay-Bisexual-and-Transgender-People.aspx>
- 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]. Retrieved from https://www.jointcommission.org/assets/1/18/LGBTFieldGuide_WEB_LINKED_VER.pdf
- 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
- 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](https://doi.org/10.1016/s0889-8529(08)70017-3)
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Tiryaki, S., Tekin, A., Yagmur, İ., Özen, S., Özbaran, 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>
- 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>

- 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>
- 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>
- 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>
- 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.
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Topolewska-Siedzik, E., & Ciecuch, 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- TransCare. (2020). *Bind, Pack and Tuck*. <http://www.phsa.ca/transcarebc/care-support/transitioning/bind-pack-tuck-pad>
- Transgender and Intersex Inmates. Corrective Services NSW Home. (2015). <https://correctiveservices.dcj.nsw.gov.au/csnsw-home/resources/policies-and-publications/policies.html>
- Transgender, Transsexual, and Gender Nonconforming Health Care in Correctional Settings. (2015). <https://www.ncchc.org/transgender-health-care-in-correctional-settings-1>
- 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>
- 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>
- 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>
- Trujillo, M. A., Perrin, P. B., Sutter, M., Tabaac, A., & Benetsch, 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>
- 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>
- 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>
- 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>

- 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 transferin receptor in human plasma. *Journal of Endocrinology*, 186(1), 61–67. <https://doi.org/10.1677/joe.1.06112>
- Tucker, R. P., Testa, R. J., Simpson, T. L., Shipherd, J. C., Blossnich, J. R., & Lehavot, K. (2018). Hormone therapy, gender affirmation surgery, and their association with recent suicidal ideation and depression symptoms in transgender veterans. *Psychological Medicine*, 48(14), 2329–2336. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003853>
- 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. *JAMA Psychiatry*, 77(1), 68–76. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.2285>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Turo, R., Jallad, S., Prescott, S., & Cross, W. R. (2013). Metastatic prostate cancer in transsexual diagnosed after three decades of estrogen therapy. *Canadian Urological Association Journal*, 7(7–8), E544. <https://doi.org/10.5489/cuaj.175>
- 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*, S1743-6095(22)00558-6. <https://doi.org/10.1016/j.sxm.2022.01.522>
- Twist, J., & de Graaf, N. (2019). Gender diversity and non-binary presentations in young people attending the United Kingdom's national Gender Identity Development Service. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(2), 277–290. <https://doi.org/10.1177/1359104518804311>
- Uebel, K. E., Lombard, C., Joubert, G., Fairall, L. R., Bachmann, M. O., Mollentze, W. F., van Rensburg, D., & Wouters, E. (2013). Integration of HIV care into primary care in South Africa. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 63(3), e94–e100. <https://doi.org/10.1097/qa.0b013e318291cd08>
- UN General Assembly. (2015). *Transforming our world : the 2030 Agenda for Sustainable Development*. 21 October 2015. A/RES/70/1. <https://undocs.org/A/RES/70/1>
- 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
- UN Office of the High Commissioner for Human Rights. (2018). *Statement on the occasion of International Transgender Day of Visibility, the IACHR and a UN expert urge States to guarantee the full exercise of the human rights of transgender persons*. <https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22906&LangID=E>
- 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/>
- 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
- Unger, C. A. (2015). Care of the transgender patient: a survey of gynecologists' current knowledge and practice. *Journal of Womens' Health (Larchmt)*, 24(2), 114–118. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4918>
- 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>
- United Nations. (1948). Universal Declaration of Human Rights. Retrieved from <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
- 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
- United States Department of Health and Human Services. (2013). *Lesbian, gay, bisexual and transgender health*. Retrieved from <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/lesbian-gay-bisexual-and-transgender-health>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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.jpuro.2016.09.015>
- 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>

- Van Borsel, J., De Cuypere, G., Rubens, R., & Destaecke, B. (2000). Voice problems in female-to-male transsexuals. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 35(3), 427–442. <https://doi.org/10.1080/136828200410672>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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.00000000000004827>
- 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 effects of mastectomy. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(11), 1778–1786. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.09.003>
- 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>
- Van de Grift, T., Van Gelder, Z., Mullender, M., Steensma, T., de Vries, A. L. C., & 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>
- 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>
- 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>
- Van der Sluis, W. B., de Haset, 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>
- 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>
- 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>
- 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 & AIDS*, 33(2), 106–113. <https://doi.org/10.1177/09564624211046997>
- 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>
- 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>
- 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>

- 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>
- Vanderschueren, D., Vandenput, L., Boonen, S., Lindberg, M. K., Bouillon, R., & Ohlsson, C. (2004). Androgens and bone. *Endocrine Reviews*, 25(3), 389–425. <https://doi.org/10.1210/er.2003-0003>
- 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/>
- Various. (2021). *U. S. joint statement on ending conversion therapy*. <https://usjs.org/usjs-current-draft/>
- Veale, J., Byrne, J., Tan, K., Guy, S., Yee, A., Nopera, T., & Bentham, R. (2019). *Counting ourselves: The health and well-being 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
- 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>
- Verecke, G., Defreyne, J., Van Saen, D., Collect, S., Van Dorpe, J., T'Sjoen, G., & Gooseens, E. I. (2021). Characterisation of testicular function and spermatogenesis in transgender women. *Human Reproduction*, 36(1), 5–15. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaa254>
- Vermeir, E., Jackson, L. A., & Marshall, E. G. (2018). Improving healthcare providers' interactions with trans patients: Recommendations to promote cultural competence. *Healthcare Policy*, 14(1), 11–18. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2018.25552>
- Victor, C. J., & Nel, J. A. (2017). Developing an affirmative position statement on sexual and gender diversity for psychology professionals in South Africa. *Psychology in Russia: State of the Art*, 10(2), 87–102. <https://doi.org/10.11621/pir.2017.0206>
- Vincent, B. (2018). *Transgender Health: A Practitioner's Guide to Binary and Non-Binary Trans Patient Care*. Jessica Kingsley Publishers.
- 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>
- Vincent, B. (2020). *Non-Binary Genders: Navigating Communities, Identities, and Healthcare*. Policy Press.
- 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>
- 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>
- 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>
- Vrouenraets, L. 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Wagner, I., Fugain, C., Monneron-Girard, L., Cordier, B., & Chabolle, F. (2003). Pitch-raising surgery in fourteen male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 113(7), 1157–1165. <https://doi.org/10.1097/00005537-200307000-00011>
- Wagner, S., Panagiotakopoulos, L., Nash, R., Bradlyn, A., Gatahun, 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>
- 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>
- Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413–1423. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818956b9>
- 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>
- 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>
- 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>
- Washington, D.C. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2020) *Healthy People*. <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/lesbian-gay-bisexual-and-transgender-health>.

- 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>
- 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>
- 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.
- 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>
- 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>
- 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>
- 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*, S0892-1997(20)30298-8. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2020.08.011>
- 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*, 42(1), 188-196. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0977-x>
- 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>
- 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>
- 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>
- Weill, A., Nguyen, P., Labidi, M., Cadier, B., Passeri, T., 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>
- 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>
- 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>
- 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. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004123>
- Wendler, J. (1990). *Vocal pitch elevation after transsexualism male to female*. In: *Proceedings of the Union of the European Phoniaticians*, Salsomaggiore.
- Wesp, L. (2016). Transgender patients and the physical examination, gender affirming health program, UCSF. <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/physical-examination>
- 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>
- 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>
- 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 individuals. *Transgender Health*, 1(1), 21-31. <https://doi.org/10.1089/trgh.2015.0008>
- 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>
- 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>
- 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. DOI: 10.1080/1550428X.2016.1241167
- 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>
- 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>
- 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>

- 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 bone and mineral research. Journal of the American Society for Bone and Mineral Research*, 35(1), 64–70. <https://doi.org/10.1002/jbmr.3862>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1530/EJE-13-0493>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Wierckx, K., Van de Peer, F., Verhaeghe, E., Dedecker, D., Van Caenegem, E., Toye, K., & T'Sjoen, G. (2014). Short- and 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>
- Wilchins, R. A. (1995). A Note from your Editrix. In *Your Face: Political Activism against Gender Oppression*, 1(1), 4.
- 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>
- Wilson, B. D., & Meyer, I. H. (2021). *Nonbinary LGBTQ Adults in the United States*. UCLA School of Law Williams Institute.
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Wingo, E., Ingraham, N., & Roberts, S. C. M. (2018). Reproductive health care priorities and barriers to effective care for LGBTQ people assigned female at birth: A qualitative study. *Womens' Health Issues*, 28(4), 350–357. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2018.03.002>
- 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>

- 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](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00683-8)
- 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](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30653-5)
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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* (Second edition, pp. 344-378). Routledge.
- 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>
- 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>
- 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.jpuro.2016.10.024>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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).
- World Bank Group. (2018). Life on the margins: Survey results of the experiences of LGBTI people in Southeastern Europe. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/123651538514203449/pdf/130420-REPLACE-MENT-PUBLIC-FINAL-WEB-Life-on-the-Margins-Survey-Results-of-the-Experiences-of-LGBTI-People-in-Southeastern-Europe.pdf>
- World Health Organization. (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. (10th Revision)*. World Health organization.
- World Health Organization. (2003). *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. World Health Organization. https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/
- World Health Organization. (2004). *WHO scientific group on the assessment of osteoporosis at primary health care level. In Summary meeting report (Vol. 5, pp. 5-7)*. World health Organization. <https://www.who.int/chp/topics/Osteoporosis.pdf>
- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*. World Health Organization
- World Health Organization. (2007). *Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk*. World Health Organization.
- 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/
- 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
- 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/
- 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>
- World Health Organization. (2017a). WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255889/WHO-HIV-2017.17-eng.pdf>

- World Health Organization. (2017b). WHO Model List of Essential Medicines, 20th List (March 2017) (Amended August 2017). <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>
- World Health Organization. (2018a). Declaration of Astana. <https://www.who.int/primary-health/conference-phc/declaration>
- World Health Organization. (2018b). *ICD-11 – Mortality and Morbidity Statistics*. World Health Organization. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- 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>
- World Health Organization. (2019b). *Consolidated guidelines on HIV testing services*, <https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-155058-1>
- World Health Organization. (2019c). *What's the 2+1+1? 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>
- World Health Organization. (2019d). *WHO global report on traditional and complementary medicine*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312342>
- World Health Organization. (2020a). *WHO recommendations on self-care interventions*. World Health Organization. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332335/WHO-SRH-20.10-eng.pdf\[WHO\]](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332335/WHO-SRH-20.10-eng.pdf[WHO])
- World Health Organization. *Tobacco*. (2020b) http://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1
- World Health Organization. (2020c). *The top 10 causes of death*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- World Health Organization. (2021a). *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach*. World Health Organization <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>
- 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>
- 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>
- WPATH. (2017). *WPATH Identity Recognition Statement*. <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Web%20Transfer/Policies/WPATH%20Identity%20Recognition%20Statement%2011.15.17.pdf>
- 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%20Yogyakarta%20Principles%20Plus%2010.pdf>
- 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
- 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-Survey-Report.pdf>
- 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.
- 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
- Yadegarfar, 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>
- 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>
- 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>
- 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 Otolaryngology, Rhinology and Laryngology*, 111(6), 477–485. <https://doi.org/10.1177/000348940211100602>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Yogyakarta Principles.org. (2007). *Yogyakarta Principles*. <https://yogyakarta.org>
- 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>
- Yoong, S. L., Tursan d'Espaignet, E., Wiggers, J., St Claire, S., Mellin-Olsen, J., & Grady A et al. (2020). Tobacco and post-surgical outcomes: WHO tobacco knowledge summaries. World Health Organization

- 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>
- 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>
- 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>
- Zavlin, D., Schaff, J., Lelle, J. D., Jubbal, K. T., Herschbach, P., Henrich, G., Ehrenberger, B., Kovacs, L., Machens, H. G., & Papadopoulos, 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 Surgery*, 42(1), 178–187. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-1003-z>
- 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>
- 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>
- 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>
- Zhang, Q., Rechler, W., Bradlyn, A., Flanders, W. D., Getahun, D., Lash, T. L., McCracken, C., Nash, R., Panagiotakopoulos, 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>
- 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.uk/10.21037/tau.2016.03.27>
- 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>
- 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>
- Zhu, J., & Chan, Y. M. (2017). Adult consequences of self-limited delayed puberty. *Pediatrics*, 139(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-3177>
- 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>
- Zimman, L. (2020). Transgender language, transgender moment: Toward a trans linguistics. In K. Hall, & R. Barrett, (Eds). *The Oxford Handbook of Language and Sexuality*, 1–23. Oxford University Press. <http://alzimman.org/PDFs/Zimman2020TransLanguageTransMoment.pdf>
- 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>

