

Standardi njege za zdravlje transrodnih i rodno raznolikih osoba, verzija 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. Eisfeld, 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. Eisfeld, 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: 369903



View related articles [↗](#)



View Crossmark data [↗](#)



Citing articles: 152 View citing articles [↗](#)


Standardi njege za zdravlje transrodnih i rodno raznolikih osoba, verzija 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. Gijjs⁹⁶, 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, Ghent, Belgium; ²⁷Transgender Infopunt, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium; ²⁸Centre for Research on Culture and Gender, Ghent University, Ghent, 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-Eppendorf, 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, transformed, or built upon in any way.

⁴⁸University of Nevada, Las Vegas, NV, USA; ⁴⁹La Trobe Rural Health School, La Trobe 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/Kirikiri, 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; ⁸¹UCTRANS—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, Ghent, 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; ¹⁰⁵RMIT University, Melbourne, Australia; ¹⁰⁶University of Brighton, Brighton, UK; ¹⁰⁷Department of Pediatrics, Division of Pediatric Endocrinology, Ghent University Hospital, Ghent, 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 Trobe 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; ¹⁴⁹Irant, 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, Ghent, Belgium; ¹⁵⁶Department of Endocrinology, Ghent University Hospital, Ghent, 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/Kirikiri, 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 MilwaukeeMilwaukee, 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.

REZIME

Kontekst: Transrodna zdravstvena zaštita interdisciplinarno je područje koje se brzo razvija. U posljednjoj deceniji došlo je do naglog porasta u broju i vidljivosti transrodnih i rodno raznolikih (TiRR) osoba koje traže podršku i rodno-afirmišući medicinski tretman, i to paralelno sa značajnim porastom naučne literature u ovom području. Svjetska strukovna organizacija za zdravlje transrodnih osoba (engl. *World Professional Association for Transgender Health*, WPATH) međunarodna je, multidisciplinarna stručna organizacija čija je misija promovisanje njege, obrazovanja, istraživanja, javnih politika i poštovanja zdravlja transrodnih osoba utemeljenih na dokazima. Jedna od glavnih funkcija WPATH-a je SNj, promovisanje najviših standarda zdravstvene zaštite za TiRR osobe kroz Standarde njege (SNj). Standardi njege prvobitno su razvijeni 1979, a posljednji dokument (SNj-7) objavljen je 2012. S obzirom na sve veći broj naučnih dokaza, WPATH je naručio novu verziju Standarda njege, SNj-8.

Cilj: Opšti cilj osme verzije SNj-a je pružiti zdravstvenim radnicima kliničke smjernice kako bi podržali TiRR osobe u pristupu sigurnim i efikasnim putevima za postizanje trajne lične udobnosti sa svojim rodnom identitetom s ciljem optimizacije njihovog ukupnog fizičkog zdravlja, psihičke dobrobiti i samoispunjenja.

Metode: Osma verzija SNj-e temelji se na najboljim dostupnim naučnim postignućima i stručnom konsenzusu o zdravlju transrodnih osoba. Međunarodni stručnjaci i zainteresovane strane odabrani su da učestvuju u odboru za pripremu osme verzije SNj-e. Preporuke su razvijene na temelju sistematskog i nezavisnog pregleda literature, tamo gdje je ona dostupna, pregleda opšteg stanja i stručnih mišljenja. Vrednovanje preporuka temeljilo se na dostupnim dokazima koji podržavaju intervencije, raspravi o rizicima i štetama, kao i na izvodljivosti i dostupnosti unutar različitih konteksta i država.

Rezultati: U sklopu osme verzije SNj-e izraženo je ukupno 18 poglavlja. Ona sadrže preporuke za zdravstvene radnike koji pružaju njegu i tretmane TiRR osobama. Svaku od preporuka prati objašnjenje s relevantnim referencama. Opšta područja vezana uz zdravlje transrodnih osoba obrađena su u poglavljima Terminologija, Globalna primjenjivost, Procjene populacije i Obrazovanje. Poglavlja razvijena za raznoliku populaciju TiRR osoba uključuju Procjenu odraslih, Adolescencata, Djece, Nebinarnih osoba, Evnuha i Interpolnih osoba te ljudi koji žive u institucijama. Na kraju, poglavlja koja se odnose na rodno-afirmišući tretman su Hormonska terapija, Hirurgija i postoperativna njega, Glas i komunikacija, Primarna zdravstvena zaštita, Reproductivno zdravlje, Seksualno zdravlje i Mentalno zdravlje.

Zaključci: Smjernice osme verzije SNj-e trebalo bi da budu prilagodljive kako bi zadovoljile različite potrebe TiRR osoba širom svijeta za zdravstvenom njegom. Iako su prilagodljive, one nude standarde za promociju optimalne zdravstvene zaštite i smjernice za podršku osobama s iskustvom rodne inkongruencije. Kao i u svim prethodnim verzijama SNj-e, kriterijumi postavljeni u ovom dokumentu za rodno-afirmišuće medicinske intervencije kliničke su smjernice; pojedinačni zdravstveni radnici i programi mogu ih modifikovati u dogovoru s TiRR osobom.

KLJUČNE RIJEČI

adolescenti; djeca; endokrinologija; evnuh; glas; hirurgija; institucionalna okruženja; interpolna osoba; komunikacija; mentalno zdravlje; nebinarne osobe; obrazovanje; populacija; postoperativna njega; primarna zdravstvena zaštita; procjena; reproduktivno zdravlje; rodno raznolike osobe; seksualno zdravlje; SNj-8; Standardi njege; terminologija; transrodna osoba; zdravstveni radnik

Napomena o jeziku prevoda:

Svi termini koji imaju rodno značenje jednako se odnose na sve rodove.

	Sadržaj	Stranica
	Uvod	S5
Poglavlje 1.	Terminologija	S11
Poglavlje 2.	Globalna primjenjivost	S15
Poglavlje 3.	Procjene populacije	S24
Poglavlje 4.	Obrazovanje	S28
Poglavlje 5.	Procjena odraslih osoba	S32
Poglavlje 6.	Adolescenti	S45
Poglavlje 7.	Djeca	S70
Poglavlje 8.	Nebinarnost	S84
Poglavlje 9.	Evnusi	S93
Poglavlje 10.	Interpolnost	S98
Poglavlje 11.	Institucionalna okruženja	S110
Poglavlje 12.	Hormonska terapija	S116
Poglavlje 13.	Hirurgija i postoperativna njega	S134
Poglavlje 14.	Glas i komunikacija	S143
Poglavlje 15.	Primarna zdravstvena zaštita	S150
Poglavlje 16.	Reproduktivno zdravlje	S164
Poglavlje 17.	Seksualno zdravlje	S171
Poglavlje 18.	Mentalno zdravlje	S179
	Zahvale	S185
	Literatura	S186
	Prilog A: Metodologija	S255
	Prilog B: Pojmovnik	S262
	Prilog C: Rodno-afirmišuće hormonske terapije	S264
	Prilog D: Sažetak kriterijuma za hormonske i hirurške postupke kod odraslih i kod adolescenata	S266
	Prilog E: Rodno-afirmišući hirurški zahvati	S268

UVOD

Svrha i primjena standarda njege

Krajnji cilj osme verzije Standarda njege (SNj-8) Svjetske strukovne organizacije za zdravlje transrodnih osoba (engl. *World Professional Association for Transgender Health*, WPATH) je da da kliničke smjernice zdravstvenim radnicima kako bi pomogli transrodnim i rodno raznolikim (TiRR) osobama u pristupu sigurnim i djelotvornim putevima za postizanje trajne ugodnosti sa samima sobom kao rodnim bićima, a s težnjom optimizovanja njihovog cjelokupnog fizičkog zdravlja, psihičke dobrobiti i samoispunjenja. Ta pomoć može uključivati, ali nije ograničena na hormonske i hirurške zahvate, glasovnu i komunikacijsku terapiju, primarnu zdravstvenu zaštitu, uklanjanje dlaka, reproduktivno i seksualno zdravlje i brigu o mentalnom zdravlju. Sistemi zdravstvene zaštite trebalo bi da osiguraju medicinski nužnu rodno-afirmišuću zdravstvenu njegu za TiRR osobe: v. drugo poglavlje – Globalnu primjenjivost, preporuka 2.1.

WPATH je međunarodna, multidisciplinarna, strukovna organizacija čija je misija promocija njege, obrazovanja, istraživanja, javne politike i poštovanja u domenu zdravlja transrodnih osoba utemeljena na dokazima. WPATH je osnovan 1979. godine, a trenutno okuplja više od 3.000 zdravstvenih radnika, naučnika s područja društvenih nauka i pravnih stručnjaka koji se bave kliničkom praksom, istraživanjima, obrazovanjem i zagovaranjem koji utiču na živote TiRR osoba. WPATH ima viziju svijeta u kojem ljudi svih rodnih identiteta i rodni izražavanja imaju pristup zdravstvenoj njezi i socijalnim uslugama utemeljenim na dokazima, pravdi i ravnopravnosti.

Jedna od glavnih djelatnosti WPATH-a je promocija najviših standarda zdravstvene zaštite kroz Standarde njege (SNj) za zdravlje TiRR osoba. SNj-8 temelji se na najboljem dostupnom naučnom i stručnom konsenzusu. Standardi njege inicijalno su razvijeni 1979. godine, a posljednja verzija objavljena je 2012.

Većina istraživanja i iskustava u ovome polju potiče iz sjevernoameričke i zapadnoevropske perspektive. Zbog toga je u drugim djelovima svijeta neophodno prilagođavanje SNj-e. Ova verzija

dokumenta uključuje prijedloge za pristup kulturnoj relativnosti i kompetenciji.

WPATH prepoznaje da zdravlje ne zavisi samo od visokokvalitetne kliničke njege, nego se oslanja i na društvenu i političku klimu koja osigurava društvenu toleranciju, ravnopravnost i puna prava garantovana državljanstvom. Zdravlje se promoviše javnim politikama i zakonskim reformama koje podstiču toleranciju i ravnopravnost za rodnu raznolikost, što doprinosi odbacivanju predrasuda, diskriminacije i stigme. WPATH je predan zagovaranju tih politika i zakonskih promjena. Shodno tome pozivamo zdravstvene radnike koji pružaju njegu TiRR osobama da zagovaraju bolji pristup sigurnoj i regulisanoj rodno-afirmišućoj njezi, poštujući pritom autonomiju osobe.

Iako je ovaj dokument prvenstveno namijenjen zdravstvenim radnicima, SNj-8 može biti koristan i pojedincima, njihovim porodicama i društvenim ustanovama u razumijevanju načina na koje on doprinosi promociji optimalnog zdravlja za pripadnike i pripadnice ove raznolike populacije.

SNj-8 sadrži 18 poglavlja s preporukama za zdravstvene radnike koji rade s TiRR osobama. Svaku od preporuka prati obrazloženje s relevantnim referencama. Preporuke za pokretanje rodno-afirmišućih medicinskih i/ili hirurških zahvata za odrasle osobe i adolescente sadržane su u odgovarajućim poglavljima (v. poglavlja Procjena odraslih osoba i Adolescenti). Sažetak preporuka i kriterijuma za rodno-afirmišuće medicinske ili/ihirurške tretmane nalazi se u Prilogu D.

Populacije uključene u osmu verziju Standarda njege

U ovom dokumentu koristimo izraz transrodne i rodno raznolike osobe (TiRR) kako bismo što šire i obuhvatnije opisali pripadnike mnogobrojnih rodno raznolikih zajednica ljudi širom svijeta čiji se rodni identitet ili izražavanje razlikuju od roda koji se društveno dodjeljuje polu koji im je pripisan pri rođenju. To uključuje ljude s kulturno i/ili jezično specifičnim iskustvima, identitetima ili izražavanjima, koji se mogu, ali i ne moraju temeljiti na zapadnjačkim konceptualizacijama roda ili biti obuhvaćeni jezikom koji se koristi za opisivanje zapadnjačkih konceptualizacija roda.

WPATH-ov SNj-8 proširuje obim ljudi uključenih u kategoriju TiRR osoba, kao i okruženja u kojima te smjernice treba primjenjivati u promociji ravnopravnosti i ljudskih prava.

TiRR osobe u cjelini obuhvataju široku lepezu rodni identiteta i izražavanja te imaju različite potrebe za rodno-afirmišućom njegom u svom životnom vijeku, što je povezano s individualnim ciljevima i karakteristikama, dostupnim zdravstvenim resursima, kao i sociokulturnim i političkim kontekstima. Vakuum koji nastaje kada nema standarda njege za određene grupe može kao rezultat imati veliki broj terapijskih pristupa, uključujući i one koji mogu biti kontraproduktivni ili štetni. SNj-8 donosi preporuke za promociju zdravlja i dobrobiti rodno raznolikih grupa koje su često zanemarene i/ili marginalizovane, a to uključuje nebinarne osobe, evnuhe i intepolne osobe.

SNj-8 nastavlja razvijati obrise odgovarajuće njege za mlade TiRR osobe, što uključuje, kada je indikivano, supresiju puberteta te, takođe kada je indikivano, korišćenje rodno-afirmišućih hormona.

U potrazi za zdravstvenim uslugama, TiRR osobe širom svijeta često doživljavaju transfobiju, stigmatizaciju, neznanje i uskraćivanje njege, što doprinosi značajnom zdravstvenom disbalansu. TiRR osobe često navode da treba podučavati pružaoce medicinske njege kako ta njega trebalo da izgleda, s obzirom na neadekvatna znanja i osposobljenost. Interseksionalni oblici diskriminacije, društvena marginalizacija i zločini iz mržnje protiv TiRR osoba dovode do manjinskog stresa. Manjinski stres povezan je s disbalansom u mentalnom zdravlju, na primjer, povećanim stopama depresije, suicidalnosti i nesuicidalnog samopovređivanja u odnosu na relevantne stope u cisrodnoj populaciji. Stručnjaci iz svih disciplina trebalo bi uzeti u obzir izraženu ranjivost mnogih TiRR osoba. WPATH podstiče zdravstvena tijela, kreatore javnih politika i doktorska udruženja da obeshrabruju transfobiju i bore se protiv nje među zdravstvenim radnicima, kao i da čine sve što je u njihovoj moći kako bi TiRR osobe uputili iskusnim stručnjacima koji voljni da im pruže rodno-afirmišuću njegu.

Fleksibilnost u Standardima njege

Smjernice u osmoj verziji SNj-e namijenjene su da budu fleksibilne kako bi zadovoljile različite potrebe za zdravstvenom njegom TiRR osoba širom svijeta. Iako su prilagodljive, one nude standarde za promociju optimalne zdravstvene zaštite i usmjeravanje tretmana osoba koje doživljavaju rodnu inkongruenciju. Kao i u svim prethodnim verzijama SNj-e, kriterijumi koje ovaj dokument donosi za rodno-afirmišuće intervencije kliničke su smjernice; uključeni zdravstveni radnici i pojedini programi mogu ih prilagoditi u dogovoru s TiRR osobom. Do kliničkih odstupanja od SNj-e može doći zbog pacijentove jedinstvene anatomske, društvene ili psihološke situacije, zbog promjene u metodi iskusnog zdravstvenog radnika u rješavanju neke uobičajene situacije, istraživačkog protokola, nedostatka resursa u raznim djelovima svijeta ili potrebe za specifičnim strategijama smanjenja štete. Ta odstupanja treba prepoznati te ih objasniti pacijentu i dokumentovati radi osiguravanja kvalitetne njege za pacijenta te radi pravne zaštite. Ta je dokumentacija takođe značajna za prikupljanje novih podataka, koji se mogu retrospektivno istražiti kako bi se omogućio razvoj zdravstvene zaštite, kao i Standarda njege.

SNj-8 podržava informisano odlučivanje i važnost pristupa usmjerenog prema smanjenju štete. Dodatno, ova verzija SNj-e jednako tako prepoznaje i afirmiše različita izražavanja roda koja možda ne zahtijevaju psihološke, hormonske ili hirurške tretmane. Zdravstveni radnici mogu koristiti SNj kako bi pomogli pacijentima da razmotre cijeli raspon dostupnih zdravstvenih usluga u skladu s vlastitim kliničkim potrebama vezanim uz rodno izražavanje.

Raznolikost nasuprot dijagnozi

Izražavanje rodni karakteristika, uključujući identitete koji nisu stereotipno povezani sa polom pripisanim pri rođenju, uobičajena je i kulturno raznovrsna pojava koju ne treba smatrati inherentno negativnom ili patološkom. Nažalost, rodna nenormativnost i raznolikost rodni identiteta i izražavanja stigmatizovani su u mnogim društvima širom svijeta. Takva stigma može dovesti do predrasuda i diskriminacije, što rezultira “manjin-

skim stresom". Manjinski stres je jedinstven (pripada se opštim stresorima koje doživljavaju svi ljudi), društveno utemeljen i hroničan te zbog njega TiRR osobe mogu biti ranjivije i podložnije razvijanju tegoba s mentalnim zdravljem kao što su anksioznost i depresija. Osim predrasudama i diskriminaciji u društvu, stigma može doprinijeti zlostavljanju i zanemarivanju u međuljudskim odnosima, što može dovesti do teškoća s mentalnim zdravljem. Međutim, ti simptomi imaju društvene uzroke i nisu svojstveni TiRR osobama.

Iako se "rodna disforija" u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (engl. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5-TR*) Američkog psihijatrijskog udruženja (engl. *American Psychiatric Association, APA*) još uvijek smatra mentalnim poremećajem, u svjetskoj medicinskoj zajednici "rodna inkongruencija" više se ne smatra patološkim ili mentalnim poremećajem. U jedanaestoj verziji Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (engl. *International Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Edition, ICD-11*) Svjetske zdravstvene organizacije (engl. *World Health Organization, SZO*) "rodna inkongruencija" prepoznata je kao stanje. Zbog istorijske i trenutne stigme, TiRR osobe mogu doživjeti tjeskobu ili disforiju koje je moguće adresirati različitim rodno-afirmišućim postupcima. Dok je nomenklatura podložna promjenama, a razne zdravstvene organizacije i administrativna tijela usvajaju novu terminologiju i klasifikacije, jasno su prepoznate neophodnost podrške i medicinske njege za mnoge osobe koje doživljavaju nesklad između pola pripisanog pri rođenju i rodnog identiteta.

Dijagnoza nije u svim društvima, zemljama i zdravstvenim sistemima uslov za pristup njezi. Međutim, u nekim zemljama dijagnoze mogu olakšati pristup nužnoj medicinskoj zdravstvenoj zaštiti i usmjeriti daljnja istraživanja djelotvornih tretmana.

Usluge zdravstvene zaštite

Cilj rodno-afirmišuće njege partnerstvo je s TiRR osobama kako bi se holistički pristupilo njihovim društvenim, psihičkim i medicinskim potrebama i

dobrobiti, uz poštiovajuću afirmaciju njihovog rodnog identiteta. Rodno-afirmišuća njega podržava TiRR osobe tokom cijelog života – od prvih znakova rodne inkongruencije u djetinjstvu preko odraslog doba do starijeg doba – kao i osobe koje osjećaju zabrinutost i nesigurnost s obzirom na svoj rodni identitet, bilo prije ili poslije tranzicije.

Zdravstvena zaštita usmjerena na zdravlje TiRR osoba više je od zbira svojih djelova, oslanjajući se na holističku, interdisciplinarnu i multidisciplinarnu njegu koja uključuje endokrinologiju, hirurgiju, glas i komunikaciju, primarnu zdravstvenu njegu, reproduktivno zdravlje, seksualno zdravlje, discipline vezane uz mentalno zdravlje kako bi se podržale rodno-afirmišuće intervencije, kao i preventivnu zdravstvenu zaštitu i adresiranje hroničnih bolesti. Rodno-afirmišuće intervencije uključuju, između ostalog, supresiju puberteta te rodno-afirmišuću hormonsku terapiju i operacije. Valja naglasiti da ne postoji jedan pristup koji bi odgovarao svima. TiRR osobe će možda trebati da se podvrgnu svim, nekim ili nijednoj od tih intervencija kako bi podržale svoju rodnu afirmaciju. Ove smjernice podstiču primjenu modela njege koji je usmjeren na pacijenta u započinjanju rodno-afirmišućih intervencija i ažuriraju mnogih uslova, kako bi se redukovale prepreke u pristupu njezi.

U idealnom slučaju, komunikacija i koordinacija trebalo bi da se odvijaju među pružaočima usluga kako bi se optimizovali rezultati i tempirale rodno-afirmišuće intervencije, usmjerene na potrebe i želje pacijenta, te kako bi se smanjila moguća šteta. U okruženjima koja imaju dovoljne resurse, multidisciplinarnе konsultacije i koordinacija njege često se odvijaju rutinski, ali u mnogim djelovima svijeta ne postoje ustanove posvećene njezi TiRR osoba. Ako je moguće, preporučuje se da pojedinačni pružaoči njege u tim djelovima svijeta stvore mreže kako bi omogućili transrodnu zdravstvenu zaštitu koja nije dostupna na lokalnom nivou.

Članovi porodica ili vjerskih zajednica TiRR osobe širom svijeta ponekad prisiljavaju da se podvrgnu konverzionoj terapiji. WPATH se izričito protivi primjeni svih reparativnih ili konverzionih terapija (v. preporuke 6.5 i 18.10).

Okruženja zdravstvene zaštite

SNj-8 smjernice su ukorijenjene u temeljnim pravima TiRR osoba koja se primjenjuju na sva okruženja u kojima se pruža zdravstvena zaštita, bez obzira na društvene ili zdravstvene okolnosti pojedinca. To podrazumijeva i preporuku za primjenu Standarda njege i u slučaju TiRR osoba koje su u zatvoru ili žive u drugim ustanovama.

Zbog manjka stručnih pružaoaca usluga, nepravovremenog pristupa, troškova i/ili prethodnih stigmatišućih iskustava u zdravstvenoj zaštiti, mnoge TiRR osobe uzimaju nepropisanu hormonsku terapiju. To povlači zdravstvene rizike koji se povezuju s uzimanjem terapije bez nadzora u potencijalno supraterapijskim dozama i s potencijalnom izloženošću bolestima koje se šire kontaktom s krvlju ako se dijele igle. Međutim, za mnoge je pojedince to jedina mogućnost pristupa nužnom, rodno-afimišućem medicinskom tretmanu koji im je u suprotnom nedostupan. Nepropisanoj upotrebi hormona treba pristupiti iz perspektive smanjenja štete kako bi se osiguralo da se te osobe povežu s pružateljima usluga koji mogu propisati sigurnu hormonsku terapiju koja bi se odvijala pod stručnim nadzorom.

U nekim zemljama prava TiRR osoba sve se više priznaju pa se osnivaju rodne klinike koje mogu poslužiti kao model njege. Međutim, u nekim zemljama takvih ustanova nema, a njega može biti fragmentisana i odvijati se bez dovoljno resursa. Uprkos tome, uvode se različiti modeli njege, što uključuje napore da se rodno-afirmišuća njega decentrališe u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i da se uspostave telemedicinske usluge kako bi se smanjile prepreke i unaprijedio pristup. Bez obzira na metodu pružanja njege, principi rodno-afirmišuće njege koje donosi SNj-8 trebalo bi uskladiti s lokalnim sociokulturnim, političkim i medicinskim kontekstom.

Metodologija

U odnosu na prethodne verzije, osma verzija SNj-e temelji se na pristupu koji je rigorozniji i metodološki utemeljeniji na dokazima. Ti se dokazi ne zasnivaju samo na objavljenoj literaturi (direktnim, kao i indirektnim dokazima) nego i na konsenzusu stručnjaka. Smjernice utemeljene na

dokazima uključuju preporuke namijenjene optimizaciji njege za pacijente, zasnivajući se na temeljnom pregledu dokaza, procjeni prednosti i štete, vrijednostima i preferencama pružaoaca usluga i pacijenata te korišćenju i mogućnosti operacionalizacije resursa.

Iako istraživanje utemeljeno na dokazima pruža osnovu smjernicama dobre kliničke prakse i preporukama, ono mora biti u skladu sa stvarnošću i izvodljivošću pružanja njege u različitim okruženjima. U pripremu osme verzije SNj-e integrisane su i preporuke koje se odnose na razvoj smjernica kliničke prakse koje su iznijele nacionalne medicinske akademije i Svjetska zdravstvena organizacija, a odnose se na transparentnost, politiku sukoba interesa, sastav komisija i grupni proces rada.

Odbor za izradu smjernica osme verzije SNj-e bila je multidisciplinarna i sastojao se od stručnjaka u ovom području, zdravstvenih radnika, istraživača i aktera s različitim perspektivama i različite geografske zastupljenosti. Metodolog za razvoj smjernica pomagao je u planiranju i razvoju pitanja te sistematičnog pregleda dokaza, uz dodatne doprinose međunarodnog savjetodavnog odbora, i komentara u javnoj raspravi. Svi članovi i članice Odbora dali su izjave o nepostojanju sukoba interesa. Preporuke osme verzije SNj-e temelje se na dostupnim dokazima koji podržavaju intervencije, raspravi o rizicima i štetama, kao i na izvodljivosti i prihvatljivosti unutar različitih konteksta i prilika u pojedinim zemljama. Konsenzus o konačnim preporukama postignut je Delfi metodom koja je uključivala sve članove i članice Odbora za izradu smjernica i zahtijevao je da preporuke odobri najmanje 75% članova i članica. Detaljan pregled metodologije osme verzije SNj-e nalazi se u Prilogu A.

Sažetak poglavlja u osmoj verziji Standarda njege

Osma verzija Standarda njege predstavlja značajan napredak u odnosu na prethodne verzije. Promjene u ovoj verziji temelje se na bitno drugačijoj metodologiji, značajnim kulturnim pomacima, napretku u kliničkim spoznajama i uvažavanju mnogih zdravstvenih teškoća s kojima se TiRR

osobe mogu suočiti mimo hormonske terapije i operacije.

Ove ažurirane smjernice nastavljaju proces koji je započet sedmom verzijom Standarda njege 2011. godine kako bi se proširio obim i kako bi se, s usko postavljenog fokusa na psihološke uslove za “diagnostikovanje transrodnosti” i medicinske tretmane za ublažavanje rodne disforije, prešlo na njegu kojom se afirmiše cjelokupno iskustvo roda neke osobe. WPATH-ov SNj-8 proširuje smjernice koje specifikuju ko je uključen u kategoriju TiRR osoba, što bi trebalo, a što ne bi trebalo nuditi uz rodno-afirmišuću njegu, kao i okruženja u kojima bi te smjernice trebalo primjenjivati u cilju promoviranja ravnopravnosti i ljudskih prava.

SNj-8 sadrži nekoliko novih poglavlja kao što su Procjena odraslih, Obrazovanje, Evnusi i Nebinarnost. Poglavlje koje se u SNj-7 odnosilo na djecu i adolescente sada je podijeljeno u dva zasebna poglavlja. Uopšteno govoreći, SNj-8 znatno je duži od prethodnih verzija i daje detaljniji uvod i preporuke za zdravstvene radnike. U nastavku slijede sažeci poglavlja osme verzije SNj-e:

Poglavlje 1 – Terminologija

Ovo novo poglavlje ocrtava pojmovni okvir jezika koji se koristi u SNj-8 i nudi konsenzualno kreirane preporuke za korišćenje pojedinih izraza. Poglavlje sadrži (1) pojmove i definicije, kao i (2) primjere njihove adekvatne upotrebe. Ovom je dokumentu priključen i rječnik uobičajenih pojmova (v. Prilog B) kao okvir za primjenu i tumačenje osme verzije SNj-e.

Poglavlje 2 – Globalna primjenjivost

Ovo poglavlje upućuje na relevantnu literaturu koja se odnosi na razvoj i pružanje zdravstvenih usluga, proširenje zagovaranja njege za TiRR osobe na područja van Zapadne Evrope i Sjeverne Amerike te daje preporuke za prilagođavanje i implementaciju osme verzije SNj-e u različitim kontekstima.

Poglavlje 3 – Procjene populacije

Ovo poglavlje donosi aktuelne procjene zastupljenosti TiRR osoba u društvu. Na temelju trenutnih dokaza njihov udio može varirati od nekoliko desetina procenata do nekoliko procent-

nih bodova, zavisno od kriterijuma uključivanja, starosne grupe i geografske lokacije.

Poglavlje 4 – Obrazovanje

Ovo novo poglavlje daje opšti pregled literature koja se odnosi na obrazovanje u području zdravstvene zaštite usmjerene na potrebe TiRR osoba. Nudi preporuke na nivou države i nevladinog sektora, kao i drugih institucija i pružaoca usluga, kako bi što više povećalo pristup kompetentnoj i zdravstvenoj njezi koja se temelji na saosjećanju. Cilj je stvoriti uslove za takav oblik njege u području obrazovanja i podstaknuti što obuhvatniju i promišljeniju raspravu među pedagoškim i zdravstvenim radnicima.

Poglavlje 5 – Procjena odraslih osoba

Ovo novo poglavlje donosi smjernice za procjenu odraslih TiRR osoba koje traže rodno-afirmišuće medicinske i hirurške tretmane. Poglavlje opisuje i osavremenjuje procjenu kao dio pristupa usmjerenog na pacijenta i kriterijume koje zdravstveni radnici mogu slijediti u preporučivanju medicinskih i hirurških tretmana odraslim TiRR osobama.

Poglavlje 6 – Adolescenti

Ovo novo poglavlje posvećeno je TiRR adolescentima, a razlikuje se od poglavlja o djeci i pripremljeno je za osmu verziju Standarda njege s obzirom na (1) eksponencijalni porast upućivanja adolescenta stručnjacima, (2) porast dostupnih istraživanja specifičnih za njegu povezanu s rodnom raznolikošću adolescenata te (3) jedinstvene probleme razvojne i rodno-afirmišuće njege te uzrasne grupe. Poglavlje donosi preporuke povezane s procjenom adolescenata kojima su potrebni rodno-afirmišuće medicinski i hirurški tretmani, kao i preporuke za rad s mladim TiRR osobama i njihovim porodicama.

Poglavlje 7 – Djeca

Ovo novo poglavlje odnosi se na rodno raznoliku pretpubertetsku djecu i fokusira se na razvojno prikladne psihosocijalne prakse i terapijske pristupe.

Poglavlje 8 – Nebinarnost

Ovo novo poglavlje osme verzije SNj-e sadrži obuhvatniji opis pojma “nebinarnost” i njegove

upotrebe iz biopsihosocijalne, kulturne i intersekcionalne perspektive. U njemu se raspravlja o potrebi za pristupom rodno-afirmišućoj njezi, specifičnim rodno-afirmišućim medicinskim intervencijama, kao i o tome koji bi nivo podrške bio odgovarajući.

Poglavlje 9 – Evnusi

Ovo novo poglavlje opisuje jedinstvene potrebe evnuha i način na koji se SN može primijeniti na tu populaciju.

Poglavlje 10 – Interpolnost

Ovo je poglavlje posvećeno kliničkoj njezi usmjerenoj na potrebe interpolnih osoba. Bavi se razvojem terminologije te prevalencijom i različitim iskustvima interpolnih osoba, donoseći preporuke za pružanje naučno utemeljene psihosocijalne i medicinske zaštite uz popratna objašnjenja.

Poglavlje 11 – Institucionalna okruženja

Ovo je poglavlje prošireno kako bi uključilo kontekste kazneno-popravnih institucija i ustanova otvorenog tipa, a oslanja se na posljednje tri verzije SNj-e. U poglavlju se opisuje kako se SNj-8 može primijeniti na osobe koje borave u takvim okruženjima.

Poglavlje 12 – Hormonska terapija

U ovom poglavlju opisuju se primjena rodno-afirmišuće hormonske terapije, preporučeni režimi, skrining zdravstvenih problema prije i za vrijeme hormonske terapije te posebna razmatranja u vezi s hormonskom terapijom prije operacije. Poglavlje uključuje proširenu raspravu o sigurnosti agonista hormona koji oslobađa gonadotropin (GnRH) u mladosti, različitim hormonskim režimima, razmatranju koje uključuje praćenje razvoja mogućih zdravstvenih problema povezanih s terapijom te smjernicama o saradnji pružaoca hormona s hirurzima.

Poglavlje 13 – Hirurgija i postoperativna njega

U ovom poglavlju se opisuje spektar rodno-afirmišućih hirurških zahvata za raznoliku i heterogenu zajednicu osoba koje se identifikuju kao TiRR. Poglavlje sadrži raspravu o optimalnoj hirurškoj obuci za rodno-afirmišuće hirurške pos-

tupke, postoperativnoj njezi i praćenju, pristupu hirurškim zahvatima za odrasle i adolescente te o individualnim prilagođavanjima operacija.

Poglavlje 14 – Glas i komunikacija

U ovom poglavlju govori se o stručnoj podršci u prilagođavanju glasa i komunikacije, kao i o intervencijama koje obuhvataju i koje su osjetljive na sve aspekte raznolikosti i nisu više ograničene samo na feminizaciju i maskulinizaciju glasa. Preporuke su sada tako postavljene da ističu uloge i odgovornosti stručnjaka uključenih u glasovnu i komunikacijsku podršku.

Poglavlje 15 – Primarna zdravstvena zaštita

Ovo poglavlje govori o važnosti primarne zdravstvene zaštite za TiRR osobe, uključujući teme kardiovaskularnog i metaboličkog zdravlja, skrining raka i sisteme primarne zdravstvene zaštite.

Poglavlje 16 – Reproduktivno zdravlje

Ovo poglavlje navodi recentne podatke o mogućnostima očuvanja plodnosti i ciljevima roditeljstva kod mladih i odraslih TiRR osoba, napretku u metodama očuvanja plodnosti (uključujući krioprezervaciju tkiva), smjernice povezane sa njegom prije začeća i tokom trudnoće, prenatalnim savjetovanjem i dojenjem. Poglavlje takođe donosi i pregled metoda kontracepcije i srodnih razmatranja za TiRR osobe.

Poglavlje 17 – Seksualno zdravlje

Ovo novo poglavlje potvrđuje važnost uticaja seksualnog zdravlja na fizičku i psihičku dobrobit TiRR osoba. U poglavlju se zagovara uključivanje seksualnog funkcionisanja, užitka i zadovoljstva u njegu TiRR osoba.

Poglavlje 18 – Mentalno zdravlje

U ovom poglavlju raspravlja se o principima njege u kontekstu mentalnog zdravlja kod odraslih TiRR osoba i povezanosti brige o mentalnom zdravlju i njege u tranziciji. Psihoterapija može biti korisna, ali ne bi trebalo da bude uslov za rodno-afirmišući tretman, dok se konverzioni tretman ne bi trebalo nuditi.

POGLAVLJE 1 Terminologija

Ovo poglavlje donosi pojmovni okvir jezika koji se koristi u osmoj verziji Standarda njege (SNj-8) i preporuke za korišćenje pojedinih izraza. Poglavlje sadrži (1) pojmove i definicije, kao i (2) primjere njihove adekvatne upotrebe. Uz dokument je priložen i rečnik uobičajenih pojmova i izraza koji pruža okvir za primjenu i tumačenja SNj-8. (v. Prilog B pojmovnik).

Terminologija

U ovom dokumentu koristimo izraz "transrodne i rodno raznolike osobe" (cg. TiRR) kako bismo što detaljnije i sveobuhvatnije opisali članove mnogih zajednica u svijetu koje uključuju ljude različitih rodni identiteta i izražavanja koji se razlikuju od roda koji društvo dodjeljuje polu koji je osobi pripisan pri rođenju. To uključuje osobe koje imaju kulturno i/ili jezično specifična iskustva, identitete ili izražavanja i/ili iskustva koja nisu obuhvaćena zapadnjačkim poimanjima roda ili riječima kojima se te koncepcije opisuje. TiRR se koristi kao odgovarajuća skraćenica za "transrodne i rodno raznolike osobe".

Odluka o upotrebi termina "transrodne i rodno raznolike osobe" rezultat je aktivnog sagledavanja koje je uključivalo protivrječne perspektive. Fokus rasprava bio je na izbjegavanju pretjeranog isticanja pojma "transrodnost", integraciji nebinarnih rodni identiteta i iskustava, prepoznavanju globalnih varijacija u razumijevanju roda, izbjegavanju termina "rodne nenormativnosti" i prihvatanju promjenjive prirode jezika, s obzirom na to da se termini koji su trenutno u upotrebi možda neće koristiti i u budućnosti. Izraz "transrodne i rodno raznolike osobe" odabran je s namjerom da bude što inkluzivniji, odnosno da bi se istaknuli različiti rodni identiteta, izražavanja, iskustva i zdravstvene potrebe TiRR osoba. U procesu je korišćena Delfi metoda, a autori poglavlja SNj-8 više su puta i u nekoliko krugova anonimno anketirani kako bi se postigao konsenzus o pojmovima. SNj-8 predstavlja standarde njege koji se globalno primjenjuju na TiRR osobe, bez obzira na to kako se osoba identifikuje ili izražava svoj rod.

Kontekst

Izrazi korišćeni u ovom poglavlju možda neće biti (niti mogu biti) primjenjivi na sve kulture i geografska područja. Različiti stavovi i rasprave o odgovarajućim terminima i specifičnim terminologijama su uobičajeni, a nijedan se termin ne može koristiti bez kontroverze. Cilj ovog poglavlja je da bude što je inkluzivnije moguće i da ponudi zajednički vokabular koji poštuje i odražava različita iskustva TiRR osoba te da istovremeno bude pristupačan zdravstvenim radnicima i pružaocima usluga, kao i javnosti, odnosno svima koji će se ovim dokumentom služiti. U principu, pristup zdravstvenoj njezi vezanoj uz tranziciju treba da se zasniva na pružanju adekvatnih informacija i sticanju informisanog pristanka od pojedinca, a ne na izboru riječi koje TiRR osobe ili oni koji im pružaju uslugu koriste u opisivanju njihovog identiteta. Upotreba izraza i pojmova koji odaju poštovanje i kulturološki su odgovarajući temeljni su u pružanju rodno-afirmišuće njege, kao i redukovanju stigme i štete koje mnoge TiRR osobe u sistemu zdravstvene zaštite trpe. Od vitalne je važnosti da pružaoci usluga razgovaraju s korisnicima o najprikladnijoj terminologiji i da je koriste kad god je to moguće.