დენარტი A მეთოდოლოგია

1. შესავალი

ზრუნვის სტანდარტის (Standards of Care/SOC-8) წინამდებარე ვერსია ეყრდნობა უფრო ზუსტ და მეთოდოლოგიურად მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ მიდგომას, ვიდრე წინა ვერსიები. ეს მტკიცებულებები დაფუძნებულია არა მხოლოდ გამოქვეყნებულ ლიტერატურაზე (პირდაპირი, ასევე მხარდამჭერი მონაცემები), არამედ ექსპერტთა კონსენსუსზე დაფუძნებულ მოსაზრებაზე. მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გაიდლაინები მოიცავს რეკომენდაციებს, რომელთა მიზანია, მოახდინოს პაციენტებზე ზრუნვის ოპტიმიზაცია, და რომელიც გამდიდრებულია მტკიცებულებების სისტემატური მიმოხილვით და ალტერნატიული ზრუნვის ვარიანტების სარგებლისა და ზიანის შეფასებით. მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კვლევა უზრუნველყოფს გონივრული კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინების საფუძველს და რეკომენდაციებს, მაგრამ ის უნდა დაბალანსდეს რეალობით და განსხვავებულ სიტუაციებში ზრუნვის უზრუნველყოფის შესაბამისი შესაძლებლობებით. ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიის განვითარების პროცესი მედიცინის ეროვნული აკადემიების (National Academies of Medicine) და მსოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ (The World Health Organization) შემუშავებულ კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინების განვითარების რეკომენდაციებს მოიცავდა, რომელიც მიმართულია გამჭვირვალეობაზე, ინტერესთა კონფლიქტის პოლიტიკაზე, კომიტეტის შემადგენლობასა და ჯგუფურ პროცესზე (Institute of Medicine Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice, 2011; World Health Organization, 2019a).

ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიის (SOC-8) რევიზიის კომიტეტი მრავალპროფილური იყო და მის შემადგენლობაში შედიოდნენ საკითხის ექსპერტები, ჯანდაცვის პროფესიონალები, მკვლევრები და დაინტერესებული მხარეები სხვადასხვა პერსპექტივითა და გეოგრაფიული წარმომადგენლობით. კომიტეტის ყველა წევრმა შეავსო ინტერესთა კონფლიქტის* დეკლარაცია.

მეთოდოლოგიური ხელმძღვანელი მონაწილეობდა დაგეგმვასა და კითხვების შემუშავებაში და დამოუკიდებელმა ჯგუფმა განახორციელა სისტემატური მიმოხილვები, რომელიც გამოყენებულ იქნა ზოგიერთ სარეკომენდაციო დებულებაში. გაიდლაინების შემუშავებაში დამატებითი წვლილი შეიტანეს საერთაშორისო საკონსულტაციო კომიტეტმა, სამართლებრივმა ექსპერტებმა და საჯარო განხილვებისას მიღებულმა უკუკავშირმა. ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიაში ასახული რეკომენდაციები დაფუძნებულია ინტეგრაციების მხარდამჭერ მტკიცებულებებზე, რისკებისა და ზიანის განხილვაზე, აგრეთვე განხორციელების შესაძლებლობებსა და მისაღებობაზე სხვადასხვა კონტექსტსა და ქვეყანაში. საბოლოო რეკომენდაციების შესახებ კონსენსუსი მიღწეული იქნა დელფის მეთოდის (Delphi process) გამოყენებით, რომელიც მოიცავდა ზრუნვის

სტანდარტების რევიზიის კომიტეტის (Standards of Care Revision committee) ყველა წევრს და მოითხოვდა, რომ სარეკომენდაციო დებულებები დაედასტურებინა წევრების 75%-ს. დებულებების მხარდამჭერი და განმარტებითი ტექსტები მკიცებულების შესახებ დაინერა თითოეული თავის წევრების მიერ (chapter members). წარმოდგენილი თავების მონახაზები განიხილეს ზრუნვის სტანდარტების რევიზიის კომიტეტის თავმჯდომარემ და თანა-თავმჯდომარეებმა და უზრუნველყვეს, რომ ფორმატი ყოფილიყო თანმიმდევრული, მტკიცებულებები სათანადოდ წარმოდგენილი და სხვადასხვა თავებს შორის რეკომენდაციები ურთიერთთავსებადი. დამოუკიდებელმა ჯგუფმა შეამოწმა ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიაში გამოყენებული საცნობარო მასალა, ვიდრე სახელმძღვანელოს რედაქტირებას გააკეთებდა ერთი პროფესიონალი. ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიის მეთოდოლოგიის დეტალური მიმოხილვა აღწერილია ქვემოთ.

2. განსხვავება ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიას და წინა ვერსიის მეთოდოლოგიას შორის

ძირითადი მეთოდოლოგიური განსხვავება ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიას და ზრუნვის სტანდარტების ძველ ვერსიებს შორის შემდეგია:

- პროფესიონალების უფრო ფართო ჯგუფის ჩართვა მთელი მსოფლიოდან;
- ხელმძღვანელთა კომიტეტის, ასევე თავების (chapter) ხელმძღვანელის და წევრების გამჭვირვალე შერჩევის პროცესი;
- ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიის განვითარებაში სხვადასხვა დაინტერესებული მხარეების ჩართვა;
- ინტერესთა კონფლიქტის მართვა;
- დელფის მეთოდოლოგიის გამოყენება ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიის კომიტეტის წევრებს შორის რეკომენდაციების თაობაზე კონსენსუსის მისაღწევად;
- დამოუკიდებელი ორგანოს ჩართვა შესაბამისი რეპუტაციის მქონე უნივერსიტეტიდან მეთოდოლოგიის განვითარებაში დახმარებისთვის და ლიტერატურის სისტემატური მიმოხილვის დამოუკიდებელი განხორციელება;
- რეკომენდაციები დიფერენცირებული იქნა როგორც „რეკომენდაცია“, ან „შეთავაზება“, რეკომენდაციების სიძლიერის მიხედვით;
- კლინიკური აკადემიკოსების დამოუკიდებელი ჯგუფის ჩართვა ციტირებების განხილვაში;
- საერთაშორისო ორგანიზაციების, რომლებიც მუშაობენ ტგმ თემთან, WPATH-ის წევრების და სხვა პროფესიული ორგანიზაციების ჩართულობა, ასევე მონაწილეობა საზოგადოებისა, რომლისგანაც ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიის შესახებ უკუკავშირი მიიღეს საჯარო განხილვებისას.

3. ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიის განვითარების პროცესის მიმოხილვა

ზრუნვის სტანდარტების განახლების საფეხურები შეჯამებულია ქვემოთ:

1. ხელმძღვანელთა კომიტეტის შექმნა, თავმჯდომარის და თანა-თავმჯდომარეების ჩათვლით (19 ივლისი, 2017);
2. თავების განსაზღვრა (სახელმძღვანელოს მიზანი);
3. თავების წევრების არჩევა გამოცდილებაზე დაყრდნობით (მარტი, 2018);
4. მტკიცებულებათა განხილვის ჯგუფის შერჩევა: ჯონ ჰოპკინსის უნივერსიტეტი (John Hopkins University) (მაისი, 2018);
5. ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიაში შეტანილი თემების გადამუშავება და სისტემატური მიმოხილვის კითხვების განხილვა;
6. სისტემატური განხილვის მოწყობა (მარტი, 2019);
7. სარეკომენდაციო დებულებების მომზადება;
8. სარეკომენდაციო დებულებებისთვის ხმის მიცემა დელფის მეთოდის გამოყენებით (სექტემბერი, 2019–თებერვალი, 2022);
9. სარეკომენდაციო დებულებების დიფერენცირება;
10. დებულებების განმარტებითი ტექსტის დაწერა;
11. განმარტებით ტექსტში გამოყენებული ციტირებების დამოუკიდებელი განხილვა;
12. ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიის ესკიზის დასრულება (1 დეკემბერი, 2021);
13. საერთაშორისო მწველთა კომიტეტის (International Advisory Committee) უკუკავშირი დებულების შესახებ;
14. ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიის დასრულებული ნიმუშის შესახებ უკუკავშირი საჯარო განხილვებისას (ნოემბერი, 2021 – იანვარი, 2022);
15. საბოლოო პროექტის ხელახალი განხილვა უკუკავშირის საფუძველზე (იანვარი, 2022–მაისი, 2022);
16. საბოლოო პროექტის დამტკიცება თავმჯდომარის და თანა-თავმჯდომარეების მიერ (ივნისი 10, 2022);
17. WPATH-ის დირექტორთა საბჭოს მიერ დასტურის მიღება;
18. ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიის გამოქვეყნება;
19. ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიის გავრცელება და თარგმნა.

3.1. ხელმძღვანელთა კომიტეტის დაარსების სახელმძღვანელო

ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობის მსოფლიო პროფესიული ასოციაციის გაიდლაინების ხელმძღვანელთა კომიტეტმა ზედამხედველობა გაუწია ზრუნვის სტანდარტების ყველა თავის გაიდლაინების შემუშავებას.

გარდა თავმჯდომარისა (Eli Coleman), რომელიც დანიშნა WPATH-ის კომიტეტმა, რათა შეენარჩუნებინა უწყვეტობა ზრუნვის სტანდარტების წინა გამოცემებთან, ხელმძღვანელთა კომიტეტის ყველა წევრი WPATH-ის კომიტეტმა შეარჩია WPATH-ის წევრებისგან, რომლებმაც განაცხადი გააკეთეს ამ პოზიციაზე. სამუშაოს აღწერილობები მომზადდა თანათავმჯდომარეების, თავის (chapter) ხელმძღვანელების, თავის წევრებისა და დაინტერესებული მხარეებისთვის. WPATH-ის წევრებს შეეძლოთ განაცხადი გაეკეთებინათ აპლიკაციის შევსებით და თავიანთი რეზიუმეს გაგზავნით. WPATH-ის კომიტეტმა მონაწილეობა მიიღო თანათავმჯდომარეების არჩევნებში (ერთ წევრს არ მიუცია ხმა ინტერესთა კონფლიქტის გამო. თავმჯდომარეებმა და თანათავმჯდომარეებმა, აპლიკაციის ფორმის და რეზიუმეს საფუძველზე, შეარჩიეს თავების ხელმძღვანელები და წევრები (ასევე დაინტერესებული მხარეები).

ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიის ხელმძღვანელთა კომიტეტის შემადგენლობა:

- Eli Coleman, PhD (Chair) Professor, Director and Academic Chair, Institute for Sexual and Gender Health, Department of Family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical School (USA)
- Asa Radix, MD, PhD, MPH (Co-chair) Senior Director, Research and Education Callen-Lorde Community Health Center Clinical Associate Professor of Medicine New York University, USA
- Jon Arcelus, MD, PhD (Co-chair) Professor of Mental Health and Well-being Honorary Consultant in Transgender Health University of Nottingham, UK
- Karen A. Robinson, PhD (Lead, Evidence Review Team) Professor of Medicine, Epidemiology and Health Policy & Management Johns Hopkins University, USA

3.2. თავების თემების განსაზღვრა

ლიტერატურის მიმოხილვისა და ზრუნვის სტანდარტების წინა ვერსიების განხილვის საფუძველზე, თხელმძღვანელთა კომიტეტმა განსაზღვრა ზრუნვის სტანდარტებში შესატანი შესაბამისი თავები:

ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსია:

1. ტერმინოლოგია
2. გლობალური გამოყენება
3. პოპულაციის განსაზღვრა
4. განათლება*
5. ზრდასრულთა შეფასება
6. მოზარდები
7. ბავშვები
8. არაბინარულობა
9. ევნუქები

10. ინტერსექსუალები
11. ინსტიტუციური გარემო
12. ჰორმონული თერაპია
13. ქირურგია და პოსტოპერაციული ზრუნვა
14. ხმა და კომუნიკაცია
15. პირველადი ჯანდაცვა
16. რეპროდუქციული ჯანმრთელობა
17. სექსუალური ჯანმრთელობა
18. ფსიქიკური ჯანმრთელობა

*თავდაპირველად გამიზნული იყო, რომ განათლების თავს მოეცვა როგორც განათლება, ისე ეთიკა. გადაწყვეტილება იქნა მიღებული, რომ ცალკე კომიტეტი შექმნილიყო ეთიკის თავის დასაწერად. თავის წერისას, მოგვიანებით განისაზღვრა, რომ უმჯობესი იქნებოდა ეთიკის თემა დარჩენილიყო ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიის მიღმა, რაკი საჭიროებდა ტრანსგენდერი ინდივიდების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ეთიკური მოსაზრებების შედგომ სიღრმისეულ განხილვას.

3.3. თავის წევრების შერჩევა

აპლიკაციების მიღების შესახებ შეტყობინება ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიის განხილვის კომიტეტის წევრობაზე (თავის ხელმძღვანელი ან წევრის პოზიციაზე) გაეგზავნა WPATH-ის შემადგენლობას. ხელმძღვანელთა კომიტეტის თავმჯდომარეებმა დანიშნეს თითოეული თავის წევრი, რომლებიც განსხვავებულ დარგებსა და პერსპექტივებს წარმოადგენდნენ.

თავის ხელმძღვანელებს და წევრებს მოეთხოვებოდათ ყოფილიყვნენ WPATH-ის საიმედო, სრული წევრები და ყოფილიყვნენ ტრანსგენდერი ინდივიდების ჯანმრთელობის შესახებ კონტენტის ექსპერტები სულ მცირე ერთი თავის რომელიმე საკითხში. თავის ხელმძღვანელები ანგარიშს აბარებდნენ ხელმძღვანელთა კომიტეტს და პასუხისმგებელნი იყვნენ წევრების მონაწილეობის კოორდინაციაზე. თავის წევრები ანგარიშვალდებულნი იყვნენ პირდაპირ თავის ხელმძღვანელებთან.

თითოეული თავი აგრეთვე მოიცავდა დაინტერესებულ მხარეებს, როგორც ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობის ადვოკატორების ან თემში მუშაობის ხედვის მქონეებს, ან ტრანსგენდერი ბავშვის, დედამამიშვილის, პარტნიორის და ა.შ. ოჯახის წევრებს. დაინტერესებულ მხარეებს არ მოეთხოვებოდათ ყოფილიყვნენ WPATH-ის სრული წევრები.

თავის წევრებს მოეთხოვებოდათ შემდეგი:

- მონაწილეობა განსახილველი კითხვების დახვეწაში;
- მტკიცებულებების მიმომხილველთა ჯგუფის ყველა მასალის წაკითხვა და კომენტარების გაკეთება;

- დოკუმენტების მონახაზების კრიტიკული განხილვა, მათ შორის, მტკიცებულებების შესახებ ანგარიშის წარდგენა;
- მტკიცებულებების და რეკომენდაციების მონახაზის განხილვა და შეფასება;
- კონსენსუსის მიღწევის პროცესში მონაწილეობა დელფის მეთოდით;
- სარეკომენდაციო დებულებების განმარტებითი ტექსტის მომზადება;
- თითოეული დებულების დახარისხება რეკომენდაციის სიძლიერის ასაღწერად;
- თავმჯდომარის კომენტარები განხილვა და მათზე პასუხი მთელი პროცესის განმავლობაში;
- თავის შინაარსის შემუშავება;
- საჯარო განხილვებისას მიღებული უკუკავშირის განხილვა და სახელმძღვანელოს რევიზიაში დახმარების განევა;
- გაიდლაინების გავრცელებაში მონაწილეობა.

თავის ხელმძღვანელებისა და წევრებისთვის საჭიროების მიხედვით უზრუნველყოფილი იყო ტრენინგი და საორიენტაციო შეხვედრა. ტრენინგის შინაარსი მოიცავდა კითხვების ფორმულირებას და დახვეწას (ე.ი. PICO-ს გამოყენებას), მტკიცებულებების მიმოხილვას, სარეკომენდაციო დებულებების მომზადებას, მტკიცებულებებისა და რეკომენდაციების შეფასებას და გაიდლაინების შემუშავების პროგრამისა და პროცესის შესახებ ინფორმაციას. ჯამში დაინიშნა 26 თავის ხელმძღვანელი (ზოგიერთ თავს დასჭირდა თანახელმძღვანელი), 77 თავის წევრი და 16 დაინტერესებული პირი. სულ შეირჩა 127 ადამიანი. ზრუნვის სტანდარტების შემუშავების პროცესში 8 ადამიანი წავიდა პირადი ან სამსახურთან დაკავშირებული საკითხების გამო. ამიტომ საბოლოოდ, ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიის ავტორთა რაოდენობა 119-ს შეადგენს.

3.4. მტკიცებულებების მიმომხილველთა ჯგუფის შერჩევა

WPATH-ის საბჭომ გამოაქვეყნა საბუთების მიღება მტკიცებულებათა განხილვის ჯგუფის წევრობაზე. ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიისთვის WPATH-ის საბჭომ პროცესში ჩართო მტკიცებულებათა განხილვის ჯგუფი ჯონს ჰოპკინსის უნივერსიტეტიდან (Johns Hopkins University) კარენ რობინსონის (Karen Robinson) ხელმძღვანელობით.

- Karen A. Robinson, PhD (Lead, Evidence Review Team) Professor of Medicine, Epidemiology and Health Policy & Management Johns Hopkins University, USA

დოქტორი რობინსონი აგრეთვე მართავდა ხელმძღვანელთა კომიტეტს, უზრუნველყოფდა რა რჩევებ-

სა და ტრენინგებს პოპულაციასთან, ინტერვენციებთან, შედარებებთან და შედეგებთან დაკავშირებული კითხვების მომზადებაში (PICO/Population, Interventions, Comparisons, and Outcomes) კითხვების, განაცხადების მომზადებაში და Delphi-ის პროცესში, ისევე როგორც ლიტერატურის ძალზე ზუსტი სისტემატური მიმოხილვის გაკეთებაში, როდესაც პირდაპირი მტკიცებულება იყო ხელმისაწვდომი.

ინტერესთა კონფლიქტი

ხელმძღვანელთა კომიტეტის წევრებს, თავების ხელმძღვანელებს და წევრებს, ასევე მტკიცებულებების მიმოხილველთა ჯგუფის წევრებს სთხოვეს, გაემყდებინათ, არსებობდა თუ არა ინტერესთა კონფლიქტი. აგრეთვე გააკეთეს მოხსენება, გარდა პოტენციური ფინანსური და კონკურენტული ინტერესების ან კონფლიქტისა, თუ არსებობდა პირადი ან პირდაპირი აგარიშვალდებულებითი ურთიერთობები თავმჯდომარესთან, თანათავმჯდომარესთან ან WPATH-ის საბჭოს წევრთან ან WPATH-ის დირექტორთა საბჭოში თანამდებობის პირთან.

3.5. თემების დახვნა და კითხვების განხილვა

მტკიცებულებების მიმოხილველთა ჯგუფმა ზრუნვის სტანდარტების წინა ვერსიებიდან წარმოადგინა სარეკომენდაციო დებულებები. მტკიცებულებების მიმოხილველთა ჯგუფის მონაწილეობით ხელმძღვანელთა კომიტეტმა და თავების ხელმძღვანელებმა განსაზღვრეს:

- სარეკომენდაციო დებულებები, რომელთაც განახლება სჭირდებოდათ;
- ახალი მხარეები, რომლებსაც სარეკომენდაციო დებულებები სჭირდებოდათ.

3.6. სისტემატური მიმოხილვა

თავების წევრებმა ჩამოაყალიბეს შეკითხვები, რომელიც სარეკომენდაციო დებულებების შექმნას წაადგებოდა. სისტემატური მიმოხილვის შესაბამისი კითხვებისთვის მტკიცებულებათა განხილვის ჯგუფმა მოამზადა მიმოხილვის კითხვები, რომლებიც განსაზღვრავდა მოსახლეობას, ინტერვენციებს, შედარებებსა და შედეგებს, (Population, Interventions, Comparisons, and Outcomes) (PICO-ს ელემენტებს). მტკიცებულებათა განხილვის ჯგუფმა ჩაატარა სისტემატური მიმოხილვები. მტკიცებულებათა განხილვის ჯგუფმა შესაბამისი თავების წევრებს უკუკავშირისთვის მტკიცებულებათა ცხრილები და მიმოხილვების სხვა შედეგები წარუდგინა.

პროტოკოლი

ცალკე დეტალური სისტემატური მიმოხილვის პროტოკოლი მომზადდა მიმოხილვის თითოეული კითხვისთვის თუ თემისთვის შესაბამისად. თითოეული პროტოკოლი დარეგისტრირებული იქნა PROSPERO-ზე.

ლიტერატურის კვლევა

მტკიცებულებების მიმოხილველთა ჯგუფმა თითოეული საკვლევე კითხვისთვის ჩამოაყალიბა შესაფერისი სტრატეგია, რომელშიც შედიოდა MEDLINE®, Embase™, და the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL). მტკიცებულებების მიმოხილველთა ჯგუფმა მოიძია დამატებითი მონაცემთა ბაზები თითოეული საკვლევე კითხვისთვის. ძიების სტრატეგია მოიცავდა MeSH-ს და ტექსტის ტერმინოლოგიას და არ იყო შეზღუდული გამოქვეყნების ენითა და თარიღით.

მტკიცებულებების მიმოხილველთა ჯგუფმა ხელით მოიძია/გულდასმით გადახედა გამოყენებული სტატიებისა და უახლესი, რელევანტური სისტემატური მიმოხილვების სია. მტკიცებულებების მიმოხილველთა ჯგუფმა გამოიკვლია www.ClinicalTrials.gov ნებისმიერი დამატებითი რელევანტური კვლევისთვის.

კვლევების მიერ მიმოხილვის გაკეთების პროცესში განახლდა მიმოხილვაში შესატანი კვლევები. სისტემატურ მიმოხილვაში ჩართული ლიტერატურა უმეტესწილად დაფუძნებული იყო რაოდენობრივ კვლევებზე, რომლებიც ჩატარდა ევროპაში, აშშ-ში და ავსტრალიაში. ჩვენ ვაცნობიერებთ მიკერძოებას გლობალური ჩრდილოური პერსპექტივებისადმი, რომელიც არ აქცევს შესაფერს ყურადღებას ცხოვრებისეული გამოცდილებების მრავალფეროვნებას და ტემ თემის პერსპექტივებს მსოფლიოში. ლიტერატურაში ხილვადობის ეს დისბალანსი მიუთითებს კვლევის და პრაქტიკის ნაკლებობზე, რომელიც უნდა გადაჭრან მკვლევარებმა და პრაქტიკოსებმა მომავალში, რომ სათანადოდ წარმოაჩინონ ყველა ტემ ადამიანის მხარდაჭერის საჭიროებები მათი გენდერული იდენტიფიკაციის მიუხედავად.

კვლევის შერჩევა

მტკიცებულებების მიმოხილველთა ჯგუფმა ჯგუფის ხელმძღვანელებისგან მიწოდებული ინფორმაციით იმთავითვე განსაზღვრა კრიტერიუმები თითოეული კვლევის საკითხისთვის.

მტკიცებულებების მიმოხილველთა ჯგუფის ორმა მიმოხილველმა დამოუკიდებლად შეამოწმა სათარუების და რეზიუმეების და თანდართული ტექსტების შესაბამისობა. გამორიცხვისთვის ორივე მიმოხილველი უნდა შეთანხმებულიყო, რომ კვლევა აკმაყოფილებდა სულ მცირე გამორიცხვის ერთ კრიტერიუმს. მიმოხილველებმა შეუსაბამობების შესახებ გადანყვეტილებები დისკუსიის შედეგად მიიღეს.

მონაცემების ამოღება

მტკიცებულებების მიმოხილველთა ჯგუფმა გამოიყენა სტანდარტიზებული ფორმები, რათა ამოეღოთ მონაცემები ზოგადი კვლევის მახასიათებლების, მონაწილეების მახასიათებლების, ინტერვენციებზე და შედეგების საზომების შესახებ. ერთი მიმოხილველი აცალკევებდა აღნიშნულ მონაცემებს და მეორე მიმოხილველი ადასტურებდა ამოღებულ მონაცემებს.