Ovo poglavlje objašnjava zašto se aktuelnim terminima daje prednost. Umjesto upotrebe posebnih termina u medicinskim, pravnim i zagarovačkim krugovima, cilj je podsticati zajednički jezik i razumijevanje u području zdravlja TiRR osoba i drugih srodnih područja (kao što su epidemiologija i pravo) kako bi se poboljšalo zdravlje TiRR osoba.

"Pol", "rod", "rodni identitet" i "rodno izražavanje" koriste se kao opisni pojmovi koji se mogu primijeniti na sve ljude – TiRR osobe, kao i na one koje to nisu. Složeni su razlozi zbog kojih globalne zajednice TiRR osoba smatraju da specifičan jezik u najvećoj mjeri odražava uvažavanje, inkluzivnost ili zbog kojih su neki pojmovi prihvaćeniji, što uključuje prisutnost ili odsutnost riječi koje opisuju te koncepte izvan engleskog jezika; strukturni odnos pola i roda; pravni kontekst na lokalnom, nacionalnom i međunarodnom nivou; kao i posljedice istorijske i savremene stigme s kojom se TiRR osobe suočavaju.

Lista preporuka:

- 1.1 - Preporučujemo da zdravstveni radnici u primjeni Standarda njege u različitim globalnim kontekstima upotrebljavaju kulturno relevantne izraze (uključujući pojmove koji opisuju TiRR osobe).
- 1.2 - Preporučujemo da zdravstveni radnici pri pružanju njege koriste jezik koji podržava principe sigurnosti, dostojanstva i poštovanja.
- 1.3 - Preporučujemo da zdravstveni radnici razgovaraju s TiRR osobama o tome kakav jezik ili terminologiju preferiraju.

Budući da trenutno u oblasti zdravlja TiRR osoba izrazito dominira engleski jezik, postoje dva specifična problema koji se stalno pojavljuju pri kontekstualizaciji terminologije. Prvi je problem što u engleskom postoje riječi koje ne postoje u drugim jezicima (npr. za "pol" i "rod" u urdskom i mnogim drugim jezicima postoji samo jedna riječ). Drugi su problem riječi iz stranih jezika koje se ne mogu direktno prevesti na engleski (npr. *travesti, fa'afafine, hijra, selrata, muxe, kathoey, transpinoy, waria, machi*). U praksi to znači da snažan uticaj engleskog u ovom polju određuje učestalost pojedinih pojmova, kao i to koje su osobe ili identiteti njima najviše zastupljeni ili afirmisani. Riječi koje se koriste takođe oblikuju narrative koji doprinose formiranju uvjerenja i percepcije. Dok je u prethodnim verzijama Standarda njege Svjetska strukovna organizacija za zdravlje transrodnih osoba (engl. *World Professional Association for Transgender Health, WPATH*) koristila samo "transrodnost" kao obuhvatan, krovni pojam, u osmoj verziji Standarda njege jezik proširuje pojmom "TiRR osobe" i koristi ga kao krovni pojam u cijelom dokumentu (v. drugo poglavlje – Globalnu primjenjivost).

Osim toga, jezik koji se po svojoj prirodi neprestano razvija pod uticajem je spoljašnjih faktora, kao i društvenih, strukturnih i ličnih pritisaka i nasilja koji se sprovode nad TiRR osobama i njihovim tijelima. Mnogi pojmovi i izrazi koji su se ranije koristili ukaljani su zbog toga kako su, kada i zašto korišćeni u raspravama o TiRR osobama, pa su zato i izašli iz upotrebe ili o njima TiRR osobe žustro raspravljaju, pri čemu neke osobe preferiraju pojmove koji su za druge uvredljivi. Neki žele da ovi Standardi njege osiguraju koherentan skup opšteprihvaćenih termina za opisanje TiRR osoba, identiteta i povezanih zdravstvenih usluga. Takva lista, međutim, ne pos-

toji i ne može postojati bez isključivanja nekih osoba i učvršćivanja strukturnog ugnjetavanja s obzirom na rasu, nacionalno porijeklo, starosjedi- lački status, socioekonomski status, vjeru, jezik(e) i etničku pripadnost, među ostalim intersekcijama. Vrlo je vjerojatno da će barem dio terminologije korišćene u osmoj verziji Standarda njege zastarjeti do izrade sljedeće verzije. Neke će ta činjenica frustrirati, no nadamo se da će pojedinci i zajednice to shvatiti kao priliku da razviju i usavrše svoje rječnike, kao i da će ljudi razviti istančaniju ideju o životu i potrebama TiRR osoba, uključujući njihovu otpornost i otpor ugnjetavanju.

Na kraju, ovi Standardi njege uzimaju u obzir zakone i rad pravnih stručnjaka. Ovaj priručnik obuhvata jezik koji se najčešće koristi u međunarodnom pravu kako bi se doprinijelo razvoju funkcionalnih definicija pojmova i kako bi se podstakla njihova upotreba u pravnom kontekstu umjesto zastarjelih i/ili uvredljivih termina. Trenutno najpotpuniji međunarodni dokument o ljudskim pravima koristi termin "rodno raznolike osobe" [1].

Sve preporuke u ovom poglavlju donesene su na temelju detaljnog pregleda dokaza, procjene koristi i štete, vrijednosti i preferenci pružaoca usluga i pacijenata, kao i potrebnih resursa i izvedivosti. U nekim slučajevima uviđamo da su dokazi ograničeni i/ili usluge možda nisu dostupne ili poželjne.

Preporuka 1.1

Preporučujemo da zdravstveni radnici koriste kulturno relevantne izraze (uključujući pojmove koji opisuju transrodne i rodno raznolike osobe) kada primjenjuju Standarde njege u različitim globalnim kontekstima.

Kulturno relevantni pojmovi koriste se za opisanje TiRR osoba u različitim globalnim kontek-

stima. Na primjer, koncepti "pola", "roda" i "rodne raznolikosti" zavise od različitih konteksta, kao i termini koji se koriste za njihovo opisivanje. Prema tome, pojmovi koji se koriste u njezi TiRR osoba na Tajlandu razlikovaće se od onih u Nigeriji. U globalnoj primjeni Standarda njege preporučujemo zdravstvenim radnicima da koriste lokalne izraze i termine pri pružanju njege u svom kulturnom i/ili geografskom prostoru.

Afirmacija roda odnosi se na proces prepoznavanja ili afirmacije rodnog identiteta TiRR osoba – društvenom, medicinskom, pravnom, bihevioralnom ili nekoj njihovoj kombinaciji (Reisner, Poteat et al., 2016). U zdravstvu koje je rodno-afirmišuće i osposobljeno za rad s transrodnim osobama koriste se kulturno specifični izrazi kada se pruža njega TiRR osobama. Rodno-afirmišuća njega ne podrazumijeva isto što i njega vezana uz proces tranzicije. Pružanje njege u procesu tranzicije, kao što su rodno-afirmišući medicinski postupci hormonskom terapijom ili operacijama, samo po sebi ne osigurava pružanje rodno-afirmišuće njege, kao što ne upućuje ni na kvalitet ili sigurnost pružene zdravstvene zaštite.

Konsultacije i partnerstva sa zajednicama TiRR osoba mogu pomoći da se osigura relevantnost i inkluzivnost jezika koji se koristi u pružanju zdravstvene zaštite na lokalnom nivou, u određenom kontekstu i sredini.

Preporuka 1.2

Preporučujemo da zdravstveni radnici u zdravstvenim okruženjima koriste jezik koji odražava principe sigurnosti, dostojanstva i poštovanja.

Sigurnost, dostojanstvo i poštovanje osnovna su ljudska prava (International Commission of Jurists, 2007). Preporučujemo da zdravstveni radnici koriste jezik i terminologiju koji podržavaju ta ljudska prava u njezi za TiRR osobe. Mnoge TiRR osobe doživjele su stigmatu, diskriminaciju i loše ophođenje u zdravstvenim ustanovama, što je dovelo do nezadovoljavajuće njege i loših zdravstvenih ishoda (Reisner, Poteat et al., 2016; Safer et al., 2016; Winter, Settle et al., 2016). Takva iskustva uključuju obraćanje u pogrešnom rodu, odbijanje njege ili uskraćivanje usluga u slučaju bolesti ili povrede i primoranost da edukuju zdravstvene radnike kako bi dobili adekvatnu

nježu (James et al., 2016). Upravo zbog toga mnoge TiRR osobe ne osjećaju se sigurno u pristupanju zdravstvenoj njezi. Katkada izbjegavaju zdravstveni sistem i traže druge načine da zadovolje svoje zdravstvene potrebe, kao što je uzimanje hormona bez doktorskog recepta i nadzora, odnosno oslanjaju se na medicinske savjete vršnjaka. Osim toga, prethodna negativna iskustva TiRR osoba u zdravstvenim okruženjima povezana su s budućim izbjegavanjem pristupa zdravstvenoj njezi.

Mnoge TiRR osobe susreću se s nepravdom, predrasudama, nepoštovanjem ili omalovažavanjem zdravstvenih radnika, a nedostatak povjerenja često je prepreka u pristupu zdravstvenoj njezi. Upotreba jezika utemeljenog na principima sigurnosti, dostojanstva i poštovanja u zdravstvenim okruženjima ključna je za osiguranje zdravlja, dobiti i prava TiRR osoba na globalnom nivou. Jezik je važna komponenta rodno-afirmišuće njege, ali sam jezik ne rješava niti ublažava sistematsko zlostavljanje, a ponekad i nasilje s kojima se TiRR osobe susreću u zdravstvenim okruženjima širom svijeta. Jezik je samo jedan od važnih koraka na putu prema pravednoj zdravstvenoj njezi za TiRR osobe koja je usmjerena na pacijenta, odnosno klijenta. Druge konkretne radnje koje zdravstveni radnici mogu preduzeti uključuju sticanje informisanog pristanka i suzdržavanje od stvaranja pretpostavki o potrebama osobe na osnovi roda, odnosno TiRR statusa.

Preporuka 1.3

Preporučujemo da zdravstveni radnici razgovaraju s transrodnim i rodno raznolikim osobama o tome kakav jezik ili terminologiju preferiraju.

Preporučujemo da zdravstveni radnici pri pružanju zdravstvene zaštite TiRR osobama razgovaraju sa svojim pacijentima o tome kakav jezik ili terminologiju preferiraju kada im se neko obraća. Taj razgovor uključuje pitanja o tome kako TiRR osoba želi da joj se obraćate u smislu imena i ličnih zamjenica, kako se identifikuje s obzirom na rod i koje izraze valja koristiti za opisivanje dijelova njenog tijela. Korišćenje rodno-afirmišućeg jezika ili terminologije ključna je komponenta njege koja uvažava rodni identitet TiRR osoba (Lightfoot et

al., 2021; Vermeir et al., 2018). Takvi razgovori takođe mogu pomoći u izgradnji odnosa i smanjenju nepovjerenja koje mnoge TiRR osobe osjećaju prema zdravstvenim radnicima i koje doživljavaju u zdravstvenim sistemima. Razgovor i upotreba odgovarajućeg jezika ili prikladne terminologije mogu doprinijeti povezivanju i održavanju odnosa s pacijentom pri pružanju njege koja nije specifično povezana s TiRR osobama, kao što je obavljanje rutinskih preventivnih pregleda i dodatnih neophodnih kontrolnih pregleda i pretraga. Podaci o organima/anatomiji u elektronskim zdravstvenim kartonima mogu se standardno koristiti za uvođenje odgovarajuće kliničke njege, umjesto isključivog oslanjanja na pol pripisan pri rođenju i/ili oznaku roda.

Zdravstveni radnici i zdravstvena okruženja mogu da implementuju standardizovane procedure za olakšavanje tih razgovora kao što je korišćenje obrazaca za unos podataka koji nude mogućnost odabira odgovarajućih zamjenica i imena, podstičući osoblje (bez obzira na rod, tj. cisrodne i

TiRR osobe) da pri predstavljanju naznače odabrane zamjenice i usklade ih s imenom u svim dokumentima te da ne koriste orodnjene titule (npr. gđa, g.). Moguće je uspostaviti politike za zdravstvene radnike i zdravstvena okruženja koje će osigurati TiRR osobama privatnost i pravo na povjerljivost, uključujući i kada će komunicirati da su transrodne i rodno raznolike osobe, odnosno treba li to i kako prikladno zabilježiti. Na primjer, politika klinike može biti da se ti podaci zabilježe kao privatni i povjerljivi između zdravstvenih radnika i pacijenata/klijenata te da se smiju otkriti isključivo kada je to neophodno.

Bilješka

1. A/73/152, Izvještaj Nezavisnog stručnjaka za zaštitu od nasilja i diskriminacije na temelju seksualne orijentacije i rodnog identiteta.

POGLAVLJE 2 Globalna primjenjivost

Ljudi koji prkose kulturološkim granicama pola i roda postojali su u kulturama širom svijeta od davnina, a njihova su iskustva ponekad zahvaćena strukturama lokalnog jezika (Feinberg, 1996). Za razliku od novije patologizacije rodne raznolikosti kao bolesti, neke su kulture tradicionalno slavile i prihvatale tu raznolikost (npr. Nanda, 2014; Peletz, 2009). Danas krovni pojam na engleskom jeziku *transgender and gender diverse* (TGD) – u cg. *transrodne i rodno raznolike osobe* (TiRR) – opisuje veliku heterogenost rodnih identiteta i izražavanja, a time i populaciju s različitim zdravstvenim iskustvima i potrebama. Zajedno, TiRR ljudi predstavljaju važne aspekte ljudske različitosti, a Svjetska strukovna organizacija za zdravlje transrodnih osoba (WPATH) ističe da ih treba cijeniti i slaviti. TiRR osobe nastavljaju vitalno da doprinose društvima u kojima žive, iako su ti doprinosi često nepriznati.

Uznemirujuće je da mnoge TiRR osobe u modernom svijetu doživljavaju stigmatu, predrasude, diskriminaciju, uznemiravanje, zlostavljanje i nasilje, što kao rezultat ima društvenu, ekonomsku i pravnu marginalizaciju, loše mentalno i fizičko zdravlje, pa čak i smrt – proces koji je opisan kao *stigma-sickness slope* – nizbrdica od stigme do oboljenja (Winter, Diamond et al., 2016). Iskustva poput ovih (i iščekivanje tih iskustava ili strah od susreta s njima) dovode do onoga što je Mejer opisao kao manjinski stres (Meyer, 2003; v. također Bockting et al. 2013, koji pišu konkretno o manjinskom stresu kod TiRR osoba) i povezana su s lošim fizičkim (npr. Rich et al., 2020) i psihičkim (npr. Bränström et al., 2022; Scandurra et al., 2017; Shipherd et al., 2019, Tan et al., 2021) zdravstvenim ishodima.

Poseban problem predstavlja nasilje nad TiRR osobama. Iz globalne perspektive ono je široko rasprostranjeno, raznolike je prirode (emocionalno, seksualno i fizičko, npr. v. Mujugira et al., 2021) i uključuje niz počinitelja (među njima državne aktere). Statistike o ubistvima, obliku nasilja koji je najekstremniji po svojim posljedicama, su alarmantne. U svijetu je između januara 2008. i septembra 2021. bilo više od 4.000 dokumentovanih ubistava, što je statistički po-

datak koji se uveliko smatra manjkavim zbog nedovoljnog prijavljivanja (TGEU, 2020).

Od objavljivanja sedme verzije Standarda njege (SNj-7), došlo je do dramatičnih promjena u perspektivama o TiRR osobama i njihovoj zdravstvenoj njezi. Glavna struja globalne medicine više ne klasifikuje TiRR identitete kao mentalni poremećaj. U petoj verziji Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM-5) Američkog psihijatrijskog udruženja (American Psychiatric Association, APA, 2013) dijagnoza rodne disforije usredsređuje se na bilo kakvu tjeskobu i nelagodnost koja pogađa TiRR osobe, a ne na rodni identitet sam po sebi. Revizija teksta (DSM-5-TR) objavljena je 2022. u jedanaestoj verziji Međunarodne klasifikacije bolesti (ICD-11), dijagnostičkom priručniku Svjetske zdravstvene organizacije (SZO, 2019b), u poglavlju o seksualnom zdravlju. Tamo je postavljena dijagnoza "rodna nepodudarnost", koja se usredsređuje na doživljeni identitet osobe i svaku potrebu za rodno-afirmišućim tretmanom koja bi mogao proizaći iz tog identiteta. Takva kretanja, koja uključuju depatologizaciju (ili tačnije depsiopatologizaciju) transrodnih identiteta, temeljno su važna zbog niza razloga. U području zdravstvene zaštite moguće da su pomogla podržati model njege koji naglašava aktivno učešće pacijenata u donošenje odluka o vlastitoj zdravstvenoj njezi, uz podršku stručnjaka primarne zdravstvene zaštite (Baleige et al., 2021). Razumno je pretpostaviti da bi te tendencije mogle također promovisati društveno inkluzivne politike, kao što je zakonodavna reforma koja omogućava priznanje roda podstičući pristup koji se temelji na poštovanju ljudskih prava, bez nametanja zahtjeva za dijagnozom, hormonskom terapijom i/ili operacijom. TiRR osobe koje su promijenile rodne oznake na ključnim dokumentima imaju bolje mentalno zdravlje (npr. Bauer et al., 2015; Scheim et al., 2020). Pristup koji se više temelji na poštovanju ljudskih prava u ovom području može uveliko doprinijeti opštem zdravlju i dobrobiti TiRR osoba (Arístegui et al., 2017).

Prethodna izdanja SNj-e otkrila su da velik dio zabilježenih kliničkih iskustava i znanja u ovom području potiče iz sjevernoameričkih i zapadnoevropskih izvora. Usredsredila su se na rodno-

afirmišuću zdravstvenu njegu u zemljama s visokim primanjima koje imaju sisteme zdravstvene zaštite s relativno dobrim resursima (uključujući one s obučanim pružaocima usluga mentalnog zdravlja, endokrinolozima, hirurzima i drugim stručnjacima) i gdje se usluge često financiraju javno ili (barem za neke pacijente) putem privatnog osiguranja.

U mnogim zemljama pružanje zdravstvene zaštite TiRR osobama nešto je čemu one samo mogu da teže; s ograničenim ili nepostojećim resursima u ovom području te često nedostupnim, neprikladnim, teško pristupačnim i/ili uslugama koje sebi ne mogu priuštiti. Malo je zdravstvenih radnika na rapolanju (primarnih ili specijalista), ako ih uopšte ima. Financiranje rodno-afirmišuće zdravstvene zaštite može izostati, a pacijenti često snose pune troškove bilo koje zdravstvene zaštite kojoj pristupe. Pružaocima zdravstvenih usluga često nedostaje klinička i/ili kulturna kompetencija u ovom području. Osposobljavanje za rad s ovim pacijentima može biti ograničeno (npr. Martins et al., 2020). Zbog svih tih razloga i zbog istorijske perspektive glavne struje "zapadne" medicine na TiRR osobe kao na mentalno poremećene (perspektiva koja se tek nedavno promijenila), TiRR osobe su često (bile) obespravljene kao korisnice zdravstvene zaštite.

Pružaoци zdravstvenih usluga otkrili su da je relevantna literatura većinom sjevernoamerička i evropska, što predstavlja posebne izazove za osobe koje rade u sistemima zdravstvene zaštite s naročito neadekvatnim sredstvima. Nedavne inicijative, koje često uključuju TiRR stejkholdere kao partnere, donekle mijenjaju tu situaciju pružajući bazu znanja o dobroj praksi u drugim regijama, uključujući kako pružiti učinkovitu, kulturno-kompetentnu zdravstvenu njegu TiRR osobama u zemljama s niskim i srednjim prihodima izvan globalnog sjevera.

Unutar tog područja posljednjih je godina razvijen širok raspon vrijednih izvora zdravstvene zaštite. Dahlen et al. (2021) nude osvrt na dvanaest međunarodnih smjernica kliničke prakse; više od polovine prikaza potiče iz profesionalnih udruženja sa sjedištem u Sjevernoj Americi (npr. Hembree et al., 2017) ili Evropi (npr. T'Sjoen et al., 2020). Tri su iz SZO-a (gdje je najnoviji SZO-ov iz

2016). Danas postoje brojni drugi izvori, koji nisu na popisu Dahlenove et al., koji se izričito oslanjaju na stručnost iz regija izvan Sjeverne Amerike i Evrope. Primjeri se mogu naći u Aziji i na Pacifiku (APTN, 2022; Health Policy Project et al., 2015), na Karibima (PAHO, 2014), Tajlandu, u Australiji (Telfer et al., 2020), u Aotearoi (odnosno na Novom Zelandu) (Oliphant et al., 2018) i u Južnoj Africi (Tomson et al., 2021) (v. i TRANSIT (UNDP et al., 2016)). Ti su resursi obično stvoreni kroz inicijative ili u partnerstvu s TiRR zajednicama na lokalnom ili međunarodnom nivou. Partnerski pristup, usmjeren na zadovoljavanje lokalnih potreba na kulturno sigurno i kompetentan način, takođe može imati široku međunarodnu važnost. Neke od tih publikacija mogu biti posebno vrijedne onima koji planiraju, organizuju i pružaju usluge u zemljama s niskim prihodima i resursima. Vjerojatno postoje i drugi izvori objavljeni na jezicima mimo engleskog kojih nismo svjesni.

Globalno TiRR identiteti mogu biti povezani s različitim konceptualnim okvirima pola, roda i seksualnosti i postoje u veoma raznolikim kulturnim (a ponekad i duhovnim) kontekstima i istorijama. Uzimajući u obzir složene odnose između društvenih i kulturnih faktora, zakona te potražnje i pružanja rodno-afirmišuće zdravstvene zaštite, SNj-8 treba tumačiti kroz objektiv koji je prikladan za kontekst i unutar konteksta individualne prakse svakog zdravstvenog radnika zadržavajući usklađenost s temeljnim načelima koja ga podržavaju (APTN i UNDP, 2012; Health Policy Project et al., 2015; PAHO, 2014).

Upravo unutar tog konteksta i oslanjajući se na iskustva TiRR osoba i pružaoca zdravstvenih usluga na međunarodnom nivou, razmatramo globalnu primjenjivost osme verzije SNj-e u ovom poglavlju. Iznosimo ključna razmatranja za zdravstvene radnike i zaključujemo preporukom ključnih načela i praksi temeljnih za savremenu zdravstvenu njegu za TiRR osobe, bez obzira na to gdje žive ili postoje li resursi dostupni onima koji žele pružiti takvu zdravstvenu njegu.

Preporuka 2.1

Preporučujemo da sistemi zdravstvene zaštite osiguraju medicinski nužnu rodno-afirmišuću

Lista preporuka:

- 2.1** - Preporučujemo da sistemi zdravstvene zaštite osiguraju medicinski nužnu rodno-afirmišuću zdravstvenu njegu za transrodne i rodno raznolike osobe.
- 2.2** - Preporučujemo zdravstvenim radnicima i drugim korisnicima osme verzije Standarda njege (SNj-8) da primjenjuju preporuke na načine koji zadovoljavaju potrebe lokalnih transrodnih i rodno raznolikih zajednica, pružanjem kulturno osjetljive njege koja uvažava stvarne okolnosti zemalja u kojima obavljaju liječničku praksu.
- 2.3** - Preporučujemo da pružaoci zdravstvenih usluga spoznaju uticaj društvenih stavova, zakona, ekonomskih okolnosti i zdravstvenih sistema na proživljena iskustva transrodnih i rodno raznolikih ljudi širom svijeta.
- 2.4** - Preporučujemo da se prevodi SNj-e usredsrede na međukulturnu, konceptualnu i praktičnu jednakost kako bi se osigurala usklađenost s temeljnim načelima koja podržavaju SNj-8.
- 2.5** - Preporučujemo da zdravstveni radnici i kreatori javnih politika uvijek primjenjuju temeljna načela osme verzije SNj-e u svom radu s transrodnim i rodno raznolikim osobama kako bi osigurali poštovanje ljudskih prava i pristup odgovarajućoj i kompetentnoj zdravstvenoj njezi, uključujući sljedeće:

Opšti principi

- Budite osnažujući i uključivi. Radite na smanjenju stigme i olakšajte pristup odgovarajućoj zdravstvenoj njezi svima koji je traže.
- Poštujte različitost. Poštujte sve klijente i sve rodne identitete. Ne patologizujte razlike u rodnom identitetu ili izražavanju.
- Poštujte univerzalna ljudska prava, uključujući pravo na tjelesni i mentalni integritet, autonomiju i samoodređenje, pravo na slobodu od diskriminacije i pravo na najviši mogući standard zdravlja.

Načela za razvoj i implementaciju odgovarajućih usluga i pristupačne zdravstvene zaštite

- Uključite TIRR osobe u razvoj i implementaciju usluga.
- Osvijestite društvene, kulturne, ekonomske i pravne faktore koji mogu uticati na zdravlje (i potrebe zdravstvene zaštite) transrodnih i rodno raznolikih osoba, kao i na spremnost i sposobnost osobe da pristupi uslugama.
- Pružite zdravstvenu njegu (ili se obratite iskusnim kolegama) koja afirmiše rodne identitete i rodna izražavanja, uključujući zdravstvenu njegu koja smanjuje tjeskobu povezanu s rodnom disforijom (ako je prisutna).
- Odbacite pristupe kojima je cilj ili ishod konverzija i izbjegavajte pružanje bilo kakve direktne ili indirektno podrške takvim pristupima ili uslugama.

Načela za pružanje kompetentnih usluga

- Upoznajte se (prođite obuku, ako je to moguće) s potrebama zdravstvene zaštite transrodnih i rodno raznolikih osoba, uključujući koristi i rizike rodno-afirmišuće njege.
- Uskladite pristup tretmanu sa specifičnim potrebama klijenata, posebno njihovim ciljevima vezanim za rodni identitet i rodno izražavanje.
- Usredsredite se na promociju zdravlja i blagostanja, a ne samo na smanjenje rodne disforije, koja može, ali i ne mora biti prisutna.
- Posvetite se pristupima smanjenja štete gdje je to prikladno.
- Omogućite potpuno i kontinuirano informisano učestvovanje transrodnih i rodno raznolikih osoba u donošenju odluka o vlastitom zdravlju i dobrobiti.
- Poboljšajte iskustva zdravstvenih usluga, uključujući ona povezana s administrativnim sistemima i kontinuitetom njege.

Načela za rad na poboljšanju zdravlja u kontekstu šire zajednice

- Povežite ljude sa zajednicama i mrežama podrške.
- Podržavajte i zastupajte korisnike unutar njihovih porodice i zajednica (škole, radna mjesta i druga okruženja) gdje je to prikladno.

zdravstvenu njegu za transrodne i rodno raznolike osobe.

Medicinska obaveza je pojam uobičajen za mogućnost pokrivanja troškova zdravstvene zaštite i polise osiguranja na globalnom nivou. Uobičajena definicija medicinske obaveze koju koriste osiguravatelji ili osiguravajuća društva je: "Zdravstvene usluge koje bi liječnik i/ili zdravstveni radnik, sprovodeći razumnu kliničku procjenu, pružio pacijentu u svrhu prevencije, evaluacije, dijagnostikovanja ili adresiranja oboljenja, povreda, bolesti ili njenih simptoma, a koje su: (a) u skladu s

opšteprihvaćenim standardima medicinske prakse; (b) klinički prikladne, u smislu vrste, učestalosti, obima, mjesta i trajanja, a koje se smatraju djelotvornim za pacijentova oboljenja, povrede ili teškoće; te koje nisu (c) primarno samo pogodnost pacijentu, liječniku ili drugom pružaocu zdravstvene zaštite i skuplje od alternativne usluge ili niza usluga za koje je barem jednako vjerovatno da će proizvesti ekvivalentne terapijske ili dijagnostičke rezultate u pogledu dijagnoze ili adresiranja oboljenja, povreda ili teškoća tog pacijenta." Zdravstveni radnik utvrđuje i dokumentuje da je

predloženi tretman medicinski nužan za adresiranje stanja (American Medical Association, 2016).

"Prihvaćeni standardi medicinske prakse" uopšteno označavaju standarde koji se temelje na vjerodostojnim naučnim dokazima objavljenim u recenziranoj medicinskoj literaturi, koju širom svijeta priznaju relevantna medicinska zajednica, imenovana specijalizovana medicinska društva i/ili validne preporuke medicinskih fakulteta i gledališta doktora i/ili zdravstvenih radnika koji rade u relevantnim kliničkim područjima.

Medicinska obaveza ključna je za plaćanje, subvenciju i/ili povraćaj novca za zdravstvenu njegu u djelovima svijeta. Zdravstveni radnik može potvrditi i dokumentovati da je određeni tretman medicinski nužan za prevenciju ili adresiranje nekog stanja. Ako zdravstvene politike i prakse dovode u pitanje neophodnost medicinske podrške, moguće se obratiti vladinoj agenciji ili drugom tijelu za nezavisnu medicinsku provjeru.

Treba uvidjeti da je rodna raznolikost zajednička svim ljudskim bićima i nije patološka. Međutim, rodna inkongruencija, koja uzrokuje klinički značajnu tjeskobu i pogoršano zdravstveno stanje, često zahtijeva medicinski neophodne kliničke intervencije. U mnogim zemljama zdravstveni radnik neophodnu rodno-afirmišuću njegu dokumentuje kao podršku osobama s iskustvom rodne nepodudarnosti (HA60 u jedanaestoj verziji ICD-a; SZO, 2019b) i/ili kao adresiranje rodne disforije (F64.0 u revidiranoj petoj verziji DSM-a; APA, 2022).

Postoje čvrsti dokazi koji pokazuju blagodati rodno-afirmišućih medicinskih postupaka, uključujući pravilno utvrđene i izvedene endokrine i hirurške postupke, kako su opisani u osmoj verziji Standarda njege, kod TiRR osoba kojima je to potrebno (npr. Ainsworth i Spiegel, 2010; Aires et al., 2020; Aldridge et al., 2020; Almazan i 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; Eftekhar 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 Grift, Elaut et al., 2018; White Hughto i Reisner, Poteat et al., 2016; Wierckx, van Caenegem et al., 2014; Yang, Zhao et

al., 2016). Rodno-afirmišuće intervencije takođe mogu uključivati postupke uklanjanja ili presađivanja dlaka, glasovnu terapiju ili hirurški zahvat prilagođavanja glasa, savjetovanje i druge medicinske postupke potrebne za djelotvornu afirmaciju rodno-afirmišućeg identiteta pojedinca i smanjenje rodne inkongruencije i disforije. Osim toga, i zakonske promjene imena i pola ili roda u dokumentima mogu biti korisne, a u nekim jurisdikcijama zavise od medicinske dokumentacije koju pacijenti mogu zatražiti od doktora.

Rodno-afirmišuće intervencije utemeljene su na decenijama kliničkih iskustava i istraživanja, stoga se ne smatraju eksperimentalnim ili kozmetičkim ili pak pukom pogodnošću za pacijenta. Sigurne su i djelotvorne u smanjenju rodne nepodudarnosti i rodne disforije (npr. Aires et al., 2020; Aldridge et al., 2020; Al-Tamimi i sur, 2019; Balakrishnan et al., 2020; Baker et al., 2021; Bertrand et al., 2017; Buncamper et al., 2016; Claes et al., 2018; Eftekhar Ardebili, 2020; Esmonde et al., 2019; Javier et al., 2022; Lindqvist et al., 2017; Lo Russo et al., 2017; Marinković et al., 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 Grift, Elaut et al., 2018; White Hughto i Reisner, Poteat et al., 2016; Wierckx, van Caenegem et al., 2014; Wolter et al., 2015; Wolter et al., 2018).

Prema tome, WPATH podstiče sisteme zdravstvene zaštite da pruže te medicinski neophodne tretmane i eliminišu bilo kakva izuzeća iz svojih pravilnika i medicinskih smjernica koja bi se odnosila na izuzeća pokrića medicinski neophodnih postupaka ili tretmana za zdravlje i dobrobit TiRR pojedinaca. Drugim riječima, vlade bi trebalo da osiguraju uspostavljanje, proširenje ili poboljšanje usluga zdravstvene zaštite za TiRR osobe (prema potrebi) u svakoj univerzalnoj zdravstvenoj zaštiti, javnom zdravstvu, sistemima koje subvencioniše država ili privatnim sistemima koje reguliše vlada. Sistemi zdravstvene zaštite trebalo bi da osiguraju da stalna zdravstvena zaštita, kako rutinska tako i specijalizovana, bude lako dostupna i cjenovno pristupačna svim građanima na ravnopravnoj osnovi.

SNj-8 razmatra medicinski neophodne rodno-afirmišuće intervencije. To uključuje, ali nije

ograničeno na histerektomiju i/ili bilateralnu salpingo-ooforektomiju, bilateralnu mastektomiju, rekonstrukciju grudnog koša ili feminišuću mamoplastiku, promjenu veličine bradavica ili postavljanje proteza za dojke, genitalne rekonstrukcije, npr. faloplastiku i metoidioplastiku, skrotoplastiku, ugradnju proteza penisa i testisa, penektomiju, orhiektomiju, vaginoplastiku i vulvoplastiku, uklanjanje dlačica s lica, tijela i genitalnog područja zbog rodne afirmacije ili u sklopu predoperativne pripreme, rodno-afirmišuću hirurgiju lica i oblikovanje tijela, glasovnu terapiju i/ili hirurški zahvat prilagođavanja glasa, lijekove koji suzbijaju pubertet i rodno-afirmišuće hormone, kao i savjetovanje ili psihoterapijski tretman prilagođen pacijentu na temelju procjene njegovih individualnih okolnosti i potreba.

Preporuka 2.2

Preporučujemo zdravstvenim radnicima i drugim korisnicima osme verzije Standarda njege (SNj-8) da primjenjuju preporuke na načine koji zadovoljavaju potrebe lokalnih transrodnih i rodno raznolikih zajednica, pružanjem kulturno osjetljive njege koja uvažava stvarne okolnosti zemalja u kojima obavljaju doktorsku praksu.

TiRR osobe identifikuju se na mnogo različitih načina širom svijeta, a ti identiteti zavise od kulturnog konteksta. U zemljama engleskog govornog područja, TiRR osobe identifikuju se upotrebljavajući pojmove kao što su *transsexual*, *trans*, *gender nonconforming*, *gender queer* ili *gender diverse*, *nonbinary*, odnosno *transgender* i/ili *gender diverse*. U crnogorskom se mogu pronaći njihovi ekvivalenti; *transrodne osobe*, *trans*, *nebinarne* ili *rodno varijantne osobe*, odnosno *transrodne* i/ili *rodno raznolike osobe*, uz druge identitete, uključujući (za mnoge koji se identifikuju unutar rodne binarnosti) muško ili žensko (npr. James et al., 2016; Strauss i sur, 2017; Veale et al., 2019).

Na drugim mjestima identiteti uključuju, ali nisu ograničeni na *travesti* (u većem dijelu Latinske Amerike), *hijra* (u većem dijelu južne Azije), *khwaja sira* (u Pakistanu), *achout* (u Mijanmaru), *maknyah*, *pak-nyah* (u Maleziji), *waria* (Indonezi-ja), *kathoey*, *phuying kham phet*, *sao praphet song* (Tajland), *bakla*, *transpinay*, *transpinoy* (Filipini),

fa'afafine (Samoa), *mahu* (Francuska Polinezija, Havaji), *leiti* (Tonga), *fakafifine* (Niue), *pinapinaaine* (Tuvalu i Kiribati), *vakasalewalewa* (Fidži), *palopa* (Papua Nova Gvineja), *brotherboys* i *sister-girls* (Aboridžini i Ostrvljani Toresovog prolaza u Australiji) i *akava'ine* (Kukovo ostrvo) (npr. APTN i UNDP, 2012; Health Policy Project et al., 2015; Kerry, 2014). Širom Sjeverne Amerike takođe postoji velik broj identiteta koji se opisuju kao utemeljenje dva duha (engl. *two-spirit*) (npr. *nadleehi* u Navaho (Diné) kulturi) (Sheppard i Mayo, 2013). Identiteti na koje se svaki od tih pojmova odnosi često su kulturno složeni i mogu postojati u duhovnom ili religijskom kontekstu. U zavisnosti od dotičnih kultura i identiteta neki se mogu smatrati takozvanim "trećim rodovima" koji postoje izvan rodne binarnosti (npr. Graham, 2010; Nanda, 2014; Peletz, 2009). Neki TiRR identiteti slabije su utvrđeni od drugih. U mnogim djelovima svijeta vidljivost transrodnih muškaraca i nebinarnih transmaskulinih identiteta relativno je nova, te postoji malo ili nimalo primjenjivih tradicionalnih izraza na lokalnim jezicima (Health Policy Project et al., 2015). Bez obzira na to gdje ili s kim zdravstveni radnici rade (uključujući one koji rade s pripadnicima etničkih manjina, migrantima i izbjeglicama), moraju biti svjesni kulturnog konteksta u kojem su ljudi odrasli i žive te kako to utiče na zdravstvenu njegu.