მიკერძობის რისკის შეფასება

მტკიცებულებების მიმომხილველთა ჯგუფიდან ორ-მა მიმომხილველმა შეაფასა მიკერძობის რისკი თითოეული შერჩეული კვლევისთვის. რენდომიზებული კონტროლირებული ცდებისთვის გამოყენებული იქნა ქოქრეინის მიკერძობულობის რისკის ინსტრუმენტი (Cochrane Risk of Bias Tool). დაკვირვებითი კვლევებისთვის ინტერვენციების არარენდომიზებულ კვლევებში მიკერძობის რისკის ინსტრუმენტი (Risk of Bias in Non-Randomized Studies—of Interventions) (ROBINS-I) იქნა გამოყენებული. სადაც მართებული აღმოჩნდა, მოხდა არსებული თანამედროვე სისტემური მიმოხილვების გათვალისწინება და ROBIS-ის გამოყენებით შეფასება.

მონაცემების სინთეზი და ანალიზი

მტკიცებულებების მიმომხილველთა ჯგუფმა შექმნა მტკიცებულებების ცხრილები, რომლებშიც დეტალურად იყო მოცემული გამოყენებული კვლევებიდან ამოღებული მონაცემები. ზრუნვის სტანდარტების თავებზე მომუშავეთა ჯგუფის წევრებმა მიმოხილეს მტკიცებულებების ცხრილები და გააკეთეს კომენტარები.

მტკიცებულებების დახარისხება

მტკიცებულებების განხილვის ჯგუფმა მტკიცებულებებს მიანიჭა ხარისხები GRADE-ის მეთოდოლოგიის გამოყენებით (GRADE methodology). თითოეული კითხვისთვის მტკიცებულების სიმძლავრე მიღებულ იქნა წინასწარ განსაზღვრული კრიტიკული შედეგების გამოყენებით და თითოეული კვლევის ხარისხის/მიკერძობულობის რისკის ლიმიტების შეფასებით, თანმიმდევრულობის, პირდაპირობის, სიზუსტის და თხრობის მიკერძობულობის შეფასებით.

3.7. სარეკომენდაციო დებულებების მომზადება

თავების ხელმძღვანელებმა და წევრებმა მოამზადეს სარეკომენდაციო დებულებები. დებულებები მომზადდა ისე, რომ ყოფილიყო შესრულებადი, პრაქტიკაში გამოსაყენებელი და გაზომვადი.

მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სარეკომენდაციო დებულებები ეფუძნებოდა სისტემატურ და საბაზისო ლიტერატურის კვლევის შედეგებს და ექსპერტთა კონსენსუსზე დაფუძნებულ მოსაზრებებს.

თავმჯდომარემ, თანა-თავმჯდომარეებმა და თავის ხელმძღვანელებმა განიხილეს და დაამტკიცეს ყველა დებულება ფორმულირების სიცხადის და თანმიმდევრულობის თვალსაზრისით. ამ განხილვისას და მთელი პროცესის განმავლობაში ასევე გასწორდა ნებისმიერი ურთიერთგადაფარვა თავებს შორის.

ბევრ თავზე მუშაობას დასჭირდა მჭიდრო გუნდური მუშაობა, რათა უზრუნველყოფილი ყოფილიყო მათი რეკომენდაციების თანმიმდევრულობა. მაგალითად,

ამჟამად გაცალკევებული ბავშვებისა და მოზარდების თავების თანმიმდევრულობის უზრუნველსაყოფად ზოგიერთი ავტორი ორივე თავის ჩამოყალიბებაში მონაწილეობდა. მსგავსი მიზეზით, სადაც ეს მართებული იყო, სამუშაო ჯგუფი თანამშრომლობდა სხვა თავის სამუშაო ჯგუფთან იმ საკითხების თაობაზე, რომლებიც საერთო იყო ორივე თავისთვის (ე.ი. ბავშვების შეფასება, მოზარდების შეფასება, ჰორმონული თერაპია, ქირურგია და პოსტოპერაციული ზრუნვა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა).

3.8. რეკომენდაციების დამტკიცება Delphi-ის პროცესის გამოყენებით (Delphi process)

ფორმალური კონსენსუსი ყველა დებულებაზე მიღებული იქნა Delphi-ის პროცესის გამოყენებით (ექსპერტების შეფასებების სტრუქტურირებული მიღება სამ რაუნდად). რეკომენდაციის დასამტკიცებლად ხმის მიმცემთა 75%-ს უნდა დაემტკიცებინა დებულება. თითოეული დებულებისთვის ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიის წევრების მინიმუმ 65%-ს უნდა მიეღო მონაწილეობა Delphi-ის პროცესში. ადამიანებს, რომლებიც არ უჭერდნენ მხარს დებულებას, უნდა მიენოებინათ ინფორმაცია დაწუნების მიზეზებზე იმისათვის, რომ დებულები მოდიფიცირებული (ან მოღებული) ყოფილიყო ამ უკუკავშირის შედეგად. როგორც კი მოდიფიცირება მოხდებოდა, დებულება ხელახლა გაივლიდა Delphi-ის პროცესს. თუ 3 რაუნდის შემდეგ დებულება არ დამტკიცდებოდა, დებულებას ამოიღებდნენ ზრუნვის სტანდარტის მე-8 ვერსიიდან. ზრუნვის სტანდარტების ყველა წევრი აძლევდა ხმას თითოეულ დებულებას. თითოეული დებულებისთვის პასუხის დიაპაზონი მერყეობდა 74.79 - 94.96% შორის.

3.9. დებულებათა დახარისხების კრიტერიუმები

Delphi-ის პროცესის დასრულების შემდეგ, თავების წევრები თითოეულ დებულებას ახარისხებდნენ რეკომენდაციების, შეფასების, განვითარების და გამოთვლის (GRADE) კლასიფიკაციის ჩარჩოს შესაბამისად. ეს არის გამჭვირვალე ჩარჩო მტკიცებულებების შეჯამების და წარდგენისათვის და უზრუნველყოფს სისტემურ მიდგომას კლინიკური პრაქტიკის რეკომენდაციების შემუშავებისთვის (Guyatt et al., 2011). დებულებები დახარისხებული იყო ისეთ ფაქტორებზე დაყრდნობით, როგორცაა:

- პოტენციური სარგებლისა და ზიანის ბალანსი;
- ამ ბალანსისა ან მკიცებულების ხარისხის რწმენა;
- პროვაიდერების და პაციენტების ღირებულებები და არჩევანი;
- რესურსების გამოყენება და განხორციელების შესაძლებლობა.

დებულებები კლასიფიცირებულია როგორც:

- ძლიერი რეკომენდაციები („რეკომენდაციას ვაძლევთ,“) არის იმ ინტერვენციებისთვის/თერაპიისთვის/სტრატეგიებისთვის, სადაც:
- მტკიცებულება მაღალი ხარისხისაა;
- აფასებს ინტერვენციის/თერაპიის/სტრატეგიის ეფექტს (ე.ი. დიდწილად სარწმუნოა, რომ პრაქტიკაში შედეგის მიიღწევა შესაძლებელია);
- მცირე რაოდენობითაა ინტერვენციის/თერაპიის/სტრატეგიის უარყოფითი მხარეები;
- მაღალი ხარისხის თანხმობაა პროვიდერებსა და პაციენტებს ან მათ შორის, ვისაც ეს რეკომენდაცია ეხება.
- სუსტი რეკომენდაციები („ჩვენ გთავაზობთ,“) არის იმინტერვენციის/თერაპიის/სტრატეგიებისთვის, სადაც:
- მონაცემთა ბაზებში გვხვდება სისუსტეები;
- არსებობს გარკვეული ეჭვი ეფექტის ზომასთან დაკავშირებით, რომელიც შესაძლოა პრაქტიკაში აღმოცენდეს;
- საჭიროა ინტერვენციის/თერაპიის/სტრატეგიების პოტენციური დადებითი და უარყოფითი მხარეების ბალანსი.
- ცვალებადია მიმდებლობა პროვიდერებსა და პაციენტებს ან მათ შორის ვისაც ეს რეკომენდაცია ეხება.

3.10. დებულებების განმარტებითი ტექსტის შემუშავება

დებულებების დახარისხების შემდეგ თავების სამუშაო ჯგუფებმა დაწერეს ტექსტი, რომელშიც მოცემული იყო რეკომენდაციის დასაბუთება ან ახსნა. ეს მოიცავდა ხელმისაწვდომი მტკიცებულებების წარმოდგენას, დეტალებს პოტენციური სარგებლების და ზიანის შესახებ და ინფორმაციას რეკომენდაციის განხორციელების შესახებ, მათ შორის, ინფორმაციას მოსალოდნელი ბარიერებისა და გამონწვევების შესახებ. ლიტერატურა წარმოდგენილია APA-7-ის სტილით, რათა მხარი დაუჭიროს ტექსტში მოცემულ ინფორმაციას. რესურსების ბმულებიც მოცემულია შესაბამისი სტილით. ტექსტი, არ აქვს მნიშვნელობა ხარისხის სტატუსი ძლიერია თუ სუსტი, განხილული და დამტკიცებულია თავმჯდომარის და თანა-თავმჯდომარეების მიერ.

3.11. გარე დადასტურება ლიტერატურისა, რომელიც გამოყენებული იქნა დებულებების მხარდასაჭერად

ტრანსგენდერი ინდივიდების ჯანმრთელობაზე მემუშავე კლინიკური მეცნიერების დამოუკიდებელმა ჯგუფმა განიხილა ციტირებები/მითითებები, რომლებ-

ბიც მოცემულია ყველა თავში, რათა დაემტკიცებინა, რომ ციტირება შესაბამისად იყო გამოყენებული როგორც ტექსტის საფუძვლიანი არგუმენტი. ციტირებასთან დაკავშირებული ნებისმიერი კითხვა იგზავნებოდა უკან განსახილველად.

3.12. ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიის პროექტის დასრულება

ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიის საბოლოო ვერსია ხელმისაწვდომი იყო კომენტარებისთვის.

3.13. ზრუნვის სტანდარტების გავრცელება განსახილველად, საერთაშორისო მრჩეველებს შორის

მე-8 ზრუნვის სტანდარტების სარეკომენდაციო დებულებები დაეგზავნათ ზრუნვის სტანდარტების რევიზიის უფრო ფართო კომიტეტს და WPATH-ის საერთაშორისო მრჩეველთა ჯგუფს (International Advisory Group), რომელიც მოიცავდა აზია-წყნარი ოკეანის ტრანსგენდერთა ქსელს (Asia Pacific Transgender Network (APTN)), მსოფლიო ბრძოლა ტრანსგენდერი ინდივიდების თანასწორობისთვის (Global Action for Transgender Equality (GATE)), ლესბისელების, გეების, ბისექსუალების, ტრანსგენდერი ინდივიდების, ინტერსექსუალთა ასოციაციას (International Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersex Association (ILGA) და ტრანსგენდერ ევროპას (TransgenderEurope(TGEU)).

3.14. საჯარო კომენტარების პერიოდი

ზრუნვის სტანდარტების შესწორებული პროექტის დოკუმენტი გამოქვეყნდა ინტერნეტში საჯარო კომენტარებისთვის, მათ შორის WPATH-ის წევრებისთვისაც, WPATH-ის ვებგვერდზე. ჯამში 1,279 ადამიანმა გააკეთა პროექტის შესახებ კომენტარი - ჯამში 2,688 კომენტარი.

3.15. კომენტარების საფუძველზე საბოლოო პროექტის შესწორება

თავების ხელმძღვანელებმა და ხელმძღვანელთა კომიტეტმა განიხილეს უკუკავშირი და გააკეთეს შესაბამისი საჭირო შესწორება. ყველა საჯარო კომენტარი იქნა წაკითხული და სადაც მართებული იყო, კომენტარები ინტეგრირდა ტექსტში.

როგორც ამ პროცესის ნაწილი, განვითარდა 3 ახალი Delphi-ის განაცხადი და 2-მა ისეთი მოდიფიკაცია განიცადა, რომ საჭირო გახდა ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიის კომიტეტის მიერ ხელახალი ხმის მიცემა. ეს ნიშნავდა ახალი Delphi პროცესის დაწყებას 2022 წლის იანვარში. ამ Delphi-ის პროცესის შედეგები მიღებული იქნა თავების მიხედვით და ახალი განაცხადები დაემატა ან მოდიფიცირდა შესაბამისად. დაემატა ახალი განმარტებითი ტექსტი.

თავების ყველა ახალი ვერსია ხელახლა განიხილეს თავმჯდომარემ და თანა-თავმჯდომარეებმა და ცვლილებები და მოდიფიკაციები წარმოადგინეს. საბოლოოდ, როდესაც თავმჯდომარეები და თავების წევრები კმაყოფილები იყვნენ საბოლოო მონახაზით, თავის წერა დასრულდა.

ყველა ახალი ციტირება ხელახლა შემოწმდა დამოუკიდებელი წევრის მიერ.

3.16. საბოლოო ვერსიის დამტკიცება თავმჯდომარის და თანა-თავმჯდომარეების მიერ

მოდიფიკაციები განიხილეს და მიიღეს თავმჯდომარეებმა.

3.17. დამტკიცება WPATH-ის დირექტორთა საბჭოს მიერ

საბოლოო დოკუმენტი დასამტკიცებლად წარედგინა WPATH-ის დირექტორთა საბჭოს და ის დამტკიცდა 2022 წლის 20 ივნისს.

3.18. ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიის გამოქვეყნება და გავრცელება

ზრუნვის სტანდარტები გავრცელდა მთელ რიგ ადგილებსა და სხვადასხვა ფორმატით, ტრანსგენდერთა ჯან-

მრთელობის საერთაშორისო ჟურნალში (International Journal of Transgender Health) გამოქვეყნებული პუბლიკაციის ჩათვლით (WPATH-ის ოფიციალური სამეცნიერო ჟურნალი).

4. პანახლის გეგმა

ზრუნვის სტანდარტების ახალი გამოცემა (SOC-9) გამოქვეყნდება მომავალში, როდესაც ახალი მონაცემები და/ან მნიშვნელოვანი ცვლილებები იქნება ხელმისაწვდომი.

COVID-19-ის დროს და მსოფლიოს მრავალ კუთხეში პოლიტიკური გაურკვევლობის გამო *ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიის შემუშავება იყო კომპლექსური პროცესი. ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიის წევრები მუშაობდნენ ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიაზე მათი ყოველდღიური საქმიანობის პარალელურად და შეხვედრების უმეტესობა ტარდებოდა მათი სამუშაო დროის მიღმა და შაბათ-კვირას ZOOM-ის საშუალებით. ძალზე ცოტა შეხვედრა ჩატარდა პირისპირ, ამ შეხვედრების უმრავლესობა უკავშირდებოდა WPATH, USPATH ან EPATH კონფერენციებს. ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიის კომიტეტის წევრებს არ მიუღიათ ანაზღაურება ამ პროცესში მონაწილეობის სანაცვლოდ.

დანართი B – ლექსიკონი

არაბინარული (NONBINARY) – აღწერს იმ ადამიანებს, რომელთა გენდერული იდენტობა ბინარულ გენდერს მიღმაა. ადამიანები, რომლებსაც არაბინარული გენდერული იდენტობა აქვთ, შესაძლოა თავს აღიქვამდნენ ნაწილობრივ კაცებად და ნაწილობრივ ქალებად, ან ზოგჯერ კაცებად და ზოგჯერ ქალებად, ან თავს იმ გენდერის წარმომადგენლად თვლიდნენ, რომელიც ქალის და კაცის გენდერს მიღმა ან/და თავს არც ერთ გენდერს არ მიაკუთვნებდნენ. არაბინარული ადამიანები შეიძლება იყენებდნენ ნაცვალსახელებს იმ ენებზე, რომელიც სქესს განასხვავებს: ისინი/მათ/მათი (they/them/theirs), ნაცვლად he/him/his ან she/her/hers (ინგლისურ ენაში). ზოგიერთი არაბინარული ადამიანი თავს ტრანსგენდერად მიიჩნევს, ზოგიერთი – არა, რადგან ეს უკანასკნელნი ტრანსგენდერ ადამიანებს ბინარული გენდერის (გენდერის ბინარული ხედვის) ნაწილად მიიჩნევენ. ზოგჯერ, ინგლისურ ენაში არაბინარულს მიუთითებენ მოკლე აღმნიშვნელით – NB ან „enby“, რომლის მაგალითებია: გენდერქვიარი, გენდერულად მრავალფეროვანი, გენდერფლუიდური, დემიგენდერი, ბიგენდერი და აგენდერი.

გენდერი (GENDER) – კონტექსტის მიხედვით, გენდერი შეიძლება მიაჩნებოდეს გენდერულ იდენტობაზე, გენდერულ გამოხატვასა და/ან სოციალურ გენდერულ როლზე, იმ აღქმისა და მოლოდინების ჩათვლით, რომლებიც მოცემულ კულტურაში უკავშირდება იმ ადამიანებს, რომლებსაც დაბადებისას მამრობითი ან მდედრობითი სქესი მიანიჭეს. გენდერული იდენტობები, გარდა კაცისა და ქალისა (რომლებიც შეიძლება იყვნენ სისგენდერები ან ტრანსგენდერები), მოიცავს ტრანსგენდერს, არაბინარულ გენდერს, გენდერქვიარს, გენდერულად ნეიტრალურს, აგენდერს, გენდერფლუიდურს, „მესამე“ გენდერს („third“ gender) და სხვა. მსოფლიოში მრავალი სხვა გენდერია აღიარებული.

გენდერქვიარული (GENDER EXPANSIVE) – ზედსართავი სახელია, რომლითაც ხშირად აღწერენ ადამიანებს, რომლებიც იდენტიფიცირდებიან ან გამოხატავენ საკუთარ თავს ისე, რომ შედეგად აფართოებენ იმ სოციალურად ან კულტურულად განსაზღვრულ ქცევებსა თუ რწმენებს, რომელიც კონკრეტულ სქესთან ასოცირდება. ზოგჯერ აგრეთვე იყენებენ ტერმინს შემოქმედებითი გენდერი (Gender creative). წარსულში დამკვიდრებული იყო ტერმინი გენდერვარიაციული (Gender variant), რომელიც ნეგატიური მნიშვნელობის გამო პროფესიული გამოყენებიდან ნელ-ნელა ქრება.

გენდერის დადასტურება (GENDER-AFFIRMATION) – ეწოდება პიროვნების გენდერის აღიარებას, დამოწმებას თუ დადასტურებას. ის, ჩვეულებრივ, კონცეპტუალიზებულია როგორც სოციალური, ფსიქოლოგიური, სამედიცინო ან იურიდიული განზომილებების მქონე ფენომენი. ტერმინი გენდერის დადასტურება გამოიყენება ტრანზიციის ნაცვლად (მაგალითად, გენდერის დადასტურება მედიცინაში/ან გენდერის კლინიკური დადასტურება) ან შეიძლება გამოყენებული იყოს, როგორც ზედსართავი (მაგალითად, გენდერის დამადასტურებელი ზრუნვა).

გენდერის დადასტურებელი ქირურგია (GENDER-AFFIRMATION SURGERY) – ეს არის ქირურგიული ჩარევა, რომელიც მიზნად ისახავს პირველადი და/ან მეორადი სქესობრივი მახასიათებლების შეცვლას პიროვნების გენდერული იდენტობის დასადასტურებლად.

გენდერულად ბინარული (GENDERBINARY) – აღწერს იდეას, რომლის თანახმადაც არსებობს მხოლოდ ორი გენდერი, ქალისა და კაცის. აგრეთვე მოლოდინს, რომ ყველა ადამიანი უნდა იყოს ქალი ან კაცი და რომ ყველა კაცი უნდა იყოს მამრობითი სქესის, ხოლო ყველა ქალი – მდედრობითი.

გენდერულად მრავალფეროვანი (GENDER DIVERSE) – ტერმინი, რომელიც გამოიყენება იმ ადამიანების აღსაწერად, რომელთა გენდერული იდენტობა და/ან გამოხატვა განსხვავდება იმ სქესისადმი მიკუთვნებული სოციალური და კულტურული მოლოდინისგან, რომელიც მათ დაბადებისას მიანიჭეს. ეს შეიძლება, ბევრ სხვა კულტურულად განსხვავებულ იდენტობასთან ერთად, მოიცავდეს ადამიანებს, რომლებიც არაბინარულად, გენდერქვიარულად, გენდერულად არაკონფორმულ ადამიანებად იდენტიფიცირდებიან, ან სხვებს, ვინც არ იდენტიფიცირდებიან სისგენდერად.

გენდერული გამოხატვა (GENDER EXPRESSION): მიუთითებს იმაზე, თუ როგორ გამოხატავს პიროვნება საკუთარ გენდერს ყოველდღიურ ცხოვრებაში საკუთარ კულტურულ და საზოგადოებრივ კონტექსტში. გენდერული გამოხატვა ფიზიკური გარეგნობის მხრივ შეიძლება მოიცავდეს ჩაცმულობას, თმის სტილს, აქსესუარებს, კოსმეტიკას, ჰორმონულ და ქირურგიულ ჩარევებს, ასევე მანერებს, საუბარს, ქცევის პატერნსა და სახელებს. პიროვნების გენდერული გამოხატვა შეიძლება შეესაბამებოდეს ან არ შეესაბამებოდეს პიროვნების გენდერულ იდენტობას.

გენდერული დისფორია (GENDER DYSPHORIA) – აღწერს დისტრესის ან დისკომფორტის მდგომარეობას, რომელიც შეიძლება ადამიანმა განიცადოს იმის გამო, რომ პიროვნების გენდერული იდენტობა განსხვავდება მისთვის დაბადებისას მინიჭებულ სქესთან დაკავშირებული ფიზიკური და სოციალური მახასიათებლებისგან. გენდერული დისფორია, ამავე დროს, წარმოადგენს დიაგნოსტიკურ ტერმინს DSM-5-ში, რომელიც დაბადებისას მინიჭებულ სქესსა და გენდერის რეალურ განცდის/გამოცდილებას შორის შეუსაბამობას აღნიშნავს და რომელსაც ახლავს დისტრესი. ყველა ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანი დისფორიას არ განიცდის.

გენდერული იდენტობა (GENDER IDENTITY) – აღწერს პიროვნების ღრმად განცდილ, შინაგან, საკუთარი გენდერის თავისთავად შეგრძნებას.

გენდერული შეუთავსებლობა (GENDER INCONGRUENCE) – გენდერული შეუთავსებლობა არის ICD-11-ში გამოყენებული დიაგნოსტიკური ტერმინი, რომელიც აღწერს მკვეთრად გამოხატულ და მტკიცე შეუთავსებლობის განცდას პიროვნების გენდერულ იდენტობასა და იმ გენდერს შორის, რომელსაც მისგან დაბადებისას მიკუთვნებული სქესის საფუძველზე მოელიან.

დაბადებისას მინიჭებული სქესი (SEX ASSIGNED AT BIRTH) – მიუთითებს პიროვნების სტატუსზე, რომელიც განისაზღვრება მამრობითი, მდედრობითი ან ინტერსექს ფიზიკური მახასიათებლების მიხედვით. სქესის მინიჭება, ჩვეულებრივ, ხდება დაბადებისას გარეგანი სასქესო ორგანოების დათვალიერებით. AFAB არის აბრევიატურა „დაბადებისას მინიჭებული მდედრობითი სქესი“. AMAB არის აბრევიატურა „დაბადებისას მინიჭებული მამრობითი სქესი“.

დეტრანსიციონი (DETRANSITION) – ტერმინი, რომელიც ზოგჯერ გამოიყენება ინდივიდის იმ გენდერზე რეტრანსიციონის აღსაწერად, რომელიც სტერეოტიპულად ასოცირდება მისთვის დაბადებისას მინიჭებულ სქესთან.

ევუნჩი (EUNUCH) – დაბადებისას მამრობითად განსაზღვრული ინდივიდი, რომელმაც ქირურგიულად მოცილა ან არაფუნქციური გახადა სათესლე ჯირკვლები და ვინც იდენტიფიცირდება ევუნჩად. აღნიშნული განმარტება განსხვავდება სტანდარტული სამედიცინო განსაზღვრებისგან და გამორიცხავს მათ, ვინც საკუთარ თავს ევუნჩად არ აღიქვამს.

ევუნჩად იდენტიფიცირებული (EUNUCH-IDENTIFIED) – ინდივიდი, რომელიც გრძნობს, რომ მისი ნამდვილი პიროვნება შეიძლება გამოხატოს ტერმინით ევუნჩი. ევუნჩად იდენტიფიცირებულ ინდივიდებს, ჩვეულებრივ, სურთ თავიანთი რეპროდუქციული ორგანოების ქირურგიული გზით მოცილება ან მისი ფუნქციის დაკარგვა.