Širom svijeta dostupnost, pristupačnost, prihvatljivost i kvalitet zdravstvene zaštite uveliko se razlikuju, što kao rezultat ima nejednakost unutar i između zemalja (OECD, 2019). U nekim zemljama formalni sistemi zdravstvene zaštite postoje uz uspostavljene tradicionalne i narodne zdravstvene sisteme, s domaćim modelima zdravlja koji podržavaju važnost holističke zdravstvene zaštite (SZO, 2019a). Zdravstveni radnici trebalo bi da budu svjesni tradicije i stvarne situacije u kojoj je zdravstvena zaštita dostupna te pružiti podršku koja uvažava lokalne potrebe i identitete TiRR ljudi, osiguravajući kulturno kompetentnu i sigurnu njegu.

Preporuka 2.3

Preporučujemo da pružaoci zdravstvenih usluga spoznaju uticaj društvenih stavova, zakona, ekonomskih okolnosti i zdravstvenih sistema na

proživljena iskustva transrodnih i rodno raznolikih ljudi širom svijeta.

Proživljena iskustva TiRR osoba uveliko se razlikuju zavisno o nizu faktora, između ostalog, društvenih, kulturnih (uključujući duhovne), pravnih, ekonomskih i geografskih. Kada TiRR osobe žive u okruženjima koja afirmišu njihov rodni i/ili kulturni identitet, ta iskustva mogu biti vrlo pozitivna. Porodice su posebno važne u tom pogledu (npr. Pariseau et al., 2019; Yadegarfar et al., 2014; Zhou et al., 2021). Međutim, na globalnom nivou, okolnosti u kojima TiRR osobe žive često su izazovne. Obično su im uskraćena opšteprihvaćena međunarodna humanitarna prava. To uključuje pravo na obrazovanje, zdravlje i zaštitu od medicinskog zlostavljanja, rad i odgovarajući životni standard, stanovanje, slobodu kretanja i izražavanja, privatnost, sigurnost, život, porodicu, zaštitu od samovoljnog lišavanja slobode, pošteno suđenje, humano postepanje dok je osoba u pritvoru te zaštitu od mučenja, nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (International Commission of Jurists, 2007, 2017).

Opšte je prihvaćeno da uskraćivanje prava može uticati na zdravlje i dobrobit seksualnih i rodnih manjina (npr. OHCHR et al., 2016; SZO, 2015). Zato ovdje ponovo potvrđujemo važnost navedenih prava za TiRR osobe i upućujemo na dosadašnje zagovaranje tih prava u WPATH-u, uključujući brojne dokumente usmjerene na javne politike (npr. WPATH, 2016, 2017, 2019). Zdravstveni radnici mogu imati važnu ulogu pri zagovaranju prava, uključujući pravo na kvalitetnu rodno-afirmišuću zdravstvenu njegu koja je primjerena, povoljna i dostupna.

Velik broj studija širom svijeta detaljno opisuje izazove s kojima se TiRR osobe susreću u svojim životima i uticaj na njihovo zdravlje i dobrobit (npr. Aurat Foundation, 2016; Bhattacharya i 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 i Janghorbani, 2019; Veale et al., 2019; Wu et al., 2017). Istraživanja pokazuju da TiRR osobe često doživljavaju stigmatu i predrasude, kao i

diskriminaciju i uznemiravanje, zlostavljanje i nasilje, ili žive u iščekivanju i strahu od takvih postupaka. Društvene vrijednosti i neprijateljski stavovi prema TiRR osobama, koji se često prenose mladima u školskim programima (npr. Olivier i Thurasukam, 2018), takođe se ispoljavaju u situacijama u kojima ih porodica odbacuje (npr. Yadegarfar et al., 2014). Odražavaju se i u zakonima, politikama i praksama koji ograničavaju slobodu izražavanja rodnog identiteta i seksualnosti te ometaju pristup stanovanju, javnim prostorima, obrazovanju, zapošljavanju i uslugama (uključujući zdravstvenu njegu). Konačni rezultat je da su TiRR osobe obično lišene širokog spektra mogućnosti koje su dostupne njihovim cisrodnim pandanima i gurnute su na margine društva, bez podrške porodica. Da stvari budu još gore, u velikom dijelu svijeta pristup TiRR osoba zakonskom priznavanju roda je ograničen ili uopšte ne postoji (npr. ILGA World, 2020a; TGEU, 2021; UNDP i APTN, 2017). U nekim zemljama takve prepreke danas imaju podršku "rodno kritičnih teoretičara" (o čemu raspravljaju npr. Madrigal-Borloz, 2021; Zanghellini, 2020).

Nastojanja na promjeni rodnog identiteta (programi rodne reparacije ili rodne konverzije usmjereni na to da osoba postane cisrodna) široko su rasprostranjena i uzrokuju štetu TiRR osobama (npr. APTN, 2020a, 2020b, 2020c, 2021; Bishop, 2019; GIRES et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020) i (poput sličnih nastojanja usmjerenih na seksualnu orijentaciju) smatraju se neetičkim (npr. APS, 2021; Trispiotis i Purshouse, 2021; Various, 2019., 2021). Takva nastojanja mogu da se posmatraju kao oblik nasilja. Nezavisni stručnjak UN-a za zaštitu od nasilja i diskriminacije na temelju seksualne orijentacije i rodnog identiteta pozvao je na globalnu zabranu takvih praksi (Madrigal-Borloz, 2020). Sve veći broj pravosuđa zabranjuje takav rad (ILGA World, 2020b).

Nejednakost proizlazi iz niza faktora, uključujući ekonomske okolnosti i vrijednosti na kojima se temelji sistem zdravstvene zaštite, posebno u pogledu naglaska koji se stavlja na javno i privatno finansiranje, kao i samofinansiranje zdravstvene zaštite. Nedostatak pristupa odgovarajućoj i pristupačnoj zdravstvenoj njezi može dovesti do većeg oslanjanja na neformalne sisteme znanja. To

uključuje informacije o samostalnoj primjeni hormona, koja se u mnogim slučajevima sprovodi bez potrebnog medicinskog nadzora ili kontrole (npr. Do et al., 2018; Liu et al., 2020; Rashid et al., 2022; Reisner i sur, 2021; Winter i Doussantousse, 2009).

U nekim djelovima svijeta veliki broj transrodnih žena koristi silikon kao sredstvo za modifikovanje svojih tijela oslanjajući se na usluge "pumpača" silikona i/ili posjećujući "zabave" napumpavanja, često unutar svojih zajednica. Uprkos trenutnim rezultatima pumpanja silikonom, ta praksa donosi značajne zdravstvene rizike (npr. Aguayo-Romero et al., 2015; Bertin et al., 2019; Regmi et al., 2021), naročito u slučajevima u kojima je korišćeni industrijski silikon ili druge supstance za ubrizgavanje i u kojima je njihovo uklanjanje hirurškim putem otežano.

Konačno, ishodi seksualnog zdravlja za TiRR osobe su loši. Prevalencija HIV-a kod transrodnih žena, prijavljena kliničkim organizacijama u metropolitanskim područjima, je oko 19% u cijelom svijetu, što je 49 puta više od pozadinske stope prevalencije u opštoj populaciji (Baral et al., 2013). Ishodi seksualnog zdravlja transrodnih muškaraca takođe su problematični (npr. Mujugira et al., 2021).

Preporuka 2.4

Preporučujemo da se prevodi SNj-e usredsrede na međukulturnu, konceptualnu i praktičnu jednakost kako bi se osigurala usklađenost s temeljnim načelima koja podstiču SNj-8.

Veliki dio istraživačke literature o TiRR osobama nastaje u zemljama s visokim prihodom i u zemljama engleskog govornog područja. Perspektive globalnog sjevera o TiRR ljudima (uključujući i one povezane s potrebama i mogućnostima pružanja zdravstvene zaštite) dominiraju ovom literaturom. Pretražujući bazu podataka *Scopus* iz maja 2021, autori Standarda njege uvidjeli su da 99% literature o zdravstvenoj njezi za transrodne osobe dolazi iz Evrope, Sjeverne Amerike, Australije ili Novog Zelanda. Sve u svemu, 96% literature je na engleskom jeziku. TiRR osobe globalnog juga privlače malo pažnje u literaturi na engleskom jeziku, a radovi onih zdravstvenih radnika koji saraduju s njima često nisu prepoznati, objavljeni

ili prevedeni na engleski. Primjena izvora izrađenih na globalnom sjeveru dovodi do rizika da će biti previđeni značaj i nijanse lokalnog znanja, kao i kulturni okviri i prakse, te da će se propustiti prilike za učenje iz rada drugih.

Prilikom prevođenja načela navedenih u SNj-e, preporučujemo da slijedite smjernice najbolje prakse za prevođenje kako biste osigurali izradu visokokvalitetnih pisanih izvora koji su kulturno i jezično prikladni lokalnoj situaciji. Važno je da prevodioci posjeduju znanje o TiRR identitetima i kulturama kako bi provjerili jesu li bukvalni prijevodi kulturološki kompetentni i sigurni za lokalne TiRR osobe. Prevod takođe treba slijediti utvrđene procese za osiguranje kvaliteta (Centers for Medicare i Medicaid Services, 2010; Sprager i Martinez, 2015).

Preporuka 2.5

Preporučujemo da zdravstveni radnici i kreatori javnih politika uvijek primjenjuju temeljna načela osme verzije SNj-e u svom radu s transrodnim i rodno raznolikim osobama kako bi osigurali poštovanje ljudskih prava i pristup odgovarajućoj i kompetentnoj zdravstvenoj njezi, uključujući sljedeće:

Opšta načela

- Budite osnažujući i uključivi. Radite na smanjenju stigme i olakšajte pristup odgovarajućoj zdravstvenoj njezi svima koji je traže.
- Poštujte različitost. Poštujte sve klijente i sve rodne identitete. Ne patologizujte razlike u rodnom identitetu ili izražavanju.
- Poštujte univerzalna ljudska prava, uključujući pravo na tjelesni i mentalni integritet, autonomiju i samoodređenje, pravo na slobodu od diskriminacije i pravo na najviši mogući standard zdravlja.

Načela za razvoj i sprovođenje odgovarajućih usluga i pristupačne zdravstvene zaštite

- Uključite TiRR osobe u razvoj i implementaciju usluga.
- Osvijestite društvene, kulturne, ekonomske i pravne faktore koji mogu uticati na zdravlje (i potrebe zdravstvene za-

štite) transrodnih i rodno raznolikih osoba, kao i na spremnost i sposobnost osobe da pristupi uslugama.

- Pružite zdravstvenu njegu (ili se obratite iskusnim kolegama) koja afirmiše rodne identitete i rodna izražavanja, uključujući zdravstvenu njegu koja smanjuje tjeskobu povezanu s rodnom disforijom (ako je prisutna).
- Odbacite pristupe kojima je cilj ili ishod konverzija i izbjegavajte pružanje bilo kakve direktne ili indirektna podrške takvim pristupima ili uslugama.

Načela za pružanje kompetentnih usluga

- Upoznajte se (prođite obuku, ako je to moguće) s potrebama zdravstvene zaštite transrodnih i rodno raznolikih osoba, uključujući koristi i rizike rodno-afirmišuće njege.
- Uskladite pristup tretmanu sa specifičnim potrebama klijenata, posebno njihovim ciljevima vezanim za rodni identitet i rodno izražavanje.
- Usredsredite se na promovisanje zdravlja i dobrostanja, a ne samo na smanjenje rodne disforije, koja može, ali i ne mora biti prisutna.
- Posvetite se pristupima smanjenja štete gdje je to prikladno.
- Omogućite potpuno i kontinuirano informisano učestvovanje transrodnih i rodno raznolikih osoba u donošenju odluka o sopstvenom zdravlju i dobrobiti.
- Poboljšajte iskustva zdravstvenih usluga, uključujući ona povezana s administrativnim sistemima i kontinuitetom njege.

Načela za rad na poboljšanju zdravlja u kontekstu šire zajednice

- Povežite ljude sa zajednicama i mrežama podrške.
- Podržavajte i zastupajte korisnike unutar njihovih porodica i zajednica (škole, radna mjesta i druga okruženja) gdje je to prikladno.

Već smo citirali istraživanja koja detaljno opisuju širok raspon izazova s kojima se TiRR osobe mogu

suočiti; socijalno-ekonomske i pravne prepreke, kao i one koje se odnose na pristup zdravstvenoj zaštiti. Premda su inače širom svijeta zdravstvene usluge raznovrsne u smislu dostupnosti, pristupačnosti i kvaliteta, usluge koje su dostupne TiRR osobama uglavnom su neadekvatne. Brojni izvještaji iz različitih dijelova svijeta pokazuju da, iako TiRR osobe mogu prijaviti pozitivna iskustva zdravstvene zaštite, mnoge to ne čine (npr. 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). Zdravstvene mogućnosti često ne zadovoljavaju njihove potrebe za opštom, seksualnom ili rodno-afirmišućom zdravstvenom njegom. Standardni postupci upravljanja potrebama pacijenata u klinikama i bolnicama često zanemaruju rodne identitete TiRR pacijenata (uključujući i to kako se pacijenti identifikuju mimo binarnosti rodova). Pacijenti mogu biti smješteni na odjeljenjima koja su rodno neprikladna za njih, što ih dovodi u opasnost od seksualnog uznemiravanja. TiRR pacijenti često se susreću s neobazrivošću ili neprijateljskim stavovima zdravstvenih radnika i pomoćnog osoblja, a suočavaju se i s mogućnošću odbijanja pružanja zdravstvenih usluga. Vrlo je zabrinjavajuće što su zdravstveni radnici u nekim djelovima svijeta uključeni u nastojanja na promjeni rodnog identiteta koja su opisana ranije u ovom poglavlju.

Širom svijeta postoje mnoge druge prepreke pružanju rodno-afirmišuće zdravstvene zaštite. Zdravstveni radnici često možda nisu voljni da pruže usluge koje TiRR osobe traže. U nekim zemljama mogu postojati zakoni ili propisi koji im to zabranjuju ili ih sprečavaju u tome. Kada doktori opšte prakse i drugi pružaoci zdravstvenih usluga nemaju pristup jasnim smjernicama na svom jeziku, to ih može odvratiti od pružanja usluga. Čak i u situacijama u kojima je zdravstvena zaštita dostupna, pacijentima je toj njezi možda teško pristupiti zbog udaljenosti, kao i kontrole pristupa i problema s ponudom i potražnjom koji za rezultat dugu listu čekanja ili povećane troškove. Štoviše, rodno-afirmišući zahvati možda nisu ni uključeni u opštu zdravstvenu njegu ni pokriveni

privatnim osiguranjem, iako slični zahvati mogu biti pokriveni za cisrodne pacijente.

Zbog svih tih razloga, mnoge TiRR osobe izbjegavaju korišćenje formalnih zdravstvenih usluga kad god mogu. Njihove vlastite zajednice obično ispunjavaju tu prazninu, djelujući kao važni resursi za svoje članove. One pružaju društvenu i emocionalnu podršku, nerijetko u neprijateljskom okruženju. Osim toga, često služe kao riznica zajedničkih informacija o dostupnim opcijama zdravstvene zaštite, uključujući i paralelne i neformalne opcije zdravstvene zaštite, mimo konvencionalne medicine, koje su povoljnije i kojima je lakše pristupiti. Kao što smo vidjeli ranije u ovom poglavlju, to često uključuje razmjenu informacija o silikonima i drugim supstancama za ubrizgavanje usmjerenim prema tjelesnoj transformaciji, te o hormonima koje same primjenjuju

bez potrebne medicinske kontrole ili nadzora. SZO napominje da bi TiRR osobe koje samostalno uzimaju rodno-afirmišuće hormone imale koristi od pristupa informacijama utemeljenim na dokazima, kvalitetnim proizvodima i sterilnoj opremi za ubrizgavanje (SZO, 2021). Pristup tim informacijama može biti dio šireg procesa smanjenja povreda (npr. Idrus i Hyman, 2014).

Sprovođenje navedenih temeljnih načela u praksi može poboljšati iskustvo zdravstvene zaštite TiRR osoba i promovirati poštovanje prema njima u svim lokalnim kontekstima. To se može dogoditi bez obzira na činjenično stanje sistema zdravstvene zaštite (uključujući kulturni, društveni, pravni i ekonomski kontekst u kojem se zdravstvena zaštita pruža), nivo dostupnosti usluga ili TiRR osobe koje traže te usluge.

POGLAVLJE 3 Procjene populacije

Svjetska strukovna organizacija za zdravlje transrodnih osoba (engl. *World Professional Association for Transgender Health*, WPATH) u prethodnom izdanju, SNj-7, identifikovala je manji korpus članaka o procjeni broja transrodne i rodno raznolike (TiRR) populacije te je opisala trenutni presjek naučnih spoznaja kao “polaznu tačku” koja zahtijeva dalje, sistemsko proučavanje (Coleman et al., 2012). Od tada se literatura o toj temi značajno povećala, o čemu svjedoče brojni noviji transparentni radovi u kojima su se nastojali objediniti prikupljeni rezultati (Arcelus et al., 2015; Collin et al., 2016; Goodman et al., 2019; Meier i Labuski, 2013; Zhang et al., 2020).

Prilikom pregleda epidemioloških podataka o TiRR populaciji u literaturi treba izbjegavati izraze poput “incidencija” i “prevalencija”. Izbjegavanje ovih i sličnih izraza može spriječiti neprikladnu patologizaciju TiRR osoba (Adams et al., 2017; Bouman et al., 2017). Štoviše, izraz “incidencija” možda nije primjenjiv u ovoj situaciji jer pretpostavlja da TiRR status ima lako prepoznatljivo vrijeme početka, što je preduslov za izračunavanje procjene incidencije (Celentano i Szklo, 2019). Zbog navedenih razloga, preporučujemo korišćenje izraza “broj” i “procenat” za označavanje apsolutne i relativne veličine TiRR populacije.

Prilikom pregleda literature bilo bi najvažnije razmotriti varijabilne definicije primijenjene na TiRR populaciju (Collin et al., 2016; Meier i Labuski, 2013). Podaci o TiRR osobama u kliničkim ispitivanjima su obično ograničeni na osobe kojima je taj status dijagnostikovao, na one koje su zatražile savjetovanje, koje su zatražile terapiju ili koje su pristupile rodno-afirmišućoj terapiji, dok se istraživanje zasnovano na anketama obično oslanja na širu, inkluzivniju definiciju zasnovanu na rodnim identitetima, onako kako se o njima izjašnjavaju.

Drugo metodološko razmatranje o procjeni veličine i rasprostranjenosti TiRR populacije proizlazi iz potrebe da se razumiju komponente načina uzorkovanja. Kao što je navedeno u nedavnim pregledima (Goodman et al., 2019; Zhang et al., 2020), u mnogim objavljenim studijama, posebno onima koje su sprovedene prije više od deset godi-

na, prvo se procjenjivao broj pacijenata pregledanih u određenom kliničkom centru, a zatim se taj broj dijelio s približnom veličinom populacije. Time se nije mogla dobiti tačna procjena jer brojilac u proračunima nije nužno uključen u imenilac, a prava veličina imenioca često je bila nepoznata.

Imajući navedeno na umu, preporučljivo je usredsrediti se na novije, recenzirane studije (objavljene u zadnjoj deceniji) koje su koristile provjerenu metodologiju u identifikaciji TiRR osoba unutar dobro definisanog modela uzorkovanja. Zbog svega navedenog, ovo poglavlje se temelji na istraživanjima koja zadovoljavaju sljedeće kriterijume uključivanja: 1) objavljeni su 2009. godine ili kasnije; 2) koriste jasnu definiciju TiRR statusa; 3) izračunati udio TiRR osoba temelji se na dobro definisanom imeniocu populacije i 4) prošle su stručnu recenziju. Takva istraživanja mogu dati preciznije, savremene procjene.

Dostupna istraživanja mogu se podijeliti u tri grupe: 1) ona koja su prikazala procenat TiRR osoba među osobama uključenim u velike sisteme zdravstvene zaštite; 2) ona koja su predstavila rezultate anketa stanovništva pretežno odraslih učesnika i 3) ona koja se temelje na anketama sprovedenim u školama. Od te tri kategorije u nastavku su sažete najinformativnije i metodološki najkvalitetnije studije. Dodatne pojedinosti o ovim i drugim sličnim istraživanjima mogu se pronaći u novijim pregledima literature (Goodman et al., 2019; Zhang et al., 2020).

Sva istraživanja kojima se procjenjivala veličina TiRR populacije uključene u velike zdravstvene sisteme sprovedena su u SAD-u i sva se oslanjaju na podatke dobijene iz elektronskih zdravstvenih kartona. Četiri od njih oslanjala su se isključivo na dijagnostičke kodove za utvrđivanje TiRR populacije; dva istraživanja (Blosnich et al., 2013; Kauth et al., 2014) koristila su podatke iz sistema Uprave za zdravlje veterana (engl. *Veterans Health Affairs*), koja brine za više od devet miliona ljudi, a ostala dva (Dragon et al., 2017; Ewald et al., 2019) koristila su podatke o potraživanjima iz američkog programa zdravstvenog osiguranja *Medicare*, koji primarno osigurava osobe starije od 65 godina. Udio TiRR osoba prikazan u istraživanjima zasnovanim na dijagnostičkom kodu kretao se od prib-

ližno 0,02% do 0,03%. Još je jedna novija publikacija koristila podatke *Medicare*, s podacima o potraživanjima iz komercijalnog osiguranja, za identifikaciju TiRR osoba i primijenila šire kriterijume uključivanja da bi dijagnostičke kodove dopunila informacijama o zahvatima i hormonskoj terapiji (Jasuja et al., 2020). Korišćenjem te metodologije procenat TiRR osoba među svim osobama u uključenim planovima zdravstvene zaštite bio je 0,03%. Šesta studija temeljena na podacima iz zdravstvenih sistema (Quinn et al., 2017) sprovedena je na *Kaiser Permanente* planovima u američkim državama Džordžiji i Kaliforniji. Ti planovi obuhvataju njegu za približno osam miliona osiguranih osoba, bilo da su osigurani preko svojih poslodavaca, vladinih programa ili samostalno. TiRR populacija u studiji *Kaiser Permanente* potvrđena je korišćenjem dijagnostičkih kodova i kliničkih bilješki u svim starosnim grupama. Udio TiRR osoba identifikovanih u konzorcijumu *Kaiser Permanente* bio je veći od razmjernog udjela izraženog u studijama koje su se oslanjale na Upravu za zdravlje veterana i *Medicare*, s najnovijim procjenama u rasponu od 0,04 do 0,08%.

Za razliku od rezultata istraživanja temeljenih na podacima iz zdravstvenog sistema, rezultati anketa koje su se oslanjale na komunicirani TiRR status dale su mnogo više procjene. Dva američka istraživanja iskoristile su Studiju o praćenju faktora rizika ponašanja (BRFSS), odnosno godišnju telefonsku anketu koja se sprovodi u svih pedeset saveznih država i teritorija SAD-a (Conron et al., 2012; Crissman et al., 2017). Prvo istraživanje koristilo je podatke iz ciklusa BRFSS-a 2007. – 2009. u državi Masačusets, a drugo podatke BRFSS-a iz 2014. godine iz devetnaest saveznih država i teritorije Guam. Oba istraživanja donose podatke da je otprilike 0,5% odraslih učesnika (starijih od 18 godina) odgovorilo s "da" na pitanje "Smatrate li se transrodnom osobom?"

Internetska anketa, sprovedena na uzorku holandskog stanovništva starosti od 15 do 70 godina (Kuyper i Wijzen, 2014), na Likertovoj skali s pet mogućih odgovora, sadržavala je pitanja: "Možete li da navedete u kojoj mjeri psihološki doživljavate sebe kao muškarca?" i "Možete li da navedete u kojoj mjeri psihološki doživljavate sebe

kao ženu?" Ispitanici su smatrani "rodno ambivalentnim" ako su dali istu ocjenu za obje izjave i "rodno inkongruentnim" ako su dali nižu ocjenu za pol pripisan pri rođenju nego za rodni identitet. Udio ispitanika koji je potvrdio inkongruentan i ambivalentan rodni identitet iznosio je 1,1%, odnosno 4,6% za osobe kojima je pri rođenju pripisan muški pol (engl. *assigned male at birth*, AMAB), te 0,8%, odnosno 3,2% za osobe kojima je pri rođenju pripisan ženski pol (engl. *assigned female at birth*, AFAB).

Slično osmišljeno istraživanje dalo je procjenu udjela TiRR stanovnika u Flandriji (Belgiji) koristeći uzorak iz nacionalnog registra (Van Caenegem, Wierckx et al., 2015). Ispitanici je trebalo da ocijene izjave "Osjećam se kao žena" i "Osjećam se kao muškarac" na Likertovoj skali, birajući između pet ponuđenih odgovora. Koristeći iste definicije kao i u holandskoj studiji (Kuyper i Wijzen, 2014), udio rodno inkongruentnih osoba bio je 0,7% za AMAB osobe i 0,6% za AFAB osobe. Procjene za rodnu ambivalentnost među AMAB i AFAB osobama bile su 2,2%, odnosno 1,9%.

Novija studija koja se temelji na ukupnom broju stanovništva, procjenjivala je udio TiRR osoba na uzorku od oko 50.000 odraslih stanovnika okruga Stockholm (Švedska) (Åhs et al., 2018). Brojilac je određen tako što je ispitanicima postavljeno sljedeće pitanje: "Želim hormone ili operaciju da više budem kao neko drugog pola". Dvije dodatne stavke osmišljene su za identifikaciju osoba koje doživljavaju rodnu inkongruenciju: "Osjećam se kao neko drugog pola" i "Želio bih da živim kao osoba drugog pola ili da me tretiraju kao osobu drugog pola". Potrebu za hormonskom terapijom ili rodno-afirmišućom operacijom izrazilo je 0,5% ispitanika. Osobe koje su izjavile da se osjećaju kao osobe drugog roda i one koje su željele živjeti ili biti tretirane kao osobe drugog roda činile su 2,3%, odnosno 2,8% ukupnog uzorka.

Podaci o populaciji izvan Sjeverne Amerike i zapadne Evrope rjeđe su dostupni. Novije istraživanje sadrži vrijedne podatke iz ankete koja je obuhvatila 6.000 odraslih u Brazilu (Spizzirri et al., 2021). Rodni identitet učesnika procijenjen je prema trima pitanjima: 1) "Koja od sljedećih opcija najbolje opisuje kako se trenutno osjećate?" (opcije: "Osjećam da sam muškarac", "Osjećam da sam

žena" i "Osjećam da nisam ni muškarac ni žena"); 2) "Koji je pol upisan na vašem rodnom listu?" (opcije: "muško", "žensko" i "neodređeno") i 3) "S kojom od situacija se najviše poistovjećujete?" (opcije: "Rođen/-a sam kao muško, ali se osjećam kao žensko od djetinjstva"; "Rođen/-a sam kao žensko, ali se osjećam kao muško od djetinjstva", "Rođen/-a sam kao muško i osjećam se ugodno u svom tijelu" i "Rođen/-a sam kao žensko i osjećam se ugodno u svom tijelu"). Na temelju odgovora na ta tri pitanja, autori su utvrdili da je među ispitanicima 1,9% TiRR osoba (0,7% je ispitanika definisano kao transrodno, a 1,2% kao nebinarne osobe).

Literatura o procentu mladih TiRR osoba u populaciji (osobe mlađe od 19 godina) uključuje nekoliko anketnih istraživanja sprovedenih u školama. Nacionalnom presječnom anketom iz 2012. na Novom Zelandu prikupljeni su podaci o TiRR identitetima među učenicima srednjih škola (Clark et al., 2014). Među više od 8.000 učesnika ankete, 1,2% samoidentifikovalo se kao TiRR osoba, a 2,5% izjavilo je da nisu sigurni. Druga studija o djeci školskog uzrasta utemeljena je na anketi sprovedenoj na učenicima 9. i 11. razreda (starosti od 14 do 18 godina) iz 2016. godine u američkoj saveznoj državi Minesoti (Eisenberg et al., 2017). Od gotovo 81.000 ispitanika, 2,7% izjavilo je da su TiRR osobe. Novija studija (Johns et al., 2019) predstavila je rezultate Ankete o rizičnom ponašanju mladih (YRBS), koja se sprovodi svake dvije godine među lokalnim, državnim i nacionalno reprezentativnim uzorcima američkih srednjoškola od 9. do 12. razreda (približnog uzrasta od 13 do 19 godina). YRBS ciklus iz 2017. godine sproveden je u deset država i devet velikih urbanih područja i uključivao je sljedeće pitanje: "Neki ljudi sebe opisuju kao transrodne osobe kada njihov pol pri rođenju ne odgovara onome što misle ili osjećaju o svom rodu. Jeste li transrodna osoba?" Od gotovo 120.000 ispitanika na devetnaest lokacija, 1,8% je odgovorilo: "Da, ja sam transrodna osoba", a 1,6% je odgovorilo: "Nisam siguran jesam li transrodna osoba".

Još jedno, nedavno objavljeno istraživanje u školama u SAD-u predstavilo je rezultate ankete iz 2015. godine, sprovedene na Floridi i u Kaliforniji s ciljem identifikovanja rodno raznolike djece i

adolescenata na uzorku od nešto više od 6.000 učenika od 9. do 12. razreda (Lowry et al., 2018). Izraz "visoko rodno nenormativna osoba" korišćen je za definisanje AMAB djece koja su izjavila da su vrlo/uglavnom/donekle ženstvena ili AFAB djece koja su izjavila da su vrlo/uglavnom/donekle muževna. Na temelju tih definicija, udio TiRR osoba među ispitanicima je 13% među AMAB djecom, 4% među AFAB djecom i 8,4% ukupno.

Tek je jedna studija ispitala udio samoidentifikovane TiRR djece u mlađoj starosnoj grupi. Shields i saradnici analizirali su podatke ankete iz 2011. godine, sprovedene na uzorku od 2.700 učenika od 6. do 8. razreda (od 11 do 13 godina) u dvadeset i dvije javne, osnovne škole u San Franciscu (Shields et al., 2013). Trideset troje djece se samoidentifikovalo kao TiRR osoba na osnovu pitanja "Kojeg ste roda?" pri čemu su mogući odgovori bili "žensko, muško ili transrodna osoba". Dobijeni udio transrodnih osoba u anketi iznosio je 1,3%. Međutim, ta bi definicija isključila TiRR osobe koje se samoidentifikuju kao nebinarne i one koje se eksplicitno ne identifikuju kao transrodne osobe.

Cjelokupno gledajući, ovi podaci, u istraživanjima utemeljenim na podacima zdravstvenog sistema, koja su se oslanjala na dijagnostičke kodove ili druge dokaze zabilježene u zdravstvenim kartonima (Blosnich et al., 2013; Dragon et al., 2017; Ewald et al., 2019; Kauth et al., 2014; Quinn et al., 2017), ukazuju na to da su se procenti TiRR osoba zabilježeni posljednjih godina (2011 – 2016.) kretali od 0,02% do 0,08%. Nasuprot tome, kada je TiRR status utvrđen na temelju samoidentifikacije, odgovarajući procenti bili su nekoliko puta veći i razumno dosljedni ako su istraživanja koristila slične definicije. Kada se anketama konkretno postavilo pitanje o "transrodnom" identitetu, procjene su se kretale od 0,3% do 0,5% kod odraslih i od 1,2% do 2,7% kod djece i adolescenata. Kada je definicija proširena da bi uključila šire manifestacije rodne raznolikosti, poput rodne inkongruencije ili rodne ambivalentnosti, odgovarajući procenti bili su nekoliko nivoa veći: 0,5% do 4,5% među odraslima i 2,5% do 8,4% među djecom i adolescentima.

Kao što je navedeno na drugom mjestu (Goodman et al., 2019), još jedno značajno zapažanje je

Sažetak utvrđenih udjela TiRR osoba u opštoj populaciji

Studije temeljene na podacima iz zdravstvenog sustava: 0,02 – 0,1%

Anketna istraživanja među odraslima: 0,3 – 0,5% (transrodni), 0,3 – 4,5% (svi TiRR identiteti)

Anketna istraživanja među djecom i adolescentima: 1,2 – 2,7% (transrodni), 2,5 – 8,4% (svi TiRR identiteti)

kontinuirano povećanje veličine i sastava TiRR populacije s trendom rasta procenta TiRR osoba u sistemu zdravstvene zaštite, zabilježenih u anketama stanovništva, kao i u podacima o pravnom prepoznavanju roda. Više procjene uočene u novijoj literaturi podržavaju neke od prethodnih publikacija koje ukazuju da je udio TiRR populacije vjerojatno bio potcijenjen u ranijim istraživanjima (Olyslager i Conway, 2008).

Vremenski trendovi odnosa AMAB-a i AFAB-a takođe su zabilježeni u istraživanjima koja analiziraju upućivanje na klinike, kao i podatke iz integriranih zdravstvenih sistema. Taj odnos se promijenio od pretežno AMAB statusa u prethodnim decenijama do pretežno AFAB statusa posljednjih godina, naročito među TiRR mladima (Aitken et al., 2015; de Graaf, Carmichael et al., 2018; de Graaf, Giovanardi et al. 2018; Steensma et al., 2018; Zhang et al., 2021). Trend rasta procenta TiRR osoba u mlađim starosnim grupama, kao i starosne razlike u odnosu AMAB-a prema AFAB-u, vjerojatno predstavljaju "efekat kohorte" koji odražava društveni i politički napredak, promjene u uzorcima upućivanja, bolji pristup zdravstvenoj zaštiti i medicinskim informacijama, manje izraženu kulturnu stigmatu i druge promjene koje imaju različit uticaj na generacije (Ashley 2019d; Pang et al., 2020; Zhang et al., 2020).

Uprkos porastu kvaliteta objavljenih istraživanja, značajno ograničenje predstavlja činjenica da je i dalje relativno malen broj recenziranih publikacija izvan zapadne Evrope ili Sjeverne Amerike. Neke od relevantnih informacija o globalnim procjenama mogu se dobiti iz izvještaja vlada ili nevladinih organizacija (Fisher et al., 2019; Kasianczuk i Trofymenko, 2020), ali njih je teško sistemski identifikovati i procijeniti dok se ne pojave u recenziranim publikacijama. Ostale prepreke za procjenu globalne rasprostranjenosti TiRR populacije uključuju neadekvatan pristup demografskim podacima i preveliku zastupljenost publikacija na engleskom jeziku u svjetskoj literaturi.

Uprkos tim ograničenjima, najkvalitetniji dostupni podaci jasno ukazuju na to da TiRR osobe

predstavljaju znatan i rastući udio u opštoj populaciji. Na temelju trenutno dostupnih i pouzdanih dokaza, ovaj udio može varirati od nekoliko desetina procenata do nekoliko procentnih bodova, što zavisi od kriterijuma uključivanja, starosne grupe i geografske lokacije. Tačne procjene udjela, rasprostranjenosti i sastava TiRR populacije, kao i predviđanja resursa potrebnih za adekvatnu podršku njihovim zdravstvenim potrebama trebalo bi da se oslanjaju na sistemski prikupljane i sada sve dostupnije podatke visokog kvaliteta. Potrebno je kontinuirano i rutinski prikupljati podatke da bi se smanjila varijabilnost te prekomjerne ili nedovoljne procjene rezultata. Na primjer, procjene će biti daleko tačnije i preciznije kada se u popisu stanovništva počnu sistemski prikupljati podaci i izvještavati i o polu pripisanom pri rođenju i rodnom identitetu, uključujući aseksualne i nebinarne kategorije, koristeći već dobro potvrđenu metodu u dva koraka. Prvu takvu procjenu temeljenu na popisu stanovništva objavila je kanadska nacionalna kancelarija za statistiku. Na temelju podataka iz popisa stanovništva iz 2021. godine, 100.815 od 30,5 miliona Kanađana samoidentifikovalo se kao transrodna ili nebinarna osoba; to je činilo 0,33% stanovništva u starosti od 15 godina ili više (Statistics Canada, 2022). U skladu s objavljenom literaturom, procenti transrodnih i nebinarnih osoba bili su mnogo veći za generaciju Z (osobe rođene između 1997. i 2006. godine, 0,79%) i milenijalce (osobe rođene između 1981. i 1996. godine, 0,51%) nego za generaciju X (osobe rođene između 1966. i 1980. godine, 0,19%), *baby boomere* (osobe rođene između 1946. i 1965. godine, 0,15%) te međuratnu i "najveću" generaciju (osobe rođene 1945. ili ranije, 0,12%). Iako ti rezultati predstavljaju najpouzdanije podatke dostupne do danas, nije poznato kako se procenti stanovništva objavljeni u Kanadi mogu porediti s onima u drugim zemljama. Varijabilnost u definicijama onoga što čini TiRR populaciju i razlike u metodama prikupljanja podataka mogu se dodatno smanjiti jačanjem međunarodne saradnje.

POGLAVLJE 4 Obrazovanje

Ovo poglavlje pružice opšti pregled literature koja se odnosi na obrazovanje o zdravstvenoj zaštiti prilagođenoj potrebama transrodnih i rodno raznolikih osoba (TiRR). Preporuke se nude na vladinom, nevladinom i institucionalnom nivou te na nivou pružaoca zdravstvenih usluga s ciljem povećanja pristupa kompetentnoj, saosjećajnoj zdravstvenoj zaštiti. Time bi se trebalo poboljšati zdravstveni rezultati u TiRR populaciji. Budući da se radi o poglavlju uvrštenom tek u ovu verziju Standarda njege Svjetske strukovne organizacije za zdravlje transrodnih osoba (WPATH), namjera je postaviti temelje za područje obrazovanja i pozvati na širu i dublju raspravu među edukatorima i zdravstvenim radnicima.