ინტერსექსი (INTERSEX) – აღწერს იმ სქესით ან რეპროდუქციული მახასიათებლებით დაბადებულ ადამიანებს, რომელიც არ შეესაბამება მდედრობითისა თუ მამრობითის ბინარულ განმარტებას.

მისგენდერი/მისგენდერინგი (MISGENDER/MISGENDERING) – მიუთითებს ისეთ გარემოებაზე, როდესაც გამოყენებული ენა/ტერმინი სწორად ვერ ასახავს იმ გენდერს, რომელსაც პიროვნება მიაკუთვნებს თავს. ეს შეიძლება იყოს ნაცვალსახელი (he/him/his; she/her/hers; they/them/theirs) ან მიმართვის ფორმა (ბატონო, ქალბატონო და სხვა (Sir, Mr. Ms, Mrs)).

რეტრანსიციონი (RETRANSITION) – აღწერს მეორე ან ყოველ შემდგომ გენდერულ ტრანსიციონის სოციალური, სამედიცინო ან სამართლებრივი გზით. რეტრანსიციონი შესაძლოა, გულისხმობდეს ერთი ბინარული ან არაბინარული გენდერიდან მეორე ბინარულ ან არაბინარულ გენდერზე გადასვლას. რეტრანსიციონი ერთზე მეტჯერაც არის შესაძლებელი. რეტრანსიციონის შესაძლებელია ბევრი მიზეზი ჰქონდეს, მათ შორის ცვალებადი/განვითარებადი გენდერული იდენტობები, ჯანმრთელობის პრობლემები, ოჯახის/საზოგადოების დამოკიდებულება და ფინანსური საკითხები.

სქესუალური ორიენტაცია (SEXUAL ORIENTATION) – აღწერს პიროვნების სექსუალურ იდენტობას, მიზიდულობას ან ქცევას ადამიანებთან ან სექსუალურ პარტნიორებთან მიმართებით ამ უკანასკნელთა გენდერ(ებ)ის და/ან სექსუალური მახასიათებლების საფუძველზე. სექსუალური ორიენტაცია და გენდერული იდენტობა განსხვავებული ტერმინებია.

სისგენდერი (CISGENDER) – აღწერს ადამიანებს, რომელთა გენდერული იდენტობა თავსებადია დაბადებისას მინიჭებულ სქესთან.

ტრანსგენდერი (TRANSGENDER) ან ტრანსი – წარმოადგენს ქოლგა ტერმინებს იმ ადამიანების აღსაწერად, რომელთა გენდერული იდენტობა და/ან გენდერული გამოხატვა არ არის იმ მოლოდინების შესაბამისი, რომელიც საზოგადოებას გააჩნია მათთვის დაბადებისას მინიჭებული სქესის საფუძველზე. ეს აღმნიშვნელები ყოველთვის გამოყენებული უნდა იქნას როგორც ზედსართავი სახელები (როგორც „ტრანსი ადამიანები“) და არასოდეს როგორც არსებითი სახელები (მაგალითად „ტრანსგენდერი“, „ტრანსი“) ან ზმნა, როგორც ზმნა „ტრანსგენდერირებული“ („transgendered“).

ტრანსგენდერი კახები (TRANSGENDER MEN) ან ტრანსი კახები (TRANS MEN) – არიან ადამიანები, რომლებსაც დაბადებისას მდედრობითი სქესი მიანიჭეს, თუმცა აქვთ კაცის გენდერული იდენტობა. მათ შეიძლება, გავლილი ჰქონდეთ ან არ ჰქონდეთ რაიმე სახით ტრანსიციონი. ქალიდან-კაცზე ან „მდედრობითიდან მამრობითზე“ (female-to-male) გადასვლა მოძველებული ტერმინია და ამოღებულია გამოყენებიდან.

ტრანსგენდერი ქალები (TRANSGENDER WOMEN) ან ტრანს ქალები (TRANSWOMEN) – არიან ადამიანები, რომლებსაც დაბადებისას მამრობითი სქესი მიანიჭეს, თუმცა აქვთ ქალის გენდერული იდენტობა. მათ, შეიძლება, ჰქონდეთ ან არ ჰქონდეთ გავლილი რაიმე სახით ტრანსიციონი. კაციდან-ქალზე ან „მამრობითიდან-მდედრობითზე“ (male-to-female) მოძველებული ტერმინია და ამოღებულია გამოყენებიდან.

ტრანსიციონი (TRANSITION) – გულისხმობს პროცესს, როდესაც ადამიანები დაბადებისას მინიჭებული სქესის შესაბამის გენდერულ გამოხატვას ისეთი გენდერული გამოხატვით ცვლიან, რომელიც უკეთ შეესაბამება მათ გენდერულ იდენტობას. ადამიანებმა შესაძლოა, სოციალური ტრანსიციონი გაიარონ ისეთი მეთოდების გამოყენებით, როგორცაა მათი სახელის, ნაცვალსახელის, ტანსაცმლის, თმის სტილის და/ან მოქმედების ან საუბრის მანერის ცვლილება. ტრანსიციონი შეიძლება მოიცავდეს ან არ მოიცავდეს ჰორმონულ თერაპიას და/ან ქირურგიულ ინტერვენციებს ფიზიკური სხეულის შესაცვლელად. ტერმინი ტრანსიციონი შეიძლება გამოყენებული იქნას ადამიანის გენდერული გამოხატვის ნებისმიერი გენდერიდან სხვა გენდერზე გადასვლის პროცესის აღსაწერად. ადამიანებმა თავიანთი სიცოცხლის მანძილზე შეიძლება ერთზე მეტჯერ გაიარონ ტრანსიციონი.

ტრანსფობია (TRANSPHOBIA) – არის ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანებისადმი, როგორც ჯგუფისადმი ნეგატიური დამოკიდებულება, რწმენა და ქმედებები. ტრანსფობია შესაძლოა, შეგვხვდეს დისკრიმინაციული პოლიტიკის დოკუმენტებსა და პრაქტიკაში, სტრუქტურულ დონეზე ან ძალზე სპეციფიკურ და პირად კონტექსტში. ტრანსფობია შესაძლოა შინაგანი/ინტერნალიზებული იყოს, როდესაც ტრანსგენდერი და გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანები გენდერული იდენტობის მიმართ წინარწმენებს იზიარებენ და მას გამოხატავენ როგორც საკუთარი თავის, ისე სხვა ტრანსგენდერი ან გენდერულად მრავალფეროვანი ადამიანების მიმართ. მიუხედავად იმისა, რომ ზოგჯერ ტრანსფობია წინასწარგანუზრახველი უცოდინრობისა და ინფორმაციის ნაკლებობის შედეგი უფროა, ვიდრე პირდაპირი მტრულობის, მისი გავლენა არასოდესაა უწყინარი. ზოგიერთი ადამიანი ტრანსფობიის ნაცვლად იყენებს ტერმინს ანტიტრანსგენდერული მიკერძოება.

ღანართი C – გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული პრეპარატების მკურნალობა

ცხრილი 1. გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის ფონზე განვითარებული ცვლილებების მოსალოდნელი დროითი მიმდინარეობა

ტესტოსტერონზე დაფუძნებული რეჟიმი		
გავლენა	დასაწყისი	მაქსიმუმი
კანის გაცხიმოვნება/აკნე	1–6 თვე	1–2 წელი
თმის ზრდა სახესა და ტანზე	6–12 თვე	>5 წელი
თმის ცვენა თავზე	6–12 თვე	>5 წელი
კუნთოვანი მასის ზრდა/გაძლიერება	6–12 თვე	2–5 წელი
ცხიმის ხელახალი გადანაწილება	1–6 თვე	2–5 წელი
მენსტრუაციის შეწყვეტა	1–6 თვე	1–2 წელი
კლიტორის გადიდება	1–6 თვე	1–2 წელი
ვაგინალური ატროფია	1–6 თვე	1–2 წელი
ხმის დაბობება	1–6 თვე	1–2 წელი
ესტროგენზე (ტესტოსტერონის შემცირებაზე) დაფუძნებული რეჟიმები		
გავლენა	დასაწყისი	მაქსიმუმი
სხეულის ცხიმის რედისტრიბუცია	3–6 თვე	2-5 წელი
კუნთოვანი მასის და ძალის შემცირება	3–6 თვე	1-2 წელი
კანის დარბილება/შემცირებული ცხიმინაობა	3–6 თვე	უცნობია
სექსუალური სურვილის შემცირება	1–3 თვე	უცნობია
სპონტანური ერექციის შემცირება	1–3 თვე	3–6 თვე
სპერმის შემცირება	უცნობია	2 წელი
მკერდის ზრდა	3–6 თვე	2–5 წელი
სათესლე ჯირკვლების ზომის შემცირება	3–6 თვე	ცვალებადი
თმის ტერმინალური ზრდის შემცირება	6-12 თვე	> 3 წელი
თავზე თმის ზრდა	ცვალებადი	ცვალებადი
ხმის ცვლილება	უცნობია	—

ამოღებულია შემდეგი წყაროდან: *Hembree et al., 2017*

ცხრილი 2. გენდერის დამადასტურებელ ჰორმონულ თერაპიასთან დაკავშირებული რისკები (გამუქებული პუნქტები მიუთითებს კლინიკურ მნიშვნელობაზე) (მონაცემები განახლებულია და ეფუძნება ზრუნვის სტანდარტების მე-7 ვერსიას)

რისკის დონე	ესტროგენზე დაფუძნებული რეჟიმები	ტესტოსტერონზე დაფუძნებული რეჟიმი
შესაძლო გაზრდილი რისკი	ვენური თრომბოემბოლია უნაყოფობა შიპერკალემია ^s შიპერტრიგლიციდ-რიდემია ნონის მატება	პოლიციტემია უნაყოფობა აკნე ანდროგენული ალოპეცია შიპერტენზია ძილის აპნეა ნონის მატება შემცირებული მსლ ქოლესტეროლი და გაზრდილი დსლ ქოლესტეროლი
შესაძლო გაზრდილი რისკი დამატებითი რისკ ფაქტორების არსებობით	კარდიოვასკულარული დაავადება ცერებროვასკულარული დაავადება მენინგიომა ^r პოლიურია/დეჰიდრატაცია ^s ქოლელითიაზი	კარდიოვასკულარული დაავადება შიპერტრიგლიციდ-რიდემია
შესაძლო გაზრდილი რისკი	შიპერტენზია ერექციული დისფუნქცია	
საფარაუდი გაზრდილი რისკი დამატებითი რისკ ფაქტორების არსებობით	2-ე ტიპის დიაბეტი მცირე ძვლის მასა/ოსტეოპოროზი შიპერპროლაქტინემია	2-ე ტიპის დიაბეტი კარდიოვასკულარული დაავადება
რისკი არ არსებობს ან არასაჩვენებელია	ძუძუს ან პროსტატის სიმსივნე	მცირე ძვლის მასა/ოსტეოპოროზი ძუძუს, ცერვიკალური, საკვერცხეების, საშვილოსნოს სიმსივნე

C ციპროტერონზე დაფუძნებული რეჟიმი

S სპირონოლაქტონზე დაფუძნებული რეჟიმი

ცხრილი 3. გენდერის დამადასტურებელი ჰომონული რეჟიმები ტგმ ახალგაზრდებში(დაფუძნებულია ენდოკრინული საზოგადოების გაიდლაინებზე: Hembree et al., 2017)

ქალური პუბერტატის გამონვევა (ესტროგენზე დაფუძნებული რეჟიმი) ორალური 17β-ესტრადიოლით
 დასაწყისი 5 მგ/კგ/დ და ყოველ 6 თვეში ზრდა 5 მგ/კგ-ით დღეში, 20 მგ/კგ-მდე დღეში ესტრადიოლის დონის მიხედვით ზრდასრულთა დოზა = 2-6 მგ/დღეში
 პოსტპუბერტატულ ტგმ მოზარდებში, 17β-ესტრადიოლის დოზის გაზრდა უფრო სწრაფადაა შესაძლებელი:
 1 მგ/დ 6 თვე, შემდეგ 2 მგ/დ და შემდგომი ზრდა ესტრადიოლის დონის მიხედვით

ქალური პუბერტატის გამონვევა (ესტროგენზე დაფუძნებული რეჟიმი) ტრანსდერმალური 17-ესტრადიოლით
 საწყისი დოზა 6.25-12.5 მგ/24 ს (დასაკრავი ფირფიტის 24გ-ის ჯერ 2 შემდეგ 2 ტიტრირების გაზრდა ყოველ 6 თვეში 12.5 მგ/24 ს ესტრადიოლის დონის მიხედვით
 ზრდასრულთა დოზა = 50-200 მგ/24 საათი
 ალტერნატიული ერთჯერადი დოზა მოზარდებში (იხ. ცხრილი 4)