Zdravstveni radnici uključeni u njegu transrodnih osoba obuhvataju širok raspon disciplina. Zdravstveno obrazovanje znatno se razlikuje po zemljama ili regijama u smislu strukture, licenciranja i zdravstvene politike. Objavljena literatura o obrazovanju u području zdravstvene zaštite za TiRR osobe uglavnom je iz Sjeverne Amerike, Evrope, Australije i s Novog Zelanda. Ovo poglavlje ne daje pregled obrazovne literature za svaku disciplinu, potrebe specifične za svaku disciplinu (koje se mogu pronaći u relevantnim poglavljima) ili potrebe specifične za sistem zdravstvenog obrazovanja svake zemlje/regije. Potrebno je više razumijevanja i istraživanja na raskršću sistema zdravstvenog obrazovanja i licenciranja te zdravlja transrodnih osoba širom svijeta.

Na globalnom nivou, obrazovanje o zdravstvenoj podršci TiRR osobama imperativ je ako se žele razriješiti nacionalne i međunarodne zdravstvene razlike. Kulturna kompetencija povezana s TiRR zajednicama i dalje nedostaje. Grupa Svjetske banke (The World Bank Group, 2018) izvještava o široko rasprostranjenj oj diskriminaciji, uznemiravanju, nasilju i zlostavljanju koji pogađaju TiRR osobe. Ona takođe navodi da su TiRR osobe grupa koja se suočava s najvećim stopama nasilja i diskriminacije (ibid.). Iako mnoge zemlje s višim prihodima imaju nacionalne antidiskriminacijske zakone, s rodnim identitetom kao zaštićenim svojstvom, diskriminacija na radnom mjestu, u obra-

zovanju i zdravstvenoj njezi i dalje je problematična (ibid.).

U svim disciplinama i na svim nivoima nastavnih planova i programa – dodiplomskoj i diplomskoj, u specijalističkom ili cjeloživotnom obrazovanju – istorijski je ignorisano kulturno ili kliničko obrazovanje o zdravlju TiRR osoba. Udruženi komitet (SAD) preporučio je zdravstvenim organizacijama da "pruže obrazovne programe i forume koji podržavaju jedinstvene potrebe LGBT zajednice" i "ponude obrazovne mogućnosti vezane za zdravstvene probleme LGBT osoba" (The Joint Commission, 2011). Međutim, to se ne sprovodi.

Na individualnom nivou, nekoliko pitanja zahtijeva odgovore. Koja se vrsta obrazovnih intervencija može najdjelotvornije suočiti s transfobijom i dovesti do dugotrajnih promjena u stavovima? Koje intervencije mogu proizvesti povećanje broja pružaoca njege u ovom području, kao i broja TiRR osoba koje primaju njegu? Povećava li klinička izloženost s vremenom samouvjerenost pružaoca usluga? Koje obrazovne intervencije dovode do poboljšanih zdravstvenih ishoda u TiRR populaciji i, ako je to slučaj, kada i kako su te intervencije to postigle? Iako su zdravstvene struke počele uključivati TiRR zdravlje u obrazovanje koristeći različite modalitete i na različitim nivoima obuke, ta se nastojanja razlikuju u zavisnosti od zdravstvene struke i nisu ugrađena u sistem ni sistematična (npr. Brennan et al., 2012; Chinn, 2013; Eliason et al., 2010; Lim et al., 2015; Obedin-Maliver et al., 2011; Rondahl, 2009).

Postizanje odmjerenosti u otvaranju kulturnom znanju i njegovom stjecanju, uz puno uvažavanje intersekcionalnosti čovječanstva, krajnji je obrazovni cilj. Ipak, ovaj početni poziv za obrazovanje usmjeren je na izgradnju temelja kulturne svijesti i kulturne kompetencije koje su trenutno slabe ili ih u većem dijelu svijeta nema.

Sve preporuke u ovom poglavlju donesene su na temelju detaljnog pregleda dokaza, procjene koristi i štete, vrijednosti i preferenci pružaoca usluga i pacijenata, kao i potrebnih resursa i izvedivosti. U nekim slučajevima uviđamo da su dokazi ograničeni i/ili usluge možda nisu dostupne ili poželjne.

Lista preporuka:

- 4.1** - Preporučujemo da sve osoblje koje radi u vladinim, nevladinim i privatnim agencijama prođe kulturno osposobljavanje usredsređeno na postepene s transrodnim i rodno raznolikim osobama s dostojanstvom i poštovanjem.
- 4.2** - Preporučujemo svoj zdravstvenoj radnoj snazi da, tokom orijentacije ili u sklopu godišnjeg ili kontinuiranog obrazovanja, prođe kulturno osposobljavanje usredsređeno na dostojanstveno ophođenje s transrodnim i rodno raznolikim osobama.
- 4.3** - Preporučujemo da ustanove uključene u obuku zdravstvenih stručnjaka razviju kompetencije i ciljeve učenja za podršku zdravlju transrodnih i rodno raznolikih osoba unutar svakog od područja kompetencija za svoju specijalnost.

Preporuka 4.1

Preporučujemo da sve osoblje koje radi u vladinim, nevladinim i privatnim agencijama prođe kulturno osposobljavanje usredsređeno na postupanje s transrodnim i rodno raznolikim osobama s dostojanstvom i poštovanjem.

Članak 1. Opšte deklaracije o ljudskim pravima Ujedinjenih nacija kaže: "Sva ljudska bića rađaju se slobodna i jednaka u dostojanstvu i pravima" (Ujedinjene nacije, 1948). Tek je nedavno ova temeljna izjava uključila priznanje da su TiRR prava ljudska prava (UNOCHR, 2018). Globalno, obuka na svim nivoima o TiRR zajednicama i dalje je nedovoljna. Sve do 2002. godine samo je 3% od 500 kompanija na listi časopisa *Fortune* imalo antidiskriminacijsku zaštitu za TiRR radnike, a nijedna nije nudila osiguranje za rodno-afirmišuću zdravstvenu zaštitu (Human Rights Campaign Foundation, 2017). Do 2022. godine, 91% kompanija na listi časopisa *Fortune* uključilo je rodni identitet u politiku nediskriminacije u SAD-u, a 66% je ponudilo zdravstveno osiguranje koje uključuje TiRR osobe. Međutim, samo 72% pruža ikakav oblik kulturnog osposobljavanja za svoju radnu snagu u podršci lezbijkama, homoseksualnim, biseksualnim, transrodnim i kvir osobama te osobama koje preispituju svoj rodni i/ili seksualni identitet (LGBTQ) (Human Rights Campaign Foundation, 2022). Nedostatak razumijevanja doprinosi sveobuhvatnoj diskriminaciji. Kada se sve uzme u obzir, ove nedosljednosti negativno utiču na zdravlje pojedinaca i zajednica, te pogoršavaju zdravstvene razlike i nejednakosti s kojima se suočavaju. U Britaniji je samo 28% TiRR radnika smatralo da je visoko rukovodstvo predano ravnopravnosti TiRR osoba; samo 21% TiRR radnika odlučilo bi da prijavi transfobično uznemiravanje na radnom mjestu (Stonewall, 2018). Od njih koji su otvoreno TiRR, 34% su zlostavljali njihovi suradnici, 35% su zlostavljali klijenti, 24% je

uskraćeno napredovanje zbog rodnog identiteta, a 11% ih je dobilo otkaz (Stonewall, 2018). U jugoistočnoj Evropi Svjetska banka je izjavila da su rasprostranjeni diskriminacija, uznemiravanje, nasilje i zlostavljanje, a TiRR osobe u toj regiji grupa su koja se suočava s najvećim stopama nasilja i diskriminacije (World Bank Group, 2018). Diskriminacija bi često ostala neprijavljena; čak 60% pojedinaca nije podnijelo prijavu zbog nedostatka povjerenja da će pritužba biti riješena, straha od daljnje diskriminacije ili ismijavanja i strepnje od autovanja (World Bank Group, 2018). Iako mnoge zemlje u regiji imaju zakone protiv diskriminacije na osnovu rodnog identiteta, diskriminacija na radnom mjestu, u obrazovanju i zdravstvenoj zaštiti ostaju problematične (World Bank Group, 2018). Odgovornost je vladinih, nevladinih i privatnih agencija u zemljama koje imaju zakone protiv diskriminacije da osiguraju prava TiRR populacije. One su stoga dužne da pronađu mjere koje bi smanjile diskriminaciju i stigmatu. Jedna od tih mjera je obrazovanje. Lokalne kulture koje podstiču stavove protiv TiRR osoba često su prepreka potrebnom obrazovanju. Iako su obuke o kulturnim kompetencijama dovele do dvosmislenih rezultata, Shepherd (2019) preporučuje da kulturno osposobljavanje koje daje prioritet lokalnim kulturnim pitanjima i usredsređuje se na vrijednosti otvorenosti, neosuđivanja i prilagodljivosti može dovesti do željenih rezultata. Sprovođenje obuke o kulturnom znanju zahtijeva vodstvo spremno da prioritzuje obuku te da uloži vrijeme, novac i ljudski kapital u pružanje početne i cjeloživotne obuke.

Preporuka 4.2

Preporučujemo svoj zdravstvenoj radnoj snazi da, tokom orijentacije ili u sklopu godišnjeg ili cjeloživotnog obrazovanja, prođe kulturno osposobljavanje usredsređeno na dostojanstveno

ophođenje s transrodnim i rodno raznolikim osobama.

U svim disciplinama i na svim nivoima nastavni planova i programa – dodiplomskoj i diplomskoj, u specijalističkom ili cjeloživotnom obrazovanju – istorijski je ignorisano TiRR kulturno ili kliničko obrazovanje. Faktori koji doprinose ovom nedostatku uključenosti obuhvataju nedostatak znanja nastavnog osoblja, iskustva i lagodnosti s tematikom, pristranost nastavnog osoblja, ograničen prostor unutar postojećeg kurikula te nedostatak smjernica o tome kako integrisati teme (McDowell i Bower, 2016). Istraživanje o nedostatku takvoga obrazovanja i potrebi za njime ne bavi se posebno zdravstvenim problemima TiRR osoba. Tačnije, postojeća literatura podvodi zdravstveno obrazovanje TiRR osoba pod širu raspravu o nedostatku kulturne i kliničke obuke usredotočene na LGBTQ osobe. Na primjer, programi mature sestrinstva uključivali su u prosjeku samo 2,12 sati nastave o LGBTQ zdravlju (Lim et al., 2015). Razumna je pretpostavka da je količina vremena posvećena zdravstvenim problemima specifičnim za TiRR osobe činila samo njegov mali dio.

Unutar šireg konteksta kompetencije za rad s LGBTQ osobama, nedostatak obuke o TiRR kulturnoj i kliničkoj kompetenciji odavno je poznat kao mana obrazovanja o zdravstvenoj zaštiti (Aldridge et al., 2021). U SAD-u program *Healthy People 2020* Odsjeka za zdravstvo i društvene usluge (United States Department of Health and Human Services, 10. aprila 2013), Nacionalna medicinska akademija (The Institute of Medicine, 2011) i Zajednička komisija (The Joint Commission, 2011) priznaju da nedostatak obrazovanja negativno utiče na mogućnost LGBTQ osoba, uključujući TiRR osobe, da dobiju odgovarajuću, medicinski nužnu njegu. Komitet za žene i jednakost Donjeg doma parlamenta Ujedinjenog Kraljevstva utvrdilo je da nedostatak obrazovanja doprinosi zdravstvenim nejednakostima TiRR osoba u Nacionalnoj zdravstvenoj službi (House of Commons Women and Equalities Committee, 8. decembra 2015). Nedostatak obrazovanja o zdravstvenoj zaštiti TiRR osoba identifikovan je u SAD-u (Obedin-Maliver et al., 2011), Velikoj Britaniji (Tollemache et al., 2021), Južnoj Africi (de

Vries et al., 2020; Taylor et al., 2018; Wilson et al., 2014), Kanadi (Bauer et al., 2014), Australiji (Riggs i Bartholomaeus, 2016), Švedskoj, Španiji, Srbiji, Poljskoj (Burgwal et al., 2021) i Pakistanu (Martins et al. al., 2020), između ostalih.

Uz razvoj kurikuluma, Shepherd (2022) navodi da su i kliničke i organizacijske komponente neophodne za poboljšanje kliničkih susreta i zadovoljstva korisnika. Na organizacijskom nivou, to poboljšanje mora biti izvodljivo, kao i lokalno i praktično orijentisano (Shepherd, 2022). Na individualnom nivou, osim osposobljavanja, zdravstvenim radnicima više će koristiti generičke osobine koje su usredsređene na vrijednosti otvorenosti, neosuđivanja i prilagodljivosti (Shepherd, 2018).

Preporuka 4.3

Preporučujemo da ustanove uključene u obuku zdravstvenih stručnjaka razviju kompetencije i ciljeve učenja za podršku zdravlju transrodnih i rodno raznolikih osoba unutar svakog od područja kompetencija za svoju specijalnost.

Svaka zdravstvena struka ima sopstvene obrazovne ustanove, administrativna tijela i tijela za licenciranje, koja se razlikuju u zavisnosti od zemlje i specijalizacije unutar struke. Čini se da nijedna velika organizacija zdravstvenih radnika, obrazovna ustanova ili tijelo za licenciranje ne zahtijeva obuku o zdravlju TiRR osoba. Iako te organizacije sve više preporučuju uključivanje obuke o zdravlju LGBTQ i interpolnih osoba, rijetko specifično navode kompetencije, vještine ili ciljeve učenja za rad s TiRR osobama unutar svoje specijalnosti. Objavljeni materijali o obrazovanju u TiRR zdravstvu prvenstveno su usredsređeni na sestrinstvo, medicinu i mentalno zdravlje te uglavnom potiču iz Sjeverne Amerike, Evrope, Australije i s Novog Zelanda. Neophodno je bolje razumijevanje zdravlja transrodnih osoba i obrazovnih sistema, kao i zahtjeva postavljenih pred medicinske/zdravstvene radnike na globalnom nivou.

Uprkos sve većoj vidljivosti TiRR osoba, pristup obrazovanim i kulturno kompetentnim zdravstvenim radnicima i dalje je neophodnost širom svijeta (James et al., 2016; Lerner et al., 2020; Müller, 2017). Nedostatak obrazovanih pružao-cazdravstvenih usluga glavna je prepreka rodno-

afirmišućoj njezi za transrodne osobe (Puckett et al., 2018; Safer et al., 2016) i doprinosi velikim razlikama u zdravstvu (Giffort i Underman, 2016; Reisman et al., 2019). Nedostatak odgovarajućeg obrazovanja o zdravlju TiRR osoba globalni je problem (Do i Nguyen, 2020; Martins et al., 2020; Parameshwaran et al., 2017) koji se javlja na svim nivoima obuke (Dubin et al., 2018) i koji prevazilazi zdravstvene discipline (Glick et al., 2020; Gunjawate et al., 2020; Johnson i Federman, 2014) i medicinske specijalnosti (Fung et al., 2020; Korpaisarn i Safer, 2018).

Izazovi ostaju jer su dosadašnje studije koristile male uzorke, uključivale jednokratnu obuku i veći broj disciplina na više nivoa profesionalnog razvoja, usredsređivale se na kratkoročne rezultate i često generalno pokrivalo znanja o LGBTQI osobama, a ne ona specifična za TiRR osobe, koja se obično stiču nakon licenciranja i koja nisu u

fokusu većine trenutno proučavanih obrazovnih intervencija (Dubin et al., 2018).

Za uspješno sprovođenje preporuka, ustanove će možda trebati da razmotre razvoj 1) sistemskih pristupa razvoju i sprovođenju kompetencija ugrađenih u sistem svake zdravstvene discipline tokom cijelog radnog vijeka stručnjaka; 2) standardizovanog ocjenjivanja za studente, uz doprinos TiRR zajednice i 3) raspodjele resursa nastavnih programa, uključujući obučeno nastavno osoblje, kao i raspodjele vremena u skladu s jasnim, sporazumnim ciljevima učenja (Dubin et al., 2018; Pratt-Chapman, 2020). Osim toga, evaluacije ovih intervencija ne bi trebalo da se usredsrede samo na ishode nego bi također trebalo da nastoje da razumiju kako, kada i zašto se ti ishodi događaju (Allen et al., 2021).

POGLAVLJE 5 Procjena odraslih osoba

U ovom poglavlju pružaju se smjernice za procjenu transrodnih i rodno raznolikih (TiRR) odraslih osoba koje traže neophodni medicinski i/ili hirurški rodno-afirmišući tretman (engl. *gender affirming medical and/or surgical treatment*, GAMST) kako bi prilagodile tijelo svom rodnom identitetu (v. preporuku 2.1 o medicinskoj neophodnosti u drugom poglavlju – Globalna primjenjivost).

Odrasle TiRR osobe su osobe koje su u svojoj zemlji stekle punoljetnost i koje žive neki oblik rodne raznolikosti. Razvojni odlomci poglavlja o adolescentima, uključujući i važnost učešća roditelja/staratelja, također mogu biti relevantni za njegu mladih osoba, čak i ako su punoljetne.

Ovim poglavljem obuhvaćeni su svi oblici rod-
nih identiteta i tranzicija, što uključuje, iako ne
jedino; muškost, ženskost, rodnu raznolikost,
nebinarnost, arodnost i evnuhe. Populacija
odraslih TiRR osoba je heterogena i razlikuje se u
zavisnosti od svojih kliničkih potreba, biološkoj,
psihološkoj i socijalnoj situaciji, kao i pristupu
zdravstvenoj njezi. Time će se svaka procjena za
GAMST morati prilagoditi znanstvenoj i kliničkoj
bazi znanja, kao i bazi znanja zajednice o prezen-
tovanom rodnom identitetu i lokalnim okolnosti-
ma. Ovim poglavljem prepoznaje se da je moguće
da se osobe suočavaju s različitim lokalnim
nivoima kliničkog ili regulatornog nadzora kada
država ili drugi akteri pružaju zdravstvenu njegu.

Rodni identitet osobe unutrašnja je identifikacija
i iskustvo. Uloga vršioca procjene je da procijeni
prisutnost rodne inkongruencije i da utvrdi even-
tualne koegzistirajuće probleme mentalnog zdravl-
ja, da ponudi informacije o GAMST-u, da podrži
TiRR osobu u razmatranju efekata/rizika GAMST-
a te da procijeni je li TiRR osoba u stanju da razu-
mije tretman koji joj se nudi te hoće li joj taj tret-
man biti od koristi. Vršilac procjene također može
pomoći TiRR osobi da razmotri opcije koje bi
mogle poboljšati rezultate GAMST-a. Ovdje
opisani pristup procjeni za GAMST pripisuje
značaj proživljenom iskustvu i samospoznaji TiRR
osobe, kao i kliničkom znanju zdravstvenog radni-
ka koji je vršilac procjene. Kao posljedica toga,
ovim pristupom, o izboru GAMST-a zajednički

odlučuju TiRR osoba i zdravstveni radnik koji vrši
procjenu, pri čemu obje strane imaju ključnu
ulogu u saradničkom donošenju odluka.

U nekim sistemima koristi se model njege za
odrasle TiRR osobe koje traže GAMST koji daje
prioritet TiRR odrasloj osobi kao donositeljki od-
luka, dok zdravstveni radnik djeluje kao savjetnik,
osim kada su u pitanju ozbiljne kontraindikacije.
Ti modeli se koriste kada se razmatra hormonska
terapija, a ne operacija, i često se nazivaju modeli
“informisanog pristanka” (Deutsch, 2011, 2016a).
U mnogim modelima se koristi skraćena procjena
koja se primarno usmjerava na sposobnost TiRR
osobe da informisano pristane i da koristi infor-
macije o GAMST-u za donošenje medicinskih od-
luka. Postoji značajna varijabilnost u takvim mod-
elima među različitim pravosuđima, sistemima i
zdravstvenim radnicima (Deutsch, 2011; Morenz
et al., 2020). Već neko vrijeme se modeli in-
formisanog pristanka koriste za pripisivanje hor-
mona u brojnim lokalnim sredinama.

Cilj ovog poglavlja je da ponudi fleksibilne glob-
alne smjernice koje treba prilagođavati lokalnim
okolnostima. Zdravstveni radnici trebaće da
odrede koji pristupi procjeni najbolje odgovaraju
potrebama u njihovim lokalnim sredinama. Evalua-
ciju ovih pristupa najbolje je sprovesti u saradnji s
TiRR osobama.

Budući da iskustva TiRR osoba obuhvataju širok
raspon rodnih identiteta i izražavanja te da TiRR
osobe imaju različite potrebe za GAMST-om, ne
postoji jedinstvena procjena koja će odgovarati
svakoj osobi ili svakoj situaciji. Nekim će TiRR
osobama možda trebati relativno kratak postupak
procjene za GAMST. Za odrasle TiRR osobe sa
složenom situacijom ili za one koje traže manje
uobičajene tretmane ili tretmane koje prate
ograničeni istraživački dokazi, biće potrebnije
opsežnije procjene uz uključivanje različitih člano-
va multidisciplinarnog tima. Procjene se mogu
vršiti lično ili telemedicinskim putem. Iako su psi-
hometrijski alati korišćeni za procjenu u nekim
slučajevima, oni nisu obavezni dio procjene za
GAMST. Savjetovanje ili psihoterapija mogu biti
od pomoći kada to zatraži TiRR osoba. Međutim,
savjetovanje ili psihoterapija posebno usmjereni na
TiRR identitet nisu uslov za procjenu ni za početak
GAMST-a. Genitalni pregledi nisu uslov za počeo-

tak GAMST-a i treba da se sprovede samo kada su klinički indikovani.

GAMST se može odvijati u različitim okruženjima. Okruženje zavisi o dostupnim sistemima zdravstvene zaštite u svakoj pojedinačnoj zemlji i može uključivati državnu/javnu zdravstvenu zaštitu, privatne ustanove, ustanove zdravstvene zaštite

u zajednici i dobrotvorne ustanove. Lokalne i regionalne okolnosti, stoga, mogu uticati na dostupnost zdravstvene zaštite. Bez obzira na okruženje, zdravstvena zaštita koja se nudi TiRR osobama trebala bi biti najviše moguće kvalitete. Svjetska strukovna organizacija za zdravlje transrodnih osoba (WPATH) zagovara laku dostupnost procjene

Lista preporuka:

5.1 – Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji vrše procjene transrodnih i rodno raznolikih odraslih osoba za fizičke tretmane:

5.1.a – da imaju licence nadležnih tijela i da su završili najmanje diplomske studije ili da su ekvivalentno osposobljeni u kliničkoj oblasti relevantnoj za ovu ulogu, a koju dodjeljuje akreditovana nadležna ustanova na nacionalnom nivou;

5.1.b – u zemljama koje zahtijevaju dijagnozu za pristup njezi, zdravstveni radnik trebalo bi da bude kompetentan da koristi najnovije izdanje Međunarodne klasifikacije bolesti (ICD) Svjetske zdravstvene organizacije u svrhe dijagnoze. U zemljama koje nisu implementirale najnoviji ICD, mogu se koristiti druge taksonomije; treba se potruditi, čim je prije moguće, uvesti korišćenje najnovijeg ICD-a;

5.1.c – da su sposobni identifikovati koegzistirajuće probleme mentalnog zdravlja ili druge psihosocijalne probleme i razlikovati ih od rodne disforije, inkongruencije i raznolikosti;

5.1.d – da su sposobni procijeniti sposobnost osobe da pristane na tretman;

5.1.e – da imaju iskustvo u procjeni kliničkih aspekata rodne disforije, inkongruencije i raznolikosti ili da su kvalifikovani da je donesu;

5.1.f – da se kontinuirano edukuju o zdravstvenoj zaštiti u vezi s rodnom disforijom, inkongruencijom i raznolikošću.

5.2 – Predlažemo da se zdravstveni radnici koji vrše procjene transrodnih i rodno raznolikih odraslih osoba koje traže rodno-afirmišući tretman povežu sa stručnjacima iz različitih disciplina u oblasti zdravlja transrodnih osoba u svrhu konsultacija i daljnog upućivanja pacijenata, ako je potrebno.

Sljedeće su preporuke u vezi sa zahtjevima za rodno-afirmišućim medicinskim i hirurškim tretmanima (sve moraju biti ispunjene):

5.3 – Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji vrše procjene transrodnih i rodno raznolikih odraslih osoba za rodno-afirmišući medicinski i hirurški tretman:

5.3.a – da preporučuju rodno-afirmišući medicinski tretman koji je zatražila TiRR osoba samo kada je iskustvo rodne inkongruencije izraženo i trajno;

5.3.b – da osiguraju ispunjavanje dijagnostičkih kriterijuma prije pokretanja rodno-afirmišućeg tretmana na područjima gdje je dijagnoza neophodna za pristup zdravstvenoj zaštiti;

5.3.c – da utvrde i isključe druge moguće uzroke vidne rodne inkongruencije prije početka rodno-afirmišućeg tretmana;

5.3.d – da osiguraju procjenu svih mentalnih stanja koja bi mogla negativno uticati na ishod rodno-afirmišućih medicinskih tretmana, uz razmatranje rizika i prednosti, prije donošenja odluke o tretmanu;

5.3.e – da osiguraju procjenu svih fizičkih zdravstvenih stanja koja bi mogla negativno uticati na ishod rodno-afirmišućih medicinskih tretmana, uz razmatranje rizika i prednosti, prije donošenja odluke o tretmanu;

5.3.f – da procijene sposobnost osobe da pristane na određeni fizički tretman prije početka ovog tretmana;

5.3.g – da procijene sposobnost TiRR odrasle osobe da razumije uticaj rodno-afirmišućih tretmana na reprodukciju i da s tom osobom razmotre reproduktivne mogućnosti prije početka rodno-afirmišućih tretmana.

5.4 – Predlažemo da, kao dio procjene za hormonski ili hirurški postupak afirmacije roda, stručnjaci koji imaju kompetencije u procjeni transrodnih i rodno raznolikih osoba koje žele medicinski tretman povezan s rodnom razmotre ulogu društvene tranzicije zajedno s tim osobama.

5.5 – Preporučujemo da transrodne i rodno raznolike odrasle osobe, koje ispunjavaju kriterijume za rodno-afirmišući medicinski i hirurški tretman, zahtijevaju jedinstveno mišljenje stručnjaka, koji ima kompetencije u procjeni transrodnih i rodno raznolikih osoba koje žele medicinski i hirurški tretman povezan s rodnom, o početku ovog tretmana.

5.6 – Predlažemo da zdravstveni radnici koji vrše procjenu transrodnih i rodno raznolikih osoba koje traže gonadektomiju razmotre najmanje 6 mjeseci hormonske terapije koja je podudarna rodnom ciljevima TiRR osobe prije nego što se TiRR osoba podvrgne nepovratnoj hirurškoj intervenciji (osim ako hormoni nisu klinički indikovani za tu osobu).

5.7 – Preporučujemo da zdravstveni radnici koji vrše procjene odraslih osoba koje žele detranziciju i koje traže hormonsku intervenciju povezanu s rodnom, hiruršku intervenciju ili oboje, koriste sveobuhvatnu multidisciplinarnu procjenu koja će uključivati dodatni stavovi iskusnog zdravstvenog radnika u oblasti transrodnog zdravlja i koja će, zajedno s dotičnom osobom, uzeti u obzir ulogu društvene tranzicije kao dio procjene.

i tretmana. Pristup procjeni i tretmanu za TiRR osobe koje traže GAMST od ključne je važnosti s obzirom na jasnu medicinsku neophodnost ovih intervencija i značajne prednosti koje one donose TiRR osobama (Aldridge et al., 2020; Byne et al., 2012). Smjernice u ovom poglavlju treba prilagoditi lokalnim, kao i individualnim, kliničkim i društvenim okolnostima.

Preporuke koje slijede temelje se na obimnoj literaturi, uključujući i literaturu koja pokazuje značajan pozitivan učinak pristupa GAMST-u, na dostupnim empirijskim dokazima, povoljnom odnosu rizika i koristi te konsenzusu najbolje stručne prakse. Baza empirijskih dokaza za procjenu odraslih TiRR osoba je ograničena. Prvenstveno uključuje pristup procjeni koji koristi specifične kriterijume koje ispituje zdravstveni radnik u bliskoj saradnji s odraslom TiRR osobom i ne uključuje nasumična kontrolna ispitivanja ili dugoročna longitudinalna istraživanja (Olsen-Kennedy et al., 2016). To je razumljivo imajući u vidu složenost i etičke zahtjeve raspoređivanja pacijenata kojima je potrebna njega u različite grupe za procjenu, kao i nedostatak sredstava za istraživanje i drugih resursa za procjenu dugoročnih ishoda pristupa procjeni.

Priprema ovih smjernica bila je složen poduhvat. Kriterijumi u ovom poglavlju značajno su revidirani u odnosu na SNj-7 kako bi se smanjili zahtjevi i nepotrebne prepreke njezi. Nadamo se da će buduća istraživanja sagledati djelotvornost ovog modela, kao i modela procjene hormonske terapije i hirurških zahvata koji se razvijaju da bi se postigla stalna poboljšanja.

Sve preporuke u ovom poglavlju donesene su na temelju detaljnog pregleda dokaza, procjene koristi i štete, vrijednosti i preferenci pružaoca usluga i pacijenata, kao i potrebnih resursa i izvedivosti. U nekim slučajevima uviđamo da su dokazi ograničeni i/ili usluge možda nisu dostupne ili poželjne.

Preporuka 5.1

Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji vrše procjene transrodnih i rodno raznolikih odraslih osoba za tretmane afirmacije roda:

Preporuka 5.1.a

Da imaju licencu nadležnih tijela i da su završili najmanje diplomske studije ili da su ekvivalentno osposobljeni u kliničkoj oblasti relevantnoj za ovu ulogu, a koju dodjeljuje akreditovana nadležna ustanova na nacionalnom nivou.

TiRR osobe, kao i svi drugi ljudi koji traže zdravstvenu zaštitu, treba da dobiju najkvalitetniju dostupnu njegu koja je srazmjerna kvalitetu njege koja se pruža svim ljudima koji koriste zdravstvene usluge (The Yogyakarta Principles, 2017). Kako to drugačije izgleda u različitim djelovima svijeta, narav stručnjaka vršilaca procjene za GAMST razlikovat će se prema karakteristikama zdravstvene zaštite u lokalnom okruženju, kao i prema normativnim zahtjevima nadležnih tijela za licenciranje i registraciju. Važno je da pružena zdravstvena zaštita podrazumijeva procjenu koju sprovodi kompetentan zdravstveni radnik, čiji je rad regulisan zakonom i koji ima nadležnost da utvrdi rodnu inkongruenciju i stanja koja se mogu pogrešno zamijeniti s rodnom inkongruencijom. Zdravstveni radnik treba da može da podrži TiRR osobu tokom cjelokupnog procesa procjene (RCGP, 2019). Vršioци procjene moraju se moći obratiti zdravstvenim radnicima licenciranim za GAMST.

Zdravstveni radnici trebalo bi da imaju najmanje završene diplomske studije u kliničkoj oblasti povezanoj sa zdravljem transrodnih osoba ili ekvivalentnu dodatnu kliničku obuku, a njihov bi rad trebao biti zakonski regulisan; primjeri uključuju stručnjaka za mentalno zdravlje, doktora opšte prakse, medicinskog tehničara ili drugog kvalifikovanog zdravstvenog radnika. U okruženjima u kojima su zakonom predviđeni zdravstveni radnici s nižim kvalifikacijama, ti radnici mogu raditi pod kliničkim nadzorom kvalifikovanog zdravstvenog radnika koji preuzima konačnu kliničku odgovornost za kvalitet i tačnost sprovedene procjene za GAMST. Dodatne informacije potražite u četvrtom poglavlju – Obrazovanju.

Pristup kompetentnom zdravstvenom radniku, čiji je rad regulisan zakonom, sa stručnošću u procjeni za GAMST ponekad može biti težak. Kao posljedica toga, osiguravanje kontinuiteta njege i smanjivanje nedostataka u dostupnoj njezi ili značajno odgođenoj njezi (npr. zbog duge liste

čekanja) može zahtijevati da zakonom predviđeni zdravstveni radnik bez stručnog znanja pruža njegu TiRR osobama i podršku njihovoj procjeni za GAMST. Izbjegavanje nepotrebnog odgađanja u njezi je izrazito važno. Međutim, TiRR osobe treba podržavati da što prije moguće ostvare pristup njezi iskusnog zdravstvenog radnika (RCGP, 2019).

Ustaljena praksa zahtijeva kompetenciju za utvrđivanje i dijagnostikovanje rodne inkongruencije (Hembree et al., 2017; Reed et al., 2016; T'Sjoen et al., 2020), kao i sposobnost utvrđivanja diferencijala ili stanja koja se mogu pogrešno prepoznati kao rodna inkongruencija (Byne et al., 2018; Dhejne et al., 2016; Hembree et al., 2017). Ustaljena praksa takođe snažno naglašava potrebu za redovitim i kontinuiranim edukacijama na temu procjene i pružanja njege TiRR osobama (American Psychological Association, 2015; T'Sjoen et al., 2020). Dodatne informacije potražite u četvrtom poglavlju – Obrazovanju.

Preporuka 5.1.b

U zemljama koje zahtijevaju dijagnozu za pristup njezi, zdravstveni radnik trebalo bi da bude kompetentan da koristi najnovije izdanje Međunarodne klasifikacije bolesti (ICD) Svjetske zdravstvene organizacije u svrhe dijagnoze. U zemljama koje nisu implementirale najnoviji ICD, mogu se koristiti druge taksonomije; treba se potruditi, čim prije moguće, uvesti korišćenje najnovijeg ICD-a.

U nekim je zemljama dijagnoza rodne inkongruencije potrebna za pristup GAMST-u (kako je opisano u nastavku). Zdravstveni radnici koji vrše procjenu TiRR osoba u tim zemljama trebalo bi da budu kompetentni za dijagnostikovanje rodne inkongruencije korišćenjem najnovijeg sistema klasifikacije potrebnog da bi TiRR osobe pristupile GAMST-u. ICD-11 (SZO, 2019a) sistem je klasifikacije koji se fokusira na identitet, shodno iskustvu TiRR osobe, kao i na sve potrebe osobe za GAMST-om, i ne smatra identitet TiRR osobe mentalnim oboljenjem.

Preporuka 5.1.c

Da su sposobni identifikovati koegzistirajuće teškoće mentalnog zdravlja ili druge psihosoci-

jalne teškoće i razlikovati ih od rodne disforije, inkongruencije i raznolikosti.

Rodna raznolikost prirodna je varijacija kod ljudi i nije inherentno patološka (American Psychological Association, 2015). Međutim, najbolju procjenu daje stručnjak za područje mentalnoga zdravlja, koji utvrđuje stanja koja se mogu pogrešno zamijeniti s rodnom inkongruencijom. Takva stanja su rijetka i, kada su prisutna, često su po prirodi psihološka (Byne et al., 2012; Byne et al., 2018; Hembree et al., 2017).

Potreba da se uključi zdravstveni radnik s određenim iskustvom u području mentalnog zdravlja ne zahtijeva uključivanje psihologa, psihijatra ili socijalnog radnika u svaku procjenu. Umjesto toga, doktor opšte prakse, medicinski tehničar ili drugi kvalifikovani zdravstveni radnik takođe bi mogli ispuniti ovaj zahtjev ako imaju dovoljno stručnog znanja za prepoznavanje rodne inkongruencije i prepoznavanje eventualnih teškoća s mentalnim zdravljem, kao i za razlikovanje ovih teškoća od rodne disforije, inkongruencije i raznolikosti. Njihov doprinos može biti važan ako mogu pomoći TiRR osobi u planiranju njege i pripremi za GAMST, uz upućivanje osobe stručnjaku za mentalno zdravlje ako je potrebno. Kao što je detaljnije objašnjeno u poglavlju o mentalnom zdravlju, stručnjaci za mentalno zdravlje imaju važnu ulogu u njezi koja se pruža TiRR osobama. Na primjer, predrasude i diskriminacija koje doživljavaju neke TiRR osobe (Robles et al., 2016) mogu dovesti do depresije, anksioznosti ili pogoršanja drugih stanja mentalnog zdravlja. U takvim slučajevima stručnjak za mentalno zdravlje može dijagnostikovati, razjasniti i adresirati stanja mentalnog zdravlja. Stručnjaci za mentalno zdravlje i zdravstveni radnici sa stečenim znanjima u području mentalnoga zdravlja mogu najbolje donijeti procjenu za GAMST, kao i podržati TiRR osobe kojima su potrebni komentar ili podrška za mentalno zdravlje tokom tranzicije ili koje to same traže. Dodatne informacije potražite u osamnaestom poglavlju – Mentalno zdravlje.

Preporuka 5.1.d

Da su sposobni procijeniti sposobnost osobe da pristane na tretman.

Procjena za GAMST treba uključivati ispitivanje je li TiRR osoba sposobna da pristane na predloženi tretman. Pristanak zahtijeva kognitivni kapacitet za razumijevanje rizika i prednosti tretmana te mogućih negativnih i pozitivnih ishoda. Takođe, zahtijeva sposobnost zadržavanja tih informacija u svrhu donošenja odluke (upotrebom pomagala prema potrebi), kao i kognitivnu sposobnost korišćenja tog razumijevanja za donošenje informisane odluke (American Medical Association, 2021; Applebaum, 2007).