კაცური პუბერტატის გამონვევა (ტესტოსტერონზე დაფუძნებული რეჟიმი) ტესტოსტერონის ერთეულებით
 25 მგ /მ2/2 კვირა (ან ალტერნატივა, ამ დოზის ნახევარი კვირაში)
 25 მგ /მ2-ით გაზრდა ყოველ 2 კვირაში 6 თვის განმავლობაში, ვიდრე ნიშნული არ მიაღწევს ზრდასრულთა დოზას და ტესტოსტერონის სამიზნე დონეს. იხილეთ ტესტოსტერონის ალტერნატივები (ცხრილი 4)

ცხრილი 4. ჰომონული რეჟიმები ტგმ ზრდასრულებში*

ესტროგენზე დაფუძნებული რეჟიმები (ტრანსფემინური)

ესტროგენი	
ორალური ან ენისქვეშა	2.0-6.0 მგ/დღეში
ესტრადიოლი	
ტრანსდერმული	
ესტრადიოლის ტრანსდერმული დასაკრავი ფირფიტა	0.025-0.2 მგ/დღეში
ესტრადიოლის სხვადასხვა გელი	‡ ყოველდღიურად კანზე
პარენტერალი	
ესტრადიოლის ვალერატი ან სიპიონატი	5-30 მგ IM ყოველ 2 კვირაში; 2-10 IM ყოველ კვირა
ანტიანდროგენები	
სპირონოლაქტონი	100-300 მგ/დღეში
ციპროტერონის აცეტატი	10 მგ/დღეში**
GnRH გონადოტრინის გამომყოფი ჰორმონის აგონისტები	3.75-7.50 მგ sQ/IM ყოველთვიურად
GnRH აგონისტების დეპო ფორმულირება	11.25/22.5 მგ sQ/IM 3/6 ყოველთვიურად

‡ გამოყენებული რაოდენობა იცვლება ფორმულირებისა და სიმძლავრის მიხედვით

ტესტოსტერონზე დაფუძნებული რეჟიმები (ტრანსმასკულინური)

ტრანსგენდერი კაცები

ტესტოსტერონი	
პარენტერალური	
ტესტოსტერონის ენანტატი/ციპიონატი	50 – 100 IM/SQ ყოველკვირეულად ან 100 – 200 IM ყოველ 2 კვირაში
ტესტოსტერონის უნდეკანოატი	1000 mg IM ყოველ 12 კვირაში ან 750 mg IM ყოველ 10 კვირაში
ტრანსდერმული ტესტოსტერონის გელი	50-100 ნგ/დღეში
ტესტოსტერონის დასაკრავი ფირფიტა	2.5-7.5 მგ/დღეში

*დოზების ტიტრირების გაზრდა ან შემცირება ხდება მანამ, სანამ სქესობრივი სტეროიდების ჰორმონების დონე თერაპიულ საზღვრებში არ მოექცევა. ჰომონული რეჟიმები არ ასახავს ყველა იმ ფორმულირებას, რომელიც მსოფლიოს მასშტაბით ყველა ფარმაციაშია ხელმისაწვდომი. შესაძლოა საჭირო გახდეს ჰორმონული რეჟიმების მორგება და დარეგულირება იმისდა მიხედვით თუ რა საშუალებებია ხელმისაწვდომი ადგილობრივ ფარმაციაში.

**Kuijpers et al., 2021

ცხრილი 5. ჰორმონული მონიტორინგი იმ ადამიანების, რომლებიც გადიან გენდერის დამადასტურებელ ჰორმონულ თერაპიას (დაფუძნებულია ენდოკრინული საზოგადოების გაიდლაინებზე)

ტრანსგენდერი კაცი ან ტრანს მასკულინური (მათ შორის გენდერულად მრავალფეროვანი/არაბინარული) ინდივიდები

1. შეაფასეთ პაციენტი დაახლოებით ყოველ 3 თვეში (დოზების ცვლილების ფონზე) პირველი წლის განმავლობაში და შემდგომ 1-2-ჯერ ყოველწლიურად ტესტოსტერონზე რეაქციით განპირობებული შესაბამისი ფიზიკური ცვლილებების მონიტორინგისთვის;
2. გაზომეთ შრატში საერთო ტესტოსტერონის რაოდენობა ყოველ 3 თვეში (დოზების ცვლილების ფონზე) ვიდრე მისი დონე არ მიაღწევს სამიზნე ნიშნულს:
 - a. პარენტერალური ტესტოსტერონისთვის, შრატში საერთო ტესტოსტერონის დონის გაზომვა უნდა მოხდეს ინექციებს შორის. სამიზნე ნიშნულია 400-700 ng/dL ალტერნატიულად, გაიზომოს პიკი და ჩავარდნის პიკები, რათა ტესტოსტერონის დონე შენარჩუნდეს შესაბამის დიაპაზონში;
 - b. პარენტერალური ტესტოსტერონის უნდეკანოატისთვის, ტესტოსტერონის გაზომვა უნდა მოხდეს ინექციის წინ. თუ მისი დონე < 400 ng/dL, დაარეგულირეთ დოზირების ინტერვალი;
 - c. ტრანსდერმული ტესტოსტერონისთვის, ტესტოსტერონის დონის გაზომვა შესაძლებელია 1 კვირაზე ნაკლებ პერიოდში ყოველდღიური წასმის ფონზე (პროდუქტის წასმიდან მინიმუმ 2 საათის გასვლის შემდგომ).
3. გაზომეთ ჰემატოკრიტის ან ჰემოგლობინის კონცენტრაცია სანყის ეტაპზე და დაახლოებით ყოველ 3 თვეში (დოზის ცვლილების ფონზე) პირველი წლის განმავლობაში და შემდეგ 1-2-ჯერ წელიწადში.

ტრანსგენდერი ქალი ან ტრანს ფემინური (მათ შორის გენდერულად მრავალფეროვანი და არაბინარული) ინდივიდები

1. შეაფასეთ პაციენტი დაახლოებით ყოველ 3 თვეში (დოზის ცვლილების ფონზე) პირველი წლის განმავლობაში და შემდეგ ერთხელ ან ორჯერ ყოველწლიურად ესტროგენზე რეაქციით განპირობებული შესაბამისი ფიზიკური ცვლილებების მონიტორინგისთვის;
 - a. შრატში ტესტოსტერონის დონე უნდა იყოს 50 ng/dL-ზე ნაკლები;
 - b. შრატში ესტრადიული უნდა იყოს 100-200 pg/mL-ის დიაპაზონში.
2. იმ ინდივიდებისთვის, რომლებიც იღებენ სპირონოლაქტონს, უნდა მოხდეს შრატის ელექტროლიტების, კერძოდ კალიუმის, თირკმლის ფუნქციის, კონკრეტულად კრეატინის მონიტორინგი;
3. დაიცავით პირველადი ზრუნვის სკრინინგის შესახებ პირველადი ზრუნვის თავში წარმოდგენილი რეკომენდაციები.

დანართი D – ჰორმონული და ქირურგიული მკურნალობის შედეგად მიღებული კრიტიკული ზრდასრულების და მოზარდებისთვის

ზრუნვის სტანდარტების მე-8 ვერსიაში წარმოდგენილი გაიდლაინები მოქნილია და ტემ ადამიანების ჯანმრთელობის მრავალფეროვან საჭიროებებს პასუხობს გლობალურად. მათი ადაპტირება შესაძლებელია, თუმცა წინამდებარე გაიდლაინები გვთავაზობს კონსენსუსზე დაფუძნებულ სტანდარტებს, რომელიც გამომდინარეობს არსებული საუკეთესო სამეცნიერო მტკიცებულებებიდან და ხელს უწყობს იმ ადამიანების ოპტიმალურ ჯანდაცვასა და მკურნალობის წარმართვას, რომლებიც გენდერულ შეუთავსებლობას განიცდიან. როგორც ზრუნვის სტანდარტების ყველა ადრინდელ ვერსიაში, წინამდებარე დოკუმენტი გენდერის დამადასტურებელი ინტერვენციებისთვის წარმოდგენილი კრიტერიუმები კლინიკური გაიდლაინებია; მათი მოდიფიკაცია შეუძლიათ ცალკეულ ჯანდაცვის პროფესიონალებსა და პროგრამებს, ტემ ინდივიდთან კონსულტაციის საფუძველზე. ზრუნვის სტანდარტებიდან კლინიკურ გადახვევა შესაძლოა მოხდეს ტემ ადამიანის უნიკალური ანატომიური, სოციალური ან ფსიქოლოგიური მოცემულობის საფუძველზე; გამოცდილი ჯანდაცვის პროფესიონალის მიერ ხშირად აღმოცენებული პრობლემისთვის მეთოდის მოდიფიცირების საფუძველზე; კვლევის პროტოკოლის გამო; მსოფლიოს სხვადასხვა მხარეში რესურსების სიმწირის გამო; ან კონკრეტული ზიანის შემცირების სტრატეგიების საჭიროების გამო. ამგვარი გადახვევები უნდა იყოს აღიარებული, ტემ ინდივიდთან განხილული და შეთანხმებული და დოკუმენტირებული. დოკუმენტირება აგრეთვე ღირებულია ახალი მონაცემების აკუმულაციისთვის, რომელთა რეტროსპექტულად შემოწმება იქნება შესაძლებელი, რაც ჯანდაცვისა და ზრუნვის სტანდარტების განვითარების საწინდარია. შემაჯამებელი კრიტერიუმების წაკითხვა აუცილებელია შესაბამის თავებთან ერთად (იხ. თავები – ზრდასრულთა შეფასება და ზრდასრულები).

ზრდასრულებისთვის შეფასების პროცესთან დაკავშირებული შედეგად მიღებული კრიტიკული ზრდასრულების და მოზარდებისთვის

- ჯანდაცვის პროფესიონალები, რომლებიც გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის მსურველ ტემ ზრდასრულებს აფასებენ, უნდა დაუკავშირდნენ ტრანს ჯანმრთელობის ფარგლებში სხვადასხვა დისციპლინის პროფესიონალებს ძალების გაერთიანების მიზნით ან გადამისამართებისთვის, საჭიროებისამებრ*;
- თუ წერილობითი დოკუმენტაცია ან წერილი საჭირო გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო ან ქირურგიული მკურნალობისთვის, საკმარისია იმ ჯანდაცვის პროფესიონალის მიერ წარმოდგენილი ერთი წერილი, რომელიც ფლობს კომპეტენციას ტემ ადამიანების შეფასებაში.

კრიტიკული ზრდასრულების გამოყენებისთვის

- ა. პაციენტის გენდერული შეუთავსებლობა გამოსატული და დროში შენარჩუნებულია;
- ბ. ინდივიდი აკმაყოფილებს გენდერული შეუთავსებლობის დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებს გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული მკურნალობისთვის იმ რეგიონებში, სადაც ჯანდაცვაზე წვდომისთვის დიაგნოზი აუცილებელია;
- ც. ინდივიდი ავლენს დათანხმების უნარს, როდესაც საქმე ეხება კონკრეტულ გენდერის დამადასტურებელ ჰორმონულ მკურნალობას;
- დ. გენდერული შეუთავსებლობის ყველა სხვა შესაძლო გამომწვევი მიზეზი გამოვლენილი და ამოწმებულია;
- ე. ფსიქიკური და ფიზიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობები რომლებმაც შესაძლოა უარყოფითად იმოქმედონ მკურნალობის შედეგებზე, შეფასებულია, ხოლო რისკი და სარგებელი განხილულია;
- ფ. პაციენტს გააზრებული აქვს გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული მკურნალობის გავლენა რეპროდუქციაზე და შესწავლილი აქვს რეპროდუქციული ვარიანტები.