Neke TiRR osobe sposobne su da pristanu odmah tokom procjene. Nekim TiRR osobama, da bi mogle pristati, trebaće kontinuirani razgovor i vježbanje vještina donošenja medicinskih odluka. Prisutnost psihijatrijskog oboljenja ili simptoma teškoća s mentalnim zdravljem ne predstavlja prepreku GAMST-u, osim ako psihijatrijsko oboljenje ili simptomi teškoća s mentalnim zdravljem ne utiču na sposobnost TiRR osobe da pristane na određeni tretman koji se traži ili ako ne utiču na njenu sposobnost učestvovanja u tretmanu. Ovo je posebno važno jer je utvrđeno da GAMST smanjuje simptomatologiju teškoća s mentalnim zdravljem kod TiRR osoba (Aldridge et al., 2020).

Sistemi zdravstvene zaštite mogu razmatrati GAMST za osobe koje možda ne mogu direktno pristati ako odgovarajući zakonski staratelj ili nezavisni donositelj odluka, kojeg je odobrio nadležni regulator, s ovlaštenjem da odlučuje o zdravstvenom tretmanu, pristane i potvrdi da je predloženi tretman usklađen s potrebama i željama TiRR osobe.

Preporuka 5.1.e

Da imaju iskustvo u procjeni kliničkih aspekata rodne disforije, inkongruencije i raznolikosti ili da su kvalifikovani da je donesu. Za popratni tekst, pogledajte preporuku 5.1.f.

Preporuka 5.1.f

Da se kontinuirano edukuju o zdravstvenoj zaštiti u vezi s rodnom disforijom, inkongruencijom i raznolikosti.

Kao i u svakoj oblasti kliničke prakse, izuzetno je važno da zdravstveni radnici koji vrše procjenu za početak GAMST-a imaju znanje i iskustvo u zdravstvenoj njezi TiRR osoba. Ako to nije

moguće u lokalnom kontekstu, zdravstveni radnik vršilac procjene trebalo bi blisko da saraduje sa zdravstvenim radnikom koji ima znanje i iskustvo. U okviru svoje kliničke prakse, zdravstveni radnici trebalo bi da se opredijele za kontinuiranu obuku u oblasti zdravstvene zaštite TiRR osoba, da postanu članovi relevantnih profesionalnih tijela, prisustvuju relevantnim stručnim sastancima, radionicama ili seminarima, savjetuju se sa zdravstvenim radnicima koji imaju relevantno iskustvo i/ili saraduju s TiRR zajednicom. Ovo je posebno važno u zdravstvenoj njezi TiRR osoba jer se radi o relativno novom području, a znanje i terminologija stalno se mijenjaju (American Psychological Association, 2015; Thorne, Yip et al., 2019). Posljedično, praćenje novosti u oblastima relevantnim za zdravlje TiRR osoba nužno je za sve koji su uključeni u procjenu za GAMST.

Preporuka 5.2

Predlažemo da se zdravstveni radnici koji vrše procjene transrodnih i rodno raznolikih odraslih osoba koje traže rodno-afirmišući tretman povežu sa stručnjacima iz različitih disciplina u oblasti zdravlja transrodnih osoba u svrhu konsultacija i daljnjeg upućivanja pacijenata, ako je potrebno.

Ako je potrebno i moguće, procjenu za GAMST trebalo bi da vrši multidisciplinarni tim (Costa, Rosa-e-Silva et al., 2018; Hembree et al., 2017; Karasic i Fraser, 2018; T'Sjoen et al., 2020) s članovima koji su u blagovremenom i adekvatnom međusobnom kontaktu. Tim bi mogao uključivati stručnjaka za mentalno zdravlje, endokrinologa, pružaoca primarne zdravstvene zaštite, hirurgu, stručnjaka za glas i komunikaciju, osobu koja usmjerava TiRR osobu u snalaženju u medicinskim i administrativnim sistemima i druge. U nekim slučajevima multidisciplinarni tim možda nije potreban. Međutim, ako je multidisciplinarni tim potreban, ključno je da su zdravstveni radnici u mogućnosti pristupiti kolegama iz različitih disciplina na vrijeme kako bi izvršili procjenu za GAMST i na najbolji način podržali potrebe TiRR osobe. Takođe je ključno da TiRR osobe dobiju pristup naknadnim pregledima kod svakog zdravstvenog radnika koji je bio uključen u proc-

jenju za GAMST, i to prije, tokom i nakon početka rodno-afirmišućeg tretmana.

Sljedeće su preporuke u vezi sa zahtjevima za rodno-afirmišućim medicinskim i hirurškim tretmanima (sve moraju biti ispunjene):

Preporuka 5.3

Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji vrše procjene transrodnih i rodno raznolikih odraslih osoba za rodno-afirmišući medicinski i hirurški tretman:

Preporuka 5.3.a

Da preporučuju rodno-afirmišući medicinski tretman koji je zatražila TiRR osoba samo kada je iskustvo rodne inkongruencije izraženo i trajno.

Za pristup GAMST-u, rodna inkongruencija TiRR osobe mora biti izražena i trajna. To može uključivati potrebu za GAMST-om i želju da bude prihvaćena kao osoba roda koji doživljava. Posljedično, važno je razmotriti prirodu, dužinu i dosljednost rodne inkongruencije. To može uključivati faktore kao što su promjena imena i identifikacijskih dokumenata, razgovor s drugima o vlastitom rodu, zdravstvena dokumentacija ili promjene u rodnom izražavanju. Međutim, izražena i trajna rodna inkongruencija može postojati čak i ako TiRR osobe to ne otkrivaju drugima (Brumbaugh-Johnson i Hull, 2019; Saeed et al., 2018; Sequeira et al., 2020). Nagla ili površna promjena rodnog identiteta ili manjak upornosti nisu dovoljni za počinjanje rodno-afirmišućeg tretmana, te se preporučuje dodatna procjena. U takvim okolnostima, korisna je dugoročnija procjena da bi se osigurala dosljednost i trajnost rodne inkongruencije prije pokretanja GAMST-a.

Iako bi trebalo da bude prisutna izražena i trajna rodna inkongruencija, nije potrebno da TiRR osobe dožive ozbiljan nivo anksioznosti zbog svog rodnog identiteta da bi pristupile rodno-afirmišućim tretmanima. Ustvari, pristup rodno-afirmišućem tretmanu može djelovati kao profilaktička mjera za sprječavanje anksioznosti (Becker et al., 2018; Giovanardi et al., 2021; Nieder et al., 2021; Nobili et al., 2018; Robles et al., 2016). Odrasla TiRR osoba može imati trajnu rodnu

inkongruenciju bez značajnih teškoća te i dalje imati koristi od GAMST-a.

Ustaljena klinička praksa ispituje postojanost rodne inkongruencije kada se razmatra pokretanje GAMST-a (Chen i Loshak, 2020). Pregledom 200 kliničkih bilješki, Jones, Brewin et al. (2017) utvrdili su važnost "stabilnosti rodnog identiteta" pri planiranju njege. Omogućavanje GAMST-a TiRR osobama s trajnom rodnom inkongruencijom povezano je s niskom stopom kakanja pacijenata i visokom stopom zadovoljstva pacijenata (Becker et al., 2018; El-Hadi et al., 2018; Staples et al., 2020; Wiepjes et al., 2018). Međutim, dok se prema jedanaestoj verziji ICD-ja (SZO, 2019a) zahtijeva prisutnost izražene i trajne rodne inkongruencije za postavljanje dijagnoze rodne inkongruencije, malo je specifičnih dokaza za to koliko dugo treba trajati za tretman odraslih. Zdravstveni se radnici uključeni u procjenu TiRR osobe za GAMST podstiču da uzmu u obzir životnu fazu, istoriju i trenutne okolnosti odrasle osobe koja se procjenjuje.

Preporuka 5.3.b

Da osiguraju ispunjavanje dijagnostičkih kriterijuma prije pokretanja rodno-afirmišućeg tretmana na područjima gdje je dijagnoza neophodna za pristup zdravstvenoj zaštiti.

Dijagnoza rodne inkongruencije je na nekim područjima potrebna za pristup njezi povezanoj s tranzicijom. Kada je dijagnoza neophodna za pristup GAMST-u, procjena za GAMST uključuje određivanje i dodjeljivanje dijagnoze. U tim slučajevima, zdravstveni radnici trebalo bi da budu kompetentni da koriste najnoviju Međunarodnu klasifikaciju bolesti i srodnih zdravstvenih problema (ICD) (SZO, 2019a). Na područjima gdje je dijagnoza neophodna za pristup zdravstvenoj zaštiti, dijagnoza HA60 *Rodna inkongruencija u adolescenciji ili odraslom dobu* treba da se utvrdi prije rodno-afirmišućih intervencija. Rodno-afirmišuće intervencije nakon dijagnoze HA6Z *Rodna inkongruencija, nespecificirana* mogu se razmotriti u kontekstu sveobuhvatnije procjene multidisciplinarnog tima.

Postoje dokazi da primjena rigidnih alata za procjenu "spremnosti za tranziciju" može smanjiti pristup njezi i nije uvijek u najboljem interesu

TiRR osobe (MacKinnon et al., 2020). Stoga, u situacijama u kojima je dodjela dijagnoze obavezna za pristup njezi, procesu treba pristupiti transparentno i uz povjerenje između zdravstvenog radnika i TiRR osobe koja traži GAMST, imajući u vidu potrebe TiRR osobe. Zaista, kvalitetni odnosi između TiRR osoba i njihovih zdravstvenih radnika povezuju se s manjim emocionalnim stresom i boljim ishodima (Kattari et al., 2016). Imajući u vidu da se mnoge TiRR osobe boje da će zdravstveni radnici pogrešno poistovjetiti transrodni identitet s mentalnim oboljenjem (Ellis et al., 2015), potrebna je osjetljivost u dijagnostikovanju kako bi se omogućio najbolji mogući odnos između pružaoca usluga i TiRR osobe.

Preporuka 5.3.c

Da utvrde i isključe druge moguće uzroke vidne rodne inkongruencije prije početka rodno-afirmišućeg tretmana.

U rijetkim slučajevima TiRR osobe mogu imati stanje koje se može zamijeniti s rodnom inkongruencijom ili mogu imati neki drugi razlog za traženje tretmana, nepovezan s ublažavanjem rodne inkongruencije. U tim slučajevima i kada postoji nejasnoća oko dijagnoze rodne inkongruencije, važna je detaljnija i sveobuhvatnija procjena. Na primjer, može biti potrebna dodatna procjena da bi se utvrdilo postoji li rodna inkongruencija izvan akutne psihotične epizode. Ako rodna inkongruencija potraje nakon završetka akutne psihotične epizode, GAMST se može razmatrati sve dok TiRR osoba ima sposobnost da pristane i da se podvrgne specifičnom tretmanu. Ako rodna inkongruencija ne postoji i javlja se samo tokom takve epizode, tretman ne bi trebalo razmatrati. Važno je da se takve okolnosti utvrde i isključe prije pokretanja GAMST-a (Byne et al., 2012, 2018; Hembree et al., 2017). Međutim, važno je shvatiti da TiRR osobe mogu iskusiti rodnu inkongruenciju uz određeno stanje mentalnog zdravlja, autizam ili neki drugi oblik neurodivergentnosti (Glidden et al., 2016). Zaista, neka stanja mentalnog zdravlja, kao što su anksioznost (Bouman et al., 2017), depresija (Heylens, Elaut et al., 2014; Witcomb et al., 2018) i sampovređivanje (Arcelus et al., 2016; Claes et al., 2015), češća su među TiRR osobama koje nisu pristupile GAMST-u. Skorije longitudinalne studije

ukazuju da se simptomi mentalnog zdravlja koje imaju TiRR osobe obično popravljaju nakon GAMST-a (Aldridge et al., 2020; Heylens, Verroken et al., 2014; White Hughto i Reisner, 2016). Nema dokaza koji upućuju na prednost uskraćivanja GAMST-a TiRR osobama koje imaju rodnu inkongruenciju samo na osnovi teškoća s mentalnim zdravljem ili neurorazvojnog stanja. Dodatne informacije potražite u osamnaestom poglavlju – Mentalno zdravlje.

Preporuka 5.3.d

Da osiguraju procjenu svih mentalnih stanja koja bi mogla negativno uticati na ishod rodno-afirmišućih medicinskih tretmana, uz razmatranje rizika i prednosti, prije donošenja odluke o tretmanu.

Poput cisrodnih osoba, TiRR osobe mogu imati problema s mentalnim zdravljem. Adresiranje problema s mentalnim zdravljem može se i treba sprovoditi zajedno s GAMST-om kada je potrebna medicinska tranzicija. Izrazito je važno da se rodno-afirmišuća njega ne ometa, osim ako, u nekim izuzetno rijetkim slučajevima, postoje čvrsti dokazi da je to potrebno kako bi se spriječila značajna dekompenzacija s rizikom od povređivanja sebe ili drugih. U tim je slučajevima također važno razmotriti rizike koje odgoda GAMST-a predstavlja za mentalno i fizičko zdravlje TiRR osobe (Byne et al., 2018).

Uopšteno govoreći, društvena i medicinska tranzicija TiRR osoba povezuje se sa smanjenjem problema mentalnog zdravlja (Aldridge et al., 2020; Bouman et al., 2017; Durwood et al., 2017; Glynn et al., 2016; Hughto i Reisner, 2016; Wilson et al., 2015; Witcomb et al., 2018). Nažalost, gubitak društvene podrške te fizički i finansijski stres koji se mogu povezati s pokretanjem GAMST-a mogu pogoršati već postojeće probleme mentalnog zdravlja i zahtijevati dodatnu podršku uključenog zdravstvenog radnika (Budge et al., 2013; Yang, Wang et al., 2016). Procjena simptoma teškoća s mentalnim zdravljem može poboljšati ishode tranzicije, posebno kada se procjena koristi za olakšavanje pristupa psihološkoj i društvenoj podršci tokom tranzicije (Byne et al., 2012). Odgađanje tranzicije u rijetkim okolnostima može se razmotriti ako se, na primjer, TiRR osoba nije

sposobna uključiti u proces tranzicije ili ako se ne bi mogla nositi s naknadnom njegovom nakon operacije, čak ni uz podršku. Tamo gdje se odgađanje GAMST-a, kao posljednja opcija, smatra neophodnim, zdravstveni radnik trebao bi ponuditi resurse i podršku za poboljšanje mentalnog zdravlja i olakšati ponovno uključivanje u GAMST što je prije moguće. Treba napomenuti da pristup medicinskoj tranziciji TiRR osobama olakšava društvenu tranziciju i unapređuje sigurnost u javnosti (Rood et al., 2017). Zauzvrat, mjera usklađenosti izgleda TiRR osoba s njihovim rod-nim identitetom najbolji je prediktor kvaliteta života i ishoda mentalnog zdravlja nakon medicinske tranzicije (Austin i Goodman, 2017). Odgađanje pristupa GAMST-u zbog problema s mentalnim zdravljem može pogoršati simptome (Owen-Smith et al., 2018) i narušiti odnos s osobom, stoga se to radi tek kada se iscrpe sve druge opcije.

Preporuka 5.3.e

Da osiguraju procjenu svih fizičkih zdravstvenih stanja koja bi mogla negativno uticati na ishod rodno-afirmišućih medicinskih tretmana, uz razmatranje rizika i prednosti, prije donošenja odluke o tretmanu.

U rijetkim slučajevima GAMST, kao što su hormonske i hirurške intervencije, može imati jatrogene posljedice ili može pogoršati već postojeća fizička zdravstvena stanja (Hembree et al., 2017). U tim slučajevima treba voditi računa, kad god je to moguće, o upravljanju već postojećim fizičkim zdravstvenim stanjima dok se započinju (ako je prikladno) ili nastavljaju rodno-afirmišući tretmani. Svi prekidi tretmana treba da budu što je moguće kraći, a tretman treba ponovno započeti što je prije moguće. Ograničeni podaci i nedosljedni nalazi upućuju na povezanost kardiovaskularnih i metaboličkih rizika s hormonskom terapijom kod odraslih TiRR osoba (Getahun, 2018; Iwamoto, Defreyne et al., 2019; Iwamoto et al., 2021; Spanos et al., 2020). Zbog moguće štete povezane s dugotrajnim tretmanom i vjerojatnih koristi koje se očekuju od preventivnih mjera primijenjenih prije i tokom hormonske terapije, važna je pažljiva procjena fizičkog zdravstvenog stanja prije početka tretmana. Neka specifična stanja, kao što je istorijat raka osjetljivog na hor-

mone, mogu zahtijevati dodatnu procjenu i postupke koji mogu spriječiti hormonski tretman (Center of Excellence for Transgender Health, 2016; Hembree et al., 2017).

Slični problemi mogu biti prisutni kod odraslih TiRR osoba koje žele pristupiti hirurškim intervencijama. Svaka rodno-afirmišuća hirurška intervencija nosi specifične rizike i potencijalno nepovoljne posljedice (Bryson i Honig, 2019; Nassiri et al., 2020; Remington et al., 2018). Međutim, rizici specifični za intervenciju, a povezani s postojanjem određenih fizičkih stanja, nisu dobro istraženi. Prema tome, vrste medicinskih problema koje TiRR osobe iznose tokom procjene obično se ne razlikuju od onih koje iznose drugi kandidati za operaciju.

Uzimajući u obzir razlike u mentalnom i fizičkom zdravlju (Brown i Jones, 2016) i prepreke u zdravstvenoj zaštiti (Safer et al., 2016) s kojima se susreću TiRR osobe, procjena fizičkog stanja koju vrše zdravstveni radnici ne bi trebalo da bude ograničena na istorijat medicinskih intervencija. Ako TiRR osoba ima tjelesna zdravstvena stanja, važno je da se ta stanja kontrolišu u pokretanju ili nastavljanju GAMST-a kad god je to moguće. U svakom prekidu tretmana treba biti sadržan cilj njegova ponovnog započinjanja što je prije moguće. Takođe je važno da zdravstveni radnici razviju strategiju postupaka upravljanja fizičkim stanjima koja doprinosi zdravlju i podstiče dosljedno pridržavanje plana tretmana.

Preporuka 5.3.f

Da procijene sposobnost osobe da pristane na određeni fizički tretman prije početka ovog tretmana.

Praksa informisanog pristanka na tretman ključna je za pružanje zdravstvene zaštite. Informisani pristanak sadržan je u etičkom principu da bi primatelji zdravstvene zaštite trebali razumjeti zdravstvenu njegovu koju primaju i sve posljedice koje bi iz nje mogle proizaći. Važnost informisanog pristanka ugrađena je u mnoge zakonodavne i druge normativne prakse kojima se zdravstveni radnici širom svijeta rukovode (Jefford i Moore, 2008). Nije moguće znati sve potencijalne posljedice zdravstvenog tretmana; umjesto toga, uzimanje u obzir onoga što bi bilo

“razumno“ očekivati često se koristi kao minimalni kriterijum za pristanak (Jefford i Moore, 2008; Spatz et al., 2016), što je slučaj i s GAMST-om. Sposobnost pristanka na zdravstveni postupak ili kliničku intervenciju zahtijeva nekoliko složenih kognitivnih procesa.

Pristanak zahtijeva kognitivni kapacitet da se razumiju rizici i prednosti tretmana te potencijalni negativni i pozitivni ishodi, pored sposobnosti zadržavanja tih informacija u svrhu donošenja odluke (uz korišćenje pomagala prema potrebi) i kognitivne sposobnosti da se to razumijevanje koristi za donošenje informisane odluke (American Medical Association, 2021; Applebaum, 2007). Od presudne je važnosti da TiRR osoba i zdravstveni radnik koji vrši procjenu *a priori* razmotre prirodu traženog tretmana, kao i potencijalne pozitivne i negativne efekte koje može imati po biološki, psihološki i društveni domen života te TiRR osobe.

Važno je prepoznati da mentalno oboljenje, posebno simptomi kognitivnog oštećenja ili psihoze, može uticati na sposobnost osobe da pristane na GAMST (Hostiuc et al., 2018). Međutim, postojanje takvih simptoma ne mora nužno značiti nemogućnost pristajanja jer su mnogi ljudi sa značajnim simptomima teškoća u mentalnom zdravlju sposobni razumjeti rizike i prednosti tretmana u dovoljnoj mjeri da donesu informisanu odluku (Carpenter et al., 2000). Umjesto toga, važno je sprovesti pažljivu procjenu sposobnosti svake TiRR osobe da razumije prirodu specifičnog GAMST-a, da razmotri opcije tretmana, uključujući rizike i prednosti, da shvati potencijalne kratkoročne i dugoročne posljedice odluke te da iskomunicira svoj izbor kako bi ostvarila pristup tretmanu (Grootens-Wiegers et al., 2017).

Mogući su slučajevi u kojima osoba nema sposobnost da pristane na zdravstvenu njegu, na primjer, tokom akutne epizode psihoze ili u situacijama u kojima osoba ima dugotrajno kognitivno oštećenje. Međutim, ograničenja sposobnosti pristanka na tretman ne bi trebala sprječavati osobe da pristupe odgovarajućem GAMST-u. Nekim osobama, da bi shvatile o kojim se rizicima i prednostima radi, potrebno je više puta tokom određenog vremena to objasniti na jeziku koji nije previše stručan ili uz korišćenje dijagrama koji bi pojednostavili objašnjenja i pomogli u razumije-

vanju. Sveobuhvatna i temeljna procjena koju sprovodi multidisciplinarni zdravstveni tim može dodatno doprinijeti ovom procesu. Za druge će možda biti potrebno da se imenuje alternativni donosilac odluka, poput zakonskog staratelja ili nezavisnog donosioca odluka kojeg je odobrio nadležni regulator. Te situacije treba razmotriti od slučaja do slučaja s ciljem da se osigura najafirmativnija i najmanje restriktivna zdravstvena zaštita za pojedinačnu osobu. V. i jedanaesto poglavlje – Institucionalna okruženja.

Preporuka 5.3.g

Da procijene sposobnost rodno raznolike i transrodne odrasle osobe da razumije uticaj rodno-afirmišućih tretmana na reprodukciju i da s tom osobom razmotre reproduktivne mogućnosti prije početka rodno-afirmišućih tretmana.

Kako rodno-afirmišuće medicinske intervencije nerijetko utiču na reproduktivnu sposobnost, zdravstveni radnici trebalo bi da se pobrinu da je TiRR osoba svjesna uticaja tretmana na reprodukciju i da je upoznata s mogućnostima pohranjivanja polnih ćelija i potpomognute reprodukcije. Pokazalo se da rodno-afirmišući hormonski tretmani utiču na reproduktivne funkcije i plodnost, iako su posljedice heterogene za ljude svih polova pripisanih pri rođenju (Adeleye et al., 2019; Jindarak et al., 2018; Taub et al., 2020). Mogu postojati individualne razlike i fluktuacije u posljedicama po odrasle TiRR osobe. Stoga je ključno da zdravstveni radnici obavijeste TiRR osobu o mogućem uticaju tretmana na reproduktivni potencijal tokom procjene te tokom evaluacije sposobnosti osobe da pristane na GAMST. Reproductivne mogućnosti treba razmotriti i raspraviti prije početka rodno-afirmišućeg tretmana. Kako nije jasno iz literature je li moguće začćeće tokom hormonske terapije, moguće da će biti potrebno informisati osobu o neophodnosti korišćenja kontracepcije da bi se izbjegla neželjena trudnoća i o različitim dostupnim metodama kontracepcije (Light et al., 2014; Schubert i Carey, 2020).

Presječne studije na kliničkim i nekliničkim uzorcima iz različitih populacija dosljedno pokazuju da odrasle TiRR osobe izražavaju želju za roditeljstvom i očuvanjem plodnosti u različitoj mjeri u zavisnosti od starosti, rodu i trajanju rod-

no-afirmišuće hormonske terapije (Auer et al., 2018; De Sutter et al., 2002; Defreyne, Van Schuvenbergh et al., 2020; Wierckx, Stuyver et al., 2012). Na malom uzorku utvrđeno je da informisanje o plodnosti ima uticaj na donošenje odluka u vezi s očuvanjem plodnosti (Chen et al., 2019). Iako grupe koje jesu i koje nisu dobile savjete o plodnosti nisu upoređivane, visoke stope očuvanja plodnosti dogodile su se nakon sveobuhvatnog savjetovanja o plodnosti među transrodnim osobama (Amir et al., 2020). Nadalje, jedno istraživanje ukazuje da su konsultacije sa stručnjakom smanjile kajanje oko odluke o tome treba li nastaviti s postupcima očuvanja plodnosti (Vyas et al., 2021). Dodatne informacije potražite u šesnaestom poglavlju – Reproduktivno zdravlje.

Preporuka 5.4

Predlažemo da, kao dio procjene za hormonski ili hirurški postupak afirmacije roda, stručnjaci koji imaju kompetencije u procjeni transrodnih i rodno raznolikih osoba koje žele medicinski tretman povezan s rodom razmotre ulogu društvene tranzicije zajedno s tim osobama.

Društvena tranzicija može biti izuzetno korisna za mnoge TiRR osobe, iako nisu sve TiRR osobe u mogućnosti da prođu društvenu tranziciju ili ne žele sve društvenu tranziciju (Bränström i Pachankis, 2021; Koehler et al., 2018; Nieder, Eyssel et al., 2020). Kao posljedica toga, neke TiRR osobe traže rodno-afirmišuće intervencije nakon društvene tranzicije, neke prije, neke tokom, a neke u nedostatku društvene tranzicije.

Društvena tranzicija i komuniciranje rodnog identiteta mogu poboljšati mentalno zdravlje TiRR osobe koja traži rodno-afirmišuće intervencije (Hughto et al., 2020; McDowell et al., 2019). Pored toga, operacije grudi i lica prije hormonske terapije mogu olakšati društvenu tranziciju (Altman, 2012; Davis i Colton Meier, 2014; Olson-Kennedy, Warus et al. 2018; Van Boerum et al., 2019). Kao dio procjene, zdravstveni radnici trebalo bi da raspravljaju o tome koja je društvena uloga najugodnija za TiRR osobu, planira li se društvena tranzicija i koje je vrijeme planirane društvene tranzicije (Barker i Wylie, 2008). Imperativ je da tokom procjene zdravstveni radnici poštuju široku raznolikost orodnjjenih društvenih uloga, uključu-

jući nebinarne i binarne identitete i izražavanja, koje variraju ovisno o kulturi, lokalnoj zajednici i razumijevanju pojedinačne osobe.

Neće svi koji zatraže GAMST htjeti ili moći proći društvenu tranziciju. Malo je poznato o TiRR osobama koje ne prolaze društvenu tranziciju prije, tokom ili nakon medicinskog tretmana s obzirom na to da ta tema nije sistematski proučavana. Najčešći su razlozi koji su utvrđeni za izbjegavanje društvene tranzicije strah TiRR osoba da će ih napustiti porodica ili prijatelji, strah od ekonomskog gubitka (Bradford et al., 2013) te diskriminacija i stigmatizacija (Langenderfer-Magruder et al., 2016; McDowell et al., 2019; White Hughto et al., 2015). Međutim, neki ljudi ne teže društvenoj tranziciji jer smatraju da hormonski ili hirurški tretmani nude dovoljno subjektivnih poboljšanja za smanjenje rodne disforije.

Ako ne postoji jasan plan društvene tranzicije ili ako je društvena tranzicija neželjena, dodatna je procjena važna da se utvrde specifična priroda i potreba zahtjeva za tretmanom, posebno ako se traži hirurški tretman. Dodatna procjena može ponuditi TiRR osobi priliku da razmotri moguće efekte nesprovođenja društvene tranzicije dok je još uvijek uključena u GAMST. Imajući u vidu nedostatak podataka o zdravstvenim ishodima za TiRR osobe koje ne prolaze društvenu tranziciju (Evans et al., 2021; Levine, 2009; Turban, Loo et al., 2021), GAMST-u treba pristupiti oprezno u takvim okolnostima.

Preporuka 5.5

Preporučujemo da transrodne i rodno raznolike odrasle osobe, koje ispunjavaju kriterijume za rodno-afirmišući medicinski i hirurški tretman, zahtijevaju jedinstveno mišljenje stručnjaka, koji ima kompetencije u procjeni transrodnih i rodno raznolikih osoba koje žele medicinski i hirurški tretman povezan s rodom, o početku ovog tretmana.

Prethodne verzije smjernica SNj-e zahtijevale su procjene dvaju kvalifikovanih zdravstvenih radnika za GAMST. Vjerovalo se da su dva nezavisna mišljenja najbolja praksa jer se time pruža sigurnost i TiRR osobama i zdravstvenim radnicima. Na primjer, pretpostavljalo se da uključenost dvaju zdravstvenih radnika nudi sigurnost i TiRR os-

obama i zdravstvenim radnicima koji vrše procjenu prilikom nepovratnih medicinskih intervencija.

Međutim, ograničena istraživanja u ovoj oblasti pokazuju da su dva mišljenja uglavnom nepotrebna. Na primjer, Jones, Brewin i saradnici (2017) pregledali su bilješke iskusnih zdravstvenih radnika u državno finansiranoj rodnoj zaštiti i otkrili da postoji ogromna korelacija između dvaju mišljenja – što je pokazalo da je jedno od njih suvišno. Nadalje, Bouman et al. (2014) zaključili su da zahtjev za dvama nezavisnim procjeniteljima odražava paternalizam u pružanju zdravstvenih usluga i ukazuje na potencijalno kršenje autonomije TiRR osoba. Autori tvrde da kada su klijenti adekvatno pripremljeni i procijenjeni, pod nadzorom multidisciplinarnog tima, dodatna nezavisna procjena nije potrebna.

Slijedom toga, ako je potrebna pisana dokumentacija ili pismo s preporukom rodno-afirmišućeg medicinskog i hirurškog tretmana (GAMST), TiRR osobe koje traže tretmane, uključujući hormonske i genitalne, kao i grudne, facijalne i druge rodno-afirmišuće operacije, zahtijevaju samo jedno pisano mišljenje/potpis zdravstvenog radnika koji je kompetentan za nezavisnu procjenu i dijagnostikovanje (Bouman et al., 2014; Yuan et al., 2021). Dodatna pisana mišljenja/potpisi mogu se tražiti ako postoji posebna klinička potreba.

Preporuka 5.6

Predlažemo da zdravstveni radnici koji vrše procjenu transrodnih i rodno raznolikih osoba koje traže gonadektomiju razmotre najmanje 6 mjeseci hormonske terapije koja je podudarna rodnim ciljevima TiRR osobe prije nego što se TiRR osoba podvrgne nepovratnoj hirurškoj intervenciji (osim ako hormoni nisu klinički indikovani za tu osobu).

Smjernice za kliničku praksu koje je izradila globalna mreža Endokrinološkog društva (u engl. *Endocrine Society*) savjetuju period dosljednog hormonskog tretmana prije genitalne operacije (Hembree et al., 2017). Iako su ograničena istraživanja koja podržavaju ovu tezu, preporuka se smatra dobrom kliničkom praksom jer omogućava reverzibilnije iskustvo prije ireverzibilnog iskustva

operacije. Na primjer, može doći do promjena u seksualnoj želji nakon genitalne operacije kojom su uklonjeni testisi (Lawrence, 2005; Wierckx, Van de Peer et al., 2014). U tom kontekstu, reverzibilna supresija testosterona može TiRR osobi ponuditi vrijeme da iskusi odsutnost testosterona nakon čega može odlučiti je li to dobro za nju. Treba napomenuti da su efekti smanjenog estrogena na seksualnu želju i funkcionisanje TiRR osobe nakon ooforektomije slabije dokumentovani.

Hirurški zahvat kojim se uklanjaju polne žlijezde nepovratan je zahvat koji dovodi do gubitka plodnosti i gubitka efekata endogenih polnih steroida. Oba efekta moraju se razmatrati kao komponente procjene. Dodatne informacije potražite u šesnaestom poglavlju – Reproductivno zdravlje. Naravno, hormoni nisu klinički indikovani za odrasle TiRR osobe koje ih ne žele ili u slučajevima kada su zbog zdravstvenih razloga kontraindicirani. Dodatne informacije potražite u trinaestom poglavlju – Hirurgiji i postoperativnoj njezi.

Preporuka 5.7

Preporučujemo da zdravstveni radnici koji vrše procjene odraslih osoba koje žele detranziciju i koje traže hormonsku intervenciju povezanu s rodom, hiruršku intervenciju ili oboje, koriste sveobuhvatnu multidisciplinarnu procjenu koja će uključivati dodatni stavovi iskusnog zdravstvenog radnika u oblasti transrodnog zdravlja i koja će, zajedno s dotičnom osobom, uzeti u obzir ulogu društvene tranzicije kao dio procjene.

Mnoge odrasle TiRR osobe mogu razmatrati niz identiteta i elemenata rodnog izražavanja dok istražuju svoj rodni identitet i sagledavaju mogućnosti tranzicije. U tom smislu, ljudi mogu provesti neko vrijeme u određenom rodnom identitetu ili izražavanju prije nego što otkriju da se ne osjećaju ugodno u njemu, kasnije ga prilagođavajući ili prelazeći na raniji identitet ili izražavanje (Turban, King et al., 2021). Neke odrasle TiRR osobe također mogu s vremenom doživjeti promjenu u rodnom identitetu tako da se njihove potrebe za medicinskim tretmanima mijenjaju. Radi se o zdravom i razumnom procesu za određivanje najudobnijeg i najkongruentnijeg načina života koji je informisan rodnim identitetom osobe i kontek-

stom njenog života. Ovaj proces istraživanja identiteta ne treba nužno poistovjećivati s kajanjem, zbunjenošću ili lošim donošenjem odluka jer se rodni identitet odrasle TiRR osobe može mijenjati bez obezvređivanja prethodnih odluka o tranziciji (MacKinnon et al., 2021; Turban, Loo et al., 2021). Odraslim TiRR osobama treba pomoći u takvom istraživanju rodnog identiteta i u svim drugim promjenama u njemu (Expósito-Campos, 2021). Dok istraživanje traje, potrebno je izbjegavati nepovratne rodno-afirmišuće tretmane dok se ne razjasne dugoročni ciljevi i ishodi.

Čini se da su rijetke odluke o detranziciji (Defreyne, Motmans et al., 2017; Hadje-Moussa et al., 2019; Wiepjes et al., 2018). Procjene broja ljudi koji prolaze detranziciju zbog promjene identiteta vjerovatno će biti prenaduvane zbog istraživanja koja spajaju različite kohorte (Expósito-Campos, 2021). Na primjer, kohorte istraživanja detranzicije često uključuju odrasle TiRR osobe koje su se odlučile na detranziciju zbog promjene svog identiteta, kao i odrasle TiRR osobe koje su se odlučile na detranziciju bez promjene identiteta. Iako je malo istraživanja sprovedeno kako bi se sistematično ispitala varijable koje su u korelaciji s odlukom odrasle TiRR osobe da prekine proces tranzicije ili da se odluči na detranziciju, jedna nedavna studija pokazala je da je velika većina TiRR osoba koje su se odlučile na detranziciju to učinila zbog spoljašnjih faktora, kao što su stigma i nedostatak društvene podrške, a ne zbog promjena u rodnom identitetu (Turban, King et al., 2021). Odrasle TiRR osobe koje nisu doživjele promjenu identiteta mogu se odlučiti zaustaviti tranziciju ili se upustiti u detranziciju zbog opresije, nasilja i društvenih/relacijskih sukoba, hirurških komplikacija i drugih zdravstvenih problema, fizičkih kontraindikacija, nedostatka resursa ili nezadovoljstva rezultatima (Expósito-Campos, 2021). U takvim slučajevima, stručnjaci za mentalno zdravlje mogu najbolje pomoći TiRR osobi u suočavanju s ovim izazovima.

Iako je odabir detranzicije proporcionalno rijedak, očekuje se da će ukupni porast broja odraslih koji se identifikuju kao TiRR rezultovati povećanjem apsolutnog broja ljudi koji žele zaustaviti ili poništiti tranziciju. Međutim, iako se apsolutni brojevi mogu povećati, procenat ljudi koji

žele zaustaviti ili poništiti trajne fizičke promjene trebalo bi da ostane statičan i nizak. Postojanje ovih rijetkih zahtjeva ne smije se koristiti kao opravdanje za prekid kritične, medicinski neophodne njege, uključujući hormonske i hirurške tretmane, za veliku većinu odraslih TiRR osoba.

Zbog ograničenih istraživanja u ovoj oblasti, kliničke smjernice temelje se prvenstveno na studijama pojedinačnih slučajeva i stručnom mišljenju zdravstvenih radnika koji rade s odraslim TiRR osobama (Expósito-Campos, 2021; Richards i Barrett, 2020). Shodno tome, ako je odrasla TiRR osoba pretrpjela trajne tjelesne promjene i želi ih poništiti, zdravstveni radnik koji vrši procjenu trebao bi biti član sveobuhvatnog multidisciplinarnog tima za procjenu. Multidisciplinarni tim omogućava doprinos dodatnih stajališta zdravstvenih radnika s iskustvom u oblasti zdravlja transrodnih osoba. U saradnji s odraslom TiRR osobom, multidisciplinarni tim podstiče se da temeljno shvate motivi za prvobitni tretman i za odluku o detranziciji. Sve nedoumice u vezi s ranijim fizičkim promjenama treba pažljivo istražiti i uložiti značajan napor da se slične nedoumice ne ponove poništenjem.

Kako bi se osigurala najveća vjerovatnost zadovoljstva i ugodnosti s poništavanjem trajnih fizičkih promjena, odrasla TiRR osoba i multidisciplinarni tim trebalo bi istražiti ulogu društvene tranzicije u procjeni i pripremi za poništavanje. U takvim slučajevima vrlo je vjerovatno da će biti potreban duži period života u ulozi prije nego što se preporuče daljnje fizičke promjene. Zdravstveni radnici trebalo bi da podrže odraslu TiRR osobu kroz sve društvene promjene, kao i kroz sve osjećaje neuspjeha, stida, depresije ili krivice u donošenju odluke o takvoj promjeni. Pored toga, ljude treba podržati u suočavanju sa svim predrasudama ili društvenim poteškoćama koje su možda doživjeli, a koje su mogle dovesti do odluke o detranziciji ili koje su mogle proizaći iz takve odluke. Takođe je važno pomoći osobi da ostane uključena u zdravstvenu njegu tokom cijelog procesa (Narayan et al., 2021).

Iako dostupna istraživanja pokazuju dosljedne pozitivne ishode za većinu odraslih TiRR osoba koje se odluče na tranziciju (Aldridge et al., 2020;

Byne et al., 2012; Gorin-Lazard et al., 2012; Owen-Smith et al., 2018; White Hughto i Reisner, 2016), stanja nekih odraslih TiRR osobe mogu se dekompenzirati ili pogoršati nakon tranzicije. Sproveden je mali broj istraživanja sa sistemskim ispitivanjem varijabli koje su u korelaciji s lošim ili pogoršanim biološkim, psihološkim ili društvenim uslovima nakon tranzicije (Hall et al., 2021; Littman, 2021); međutim, čini se da je ova pojava rijetka (Hall et al., 2021; Wiepjes et al., 2018). U slučajevima kada se zdravlje ljudi dekompenzira nakon fizičke ili društvene tranzicije i koji se zatim nađu u lošijem biološkom, psihološkom ili društvenom stanju nego što su bili prije tranzicije, treba ozbiljno razmotriti je li tranzicija korisna u tom trenutku, za tu

osobu ili oboje. U slučajevima kada tretman više nije podržan, potrebno je organizovati pomoć kako bi se osoba podržala u procesu prekida tretmana i suočavanju sa svim pratećim teškoćama (Narayan et al., 2021).

Izuzetno je važno podržati ljude koji iz bilo kojeg razloga krenu u detranziciju. Međutim, treba imati u vidu da je to rijetka pojava i da literatura dosljedno pokazuje pozitivne ishode za veliku većinu odraslih TiRR osoba koje prođu tranziciju u rod koji im odgovara, uključujući one uključene u GAMST (Byne et al., 2012; Green i Fleming, 1990; Lawrence, 2003; Motmans et al., 2012; Van de Grift, Elaut et al., 2018).

POGLAVLJE 6 Adolescenti

Istorijski kontekst i promjene od posljednjeg izdanja Standarda njege

Specijalizovana zdravstvena zaštita za transrodne adolescente započela je 1980-ih kada je širom svijeta osnovano nekoliko specijalizovanih klinika za rodni identitet za mlade, čije je usluge koristio mali broj djece i adolescenata. Posljednjih je godina došlo do naglog porasta broja adolescenata koji traže specijalizovanu rodnu njegu (Arnoldussen et al., 2019; Kaltiala, Bergman et al., 2020). Otada se osnivaju nove klinike, no kliničke usluge na mnogim mjestima često ne uspijevaju držati korak sa sve većim brojem mladih koji traže takvu vrstu njege te zbog toga nerijetko postoje duge liste čekanja i različite druge prepreke s kojima se susreću mnoge mlade transrodne osobe širom svijeta (Tollit et al., 2018).

Informacije vezane za prevalenciju rodne raznolikosti među adolescentima sve donedavno bile su ograničene. Istraživanja sprovedena među srednjoškolicima pokazuju mnogo veće stope nego što se ranije mislilo, s rezultatima prema kojima se do 1,2% učesnika identifikuje kao transrodno (Clark et al., 2014) i do 2,7% ili više (npr. 7-9%) učesnika koji, prema samoprocjeni, imaju iskustvo određenog nivoa rodne raznolikosti (Eisenberg et al., 2017; Kidd et al., 2021; Wang et al., 2020). Ta istraživanja ukazuju da rodnu raznolikost kod mladih ne treba više shvatati kao rijetku pojavu. Nadalje, u klinikama je primijećen neujednačen uzorak s obzirom na pripisani pol, tako adolescentkinje kojima je pri rođenju pripisan ženski pol (engl. *assigned female at birth*, AFAB) započinjju tretmane 2,5-7,1 puta češće nego adolescenti kojima je pri rođenju pripisan muški pol (engl. *assigned male at birth*, 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).

Potrebe djece i adolescenata prvi su put u obliku zasebnog poglavlja uključene u Standarde njege Svjetske strukovne organizacije za zdravlje transrodnih osoba (engl. *World Professional Association for Transgender Health*, WPATH) 1998. godine, u njihovoj petoj verziji (Levine et al., 1998).

Smatralo se da su mladi u dobi od 16 i više potencijalno ispunjavaju kriterijume za specijalizovanu medicinsku, rodno-afirmišuću njegu, ali samo u određenim slučajevima. U sljedećim izdanjima Standarda njege šestom (Meyer et al., 2005) i sedmom (Coleman et al., 2012) izdanju, medicinsko-afirmišuća njega kod adolescenata podijeljena je u tri kategorije, kojima su definisani kriterijumi koje je potrebno ispuniti s obzirom na doba, odnosno fazu puberteta – i to kategoriju sasvim potpuno reverzibilnog odgađanja puberteta hormonskim blokatorima na samom početku puberteta, zatim djelimično reverzibilne hormonske terapije (testosteron, estrogen) za punoljetne adolescente (što je u nekim evropskim državama bilo 16 godina) i ireverzibilne hirurške tretmane u starosti od 18 godina i više, osim za “maskulinizirajuću” mastektomiju kojoj je minimalna starosna granica 16 godina. Dodatni kriterijumi koje je bilo potrebno ispuniti za rodno-afirmišuću medicinsku njegu uključivali su dugu i istrajnu istoriju rodnog “nekonformizma”, odnosno disforije tokom djetinjstva, nastanak disforije ili intenziviranje početkom puberteta; dodatno bavljenje psihičkim, medicinskim ili socijalnim problemima koji ometaju njegu ili izostanak tih problema; roditeljsku/starateljsku podršku za početak intervencije i informisani pristanak. Poglavlje posvećeno transrodnim i rodno raznolikim (TiRR) adolescentima, odvojeno od poglavlja o djeci, napisano je za osmu verziju Standarda s obzirom na: 1) eksponencijalni rast broja adolescenata upućenih na obradu; 2) povećan broj istraživanja zdravstvene njege vezane uz rodnu raznolikost kod adolescenata i 3) karakteristična pitanja vezana uz razvojnu i rodno-afirmišuću njegu u toj starosnoj grupi.

Neodređeni se pojmovi kod pitanja vezanih uz rodnu njegu (npr. model rodne afirmacije, rodno-istraživački model) izbjegavaju s obzirom na to da ne predstavljaju jedinstvenu praksu već raznovrsne prakse, različito definisane u različitim okruženjima.

Adolescencija - pregled

Adolescencija je razvojno doba koje karakteriše relativno brzo fizičko i psihičko sazrijevanje, prelaz

iz djetinjstva u odraslo doba (Sanders, 2013). Višestruki razvojni procesi odvijaju se istovremeno, uključujući promjene naznačene pubertetom. Kognitivni, emocionalni i društveni sistemi sazrijevaju, dok fizičke promjene povezane s pubertetom ubrzano napreduju. Ovi procesi ne počinju i ne završavaju istovremeno, niti se pojavljuju u istoj starosti kod svih. Zbog toga su donja i gornja granica adolescencije neprecizne i nije ih moguće definisati isključivo prema hronološkom dobu. Na primjer, tjelesne pubertetske promjene mogu početi u kasnom djetinjstvu, a neurološki sistemi izvršne kontrole se nastavljaju razvijati i do sredine 20-ih godina (Ferguson et al., 2021). Države i vlade neujednačeno definišu dob punoljetnosti, odnosno zakonsku mogućnost odlučivanja (Dick et al., 2014). Dok većina granicu punoljetnosti postavlja na navršenih 18 godina, u nekim zemljama se punoljetnost dostiže već s 15 godina (npr. u Indoneziji i Mijanmaru), a kod drugih tek s 21 godinom (npr. Misisipiju (u SAD-u) i Singapuru).

Preciznije rečeno, ovo se poglavlje odnosi na adolescente od početka puberteta do uobičajene zakonske punoljetnosti (u većini slučajeva navršenih 18 godina), međutim ono se takođe odnosi i na razvojne elemente, poput važnosti uključenosti roditelja ili staratelja, koja je često od presudne važnosti za njega o mladim punoljetnim osobama koje su na prelazu u odraslu dob čemu je potrebno postupiti na odgovarajući način.

Kognitivni razvoj u adolescenciji često karakteriše napredak u apstraktnom razmišljanju, složenom zaključivanju i metakogniciji (tj. sposobnosti mlade osobe da razmišlja o vlastitim osjećajima u odnosu na to kako ih drugi doživljavaju; Sanders, 2013). Sposobnost promišljanja hipotetičkih situacija omogućava mladoj osobi razmatranje mogućih posljedica vlastitih odluka. Adolescencija je, takođe, nerijetko povezana s porastom rizičnog ponašanja. Uz navedene značajne promjene, u adolescenciji često dolazi do odvajanja od roditelja i osamostaljivanja. Pažnja je više usmjerena na odnose s vršnjacima, što može biti pozitivno ili pak štetno (Gardner i Steinberg, 2005). Adolescenti često doživljavaju osjećaj hitnosti koji proizlazi iz preosjetljivosti na nagrađi-

vanje, a pokazalo se i da je njihov osjećaj za vrijeme drugačiji nego kod starijih osoba. (Van Leijenhorst et al., 2010). Tokom adolescentskog doba socioemotivni razvoj značajno napreduje, iako postoje velike razlike među mladima u nivou zrelosti posmatrane na inter- i intrapersonalnoj komunikaciji i spoznajama (Grootens-Wiegers et al., 2017). Kada se radi o TiRR adolescentima, koji donose odluke o rodno-afirmišućim tretmanima čije posljedice mogu biti doživotne, izrazito je važno razumjeti uticaj svih razvojnih aspekata, a u okviru specifičnog kulturnog konteksta, na njihovo odlučivanje.

Razvoj rodnog identiteta u adolescenciji

Naše razumijevanje razvoja rodnog identiteta kod adolescenata i dalje se proširuje. Prilikom pružanja kliničke njege rodno raznolikim mladim osobama i njihovim porodicama, važno je znati što se zna, a što ne zna o rodnom identitetu tokom razvoja mladih (Berenbaum, 2018). Razmatrajući moguće tretmane, porodice mogu imati pitanja o razvoju rodnog identiteta njihova djeteta i hoće li deklarirati rod njihovog adolescenta ostati isti tokom vremena. U nekim slučajevima iskazani rodni identitet adolescenata koji se razlikuje od pola koji im je pripisan pri rođenju ne predstavlja iznenađenje za roditelje ili staratelje s obzirom na to da istorija djetetovog rodno raznolikog izražavanja seže još u djetinjstvo (Leibowitz i de Vries, 2016). U drugima će se izjave o rodu preklapati s promjenama u pubertetu ili se čak odviti kasno u adolescenciji (McCallion et al., 2021; Sorbara et al., 2020).

Gledajući kroz istoriju, socijalno učenje i kognitivna razvojna istraživanja rodnog razvoja uobičajeno su se sprovodila prvenstveno na mladima koji nisu rodno raznoliki svojim identitetom ili izražavanjem, polazeći od pretpostavke da je pol u korelaciji s određenim rodnom; dakle, razvoju rodnog identiteta nije posvećeno dovoljno pažnje. Osim bioloških faktora koji utiču na razvoj roda, istraživanje Perryja i Paulettija (2011) pokazalo je da psihološki i društveni faktori takođe igraju ulogu. Iako se manje pažnje posvećivalo razvoju rodnog identiteta kod TiRR mladih, postojali su brojni razlozi za pretpostavku da su, uz biološke,

uključeni i psihosocijalni faktori (Steensma, Kreukels et al., 2013). Kod nekih mladih, razvoj rodnog identiteta doima se stabilan i često se izražava od ranog doba, dok je kod drugih prisutan razvojni proces koji doprinosi razvoju rodnog identiteta tokom vremena.

Neuroimidžing studije, genetske studije i druge studije hormona kod interpolnih osoba pokazuju biološki doprinos razvoju rodnog identiteta za neke osobe čiji se rodni identitet ne podudara sa polom koji im je pripisan pri rođenju (Steensma, Kreukels et al., 2013). Budući da porodice često imaju pitanja upravo o tom segmentu, važno je napomenuti da nije moguće razlikovati one čiji se rodni identitet može činiti stabilnim od rođenja od onih čiji se razvoj rodnog identiteta događa procesno. Budući da je nemoguće definitivno opisati doprinos različitih faktora razvoju rodnog identiteta bilo koje mlade osobe, sveobuhvatan klinički pristup je važan i nadasve potreban (v. preporuku 3). Buduća će istraživanja zasigurno dodatno razjasniti mnogobrojna pitanja vezana uz razvoj rodnog identiteta, naročito ako će se sprovoditi tokom dužih vremenskih razdoblja i s različitim demografskim grupama. Takođe bi trebalo proširiti shvatanje rodnog identiteta pomakom s dihotomne (binarne) kategorizacije na muški i ženski pol prema dimenzionalnom rodnom spektru duž kontinuuma (APA, 2013).

Adolescencija može biti kritično razdoblje za razvoj rodnog identiteta kod rodno raznolikih mladih ljudi (Steensma, Kreukels et al., 2013). Holandske longitudinalne kliničke studije koje su pratile adolescente s rodnom disforijom u djetinjstvu koji su dobili terapiju za supresiju puberteta, rodno-afirmišuće hormone ili oboje, otkrile su da nitko od njih u odrasloj dobi nije požalio zbog odluka koje su donijeli tokom adolescencije (Cohen-Kettenis i van Goozen, 1997; de Vries et al., 2014). To nam govori da su se adolescenti, koji su bili sveobuhvatno procijenjeni i za koje se smatralo da su dovoljno emocionalno zreli za odlučivanje o početku rodno-afirmišuće medicinske njege, pokazali stabilno vezani uz rodni identitet tokom sprovođenja studija.

Na temelju rezultata dugoročne, longitudinalne kohortne studije koja je sprovedena u Holandiji na rodno raznolikim adolescentima koji traže njegu,

nameće se zaključak da je ključno razmotriti društvene promjene koje su se dogodile tokom vremena, a utiču na TiRR populaciju. S obzirom na veću društvenu vidljivost osoba koje se identifikuju kao TiRR osobe, važno je razumjeti kako rast društvene osviještenosti može uticati na rodni razvoj na različite načine (Kornienko et al., 2016). Identifikovan je trend porasta broja mladih nebinnarnih osoba koji dolaze u klinike za rodni identitet (Twist i de Graaf, 2019). Primjetan je još jedan fenomen koji se javlja u kliničkoj praksi, a odnosi se na povećanje broja adolescenata koji traže pomoć. Radi se o pojedincima koji naizgled nisu iskusili ili izrazili, ili oboje, rodnu raznolikost tokom djetinjstva. Jedna istraživačica pokušala je proučiti i opisati poseban oblik kasnije izraženog iskustva rodne raznolikosti (Littman, 2018). Međutim, nalazi te studije trebaju se razmatrati unutar konteksta značajnih metodoloških izazova, uključujući ove činjenice: 1) studija je pratila perspektivu roditelja, a ne mladih i 2) birani su roditelji iz društvenog okruženja u kojem vlada nepovjerenje, sumnja i visoka kritičnost prema tretmanu rodne disforije. Međutim, ta ispitivanja nisu ponovljena. Podložnost odabrane podgrupe mladih društvenom uticaju na rod važan je diferencijal koji treba razmotriti (Kornienko et al., 2016). Ipak, potrebno je biti oprezan i izbjeći pretpostavku da se ti fenomeni kod pojedinih adolescenata pojavljuju prerano, ako se oslonimo na podatke koji su možda prikupljeni pristranim biranjem uzoraka (Bauer et al., 2022; WPATH, 2018). Važno je uvažiti dobrobit koju za mlade ljude može imati društvena povezanost s ljudima koji pružaju podršku (Tuzun et al., 2022) (v. preporuku 6.4).

S obzirom na nove spoznaje o razvoju rodnog identiteta kod adolescenata, individualizovani pristup kliničkoj njezi smatra se i etičkim i neophodnim. Kao što je to slučaj sa svim područjima medicine, svako istraživanje ima metodološka ograničenja i zaključke koji se ne smiju i ne trebaju univerzalno primjenjivati na sve adolescente. Jednako vrijedi i kada se uhvatimo ukoštac s uobičajenim, roditeljskim pitanjima o stabilnosti i nestabilnosti razvoja rodnog identiteta pojedine mlade osobe. Dok će buduća istraživanja pomoći u napretku naučnog razumijevanja razvoja

rodnog identiteta, uvijek će postojati neke nepoznanice. Nadalje, s obzirom na etiku samoodređenja u njezi, te nepoznanice ne bi trebalo da TiRR adolescenta liše važne i potrebne njege.

Naučni dokazi o rodno-afirmišućem medicinskom tretmanu za transrodne adolescente

Glavni izazov u njezi za transrodne adolescente je kvalitet argumentacije koja potvrđuje djelotvornost i medicinski opravdanu primjenu rodno-afirmišuće medicinske i hirurške njege tokom vremena (engl. *gender-affirming medical and surgical treatment*, GAMST) (v. preporuku 2.1 o medicinskoj neophodnosti u drugom poglavlju – Globalnoj primjenjivosti). S obzirom na cjeloživotne implikacije medicinskog tretmana i ranu dob kada ona može započeti, adolescenti, njihovi roditelji i pružaoci njege trebali bi biti informisani o suštini naučnih dokaza. Razumno je da se odluke o pokretanju medicinskih i hirurških zahvata donose oprezno. Bez obzira na sve više dokaza o djelotvornosti rane medicinske intervencije, broj istraživanja je i dalje malen, a malo je i onih koja prate ishod od mladosti do odrasle starosti. Zbog svega navedenog sistemski uvid u ishode tretmana u adolescenata nije moguć. Umjesto toga donosi se kratak osvrt.

U vrijeme pisanja ovog poglavlja bilo je tek nekoliko dugoročnih, kohortnih longitudinalnih studija praćenja koje su pokazale pozitivne ishode ranog tretmana (tj. u adolescentsko doba), a sprovedene su kroz duže razdoblje u jednoj holandskoj klinici (npr. Cohen-Kettenis i van Goozen, 1997; de Vries, Steensma et al., 2011; de Vries et al., 2014; Smith et al., 2001, 2005). Istraživanja su pokazala da je rješavanje rodne disforije povezano s poboljšanjem psihičkog funkcionisanja i zadovoljstva vlastitim tijelom. Većina tih studija slijedila je metodološki okvir prije-poslije tretmana te je upoređivala osnovno psihičko funkcionisanje s ishodima nakon pružanja rodno-afirmišućih medicinskih tretmana.

Različita istraživanja procjenjuju pojedinačne aspekte ili kombinacije tretmana i uključuju 1) rodno-afirmišuće hormonske terapije i operacije (Cohen-Kettenis i van Goozen, 1997; Smith et al., 2001, 2005); 2) supresiju puberteta (de Vries,

Steensma et al., 2011) te 3) supresiju puberteta, uz rodno-afirmišuće hormonske tretmane i operacije (de Vries et al., 2014). Dugoročna studija praćenja iz 2014. jedina je koja je pratila mlade od rane adolescencije (prethodna obrada, prosječna starost od 13,6 godina) do rane odrasle starosti (poslije tretmana, prosječna starost 20,7 godina). Radilo se o prvom istraživanju koje je pokazalo da rodno-afirmišući tretman omogućava transrodnim adolescentima razvojne prelaze primjerene njihovoj starosti dok žive u svom afirmisanom rodu, uz zadovoljavajuće objektivne i subjektivne ishode rodno-afirmišućih tretmana u odraslom dobu (de Vries et al., 2014). Iako je studija sprovedena na malom (n = 55), ciljnom društvenom uzorku rezultati su bili uvjerljivi. Treba napomenuti da su učesnici bili dio holandske klinike poznate po multidisciplinarnom pristupu, koji uključuje pružanje sveobuhvatne, kontinuirane procjene i tretiranje rodne disforije te podršku usmjerenu na emocionalnu dobrobit.

Nekoliko nedavno objavljenih longitudinalnih istraživanja pratilo je i procjenjivalo učesnike u različitim etapama rodno-afirmišućih tretmana. U tim istraživanjima neki učesnici još nisu započeli rodno-afirmišuće medicinske tretmane, neki su bili na tretmanu odgađanja puberteta, dok su drugi započeli rodno-afirmišuću hormonsku terapiju ili su čak bili podvrgnuti rodno-afirmišućim hirurškim zahvatima (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). Zbog heterogenosti tretmana i metod interpretacije rezultata u takvim je istraživanjima nešto izazovnije. Ipak, u poređenju s osnovnim procjenama, podaci dosljedno pokazuju poboljšanje ili stabilno psihičko funkcionisanje te zadovoljstvo vlastitim tijelom i tretmanom čije trajanje može varirati od tri mjeseca do dvije godine.

Prosječna istraživanja daju drugačiji pregled evaluacije učinaka rodno-afirmišućih tretmana. Jedno takvo istraživanje upoređivalo je psihičko funkcionisanje transrodnih adolescenata na početku ispitivanja i tokom supresije puberteta s njihovim cisrodnim srednjoškolskim vršnjacima u dvije različite vremenske tačke. Na početku ispitivanja psihičko funkcionisanje transrodnih mladih

osoba bilo je lošije, dok su tokom terapije za supresiju puberteta funkcionisali bolje od svojih vršnjaka (Van der Miesen et al., 2020). Grannis et al. (2021) pokazali su da su transrodni muškarci koji su počeli uzimati testosteron imali manje internaliziranih psihičkih simptoma (depresija i anksioznost) u poređenju sa s onima koji nisu započeli terapiju testosteronom.

Četiri dodatne studije pratile su različite ishode. U retrospektivnoj studiji, Kaltiala, Heino et al. (2020) pokazuju da su transrodni adolescenti koji su imali minimalne ili nikakve probleme s mentalnim zdravljem prije početka rodno-afirmišuće hormonske terapije, uopšteno bili dobro tokom tretmana. Međutim, adolescenti s više psihičkih poteškoća na početku studije su i dalje doživljavali manifestacije istih teškoća tokom rodno-afirmišuće medicinskog tretmana. Nieder et al. (2021) proučavali su zadovoljstvo pacijenata pruženom njegom kao mjeru ishoda i pokazali da su transrodni adolescenti bili zadovoljniji što su više napredovali sa započetim tretmanima. Hisle-Gorman et al. (2021) uporedili su korišćenje zdravstvene zaštite prije i nakon uvođenja rodno-afirmišućih farmaceutika, kao indikatora ozbiljnosti mentalnog stanja među 3 754 TiRR adolescenata na velikom uzorku zdravstvenih podataka. Iako autori iznose pretpostavku o poboljšanju mentalnog zdravlja, nije bilo značajnih promjena, ali je pripisivanje psihotropnih lijekova poraslo. Turban i sur. (2022) iz velikog neprobabilističkog kvotnog uzorka transrodno identifikovanih odraslih osoba izdvojili su one koje su izjavile da je dostupnost rodno-afirmišućih hormona u adolescenciji uticala na smanjenje vjerovatnosti suicida u protekloj godini i uporedili ih s transrodnim osobama koje su rodno-afirmišuće hormone počele uzimati u odraslom dobu.

Zdravstveni radnici i ostali stručnjaci treba da razmotre mogućnost da adolescent može požaliti zbog odluka donesenih tokom adolescencije, odnosno da će možda željeti prekinuti tretmane i vratiti se životu u rodnoj ulozi koja mu je pripisana pri rođenju. Dvije holandske studije pokazuju niske stope adolescenata (1,9% i 3,5%) koji odluče prekinuti terapiju za odgađanje puberteta (Brik et al., 2019; Wiepjes et al., 2018). Kao i prethodne, i te su studije sprovedene u klinikama koje slijede

protokol koji uključuje sveobuhvatnu procjenu prije početka rodno-afirmišuće medicinskog tretmana. U ovom trenutku nema kliničkih, kohortnih istraživanja koja bi izvijestila o profilima adolescenata koji se kaju zbog inicijalne odluke ili koji se odlučuju za detranziciju nakon provedenog ireverzibilnog rodno-afirmišuće medicinskog tretmana. Nedavna istraživanja pokazuju da postoje adolescenti koji se odlučuju za detranziciju, ali se ne kaju zbog odluke da započnu s tretmanom jer im je to iskustvo pomoglo da osvijeste svoje potrebe vezane za rodnu njegu (Turban, 2018). No to možda nije dominantna perspektiva onih koji se odlučuju za detranziciju (Littman, 2021; Vandebussche, 2021). Neki se adolescenti mogu pokajati zbog koraka koje su preduzeli (Dyer, 2020) pa je transrodne adolescente važno upoznati s cijelim nizom mogućih ishoda. Pružaoci njege mogu otvoreno razgovarati o tome (kao o "potencijalnom iskustvu ili nečemu što treba uzeti u obzir") s adolescentom i njegovim roditeljima/starateljima prije nego što započnu s rodno-afirmišućim tretmanima. Pružaoci bi takođe trebali biti spremni podržati adolescente koji se odluče za detranziciju. Istraživanje provedeno uzorkovanjem na internetu, koje je uključivalo 237 osoba (prosječne starosti 25,02 godine), prema vlastitom kazivanju u detranziciji (među kojima je bilo 90% AFAB osoba), pokazalo je da je 25% ispitanika prošlo medicinsku tranziciju prije 18. godine, a 14% detranziciju prije 18. godine (Vandebussche, 2021). Iako prigodno uzorkovanje na internetu određuje izbor ispitanika, dobijeni podaci sugerišu da kod mladih transrodnih osoba može doći do detranzicije i zdravstveni radnici toga trebaju biti svjesni. Mnogi od njih ukazali su na poteškoće u pronalaženju pomoći tokom procesa detranzicije, govoreći da su u detranziciji bili prepušteni sami sebi i da nisu dobili ni dovoljnu ni adekvatnu podršku (Vandebussche, 2021).

Zaključno, iako postojeći uzorci govore o relativno malim grupama mladih (npr. n = 22-101 po studiji) i iako vrijeme praćenja varira među studijama (od 6 mjeseci do 7 godina), ova baza podataka u nastajanju ukazuje na opšte poboljšanje životnih okolnosti transrodnih adolescenata koji, nakon pažljive procjene, primaju medicinski neophodnu rodno-afirmišuću medicinsku njegu.

Lista preporuka:

- 6.1 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji rade s rodno raznolikim adolescentima da:
- 6.1.a - posjeduju licencu nadležnog tijela i diplomu ili njen ekvivalent u relevantnom kliničkom području koju dodjeljuje nacionalna akreditacijska agencija;
- 6.1.b. - prođu teorijsko i stručno usavršavanje utemeljeno na dokazima i steknu stručnost u području mentalnog zdravlja djece, adolescenata i njihovih porodica u cijelom razvojnem spektru;
- 6.1.c. budu edukovani i stručni u pitanjima razvoja rodno identiteta, rodne raznolikosti kod djece i adolescenata, da imaju sposobnost procjene sposobnosti za davanje pristanka te da steknu opšte znanje o rodnoj raznolikosti tokom čitavog ljudskog životnog vijeka;
- 6.1.d. - da budu edukovani i stručni za poremećaje iz autističnog spektra i za neurorazvojne poremećaje ili da sarađuju sa stručnjacima za rad s osobama s poteškoćama u razvoju kada rade s autističnim/neurodivergentnim TiRR adolescentima;
- 6.1.e. - da se kontinuirano profesionalno usavršavaju u svim područjima relevantnim za rodno raznoliku djecu, adolescente i njihove porodice.
- 6.2 - Preporučujemo da zdravstveni radnici koji rade s rodno raznolikim adolescentima otvoreno i s poštovanjem potpomažu istraživanje i izražavanje roda, izbjegavajući favorizovanje ijednog identiteta.
- 6.3 - Preporučujemo da zdravstveni radnici koji rade s rodno raznolikim adolescentima osiguraju sveobuhvatnu biopsihosocijalnu procjenu adolescenata koji razmatraju rodna pitanja i traže medicinsku ili hiruršku njegu povezanu s tranzicijom te da je sprovedu u saradnji s njima i uz podršku.
- 6.4 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima da rade s porodicama, školama i drugim relevantnim okolinama te da promovišu prihvatanje izražavanja rodno raznolikog ponašanja i identiteta kod adolescenata.
- 6.5 - Ne preporučujemo predlaganje reparativne i konverzije terapije kojom se teži postići promjena roda i rodne ekspresije osobe zbog njihovog usklađivanja sa polom pripisanim pri rođenju.
- 6.6 - Predlažemo zdravstvenim radnicima da poduče transrodne i rodno raznolike adolescente o podvezivanju grudi i prikrivanju genitalija te da ih informišu o koristima i rizicima tih postupaka.
- 6.7 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima da razmotre pripisivanje sredstava za supresiju menstruacije kod adolescenata koji doživljavaju rodnu nepodudarnost, ali možda ne žele terapiju testosteronom; kao i za one koji žele terapiju, ali još nisu započeli s njom; ili u kombinaciji s terapijom testosteronom za menoragiju (probajno krvarenje).
- 6.8 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima da održavaju odnos s TiRR adolescentima i svim relevantnim pružiocima njege te da pruže podršku adolescentu u odlučivanju tokom cjelokupnog tretmana za supresiju puberteta, hormonske terapije i rodno povezanih hirurških zahvata sve do odraslog doba.
- 6.9 - Preporučujemo da zdravstveni radnici obuhvate relevantne discipline, kao i specijaliste za mentalno zdravlje i druge medicinske stručnjake pri donošenju odluka o tome jesu li supresija puberteta, uvođenje hormonske terapije ili rodno uslovljenih hirurških zahvata za TiRR adolescente prikladni i indikovani u tretmanu sve do zrelosti.
- 6.10 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji rade s TiRR adolescentima, koji traže rodno-afirmišući medicinski ili hirurški tretman, da ih prije njegovog početka informišu o reproduktivnim učincima, naročito o potencijalnom gubitku plodnosti, kao i dostupnim opcijama za očuvanje plodnosti u kontekstu faza pubertetskog razvoja.
- 6.11 - Kada su za adolescente indikovani rodno-afirmišući medicinski ili hirurški tretmani, preporučujemo da zdravstveni radnici uključe roditelje/staratelje u procjenu i proces, osim u onim slučajevima u kojima se procijeni da bi njihovo učestvovanje bilo štetno za adolescenta ili da nije moguće.

Sljedeće su preporuke u vezi sa zahtjevima za rodno-afirmišućim medicinskim i hirurškim tretmanima (sve moraju biti ispunjene):

- 6.12 - Preporučujemo da zdravstveni radnici koji procjenjuju TiRR adolescente preporuče rodno-afirmišuće medicinske ili hirurške tretmane koje pacijent traži kada:
- 6.12.a - Adolescent zadovoljava dijagnostičke kriterijume rodne inkongruencije prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (ICD-11), u situacijama u kojima je dijagnoza neophodna da bi se ostvarilo pravo na zdravstvenu zaštitu. U zemljama koje još nisu implementirale najnoviji ICD mogu se koristiti i druge taksonomije, ali je potrebno omogućiti upotrebu najnovijeg ICD-a što je prije moguće.
- 6.12.b - Iskustvo rodne raznolikosti/nepodudarnosti izrazito je i postojano tokom vremena.
- 6.12.c - Adolescent pokazuje emocionalnu i kognitivnu zrelost potrebnu za davanje informisanog pristanka na tretman.
- 6.12.d - Razmotreni su problemi mentalnog zdravlja adolescenta (ako postoje) koji mogu uticati na nedvosmislenost dijagnoze, sposobnost davanja informisanog pristanka i/ili na rodno-afirmišuće medicinske tretmane.
- 6.12.e - Adolescent je obaviješten o reproduktivnim učincima, uključujući potencijalni gubitak plodnosti, kao i o dostupnim opcijama za očuvanje plodnosti, te se o tim opcijama raspravljalo u kontekstu faza pubertetskog razvoja adolescenta.
- 6.12.f - Adolescent je dosegao Tanerov stadijum 2 puberteta za početak tretmana supresije puberteta.
- 6.12.g - Adolescent je prošao najmanje 12 mjeseci rodno-afirmišuće hormonske terapije, ako je ona bila potrebna da bi se osigurao željeni hirurški rezultat rodno-afirmišućih tretmana, poput povećanja grudi, orhiektomije, vaginoplastike, histerektomije, faloplastike, metoidioplastike i operacije lica, osim u slučaju kada hormonska terapija nije poželjna ili je medicinski kontraindikovana.

Nadalje, stopa onih koji su zažalili zbog odluke tokom praćenog razdoblja bila je niska. Podaci u cjelini pokazuju da rana medicinska intervencija,

kao dio šire kombinovane procjene te pristup tretmanima za rodnu disforiju i opštu dobrobit

mogu biti djelotvorni i korisni mnogim transrodnim adolescentima koji traže takve oblike podrške.

Etička perspektiva i ljudska prava

Prilikom oblikovanja preporuka o radu s adolescentima u SNj-e razmatrana su deontološka pitanja i pitanja ljudskih prava. Na primjer, dopuštanje da se pubertet odvije kod adolescenata koji doživljavaju rodnu nepodudarnost nije neutralan čin, s obzirom na to da može imati neposredne i doživotne štetne učinke za mladu transrodnu osobu (Giordano, 2009; Giordano i Holm, 2020; Kreukels i Cohen-Kettenis, 2011). Iz perspektive ljudskih prava i uzimajući u obzir da je rodna raznolikost normalna i očekivana pojava u širokom rasponu ljudskih iskustava, adolescenti imaju pravo učestvovati u procesu donošenja odluka o svom zdravlju i životu, uključujući pristup uslugama rodnog zdravlja (Amnesty International, 2020).

Kratki sažetak preporuka i jedinstvenih problema u adolescenciji

Ove su smjernice osmišljene da bi razjasnile što se zna, a što se ne zna o razvoju rodnog identiteta u adolescenciji, da bi se prikupili dokazi koji idu u prilog primjeni rodno-afirmišućih tretmana i njege u adolescenciji te da bi se razjasnili jedinstveni aspekti po kojima se adolescencija razlikuje od drugih razvojnih faza.

Istraživanje identiteta: Najvažnije karakteristike adolescencije su definisanje i učvršćivanje različitih aspekata identiteta, među ostalima i rodnog identiteta. Preporuka 6.2 govori o istraživanju identiteta u kontekstu razvoja rodnog identiteta. Preporuka 6.12.b donosi procjenu vremena koje je potrebno da mlada osoba iskusi rodno raznolike identitete, da bi potom izrazila ili ne rodno raznolike identitete i donijela suvislu odluku o rodno-afirmišućim medicinskim tretmanima.

Pristanak i donošenje odluka: Pristajanje na rodno-afirmišuće postupke i donošenje odluka u adolescentskoj starosti zahtijevaju procjenu emocionalnog, kognitivnog i psihosocijalnog razvoja pojedinca. Preporuka 6.12.c direktno se bavi emocionalnom i kognitivnom zrelošću te opisuje neophodne komponente procesa evaluacije koji se koriste za procjenu sposobnosti donošenja odluka.

Uključenost staratelja ili roditelja: Adolescenti obično često zavise od savjeta svojih staratelja ili roditelja. To naročito

vrijedi kada mlada osoba prolazi kroz proces odlučivanja o različitim opcijama tretmana. Preporuka 6.11 govori o važnosti uključivanja staratelja/roditelja i razmatra njihovu ulogu u procjenama i tretmanima. Nijedan skup smjernica ne može uzeti u obzir sve pojedinačne okolnosti na globalnom nivou.

Preporuka 6.1

Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji rade s rodno raznolikim adolescentima da:

- a. **posjeduju licencu nadležnog tijela i diplomu ili njen ekvivalent u relevantnom kliničkom području koju dodjeljuje nacionalna akreditacijska agencija;**
- b. **prođu teorijsko i stručno usavršavanje utemeljeno na dokazima i steknu stručnost u području mentalnog zdravlja djece, adolescenata i njihovih porodica u cijelom razvojnom spektru;**
- c. **budu edukovani i stručni u pitanjima razvoja rodnog identiteta, rodne raznolikosti kod djece i adolescenata, da imaju sposobnost procjene sposobnosti za davanje pristanka te da steknu opšte znanje o rodnoj raznolikosti tokom čitavog ljudskog životnog vijeka;**
- d. **budu edukovani i stručni za poremećaje iz autističnog spektra i za neurorazvojne poremećaje ili da sarađuju sa stručnjacima za rad s osobama s poteškoćama u razvoju kada rade s autističnim ili neurodivergentnim TiRR adolescentima;**
- e. **da se kontinuirano profesionalno usavršavaju u svim područjima relevantnim za rodno raznoliku djecu, adolescente i njihove porodice.**

Prilikom procjene TiRR adolescenata i pružanja podrške njima i njihovim porodicama, zdravstveni radnici i stručnjaci treba da posjeduju opšta i rodno specifična znanja. Stručnjaci osposobljeni za rad s adolescentima i porodicama imaju važnu ulogu u praćenju svih aspekata razvoja adolescenta i porodične dinamike (Adelson et al., 2012; APA, 2015; Hembree et al., 2017). Ostala poglavlja u ovoj verziji Standarda njege detaljnije opisuju navedene kriterijume za stručnjake koji pružaju rodnu njegu (v. peto poglavlje - Procjenu odraslih;

sedmo poglavlje - Djecu i trinaesto poglavlje - Hirurgiju i postoperativnu njegu). Stručnjaci koji rade s adolescentima trebali bi se informisati o tome što se o razvoju rodnog identiteta adolescenta zna, a što ne i po čemu se ta baza znanja razlikuje od onoga što se primjenjuje kod odraslih ili djece u predpubertetu. Specijalisti za mentalno zdravlje u tom su smislu najkompetentniji i raspoložu kliničkim vremenom da naprave procjenu i objasne mladim transrodnim osobama prioritete i ciljeve, što uključuje i one koje traže medicinsku/hiruršku rodno-afirmišuću njegu. Razumijevanje i usmjeravanje dinamike porodice čiji članovi mogu imati različite stavove o istoriji i potrebama mlade osobe, važna je kompetencija, a specijalisti za mentalno zdravlje često su u to najupućeniji.