კრიტიკული ჰორმონული მკურნალობისთვის

- ა. პაციენტის გენდერული შეუთავსებლობა გამოსატული და დროში შენარჩუნებულია;
- ბ. ინდივიდი აკმაყოფილებს გენდერული შეუთავსებლობის დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებს გენდერის დამადასტურებელი ქირურგიული მკურნალობისთვის იმ რეგიონებში, სადაც ჯანდაცვაზე წვდომისთვის დიაგნოზი აუცილებელია;
- ც. ავლენს ემოციურ და კოგნიტურ სიმწიფეს, რომელიც აუცილებელია მკურნალობაზე ინფორმირებული თანხმობის/ოფიციალური თანხმობის გასაცემად;
- დ. ინდივიდი ინფორმირებულია გენდერის დამადასტურებელი ქირურგიული მკურნალობის რეპროდუქციული რისკების შესახებ, მათ შორის ნაყოფიერების დაკარგვის შესახებ და მისი შენარჩუნების ხელმისაწვდომი ვარიანტების შესახებ;
- ე. გენდერული შეუთავსებლობის ყველა სხვა შესაძლო გამომწვევი მიზეზი გამოვლენილი და ამოწმებულია;
- ფ. ფსიქიკური და ფიზიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობები რომლებმაც შესაძლოა უარყოფითად იმოქმედონ მკურნალობის შედეგებზე, შეფასებულია, ხოლო რისკი და სარგებელი განხილულია;
- გ. ინდივიდი სტაბილურია გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული მკურნალობის რეჟიმზე (რომელიც შესაძლოა, მოიცავდეს ჰორმონული მკურნალობის მინიმუმ 6 თვეს ან გახანგრძლივებულ პერიოდს, რათა დადგეს სასურველი ქირურგიული შედეგი იმ შემთხვევაში, თუ ჰორმონული მკურნალობა სასურველია ან არ არსებობს სამედიცინო უკუჩვენება)*.

*კატეგორიზებულია როგორც შემოთავაზებული კრიტერიუმები

მოზარდების უფასო პროცესთან დაკავშირებული უმჯობესი პრაქტიკები

- ყოვლისმომცველი ბიოფსიქოსოციალური შეფასება, მათ შორის ჩატარებული შესაბამისი ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და მედიცინის პროფესიონალების მიერ;
- მშობლების/მეურვეების ჩართულობა შეფასების პროცესში, თუკი ჩართულობა არ ფასდება როგორც მოზარდისთვის საზიანო ან შეუძლებელი;
- თუკი გენდერის დამადასტურებელი სამედიცინო დაქირურგიული მკურნალობის რეკომენდაციისთვის აუცილებელია წერილობითი დოკუმენტაციის წარდგენა, საკმარისია მულტიდისციპლინური გუნდის წევრის მიერ შეფასების წერილის წარდგენა. წერილი უნდა ასახავდეს იმ გუნდის შეფასებასა და მოსაზრებას, რომელშიც შედიან როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის, ისე მედიცინის პროფესიონალები.

უპირატესი მაკლინიკური პრაქტიკის გამოყენება

- პაციენტის გენდერული შეუთავსებლობა გამოხატული და დროში შენარჩუნებულია;
- ინდივიდი აკმაყოფილებს გენდერული შეუთავსებლობის დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებს გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობისთვის იმ რეგიონებში, სადაც ჯანდაცვაზე წვდომისთვის დიაგნოზი აუცილებელია;
- ავლენს ემოციურ და კოგნიტურ სიმნიფეს, რომელიც აუცილებელია მკურნალობაზე ინფორმირებული თანხმობის/ოფიციალური თანხმობის გასაცემად;
- გადაჭრილია ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხები (ასეთის არსებობის შემთხვევაში), რომელმაც შეიძლება ხელი შეუშალოს დიაგნოსტიკურ სიცხადეს და გენდერის დამადასტურებელ სამედიცინო მკურნალობას, იმდენად, რომ შესაძლებელია გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის ოპტიმალური უზრუნველყოფა;
- ინდივიდი ინფორმირებულია რეპროდუქციული რისკების შესახებ, მათ შორის ნაყოფიერების პოტენციური დაკარგვის შესახებ და მისი შენარჩუნების ხელმისაწვდომი ვარიანტების შესახებ;
- ინდივიდმა მიაღწია ტენერის მე-2 სტადიას.

პრაქტიკული ჰორმონული გამოყენებისთვის

- პაციენტის გენდერული შეუთავსებლობა გამოხატული და დროში შენარჩუნებულია;
- ინდივიდი აკმაყოფილებს გენდერული შეუთავსებლობის დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებს გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული მკურნალობისთვის იმ რეგიონებში, სადაც ჯანდაცვაზე წვდომისთვის დიაგნოზი აუცილებელია;

- ავლენს ემოციურ და კოგნიტურ სიმნიფეს, რომელიც აუცილებელია მკურნალობაზე ინფორმირებული თანხმობის/ოფიციალური თანხმობის გასაცემად;
- გადაჭრილია ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხები (ასეთის არსებობის შემთხვევაში), რომელმაც შეიძლება ხელი შეუშალოს დიაგნოსტიკურ სიცხადეს და გენდერის დამადასტურებელ სამედიცინო მკურნალობას; იმდენად, რომ შესაძლებელია გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის ოპტიმალური უზრუნველყოფა;
- ინდივიდი ინფორმირებულია რეპროდუქციული რისკების შესახებ, მათ შორის ნაყოფიერების პოტენციური დაკარგვის შესახებ და მისი შენარჩუნების ხელმისაწვდომი ვარიანტების შესახებ;
- ინდივიდმა მიაღწია ტენერის მე-2 სტადიას.

პრაქტიკული ჰორმონული ჩარევისთვის

- პაციენტის გენდერული შეუთავსებლობა გამოხატული და დროში შენარჩუნებულია;
- ინდივიდი აკმაყოფილებს გენდერული შეუთავსებლობის დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებს გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობისთვის იმ რეგიონებში, სადაც ჯანდაცვაზე წვდომისთვის დიაგნოზი აუცილებელია;
- ავლენს ემოციურ და კოგნიტურ სიმნიფეს, რომელიც აუცილებელია მკურნალობაზე ინფორმირებული თანხმობის/ოფიციალური თანხმობის გასაცემად;
- გადაჭრილია ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხები (ასეთის არსებობის შემთხვევაში), რომელმაც შეიძლება ხელი შეუშალოს დიაგნოსტიკურ სიცხადეს და გენდერის დამადასტურებელ სამედიცინო მკურნალობას, იმდენად, რომ შესაძლებელია გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის ოპტიმალური უზრუნველყოფა;
- ინდივიდი ინფორმირებულია რეპროდუქციული რისკების შესახებ, მათ შორის ნაყოფიერების პოტენციური დაკარგვის შესახებ და მისი შენარჩუნების ხელმისაწვდომი ვარიანტების შესახებ;
- გენდერის დამადასტურებელი ჰორმონული თერაპიის მინიმუმ 12 თვე ან გახანგრძლივებული პერიოდი, საჭიროებისამებრ, რათა მიღწეულ იქნას სასურველი ქირურგიული შედეგი გენდერის დამადასტურებელი პროცედურებისთვის, მათ შორის, მკერდის აუგმენტაცია, ორქიექტომია, ვაგიოპლასტიკა, ჰისტერექტომია, ფალოპლასტიკა, მეტოიდოპლასტიკა და სახის ქირურგია, როგორც გენდერის დამადასტურებელი მკურნალობის ნაწილი, თუკი ჰორმონული თერაპია სასურველია ან არ არსებობს სამედიცინო უკუჩვენება.

დენარტი E – გენდერის დამადსტრუქტიული ქირურგიული პროცედურები

გენდერული შეუთავსებლობის გაგება უფრო და უფრო ფართოვდება, ხოლო ტექნოლოგია ვითარდება, ეს კი დამატებითი მკურნალობის შესაძლებლობებს იძლევა, ამიტომ აუცილებელია გვესმოდეს, რომ წინამდებარე

სია არ არის სრულყოფილი ან ამომწურავი. ამის გააზრება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რაკი ზრუნვის სტანდარტების განახლებული ვერსიების გამოცემას ხანგრძლივი პერიოდი სჭირდება, დროის ამ მონაკვეთში კი შესაძლოა, ამ დარგში ჩვენმა ცოდნამ და მკურნალობების სხვადასხვა მოდალობამ ევოლუცია განიცადოს.

სახის ქირურგია

წარბი	<ul style="list-style-type: none"> • წარბის შემცირება • წარბის აუგმენტაცია • წარბის აწევა
თმის ხაზის აწევა და/ან თმის გადანერგვა	
სახის ლიფტინგი/შუა სახის ლიფტინგი (ძვლოვანი სტრუქტურის ცვლილების შემდეგ)	
სახის ლიფტინგი/შუა სახის ლიფტინგი (ძვლოვანი სტრუქტურის ცვლილების შემდეგ)	<ul style="list-style-type: none"> • პლატიზმოპლასტიკა
ბლეფაროპლასტიკა	<ul style="list-style-type: none"> • ლიპოფილინგი
რინოპლასტიკა (+/- ფილერებით)	
ლოყა	<ul style="list-style-type: none"> • იმპლანტი • ლიპოფილინგი
ტუჩი	<ul style="list-style-type: none"> • ზედა ტუჩის შემოკლება • ტუჩის აუგმენტაცია (მათ შორის ავტოლოგიური და არაავტოლოგიური)
ქვედა ყბა	<ul style="list-style-type: none"> • ქვედა ყბის კუთხის შემცირება • აუგმენტაცია
ნიკაპის ფორმის ცვლილება	<ul style="list-style-type: none"> • ოსტეოპლასტიკა • ალოპლასტიკა (იმპლანტით) • ხმის იოგების ქირურგია (იხ. თავი ხმის შესახებ)
ქონდროლარინგოპლასტიკა	
ძუძუს/მეკრდის ქირურგია	
მასტექტომია	<ul style="list-style-type: none"> • მასტექტომია ძუძუს დერილის შენარჩუნებით/რეკონსტრუქციით • კონკრეტული პაციენტის სამედიცინო საჭიროებებიდან გამომდინარე მასტექტომია ძუძუს დერილის შენარჩუნების/რეკონსტრუქციის გარეშე • კონკრეტული პაციენტის სამედიცინო საჭიროებებიდან გამომდინარე
ლიპოსაქცია	
მეკრდის რეკონსტრუქცია (აუგმენტაცია)	<ul style="list-style-type: none"> • იმპლანტი ან ქსოვილის გაფართოება • ავტოლოგიური (მათ შორის ნაკეცით ან ლიპოფილინგით)
გენიტალური ქირურგია	
ვალპლასტიკა (სკროტოპლასტიკით ან მის გარეშე)	<ul style="list-style-type: none"> • ურეთრის დაგრძელებით ან მის გარეშე • პროთეზით ან მის გარეშე (პენისის და ან სათესლე ჯირკვლების) • კოლპექტომიით/კოლპოკლეიზით ან მის გარეშე
მეტოიდოპლასტიკა (სკროტოპლასტიკით ან მის გარეშე)	<ul style="list-style-type: none"> • ურეთრის დაგრძელებით ან მის გარეშე • პროთეზით ან მის გარეშე (პენისის და ან სათესლე ჯირკვლების) • კოლპექტომიით/კოლპოკლეიზით ან მის გარეშე
ვაგინოპლასტიკა (ინვერსია, პერიტონეალური, ნაწლავური)	<ul style="list-style-type: none"> • შესაძლოა მოიცავდეს პენისის ან სათესლე ჯირკვლების შენარჩუნებას • შესაძლოა მოიცავდეს პროცედურებს, რომელსაც „ბრტყელი წინა მხარე“ ეწოდება
ვულვოპლასტიკა	
გონადაქცობა	
ორქიექტომია	
ჰისტერექტომია და/ან სალპინგო-ოოფორექტომია	
სხეული კონტურის გამოყვანა	
ლიპოსაქცია	
ლიპოფილინგი	
იმპლანტები	<ul style="list-style-type: none"> • მეკრდის, თეძოს, დუნდულის, წვივის უკანა ნაწილის
ბოქვენის პლასტიკა/ბოქვენის შემცირება	
დამატებითი პროცედურები	
თმის მოცილება: სახიდან, სხეულიდან და გენიტალიების არეალიდან, როგორც გენდერის დადასტურების ან ოპერაციის წინა მოსამზადებელი პროცესი (იხ. დებულება 15.14 თმის მოცილებასთან დაკავშირებით)	<ul style="list-style-type: none"> • ელექტროლიზი • ლაზერული ეპილააცია
ტატუ (როგორცაა ძუძუს დერილი არეალი)	
საშვილოსნოს ტრანსპლანტაცია	
პენისის ტრანსპლანტაცია	