Kada stručnjaci za razvoj djece i adolescenata nisu dostupni, drugi zdravstveni radnici trebaju preuzeti obvezu sticanja specijalističkog obrazovanja iz područja razvoja adolescenata i porodične dinamike, uključujući razvoj rodnog identiteta. Takođe, s obzirom na to da autistični, odnosno neurodivergentni transrodni mladi predstavljaju prilično malu podgrupu mladih koji koriste usluge rodnih klinika globalno, važno je da se zdravstveni radnici dodatno edukuju u području autizma i da razumiju jedinstvene elemente njege koju autistični, rodno raznoliki mladi mogu tražiti (Strang, Meagher et al., 2018). Ako takve edukacije nisu dostupne, preporučuje se savjetovanje i saradnja sa stručnjacima specijalizovanim za autizam i neurodivergentnost.

Preporuka 6.2

Preporučujemo da zdravstveni radnici koji rade s rodno raznolikim adolescentima otvoreno i s poštovanjem potpomažu istraživanje i izražavanje roda, izbjegavajući favorizovanje ijednog identiteta.

Adolescencija je razvojno razdoblje koje uključuje fizičke i psihičke promjene koje karakterišu osamostaljivanje i sticanje nezavisnosti u odnosu na staratelje (Berenbaum et al., 2015; Steinberg, 2009). Mladi ljudi tokom tog razdoblja mogu istraživati različite aspekte svog identiteta, uključujući i rodni identitet.

Adolescenti se razlikuju s obzirom na to koliko su skloni istraživanju i koliko se posvećuju aspek-

tima svog identiteta (Meeus et al., 2012). Za neke je adolescente tempo postizanja konsolidacije identiteta brz, dok je za druge sporiji. Za neke se adolescente tjelesni, emocionalni i psihološki razvoj odvija tokom istog vremenskog razdoblja, dok kod drugih postoje određeni prekidi između tih aspekata razvoja. Slično tome, vremenska linija razvoja rodnog identiteta varira (Arnoldussen et al., 2020; Katz-Wise et al., 2017). Za neke je mlade ljude razvoj rodnog identiteta jasan proces koji počinje u ranom djetinjstvu, dok za druge pubertetske promjene doprinose doživljaju sebe u određenom rodu (Steensma, Kreukels et al., 2013). Za mnoge proces može započeti značajno nakon što su pubertetske promjene završile. S obzirom na te varijacije, ne postoji određeni tempo, proces ili ishod koji se može predvidjeti za pojedinačne adolescente koji traže rodno-afirmišuću njegu.

Zbog svega navedenog, zdravstveni radnici koji rade s adolescentima treba da stvore okruženje u kojem će mladima pružiti podršku istovremeno poštujući njihov rodni identitet i podstičući ih da otvoreno istražuju svoje rodne potrebe, što uključuje društvene, medicinske i fizičke rodno-afirmišuće intervencije ako se potrebe s vremenom promijene ili razvijaju.

Preporuka 6.3

Preporučujemo da zdravstveni radnici koji rade s rodno raznolikim adolescentima osiguraju sveobuhvatnu biopsihosocijalnu procjenu adolescenata koji razmatraju rodna pitanja i traže medicinsku ili hiruršku njegu povezanu s tranzicijom te da je sprovedu u saradnji s njima i uz podršku.

S obzirom na brojne načine na koje se identitet može razviti tokom adolescencije, preporučujemo korišćenje sveobuhvatne biopsihosocijalne procjene za izradu boljih smjernica za donošenje odluka o tretmanu i optimizovanje ishoda. Ta bi procjena trebala težiti boljem razumijevanju adolescentovih snaga, ranjivosti, dijagnostičkog profila i pojedinačnih potreba, kako bi mu se osigurala individualizovana njega. Kao što je već spomenuto u preporuci 6.1, stručnjaci za mentalno zdravlje imaju najprikladnije obrazovanje, iskustvo i kliničko vrijeme potrebno za prikupljanje informacija o kojima ovdje govorimo. Procesu procjene treba

pristupiti u saradnji s adolescentima i njihovim starateljima, odvojeno i zajedno, kao što je detaljnije opisano u preporuci 6.11. Procjenu treba obaviti prije bilo koje zdravstveno potrebne medicinske ili hirurške intervencije koja se razmatra (npr. lijekovi za suzbijanje puberteta, rodno-afirmišući hormoni, operacije). V. preporuku 2.1 o medicinskoj neophodnosti u drugom poglavlju – Globalnoj primjenjivosti; v. takođe dvanaesto poglavlje – Hormonsku terapiju i trinaesto poglavlje – Hirurgija i postoperativna njega.

Mladi mogu doživjeti različite rodne identitete na različite načine. Sociokulturne definicije i iskustva roda i dalje se razvijaju, a mladi se sve češće predstavljaju nizom rodnih identiteta i načina opisivanja svojih iskustava i potreba vezanih uz rod (Twist i de Graaf, 2019). Na primjer, neki će od njih shvatiti da su transrodni ili šire gledano, rodno raznoliki i preduzeće korake da se u skladu s time mogu i predstavljati. Nekima je važno pristupiti rodno-afirmišućem medicinskom tretmanu, dok za druge to ne mora biti potrebno. Na primjer, proces istraživanja s vremenom možda neće rezultovati samoafirmacijom mlade osobe ili njezinim zaključivanjem da oličava rod koji se razlikuje od onoga koji joj je pripisan pri rođenju, pa neće posegnuti za medicinskim intervencijama (Arnoldussen et al., 2019).

Najsnažniji longitudinalni dokazi koji podstiču dobrobit rodno-afirmišućih medicinskih i hirurških tretmana u adolescentskoj starosti dobijeni su u kliničkom okruženju koje je osiguralo detaljnu, sveobuhvatnu dijagnostičku procjenu tokom određenog vremena prije uključenja u protokol pružanja njege (de Vries i Cohen-Kettenis, 2012; de Vries et al., 2014). S obzirom na to istraživanje, kao i na stalnu evoluciju iskustava rodne raznolikosti u društvu, sveobuhvatna dijagnostička biopsihosocijalna procjena u adolescenciji temelji se na dokazima, ali i čuva integritet procesa donošenja odluka. U nedostatku potpunog dijagnostičkog profila, drugi mogući problemi vezani uz mentalno zdravlje, koje bi možda trebalo priorizovati i adresirati, možda neće biti otkriveni. Nema studija dugoročnih ishoda rodno uslovljenih medicinskih tretmana za mlade koji nisu prošli sveobuhvatnu procjenu. Tretman u ovom kontekstu (npr. s ograničenom procjenom ili bez nje)

nema empirijske podrške i stoga postoji rizik da odluka o pokretanju rodno-afirmišuće medicinske intervencije dugoročno možda ne bi bila u najboljem interesu mlade osobe.

Budući da se pružanje zdravstvene zaštite i dostupnost specijalističke njege globalno razlikuju, često je potrebno osmišljavanje posebnog procesa procjene i prilagođavanja postojećim resursima. U nekim slučajevima može biti koristan prošireniji proces procjene, kao u slučaju mladih u složenijim situacijama (npr. komplikovana istorija mentalnog zdravlja (Leibowitz i de Vries, 2016)), istovremene pojave karakteristika iz spektra autizma (Strang, Powers et al., 2018) i/ili odsutnosti rodne nepodudarnosti u djetinjstvu (Ristori i Steensma, 2016). S obzirom na jedinstvene kulturne, finansijske i geografske faktore koji postoje kod određenih populacija, zdravstveni radnici bi trebalo da izrade modele procjene koji su fleksibilni i omogućuju odgovarajuću i pravovremenu njegu koja bi obuhvatala što više mladih ljudi, a koja bi garantovala učinkovitu procjenu i davala informacije o adolescentovoj snazi, ranjivosti, dijagnostičkom profilu i individualnim potrebama. Psihometrijski potvrđene psihosocijalne i rodne mjere takođe se mogu koristiti za pružanje dodatnih informacija. Multidisciplinarna procjena za mlade koji traže rodno-afirmišuću medicinsku njegu ili hiruršku intervenciju uključuje sljedeća područja koje odgovaraju relevantnim preporukama:

- **Razvoj rodnog identiteta:** Preporuke 6.12.a i 6.12.b detaljno razrađuju faktore povezane s razvojem rodnog identiteta, unutar specifičnog kulturnog konteksta, pri procjeni TiRR adolescenata.
- **Socijalni razvoj, podrška i intersekcionalnost:** Preporuke 6.4 i 6.11 detaljno razlažu važnost procjenjivanja manjinskog stresa vezanog uz rod, kao porodične dinamike te drugih aspekata koji doprinose društvenom razvoju i intersekcionalnosti.
- **Dijagnostička procjena moguće prisutnosti razvojnih problema ili teškoća s mentalnim zdravljem:** Preporuka 6.12.d razrađuje važnost razumijevanja odnosa koji postoji, ako uopšte postoji, između prisutnih problema s mentalnim zdravljem

ili razvojnih problema, s jedne strane, te problema s rodnim identitetom tj. izražavanjem rodne raznolikosti mlade osobe, s druge.

- **Spособnost donošenja odluka:** Preporuka 6.12.c razrađuje procjenu emocionalne zrelosti mlade osobe i relevantnost kada adolescent razmišlja o rodno-afirmišućim medicinskim ili hirurgskim tretmanima.

Preporuka 6.4

Preporučujemo zdravstvenim radnicima da rade s porodicama, školama i drugim relevantnim okolinama te da promovišu prihvatanje izražavanja rodno raznolikog ponašanja i identiteta kod adolescenata.

Više naučnih istraživanja i konsenzus stručnjaka podržavaju implementaciju pristupa koji promovišu prihvatanje i afirmaciju rodno raznolikih mladih širom društva u porodicama, školama, zdravstvenim ustanovama i svim drugim organizacijama i zajednicama s kojima su u interakciji (npr. Pariseau et al., 2019; Russell et al., 2018; Simons et al., 201; Toomey et al., 2010; Travers et al., 2012). Prihvatanje i afirmacija postižu se različitim pristupima, aktivnostima i strategijama koje preporučujemo da se sprovedu kroz različite odnose i okruženja u kojim mlada osoba živi i funkcionira. Važno je i za članove porodica i za članove zajednice, uključene u život adolescenta da sarađuju, osim ako se njihovo uplitanje ne smatra štetnim za adolescenta. Primjeri prihvatanja i afirmacije rodne raznolikosti te promišljanja i slobodnog izražavanja identiteta koje su predložili Pariseau i saradnici (2019), a koji mogu biti implementirani u porodicama, među osobljem, i u organizacijama, sadrže:

1. aktivnosti koje su podrška mladima da se uključe u rodno ekspanzivne (npr. nenormativne) aktivnosti i interese;
2. komunikaciju koja podržava mlade u izražavanju svojih iskustava o rodu i istraživanju roda;
3. korišćenje utvrđenog imena/zamjenice mlade osobe;
4. podršku mladima koji nose rodno-afirmišuću odjeću/uniformu, frizure i predmete (npr. nakit, šminku);
5. pozitivnu i podržavajuću komunikaciju s mladima o rodu i što ih u vezi s time brine;
6. obrazovanje o pitanjima rodne raznolikosti ljudi u neposrednom okruženju mlade osobe (članova porodice, pružaoca zdravstvenih usluga, društvenih mreža podrške), prema potrebi uključujući informacije o tome kako zagovarati potrebe rodno raznolikih mladih u zajednici, školi i zdravstvenoj zaštiti te druge teme;
7. podršku rodno raznolikim mladima da se povežu s podržavajućim zajednicama (npr. LGBTQ grupe, događanja, prijatelji);
8. pružanje prilika za raspravu, razmatranje i istraživanje opcija medicinskih tretmana kada su oni potrebni;
9. provođenje politika protiv zlostavljanja;
10. uključivanje nebinarnih iskustava u svakodnevni život, materijale za čitanje i nastavne planove i programe (npr. knjige, predavanja o zdravlju i seksualnom obrazovanju, zadane teme eseja koje prevazilaze binarne podjele, LGBTQ i bliske grupe);
11. rodno inkluzivne sadržaje kojima mladi mogu lako pristupiti bez odvajanja od vršnjaka koji nisu rodno raznoliki (npr. toaleti, svlačionice).

Naša je preporuka da zdravstveni radnici rade s roditeljima, školama i drugim organizacijama ili grupama na promovisanju prihvatanja i afirmacije TiRR identiteta i izražavanja, bez obzira na to jesu li socijalne ili medicinske intervencije sprovedene ili nisu, jer su društveno prihvatanje i afirmacija povezani s manje negativnih simptoma, bilo bihevioralnih ili vezanih uz mentalno zdravlje te više pozitivnih simptoma mentalnog zdravlja i bihevioralnog funkcionisanja (Day et al., 2015; de Vries et al., 2016; Greytak et al., 2013; Pariseau et al., 2019; Peng et al., 2019; Russell et al., 2018; Simons et al., 2013; Taliaferro et al., 2019; Toomey et al., 2010; Travers et al., 2012). Russell i saradnici 2018. otkrili su da se mentalno zdravlje popravlja što je više prihvatanja i afirmacije u različitim društven-

im okruženjima (npr. kuća, škola, radno mjesto i prijatelji). Odbačenost od porodica, vršnjaka, školskog osoblja (na primjer, namjerno korišćenje imena i ličnih zamjenice s kojima se mlada osoba ne identifikuje, nepriznavanje rodno-afirmisanog identiteta mlade osobe, vršnjačko nasilje, uznemiravanje, verbalno i fizičko nasilje, loši međuljudski odnosi, odbacivanje zbog transrodnosti, izbacivanje iz stambenog prostora), direktno je povezana s lošim ishodima, poput anksioznosti, depresije, suicidalnih ideja, pokušaja suicida, drogiranja (Grossman et al., 2005; Klein i Golub; 2016; Pariseau et al., 2019; Peng et al., 2019; Reisner, Greytak et al., 2015; Roberts et al., 2013). Važno je osvijestiti da se negativni simptomi pojačavaju s rastom nivoa odbacivanja i da se nastavljaju u odraslom dobu (Roberts et al., 2013).

Takođe je dokazano da neutralan ili indiferentan odgovor na rodnu raznolikost mlade osobe i njeno istraživanje (npr. dopuštanje djetetu da kaže drugima svoje odabrano ime, ali nekorištenje imena, skrivanje rodnog identiteta od porodica ili prijatelja, nezauzimanje za dijete u slučaju neprihvatanja među vršnjacima i u školi, izostanak angažmana i saradnje s drugim mehanizmima podrške (npr. psihoterapeutima i grupama podrške) ima negativne posljedice poput jačanja simptoma depresije (Pariseau et al., 2019). Zbog toga ne treba ignorisati ispitivanje roda ili odgađati razmatranje potreba mladih za rodnom njegom. Posebno su važni stručnjaci koji prepoznaju potrebe mladih za individualnim pristupom, podrškom i uvažavanjem njihovih potreba vezanih uz rodno izražavanje, identitete i njihovo aktualizovanje tokom vremena, u različitim područjima i odnosima. Mladima može trebati pomoć da se lakše nose s tenzijama prihvatanja tuđeg razumijevanja i prilagođavanja njihovom istraživanju adolescentskog identiteta i promjena (npr. Kuper, Lindley et al., 2019). Važno je da stručni kadar sarađuje s roditeljima i ostalima u procesu razmatranja njihovih briga i osjećaja i da se edukuju o rodnoj raznolikosti jer ti procesi ne moraju izražavati neslaganje ili neutralnost, nego biti pokušaj da se zauzme stav i prikupe informacije koje će doprinijeti prihvatanju (npr. Katz-Wise et al., 2017).

Preporuka 6.5

Ne preporučujemo predlaganje reparativne i konverzione terapije kojom se teži postići promjena roda i rodne ekspresije osobe zbog njihovog usklađivanja sa polom pripisanim pri rođenju.

Neki zdravstvenih radnici, sekularne ili vjerske organizacije i porodice, koje odbijaju prihvatiti promjene kod svog djeteta, mogu preduzeti različite korake da bi osujetili izražavanje rodne raznolikosti ili tvrdnje adolescenta o rodnom identitetu koji nisu u skladu sa polom pripisanim pri rođenju. Takvi napori u onemogućavanju reverzibilnog društvenog izražavanja ili tranzicije mogu uključivati nekorišćenje izabranog imena i zamjenice koji su izbor mlade osobe i ograničavanje njihovog samoizražavanja odabirom odjeće ili frizure (Craig et al., 2017; Green et al., 2020). Cilj tog neafirmativnog ponašanja obično je učvrstiti stavove da rodni identitet i izražavanje mlade osobe moraju odgovarati rodu koji proizlazi iz pola pripisanog pri rođenju ili očekivanjima koja su uz taj pol vezana. Aktivnosti i pristupi, koji se ponekad nazivaju "tretmanima", a nastoje uskladiti rodni identitet i izražavanje sa polom pripisanim pri rođenju nisu rijetki, no dokazano je da ne rezultiraju promjenama u rodnom identitetu (Craig et al., 2017; Green et al., 2020). Protivimo se takvim nastojanjima jer je utvrđeno da nemaju učinka i povezani su s pogoršanjem mentalnog zdravlja i psihičkog funkcionisanja (Craig et al., 2017; Green et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020).

Velik dio istraživanja vezanih za procjenu "konverzione" i "reparativne" terapije proučavao je uticaj nastojanja da se promijeni rodno izražavanje (muževnost ili ženstvenost) i povezao seksualnu orijentaciju s rodnim identitetom (APA, 2009; Burnes et al., 2016; Craig et al., 2017). Neki od tih pokušaja usmjereni su i na rodni identitet i na izražavanje (AACAP, 2018). Konverzion/reparativna terapija povezana je s pogoršavanjem simptoma anksioznosti i depresije, suicidalnim idejama, pokušajima samoubistva i izbjegavanjem zdravstvene zaštite (Craig et al., 2017; Green et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020). Iako su neke od tih studija naišle na kritike zbog metodologije ili zaključaka (npr. D'Angelo et al., 2020), to ne umanjuje važnost isticanja da su *a priori* napori da se promijeni identitet osobe klinički i etički

neosnovani. Protivimo se svim oblicima konverzija ili pokušaja da se nečiji rodni identitet promijeni zato što 1) i sekularni i vjerski napori da se promijeni rodni identitet/izražavanje uvijek su povezani s negativnim psihičkim funkcionisanjem koje se prenosi u odraslu dob (Turban, Beckwith et al., 2020) i 2) postoje značajni etički razlozi za naglašeno poštovanje rodno raznolikih identiteta.

Valja napomenuti da se potencijalni faktori koji pokreću rodno iskustvo mlade osobe i upućuju na rodnu nepodudarnost, u kontekstu podrške adolescentu u samootkrivanju, ne smatraju reparativnom terapijom sve dok nema *a priori* cilja promjene ili promovisanja bilo kojeg rodno identiteta ili izražavanja (AACAP, 2018; v. preporuku 6.2). Da bi adolescentska preispitivanja imala terapijski učinak, preporučujemo da se razgovoru o tome koji su postupci pokušani, razmatraju ili planiraju s obzirom na rodno izražavanje adolescenta pristupi afirmativno i s razumijevanjem. Teme za tu raspravu mogu uključivati ono što osoba smatra korisnim i afirmativnim, a što beskorisnim ili uznemirujućim i zašto. Preporučujemo korišćenje afirmativnog pristupa tim temama i raspravama, poput onih koji se ističu u SNJ-8, v. preporuku 6.4.

Preporuka 6.6

Predlažemo zdravstvenim radnicima da podučavaju transrodne i rodno raznolike adolescente o podvezivanju grudi i prikrivanju genitalija te da ih informišu o koristima i rizicima tih postupaka.

TiRR mladi mogu doživljavati nelagodnost s obzirom na anatomiju grudi i genitalija. Postupci kao što su podvezivanje grudi, korišćenje jastučića za grudnjak, prikrivanje genitalija (engl. *genital tucking*) ili nošenje suspenzora (engl. *genital packing*) reverzibilne su, nemedicinske metode koje mogu ublažiti nelagodnost (Callen-Lorde, 2020a, 2020b; Deutsch, 2016a; Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2018; Transcare BC, 2020). Važno je procijeniti stepen nelagode povezane s tjelesnim razvojem ili anatomijom i edukovati mlade o mogućim nemedicinskim intervencijama za rješavanje te nelagode i razgovarati o njihovoj sigurnoj primjeni.

Vezivanje grudi (engl. *binding*) uključuje kompresiju tkiva dojki kako bi se postigao ravniji iz-

gled grudnog koša. Studije pokazuju da je do 87% transmuskulinih pacijenata koristilo vezivanje (Jones, 2015; Peitzmeier, 2017). Metode vezivanja uključuju upotrebu komercijalnih steznika, sportskih grudnjaka, nošenje više majica, slojevitih sportskih grudnjaka ili upotrebu elastičnih ili drugih zavoja (Peitzmeier, 2017). Većina mladih danas navodi da se o različitim praksama vezivanja informišu na internetu, u zajednicama svojih vršnjaka (Julian, 2019). Zdravstveni radnici mogu imati važnu ulogu u osiguravanju da mladi dobiju tačne i pouzdane informacije o mogućim koristima i rizicima vezivanja grudi. Osim toga, zdravstveni radnici mogu savjetovati pacijente o sigurnim praksama vezivanja i pratiti moguće negativne učinke na zdravlje. Iako postoje potencijalni negativni fizički uticaji vezivanja, mladi koji to redovno praktikuju izvještavaju o mnogim dobrobitima, poput povećane udobnosti, većeg osjećaja sigurnosti te znatno rjeđeg pogrešnog procjenjivanja roda u okolini (Julian, 2019). Uobičajeni negativni uticaji podvezivanja grudi na zdravlje uključuju bolove u leđima ili grudnom košu, zadihanost (kratki dah) i pregrijavanje (Julian, 2019). Ozbiljniji negativni uticaji na zdravlje poput kožnih infekcija, respiratornih infekcija i preloma rebara nisu uobičajeni i povezuju se s vezivanjem grudi kod odraslih (Peitzmeier, 2017). Ako mladi vezuju grudi treba im savjetovati da koriste samo sigurno postupke - kao što su steznici posebno dizajnirani za rodno raznoliku populaciju - da bi se smanjio rizik od ozbiljnijih posljedica po zdravlje. Upotreba ljepljivih traka, elastičnih zavoja i plastičnih folija smatra se štetnima jer može smanjiti cirkulaciju krvi, oštetiti kožu i ometati disanje. Prijave li mladi negativne posljedice podvezivanja grudi, potrebno je obratiti se zdravstvenom radniku upućenom u rodno-afirmišuće medicinske postupke i s iskustvom u radu s TiRR mladima.

Prikrivanje genitalija praksa je postavljanja penisa i testisa na način da se umanjuje njihova vidljivost. Metode uključuju uvlačenje penisa i testisa između nogu ili uvlačenje testisa unutar preponskog kanala i povlačenje penisa između nogu. Genitalije se uglavnom fiksiraju donjim rubljem ili suspenzorom, odjevnim predmetom koji se može izraditi ili kupiti. Dostupna su ograničena istraživanja o specifičnim rizicima i

koristima prikrivanja genitalija kod odraslih, ali nijedna nije sprovedena na mladima. Prethodne studije pokazale su da je usko donje rublje povezano sa smanjenom koncentracijom i pokretljivošću spermatozoida. Osim toga, povišene temperature skrotuma mogu se povezati s lošim karakteristikama sperme, a prikrivanje genitalija bi u teoriji moglo uticati na spermatogenezu i plodnost (Marsh, 2019), iako ne postoje konačne procjene štetnih ishoda takvih postupaka. Potrebna su daljnja istraživanja da bi se utvrdile specifične koristi i rizici prikrivanja genitalija u mladosti.

Preporuka 6.7

Preporučujemo zdravstvenim radnicima da razmotre pripisivanje sredstava za supresiju menstruacije kod adolescenata koji doživljavaju rodnu nepodudarnost, ali možda ne žele terapiju testosteronom; kao i za one koji žele terapiju, ali još nisu započeli s njom; ili u kombinaciji s terapijom testosteronom za menoragiju (probno krvarenje).

Kada se s rodno raznolikim mladim ljudima razmatraju dostupne opcije lijekova za supresiju menstruacije, pružaoci njege trebaju učestvovati u zajedničkom donošenju odluka, koristiti rodno uključiv jezik (npr. pitati pacijente koje izraze koriste za označavanje svoje menstruacije, reproduktivnih organa i genitalija) i obavljati fizičke preglede na osjetljiv, rodno-afirmišući način (Bonnington et al., 2020; Krempasky et al., 2020). Ne postoji službeno istraživanje koje procjenjuje kako zaustavljanje menstruacije može uticati na rodnu nepodudarnost i/ili disforiju. Međutim, ovaj postupak može biti početna intervencija koja omogućava dalje istraživanje rodno povezanih ciljeva njege, davanje prioriteta nekoj drugoj njezi vezanoj uz mentalno zdravlje ili oboje, naročito kod osoba koje proživljavaju pogoršanje simptoma rodne disforije zbog neželjenog krvarenja iz materice (v. preporuku 6.12d; Mehringer i Dowshen, 2019). Kada se ne koristi testosteron, zaustavljanje menstruacije može se postići progestinom. Važno je dobiti detaljnu anamnezu menstruacije i procjenu prije primjene terapije za njeno zaustavljanje da se isključe svi temeljni menstrualni poremećaji (Carswell i Roberts, 2017). Kao dio rasprave o

ljekovima za supresiju menstruacije, takođe se treba pozabaviti potrebom za kontracepcijom i informacijama o djelotvornosti lijekova za supresiju menstruacije kao metode kontracepcije (Bonnington et al., 2020). Trebalo bi ponuditi niz opcija za supresiju menstruacije, kao što su kombinovani lijekovi estrogen-progestin, oralni progestini, depo i subdermalni progestin i intrauterine (unutarmaterične) kontracepcijske spirale, da bi se omogućili individualizovani planovi njege, uz pravilno razmatranje dostupnosti i pokrivenosti zdravstvenim osiguranjem, te procjena kontraindikacija i nuspojava (Kanj et al., 2019).

Hormonski lijekovi koji sadrže samo progestin jesu opcija, naročito među transmaskulinim ili nebinarnim mladima koji nisu zainteresovani za medicinsku njegu koja sadrži estrogen, kao i kod onih koji su izloženi riziku od tromboembolijskih incidenata ili imaju druge kontraindikacije za terapiju estrogenom (Carswell i Roberts, 2017). Hormonski lijekovi koji sadrže samo progestin uključuju oralni progestin, injekcije depomedroksiprogesterona, implantate etonogestrela i spirale s levonorgestrelom (Schwartz et al., 2019). Hormonske opcije koje sadrže samo progestin razlikuju se u pogledu djelotvornosti u supresiji menstruacije i imaju niže stope postizanja amenoreje (izostanka menstruacije) od kombinovane oralne kontracepcije (Pradhan i Gomez-Lobo, 2019). Detaljniji opis relevantnih kliničkih studija prikazan je u dvanaestom poglavlju - Hormonskoj terapiji. Zdravstveni radnici ne bi trebalo sami da stvaraju pretpostavke u vezi preferirane metode terapije kod pojedinca s obzirom na to da neki transmaskulini mladi preferiraju vaginalne prstenove ili intrauterine spirale (Akgul et al., 2019). Iako hormonski lijekovi zahtijevaju praćenje potencijalne labilnosti i naglih promjena rapoloženja, depresivnih učinaka ili oboje, dobrobiti i rizici netretirane supresije menstruacije u okruženju rodne disforije zahtijevaju individualnu procjenu. Neki se pacijenti mogu odlučiti za kombinovanu oralnu kontracepciju, koja uključuje različite kombinacije etinilestradiola i s različitim dozama i različitim generacijama progestina (Pradhan i Gomez-Lobo, 2019). Niže doze komponenti etinilestradiola u kombinovanim oralnim kontracepcijskim tabletama povezane su s povećanim probojnim kr-

varenjem. Kontinuirani, kombinovani oralni kontraceptivi mogu se koristiti za kontinuiranu supresiju menstruacije i mogu se primjenjivati u obliku transdermalnih ili vaginalnih prstenova.

Korišćenje analoga hormona koji oslobađa gonadotropin (GnRH) također može rezultovati supresijom menstruacije. Međutim, preporučuje se da rodno raznoliki mladi ispune kriterijume za tretman (kao što je istaknuto u preporuci 6.12) prije nego što im se propiše ovaj lijek (Carswell i Roberts, 2017; Pradhan i Gomez-Lobo, 2019). Konačno, lijekovi za supresiju menstruacije mogu biti indikovani kao pomoćna terapija za probojno krvarenje iz materice, koje se može pojaviti tokom uzimanja egzogenog testosterona ili kao terapija premošćivanja dok se čeka na supresiju menstruacije terapijom testosterona. Kada se egzogeni testosteron koristi kao rodno-afirmišući hormon, supresija menstruacije obično se postiže u prvih šest mjeseci terapije (Ahmad i Leinung, 2017). Međutim, od izuzetne je važnosti da se adolescent informiše da ovulacija i trudnoća još uvijek mogu nastupiti u uslovima amenoreje (Gomez et al., 2020; Kanj et al., 2019).

Preporuka 6.8

Preporučujemo zdravstvenim radnicima da održavaju odnos s TiRR adolescentima i svim relevantnim pružaocima njege te da pruže podršku adolescentu u odlučivanju tokom cjelokupnog tretmana za supresiju puberteta, hormonske terapije i rodno povezanih hirurških zahvata sve do odraslog doba.

Zdravstveni radnici specijalizovani za razvoj djece i adolescenata, kao što je opisano u preporuci 6.1, imaju važnu ulogu u kontinuiranom pružanju njege za mlade tokom svih potreba i tretmana vezanih za rod. Podrška adolescentima i njihovim porodicama zahtijeva pristup njezi koja prati razvoj emocionalne zrelosti mlade osobe te pruža odgovarajuću njegu tokom tog vremena. Budući da se pravci rodno-afirmišućih tretmana razlikuju zavisno od individualnih potreba i iskustava pojedinih TiRR adolescenata, odluke o tretmanima (supresija puberteta, estrogeni/androgeni, rodno-afirmišuće operacije) mogu se donijeti u različitim vremenskim tačkama unutar razdoblja od nekoliko godina. Longitudinalno istraživanje koje

pokazuje prednosti supresije puberteta i rodno-afirmišućeg hormonskog tretmana sprovedeno je u okruženju u kojem je u osiguran stabilan klinički odnos između adolescenata/porodica i multidisciplinarnog tima (de Vries et al., 2014).

Klinička okruženja koja nude dugotrajnije tretmane osiguravaju mogućnost da adolescenti i njihovi staratelji podijele važne psihosocijalne aspekte emocionalne dobrobiti (kao što su porodična dinamika, škola, ljubavna i seksualna iskustva) koji kontekstualizuju individualizovane potrebe rodno-afirmišućeg tretmana i odluke koje se opisuju u ovom poglavlju. Klinički odnos može se odvijati u različitim okvirima, unutar multidisciplinarnog tima ili s različitim pružaocima usluga koji saraduju jedni s drugima. S obzirom na velika odstupanja u dostupnosti specijalizovanih centara za rodnu njegu, naročito za marginalizovane grupe koje su u tom smislu izložene nejednakosti, važno je da zdravstveni radnici budu svjesni svih prepreka u pristupu njezi te da zadrže fleksibilnost u definisanju kliničkog odnosa i njegova naročitog konteksta.

Razvijen klinički odnos, koji doprinosi jačanju otpornosti kod mladih i pruža podršku roditeljima ili starateljima koji možda imaju vlastite potrebe za njegom, može na kraju doprinijeti roditeljskom prihvatanju - u slučaju da je ono izostajalo - što je povezano s boljim ishodima mentalnog zdravlja mladih (Ryan, Huebner et al., 2009).

Preporuka 6.9

Preporučujemo da zdravstveni radnici obuhvate relevantne discipline, kao i specijaliste za mentalno zdravlje i druge medicinske stručnjake, pri donošenju odluka o tome jesu li supresija puberteta, uvođenje hormonske terapije ili rodno uslovljenih hirurških zahvata za TiRR adolescente prikladni i indikovani u tretmanu sve do zrelosti.

Uključivanje zdravstvenih radnika iz različitih disciplina korisno je za TiRR adolescente s rodnom disforijom/rodnom inkongruencijom koji traže rodno-afirmišuće medicinske i hirurške tretmane. Njega o TiRR adolescentima uključuje: 1) dijagnostička razmatranja (v. preporuke 6.3, 6.12.a i 6.12.b), koja sprovodi zdravstveni radnik specijalizovan za rodnu njegu (kako je definisano

u preporuci 6.1), kada god je to moguće i potrebno; 2) razmatranja mogućnosti pri pripisivanju, vođenju i praćenju tretmana za rodno-afirmišuću medicinsku i hiruršku njegu, koja uključuju specijaliste u relevantnim medicinskim i hirurškim područjima. Popis ključnih specijalizacija uključuje, iako im broj nije njime ograničen, adolescentku medicinu/primarnu zdravstvenu zaštitu, endokrinologiju, psihologiju, psihijatriju, logopediju, socijalni rad, hirurgiju te prateće tehničko osoblje.

Novi dokazi pokazuju da mlade TiRR osobe imaju kliničku korist od pristupa rodno-afirmišućim tretmanima u multidisciplinarnim rodnom klinikama (de Vries et al., 2014; Kuper et al., 2020; Tollit et al., 2019). Na kraju, adolescenti koji traže rodno-afirmišuću njegu u multidisciplinarnim klinikama s obzirom na značajnu složenost tretmana zahtijevaju blisku saradnju stručnjaka za mentalno zdravlje te drugih medicinskih i hirurških stručnjaka (McCallion et al., 2021; Sorbara et al., 2020; Tishelman et al., 2015).

Budući da svi pacijenti i njihove porodice nisu u poziciji ili na lokaciji na kojoj im je dostupna multidisciplinarna njega, nedostatak specijalista ne bi smio spriječiti mladu osobu da pristupi potrebnoj njezi na vrijeme. Kada je specijalistička njega dostupna, naročito u centrima u kojima postoje multidisciplinarni timovi, preporučuje se da timovi uključe sve stručnjake relevantne za pružanje rodne njege. To, međutim, ne znači da su sve specijalizacije neophodne da bi se pružila adekvatna njega mladoj osobi i njenoj porodici.

Ako za pristup rodno-afirmišućim medicinskim i hirurškim tretmanima adolescentu treba medicinska dokumentacija ili pismo preporuke, dovoljno je pisano mišljenje nekoga od članova multidisciplinarnog tima. To pismo treba da sadrži procjenu i mišljenje tima, koji uključuje zdravstvene radnike i psihologe i psihijatre (APA, 2015; Hembree et al., 2017; Telfer et al., 2018). Rezultati daljnjih procjena i pisana mišljenja mogu se zatražiti kada za to postoji posebna klinička potreba ili u slučaju kada su članovi tima na različitim lokacijama ili odluče sastaviti vlastitu procjenu. Za više informacija v. peto poglavlje – Procjenu odraslih, preporuku 5.5.

Preporuka 6.10

Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji rade s TiRR adolescentima, koji traže rodno-afirmišuću medicinski ili hirurški tretman, da ih prije njegovog početka informišu o reproduktivnim učincima, naročito o potencijalnom gubitku plodnosti, kao i dostupnim opcijama za očuvanje plodnosti u kontekstu faza pubertet-skog razvoja.

Procjenjujući adolescente koji traže rodno-afirmišuću medicinske ili hirurške tretmane, zdravstveni radnici trebalo bi da razgovaraju o specifičnim načinima na koje odabrani tretmani mogu uticati na reproduktivno zdravlje. Pitanja plodnosti i specifične mogućnosti očuvanja detaljnije su obrađena u dvanaestom poglavlju – Hormonskoj terapiji i šesnaestom poglavlju – Reproductivnom zdravlju.

Važno je da zdravstveni radnici razumiju postojeće opcije za očuvanje plodnosti kako bi mogli adekvatno prenijeti informacije adolescentima. Roditeljima se savjetuje da se uključe u taj proces i shvate prednosti i nedostatke različitih opcija. Zdravstveni radnici trebalo bi biti svjesni da adolescenti i roditelji mogu imati različite stavove o reproduktivnoj sposobnosti i stoga mogu donijeti različite odluke (Quain et al., 2020), zbog toga im zdravstveni radnici mogu pomoći savjetom.

Zdravstveni radnici trebaju obratiti posebnu pažnju na razvojne i psihološke aspekte očuvanja plodnosti i sposobnost donošenja odluka za jedinog adolescenta. Iako adolescenti mogu misliti da su donijeli odluku vezanu uz svoju reproduktivnu sposobnost, moguće je da se njihovo mišljenje o tome da imaju biološku djecu s vremenom promijeni te je o tome potrebno ozbiljno raspraviti sa zdravstvenim radnikom koji ima dovoljno iskustva, poznaje razvoj adolescenata i ima iskustva u radu s roditeljima.

Rješavanje dugoročnih posljedica koje rodno-afirmišuću medicinski tretmani mogu imati na plodnost i osiguravanje realnih očekivanja TiRR adolescenata s obzirom na opcije očuvanja plodnosti ili usvajanja ne mogu se postići jednodržavnom raspravom, već trebalo biti dio kontinuiranih razgovora. Takvi razgovori trebalo bi da se odvijaju ne samo prije početka svake medicinske intervencije (supresije puberteta, hormona ili operacije), nego i tokom sljedećih tretmana i tranzicije.

U ovom trenutku postoje samo preliminarni rezultati retrospektivnih istraživanja koja procjenjuju transrodne odrasle osobe i njihove mladenačke odluke vezane uz posljedice rodno-afirmišućih tretmana na reproduktivnu sposobnost. Važno je pritom ne prejudicirati ciljeve koje će adolescent imati u odraslom dobu. Istraživanje sprovedeno među osobama koje su u djetinjstvu preživjele rak, pokazalo je da je među njima bilo onih koji priznaju da žale zbog propuštenih prilika za očuvanje plodnosti te izjavljuju da osjećaju tugu i žaljenje zbog neplodnosti (Armuand et al., 2014; Ellis et al., 2016; Lehmann et al., 2017). Nadalje, osobe oboljele od malignih oboljenja kojima prije liječenja nije bio prioritet imati biološku djecu, izvještavaju o tome da su promijenile mišljenje nakon ozdravljenja (Armuand et al., 2014).

S obzirom na složenost različitih opcija očuvanja plodnosti i izazove s kojima se zdravstveni radnici mogu susresti razgovarajući o plodnosti s adolescentom i porodicama (Tishelman et al., 2019), savjetovanje o plodnosti važno je za svakog transrodnog adolescenta koji se odluči za rodno-afirmišuće medicinske tretmane, osim u slučaju kada savjetovanje o plodnosti nije pokriveno zdravstvenim osiguranjem ili obuhvaćeno sistemom javnog zdravstva, odnosno lokalno je nedostupno ili je zbog posebnih okolnosti nepoželjno.

Preporuka 6.11

Kada su za adolescente indikovani rodno-afirmišući medicinski ili hirurški tretmani, preporučujemo da zdravstveni radnici uključe roditelje/staratelje u procjenu i proces, osim u onim slučajevima u kojima se procijeni da bi njihovo učestvovanje bilo štetno za adolescenta ili da nije moguće.

Kada postoji indikacija da bi adolescent mogao imati koristi od rodno-afirmišućeg medicinskog ili hirurškog tretmana, uključivanje roditelja ili staratelja u proces procjene preporučuje se u gotovo svim situacijama (Edwards-Leeper i Spack, 2012; Rafferty et al., 2018). Izuzeci od toga mogu uključivati situacije u kojima je adolescent u udomiteljskoj njezi ili pod nadležnošću službe za zaštitu djece, ili oboje, a starateljstvo i učestvovanje roditelja je nemoguće, neprikladno ili štetno. Podrška roditelja i porodice TiRR mladih primarni je

pokazatelj dobrobiti mladih i štiti njihovo mentalno zdravlje (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). Zbog toga je uključivanje roditelja/staratelja u proces procjene, s obzirom na podsticanje sve većeg roditeljskog razumijevanja i pružanja podrške, jedna od najkorisnijih dostupnih praksi.

Roditelji/staratelji mogu kliničkom timu pružiti ključne podatke o rodnoj pripadnosti mlade osobe, kao i njenoj cjelokupnoj razvojnoj, zdravstvenoj ili mentalnoj istoriji teškoća te dati uvid u njeno funkcionisanje i dobrobit te nivo podrške koju adolescent dobija. Podudarnosti ili razlike u izvještajima adolescenta i njihovih roditelja/staratelja može biti važna informacija za tim koji radi procjenu te može pomoći u osmišljavanju i oblikovanju individualizovane podrške mladima i njihovim porodicama (De Los Reyes et al., 2019; Katz-Wise et al., 2017). Poznavanje porodičnih okolnosti, uključujući faktore otpornosti i izazove, može pomoći u prepoznavanju posebnih oblika podrške tokom pružanja njege. Uključenost roditelja/staratelja takođe je važna zbog edukovanja članova porodica o različitim pristupima njezi, kontinuiranom praćenju i potrebama te mogućim komplikacijama. Psihološka edukacija o kliničkim opcijama rodne njege i učestvovanje u procesu procjene, koji se vremenom mogu mijenjati, pomaže roditeljima/starateljima da bolje razumiju rodna iskustva i potrebe vlastita djeteta u adolescentskom dobu (Andrzejewski et al., 2020; Katz-Wise et al., 2017).

Zabrinutost roditelja/staratelja ili njihova pitanja o stabilnosti rodne potrebe u nekom periodu, kao i implikacijama različitih rodno-afirmišućih intervencija, uobičajeni su i ne treba ih odbaciti. Poželjno je da roditelji/staratelji postavljaju pitanja, a postoje slučajevi u kojima su njihova pitanja ili nedoumice naročito korisne u informisanom donošenju odluka i planova. Na primjer, njihov iskaz može pružiti bitan kontekst u situacijama kada je mlada osoba nedavno ili iznenada razvila samosvijest o rodnoj raznolikosti i potrebom za rodno-afirmišućom njegom, ili kada postoji sumnja na pretjerani uticaj vršnjaka i društvenih medija

na trenutnu predstavu mlade osobe o njenu rodu. Kontekstualizacija iskaza roditelja/staratelja takođe je od presudne važnosti s obzirom na to da se njihovi iskazi o rodnoj istoriji mlade osobe mogu, ali i ne moraju podudarati s iskazima same mlade osobe. Važno je istaknuti da rodna istorija može biti nepoznata roditeljima/starateljima jer rod može biti unutrašnje iskustvo mladih, nepoznato drugima ako se o njemu ne razgovara. Zbog toga je izvještavanje adolescenta o njegovoj rodnoj istoriji i iskustvu ključno u procesu procjene.

Stavovi nekih roditelja o TiRR identitetima i/ili kliničkoj njezi mogu odražavati manjak podrške ili protivljenje (Clark et al., 2020). Takve su perspektive predmet ciljane, porodične terapije. Iako takve suprotstavljene perspektive roditelja mogu u nekim slučajevima djelovati rigidno, zdravstveni radnici ne bi trebalo da pretpostavljaju da je to slučaj. Postoje mnogi primjeri roditelja/staratelja koji su vremenom, uz podršku i psihološku edukaciju, počeli prihvatati rodnu raznolikost i potrebu njege svog TiRR djeteta.

Primarni je cilj pomoći mladima i roditeljima/starateljima da zajednički donesu odluke o rodnoj njezi. Međutim, u nekim slučajevima kada roditelji/staratelji odbacuju svoje adolescentsko dijete i njegov rod, ta činjenica treba biti uključena u proces kliničke procjene. U takvim situacijama, mladi mogu zahtijevati veći angažman sistema zaštite i podrške za početak tretmana kako bi dobili potrebnu podršku i njegu (Dubin et al., 2020).

Preporuka 6.12

Preporučujemo da zdravstveni radnici koji procjenjuju TiRR adolescente preporuče rodno-afirmišuće medicinske ili hirurške tretmane koje pacijent traži kada:

Preporuka 6.12.a

Adolescent zadovoljava dijagnostičke kriterijume rodne inkongruencije prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (ICD-11), u situacijama u kojima je dijagnoza neophodna da bi se ostvarilo pravo na zdravstvenu zaštitu. U zemljama koje još nisu implementirale najnoviji ICD mogu se koristiti i druge taksonomije, ali je potrebno omogućiti upotrebu najnovijeg ICD-a što je prije moguće.

U radu s TiRR adolescentima zdravstveni radnici trebaju shvatiti da, iako klasifikacija može omogućiti pristup njezi, uvrštavanje transrodnih identiteta u takve dokumente može biti doživljeno kao stigmatizirajuće iskustvo (Beek et al., 2016). Procjene povezane s rodnom zdravljem i rodnom raznolikošću kritikovane su, a dijagnostički sistemi kontroverzni (Drescher, 2016).

Zdravstveni bi radnici trebalo procijeniti ukupnu istoriju teškoća vezanih uz rod i potrebe mladih vezane uz rodnu njegu. Kroz proces procjene, zdravstveni radnici mogu postaviti dijagnozu kada je to potrebno da bi transrodnoj osobi omogućili pristup odgovarajućoj njezi.

"Rodna inkongruencija" i "rodna disforija" dva su dijagnostička pojma koji se koriste u ICD-u Svjetske zdravstvene organizacije i Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (DSM-u) Američkog psihijatrijskog udruženja. Od ova dva široko korišćena klasifikaciona sistema, DSM se koristi samo za psihijatrijske klasifikacije, a ICD sadrži sve bolesti i stanja povezana s fizičkim i mentalnim zdravljem. Najnovije verzije ta dva sistema, DSM-5 i ICD-11, odraz su duge istorije i rekonceptualizacije i depsiopatologizacije dijagnoza povezanih s rodom (APA, 2013; SZO, 2019a). U poređenju sa prethodnom verzijom, DSM-5 "poremećaj rodnog identiteta" zamijenio je pojmom "rodne disforije", priznajući time probleme koje neki ljudi doživljavaju, a proizlaze iz nepodudarnosti između doživljenog rodnog identiteta i pola pripisanog pri rođenju. U najnovijoj reviziji, DSM-5-TR, nema promjena u dijagnostičkim kriterijumima za rodnu disforiju. Međutim, terminologija je prilagođena najprikladnijem dostupnom jeziku (npr. "pol pripisan pri rođenju" umjesto "pola pri rođenju" te "rodno-afirmišući tretman" umjesto "promjene pola", APA, 2022). U poređenju sa s prethodnim izdanjem, u ICD-u 11 "rodna inkongruencija" premještena je iz poglavlja Mentalno zdravlje u poglavlje Stanja povezana sa seksualnim zdravljem. U poređenju sa s DSM-om 5, u ICD-u 11 klasifikacija "rodne disforije" donosi važnu promjenu, a to je da neugodnost više nije indikator rodne inkongruencije (SZO, 2019a). Uostalom, kada osoba odrasta u okruženju koje podržava i prihvata pojedinca, kriterijume nelagode i neprilagođenosti, koji su inherentni

svim mentalnim teškoćama, možda nisu primjenjivi (Drescher, 2012). Klasifikacija rodne inkongruencije u ICD-11 bolje obuhvata punoću iskustava rodne raznolikosti i povezanih kliničkih rodnih potreba.

Prema ICD-u 11, kriterijumi za klasifikaciju rodne inkongruencije u adolescenciji ili odrasloj dobi zahtijevaju izrazitu i postojanu nepodudarnost iskustvenog roda pojedinca u odnosu na pol pripisan pri rođenju, što često dovodi do potrebe za "tranzicijom" koja će osobi omogućiti da živi i bude prihvaćena u iskustvenom rodu. Za neke to može uključivati hormonsku terapiju, operacije ili druge usluge zdravstvene zaštite da bi se tijelu pojedinca omogućilo usklađivanje s iskustvenim rodom. Relevantan pokazatelj za adolescente je da se klasifikacija ne može sprovesti prije početka puberteta. Naposljetku, napominje se "da samo rodno raznoliko ponašanje i sklonosti nisu osnova za dodjeljivanje TiRR klasifikacije" (SZO, ICD-11, 2019a).

Kriterijumi u DSM-u 5 i DSM-u 5-TR klasifikaciju "rodne disforije" u adolescenciji i odrasloj dobi označavaju kao "izraženu nepodudarnost između nečijeg doživljenog/izraženog roda i pripisanog pola, u trajanju od najmanje šest mjeseci" (kriterijum A, ispunjen kada je 2 od 6 podkriterija uočljivo; DSM-5, APA, 2013; DSM 5-TR, APA, 2022).

Iako je rodna klasifikacija jedan od uslova za dobijanje rodno-afirmišuće medicinske njege, valja napomenuti da takva klasifikacija sama po sebi ne znači da je osobi takva njega i potrebna. Raspon iskustava rodne nepodudarnosti kod mladih zahtijeva od stručnjaka pružanje niza tretmana ili intervencija na temelju individualnih potreba. Savjetovanje, istraživanje roda, procjena mentalnog zdravlja i, po potrebi, zdravstveni i specijalistički tretmani psihijataru i psihologu edukovanih o rodnom razvoju mogu biti indikovani sa sprovođenjem rodno-afirmišuće medicinske njege ili bez nje.

Preporuka 6.12.b

Iskustvo rodne raznolikosti/nepodudarnosti izrazito je i postojano tokom vremena.

Mnogi adolescenti prolaze kroz proces istraživanja i konsolidacije identiteta (Klimstra et al., 2010; Topolewska-Siedzik i Ciecuch, 2018). Is-

traživanje identiteta tokom adolescencije može uključivati proces samootkrivanja roda i rodnog identiteta (Steensma, Kreukels et al., 2013). Malo se zna o tome na koji način procesi koji djeluju tokom konsolidacije rodnog identiteta u adolescenciji (npr. proces priklanjanja određenim identitetima) mogu uticati na iskustva ili potrebe mlade osobe tokom vremena.

Zbog toga bi trebalo uzeti u obzir nivo reverzibilnosti rodno-afirmišuće medicinske intervencije, zajedno s trajanjem iskustva rodne nepodudarnosti kod mlade osobe prije početka tretmana. S obzirom na potencijalne promjene u rodnom iskustvu i rodnim potrebama tokom adolescencije, važno je utvrditi da je mlada osoba iskusila nekoliko godina postojane rodne raznolikosti/nepodudarnosti prije nego što započne s ireverzibilnim tretmanima, kao što su hormonske terapije ili operacije. Tretman za supresiju puberteta, koji daje više vremena mladim adolescentima da ojačaju svoje kapacitete za donošenje odluka, takođe otvara važna pitanja (v. preporuku 6.12.f i dvanaesto poglavlje - Hormonsku terapiju) koja ukazuju na važnost dugotrajnog iskustva rodne nepodudarnosti/raznolikosti prije početka bilo kakvih tretmana. Međutim, u ovoj dobnoj grupi mladih adolescenata nekoliko godina nije uvijek praktično ni potrebno, s obzirom na pretpostavku da tretman može biti sredstvo kojim se kupuje vrijeme dok se izbjegavaju problemi koji postaju nepovratne promjene u pubertetu. Za mlade čije je iskustvo rodne nepodudarnosti kraće, podrška povezana s društvenom tranzicijom i/ili medicinskom njegom (npr. supresija menstruacije/supresija androgena) takođe može donijeti stanovito olakšanje, ali i pružiti kliničkom timu dodatne informacije vezane uz puni opseg potreba za rodnom njegom (v. preporuke 6.4, 6.6 i 6.7).

Utvrđivanje dokaza o postojanoj rodnoj raznolikosti/nepodudarnosti obično zahtijeva pažljivu procjenu mlade osobe tokom vremena (v. preporuku 6.3). Kada god je to moguće i prikladno, proces procjene i odlučivanja treba uključiti i roditelje/staratelje (v. preporuku 6.11). Dokazi koji pokazuju rodnu raznolikost/nepodudarnost, koja se održava tokom vremena, mogu se osigurati direktno od adolescenta i roditelja/staratelja ako već nisu zabilježeni u medicinskoj dokumentaciji.

Naučna literatura o kontinuitetu i diskontinuitetu potreba/zahtjeva za rodno-afirmišućom medicinskom njegom složena je i donekle ju je teško tumačiti. Niz istraživanja sprovedenih tokom posljednjih nekoliko decenija, uključujući i neka s problematičnim metodologijama (kao što su primijetili Temple Newhook et al., 2018; Winters et al., 2018) ukazuju na to da iskustvo rodne nepodudarnosti nije dosljedno za svu djecu na prelazu u razdoblje adolescencije. Na primjer, podskup mladih koji su iskusili rodnu nepodudarnost ili socijalnu tranziciju prije puberteta, s vremenom može pokazati smanjivanje ili čak potpuni nestanak rodne inkongruencije (de Vries et al., 2010; Olson et al., 2022; Ristori i Steensma, 2016; Singh et al., 2021; Wagner et al., 2021). Međutim, manje je sprovedenih istraživanja bilo usmjereno na stope kontinuiteta i diskontinuiteta rodne nepodudarnosti i rodno povezanih potreba u populaciji adolescenata. Dostupni podaci koji se odnose na velike nasumične pubertetske/adolescentne kohorte (Klinike za transrodne osobe u Amsterdamu) sugerišu da se, nakon proširenih procjena tokom vremena, dio adolescenata sa rodnom inkongruencijom ipak ne odlučuje zatražiti rodno-afirmišuću medicinsku njegu (Arnoldussen et al., 2019; de Vries, Steensma et al., 2011). Važno je da rezultati istraživanja pubertetskih/adolescentnih kohorti s rodnom inkongruencijom, u kojima su učesnici, nakon sveobuhvatne procjene tokom određenog vremenskog razdoblja pokazali trajnu neusklađenost roda i pripadajućih rodni potreba, a koji su upućeni na medicinsku njegu povezanu s rodom, ukazuju na niske nivoe žaljenja u vezi s odlukom o rodno-afirmišućoj njezi (de Vries et al., 2014; Wiepjes et al., 2018). Treba pritom napomenuti da se takvi rezultati trenutno mogu primijeniti samo na mlade koji su tokom vremena pokazali istrajnu rodnu nepodudarnost i specifične rodne potrebe, kako je utvrđeno sveobuhvatnom i iterativnom procjenom (v. preporuku 6.3).

Preporuka 6.12.c

Adolescent pokazuje emocionalnu i kognitivnu zrelost potrebnu za davanje informisanog pristanka na tretman.

Proces informisanog pristanka uključuje komunikaciju između pacijenta i pružaoca usluga koja

se temelji na potpunom razumijevanju potencijalne intervencije kao i, konačno, pacijentove odluke želi li započeti s tretmanom. U većini maloljetničkih slučajeva, prisutnost zakonskog staratelja sastavni je dio procesa informisanog pristanka, odnosno u slučaju da je tretman nužno započeti zakonski je staratelj onaj koji daje informisani pristanak. U mnogim slučajevima, davanje pristanka proces je u kojemu i maloljetnik i zdravstveni radnik raspravljaju o medicinskoj njezi, a zdravstveni radnik je taj koji procjenjuje je li osoba razumjela traženi postupak i koje su njene namjere.

Nužan korak u procesu informisanog pristanka za razmatranje rodno-afirmišuće medicinske njege pažljivo je vođen razgovor s kvalifikovanim zdravstvenim radnicima, edukovanim za procjenu emocionalne i kognitivne zrelosti adolescenata. Reverzibilni i ireverzibilni učinci tretmana, kao i mogućnosti očuvanja plodnosti (kada je to moguće) te potencijalni rizici i dobrobiti važne su komponente. Ti su razgovori potrebni prilikom sticanja informisanog pristanka. Procjena kognitivne i emocionalne zrelosti je važna jer pomaže stručnom timu da razumije sposobnost adolescenata da bude informisan.

Vještine potrebne za davanje pristanka na bilo koju medicinsku intervenciju ili tretman uključuju: 1) sposobnost razumijevanja prirode tretmana; 2) razgovor o mogućnostima tretmana, uključujući rizike i prednosti; 3) poštovanje prirode odluke, uključujući dugoročne posljedice i 4) mogućnost da se artikuliše odluka (Grootens-Wiegers et al., 2017). U slučaju rodno-afirmišućih medicinskih tretmana, mlada osoba treba biti dobro informisana o tome što se tretmanom može, a što ne može postići, koji su vremenski okviri za pojavu promjena (npr. rodno-afirmišućom hormonskom terapijom) i svim implikacijama prekida tretmana. Rodno raznoliki mladi trebalo bi u potpunosti razumjeti reverzibilne, djelimično reverzibilne i ireverzibilne aspekte tretmana, kao i ograničenja onoga što se zna o određenim tretmanima, poput uticaja supresije puberteta na razvoj mozga (Chen i Loshak, 2020). Rodno raznoliki mladi takođe bi trebalo da razumiju da iako mnogi od njih započinju rodno-afirmišuće tretmane i doživljavaju ih dugoročno dobrima, postoje i grupe pojedinaca koje s vremenom otkrivaju da takva njega ne

odgovara njihovim potrebama (Wiepjes et al., 2018). Mladi bi trebalo da znaju da su takve promjene katkada povezane s promjenom rodnih potreba tokom vremena, a u nekim slučajevima i sa promjenama u shvatanju vlastitog rodnog identiteta. S obzirom na sve navedeno, TiRR mladi moraju biti sposobni temeljno razmisliti o mogućnostima tretmana, uzimajući u obzir implikacije izbora koji im se nude. Nadalje, ključna za davanje informisanog pristanka, treba biti i sposobnost mlade TiRR osobe da jasno komunicira svoj izbor.

Vještine potrebne za razrješavanje problema vezanih za informisani pristanak možda se neće razviti u određenom dobu u suštini (Grootens-Wiegers et al., 2017). Mogu postojati varijabilnosti u njima koje su povezane s razvojnim razlikama i odlikama mentalnog zdravlja (Shumer i Tishelman, 2015) te zavise od prilika kroz koje ih je mlada osoba mogla uvježbati (Alderson, 2007). Nadalje, procjena emocionalne i kognitivne zrelosti mora se sprovести zasebno za svaku pojedinu odluku o rodno-afirmišućoj njezi (Vrouenraets et al., 2021).

U procjeni emocionalne i kognitivne sposobnosti mlade osobe za pristanak na početak rodno-afirmišućeg tretmana, korisno bi bilo razmotriti i sljedeća pitanja:

- Može li mlada osoba pažljivo razmišljati o budućnosti i razmotriti implikacije djelimično ili potpuno ireverzibilne intervencije?
- Ima li mlada osoba sposobnost uvida da razmotri mogućnost da se potrebe i prioriteti vezani uz rod mogu razvijati s vremenom, kao i da se u određenom trenutku mogu i promijeniti?
- Je li mlada osoba, u određenoj mjeri, razmislila o implikacijama onoga što bi mogla učiniti ako se njeni prioriteti vezani uz rod u budućnosti promijene?
- Je li mlada osoba sposobna razumjeti i upravljati svakodnevnim, kratkoročnim i dugoročnim aspektima specifičnog medicinskog tretmana (npr. pridržavanje propisanoj terapiji, administrativnim zahtjevima i potrebama lječničkog praćenja)?

S vremenom se može napraviti kvalitetna procjena emocionalne i kognitivne zrelosti kroz kontinuirani razgovor o mogućnostima tretmana između tima stručnjaka koji vodi tretman i mlade osobe, koja time dobija priliku razmisliti dok tim za njegu nastavlja fleksibilno razmatrati opcije i implikacije. Mladi s neurorazvojnim i/ili nekim razlikama u mentalnom zdravlju, mogu imati slabije razvijene vještine razmišljanja o budućnosti, planiranja, razmišljanja o "široj slici" i samorefleksiji (Dubbelink i Geurts, 2017). U tim slučajevima može biti potreban pažljiviji pristup procesu informisanog pristanka, što može uključivati dodatno vrijeme i strukturisane prilike za mladu osobu da razvije vještine potrebne za donošenje medicinskih odluka (Strang, Powers et al., 2018).

U specifičnim situacijama kada maloljetni adolescent daje pristanak bez dopuštenja roditelja (v. preporuku 6.11), potrebno je posvetiti dodatnu pažnju da bi se osiguralo informisano donošenje odluka. To će obično zahtijevati veći nivo angažmana i saradnje među zdravstvenim radnicima koji rade s adolescentom da bi mladoj osobi pružili odgovarajuću kognitivnu i emocionalnu podršku za razmatranje opcija, procjenu dobrobiti i potencijalnih izazova/troškova te razvoj plana podrške tokom tretmana, bez obzira na to je li on započeo ili nije.

Preporuka 6.12.d

Razmotreni su problemi mentalnog zdravlja adolescenta (ako postoje) koji mogu uticati na nedvosmislenost dijagnoze, sposobnost davanja informisanog pristanka i/ili na rodno-afirmišuće medicinske tretmane.

Dokazi upućuju na to da su TiRR adolescenti izloženi povećanom riziku od problema mentalnog zdravlja, često povezanih s odbijanjem porodica/staratelja, neafirmišućem okruženju u zajednici i drugim faktorima povezanim s neurodivergentnošću (na primjer de Vries et al., 2016; Pariseau et al., 2019; Ryan et al., 2010; Weinhardt et al., 2017). Problemi mentalnog zdravlja mlade osobe mogu uticati na njihovu konceptualizaciju istorije rodno razvoja i potreba povezanih s rodnom identitetom, kao i na sposobnost davanja informisanog pristanka i uključivanja u medicinski program i tretman. Osim toga, poput cisrodnih

mladih, TiRR mladi mogu imati problema s mentalnim zdravljem bez obzira na prisutnost rodne disforije ili rodne nepodudarnosti. Depresija i samopovređivanje mogu biti od posebnog značaja; mnoga istraživanja otkrivaju simptome depresije te emocionalne probleme i probleme u ponašanju uporedive s onima prijavljenim u populaciji upućenoj u klinike za mentalno zdravlje (Leibowitz i de Vries, 2016). Kod TiRR mladih takođe su zabilježene veće stope suicidalnih ideja, pokušaja samoubistva i samopovređivanja (de Graaf et al., 2020). Osim toga, poremećaji ishrane javljaju se češće nego što je očekivano (Khatchadourian et al., 2013; Ristori et al., 2019; Spack et al., 2012). Važno je istaknuti da TiRR adolescenti pokazuju visoke stope poremećaja/karakteristika iz spektra autizma (Øien et al., 2018; van der Miesen et al., 2016; v. i preporuku 6.1.d). Takođe mogu biti prisutne i druge neurorazvojne manifestacije i/ili izazovi mentalnog zdravlja poput ADHD-a, smanjenih intelektualnih sposobnosti i psihotičnih poremećaja (de Vries, Doreleijers et al., 2011; Meijer et al., 2018; Parkes i Hall, 2006).

Treba napomenuti da mnogi transrodni adolescenti dobro funkcionišu i imaju malo ili nimalo problema s mentalnim zdravljem. Na primjer, pubertetski adolescenti u socijalnoj tranziciji koji primaju rodno-afirmišući medicinski tretman u specijalizovanim rodnom klinikama mogu doživjeti ishode mentalnog zdravlja jednake onima svojih cisrodnih vršnjaka (de Vries et al., 2014; van der Miesen et al., 2020). Ključni zadatak pružaoca usluga je procijeniti odnos između rizika mentalnog zdravlja i samorazumijevanja mlade osobe o potrebama rodne njege te potom odrediti prioritete.

Teškoće s mentalnim zdravljem mogu na različite načine predstavljati izazov za procjenu i rodni tretman TiRR adolescenata:

1. Prvo, kada su kod TiRR adolescenta primijećeni akutna suicidalnost, pojava samopovređivanja, poremećaji ishrane ili druge krize mentalnog zdravlja koje prijete i fizičkom zdravlju, prioritet mora biti sigurnost pojedinca. U skladu s lokalnim kontekstom i postojećim smjernicama, odgovarajućom njegovom trebalo bi nastojati ublažiti prijetnje ili krizu prije procjene i donošenja rodni odluka. Na primjer, aktivno suicidalni adolescent vjerojatno nije emocionalno sposoban donijeti informisanu odluku u vezi s rodno-afirmišućim medicinskim/hirurškim tretmanom. Ako su indicirane, intervencije povezane sa sigurnošću ne bi trebale odložiti početak rodno-afirmišuće njege.
2. Drugo, mentalno zdravlje takođe može otežati procjenu rodno razvoja i potreba povezanih s rodnom identitetom. Na primjer, ključno je razlikovati rodnu nepodudarnost od specifičnih oblika mentalnog zdravlja, kao što su opsesije i kompulsije, posebni interesi za autizam, rigidno razmišljanje, širi problemi identiteta, poteškoće u interakciji roditelja i djeteta, ozbiljne razvojne tjeskobe (npr. strah od odrastanja i pubertetskih promjene koje nisu povezane s rodnom identitetom), traume ili psihotične misli. Prioritet treba dati rješavanju problema mentalnog zdravlja koji ometaju jasnoću razvoja identiteta i rodno povezanog donošenja odluka.
3. Treće, donošenje odluka u vezi s rodno-afirmišućim medicinskim tretmanima koji imaju doživotne posljedice zahtijeva promišljeno, budućnosti usmjereno razmišljanje adolescenta te roditelja ili staratelja, kao što je prethodno navedeno (v. preporuku 6.11). Da bi mogao donijeti informisanu odluku, adolescent bi trebalo biti u stanju razumjeti probleme, moći izraziti svoj izbor, uzeti u obzir podršku koju ima i pažljivo razmisliti o želji za rodno-afirmišućim medicinskim tretmanom (v. preporuku 6.12c). Neurorazvojne razlike, poput autističnih odlika ili poremećaja iz autističnog spektra (v. preporuku 6.1.d, npr. komunikacijske razlike; sklonost konkretnom ili rigidnom razmišljanju; razlike u samosvijesti, kao i u razmišljanju o budućnosti i planiranju), mogu predstavljati izazov pri procjeni i donošenju odluka; neurodivergentni mladi mogu zahtijevati dodatnu podršku, struk-

туру, psihološku edukaciju i dugotrajniji proces procjene (Strang, Powers et al., 2018). Druge manifestacije mogućih problema mentalnog zdravlja koje uključuju slabiju komunikaciju i samozastupanje, poteškoće u procjeni, poteškoće s pamćenjem i koncentracijom, osjećaj beznađa i poteškoće u razmišljanju o budućnosti mogu zakomplikovati procjenu i donošenje odluka. U takvim slučajevima često je potrebno više vremena da se donesu bilo kakve odluke vezane uz rodno-afirmišuću medicinsku njegu.

4. Konačno, dok je rješavanje problema mentalnog zdravlja važno tokom tretmana, to ne znači da se svi problemi mentalnog zdravlja mogu ili trebaju u potpunosti riješiti. Međutim, važno je da briga o mentalnom zdravlju riješi postojeće probleme u dovoljnoj mjeri da bi osoba mogla dobiti optimalnu rodno-afirmišuću medicinsku njegu (npr. pridržavanje propisane terapije lijekovima, odlazak na potrebne doktorske preglede i briga o sebi, naročito u postoperativnom razdoblju).

Preporuka 6.12.e

Adolescent je obaviješten o reproduktivnim učincima, uključujući potencijalni gubitak plodnosti, kao i o dostupnim opcijama za očuvanje plodnosti, te se o tim opcijama raspravljalo u kontekstu faza pubertetskog razvoja adolescenta.

Za smjernice u vezi s kliničkim pristupom, naučnom pozadinom i obrazloženjem, pogledajte dvanaesto poglavlje – Hormonsku terapiju i šesnaesto poglavlje – Reproductivno zdravlje.

Preporuka 6.12.f

Adolescent je dosegao Tanerov stadijum 2 puberteta za početak tretmana supresije puberteta.

Početak puberteta ključan je trenutak za mnoge rodno raznolike mlade. Za neke to doprinosi intenziviranju njihove rodne nepodudarnosti, a za druge može voditi rodnoj fluidnosti (npr. prijelaz iz binarnog u nebinarni rodni identitet) ili čak slabljenju prethodno potvrđenog rodnog identiteta

(Drummond et al., 2008; Steensma et al., 2011, Steensma, Kreukels et al., 2013; Wallien i Cohen-Kettenis, 2008). Korišćenje lijekova za supresiju puberteta, kao što su GnRH analozi, ne preporučuje se dok djeca ne dosegnu minimalno Tanerov stadijum 2 puberteta s obzirom na to da iskustvo fizičkog puberteta može biti kritično za daljnji razvoj rodno identiteta kod nekih TiRR adolescenata (Steensma et al., 2011). Zbog toga se blokatori puberteta ne bi trebali primjenjivati kod predpubertetskih rodno raznolikih mladih (Waal i Cohen-Kettenis, 2006). Za neke mlade osobe GnRH agonisti mogu biti prikladni u kasnim stadijumima ili u postpubertetskom razdoblju (npr. Tanerov stadijum 4 ili 5), što zahtijeva potpuno individualizovani pristup. Za opsežniji pregled upotrebe GnRH agonista više u dvanaestom poglavlju – Hormonskoj terapiji.

Varijacije u vremenu početka puberteta uzrokovane su višestrukim faktorima (npr. pol pripisan pri rođenju, genetika, prehrana itd.). Tanerova skala odnosi se na pet faza pubertetskog razvoja u rasponu od predpuberteta (Tanerov stadijum 1) do postpubertetskog perioda i odrasle polne zrelosti (Tanerov stadijum 5) (Marshall i Taner, 1969, 1970). Za AFAB osobe početak puberteta (npr. gonadarha) definiran je pupanjem dojki (Tanerov stadijum 2), a za AMAB osobe postizanjem volumena testisa od 4 ml ili više (Roberts i Kaiser, 2020). Potrebno je doktorsko iskustvo da bi se mogao razlikovati početak puberteta od fizičkih promjena kao što su pojava stidnih dlaka i apokrinog tjelesnog mirisa uzrokovanih polnim steroidima koje luči nadbubrežna žlijezda, npr. adrenarha, jer adenarha ne opravdava farmakološku supresiju puberteta (Roberts i Kaiser, 2020). Edukacija roditelja i porodica o razlici između adrenarhe i gonadarhe pomaže porodicama da razumiju vrijeme u kojem bi trebali, zajedno s multidisciplinarnim timom, donositi odluke o medicinskim rodno-afirmišućim tretmanima.

Važnost bavljenja drugim rizicima i dobrobitima supresije puberteta, hipotetičkim i stvarnim, ne može se precijeniti. Dokazi podržavaju postojanje hirurških implikacija za transrodne djevojke koje nastavljaju sa supresijom puberteta (van de Grift et al., 2020). Dostupni su i longitudinalni podaci koji pokazuju poboljšanje romantičnog i seksualnog

zadovoljstva kod adolescenata koji su podvrgnuti supresiji puberteta, hormonskim terapijama i/ili hirurškim zahvatima (Bungener et al., 2020). Studija o ishodima hirurških zahvata laparoskopske intestinalne vaginoplastike (izvedenih zbog manjka genitalnog tkiva nakon supresije puberteta) kod transrodnih žena otkrila je da je većina doživjela orgazam nakon operacije (84%), iako studija nije uključivala direktnu korelaciju ishoda seksualnog užitka i doba u kojoj je započeta supresija puberteta (Bouman, van der Sluis et al., 2016), a nije primjenjiva ni na one koji bi se odlučili za drugi hirurški zahvat. To naglašava važnost uključivanja članova porodica u raspravu o budućim nepoznicama vezanima uz hirurške i seksualne zdravstvene ishode.

Preporuka 6.12.g

Adolescent je prošao najmanje 12 mjeseci rodno-afirmišuće hormonske terapije, ako je ona bila potrebna da bi se osigurao željeni hirurški rezultat rodno-afirmišućih tretmana, poput povećanja grudi, orhiektomije, vaginoplastike, histerektomije, faloplastike, metoidioplastike i operacije lica, osim u slučaju kada hormonska terapija nije poželjna ili je medicinski kontraindikovana.

Rodno-afirmišuća hormonska terapija dovodi do anatomskih, fizioloških i psihičkih promjena. Početak anatomskih učinaka (npr. rast klitorisa, rast dojki, atrofija vaginalne sluznice) može početi ubrzo nakon početka terapije, a vrhunac djelovanja očekuje se za godinu do dvije (T'Sjoen et al., 2019). Kako bi se osiguralo dovoljno vremena za psihičko prilagođavanje fizičkim promjenama tokom važnog razvojnog razdoblja za adolescenta, predlaže se 12 mjeseci hormonske terapije. Zavisno od potrebnih hirurških rezultata, razdoblje hormonske terapije može biti i duže (npr. dovoljna virilizacija klitorisa prije metoidioplastike/faloplastike, rast grudi i širenje kože prije povećanja grudi, omekšavanje kože i promjene u raspodjeli masnoće na licu prije operacija lica (de Blok et al., 2021).

Za pojedince koji ne primaju hormonsku terapiju prije hirurških intervencija, važno je da hirurzi preispitaju uticaj hormonske terapije na predloženu operaciju. Osim toga, za pojedince koji su

podvrgnuti gonadektomiji, a ne uzimaju hormonsku terapiju, plan za nadomještanje hormona može se razviti prije operacije.

Razmatranje starosti za početak rodno-afirmišuće medicinske i hirurške njege adolescenata

Starost je u značajnoj, iako nepotpunoj, korelaciji s kognitivnim i psihosocijalnim razvojem te može biti koristan objektivni pokazatelj za određivanje potencijalnog vremena intervencija (Ferguson et al., 2021). Viša, odnosno starija dob može se tražiti za ireverzibilnije ili složenije tretmane. Takav pristup omogućava kontinuirano kognitivno/emocionalno sazrijevanje koje adolescentu može biti potrebno da u potpunosti razmotri i pristane na sve složenije tretmane (v. preporuku 6.12.c).

Sve veći broj dokaza ukazuje na to da pružanje rodno-afirmišuće njege za rodno raznolike mlade koji ispunjavaju kriterijume dovodi do pozitivnih ishoda (Achille et al., 2020; de Vries et al., 2014; Kuper et al., 2020). Međutim, postoje ograničeni podaci o optimalnom vremenu za rodno-afirmišuće intervencije, kao i o dugoročnim fizičkim, psihološkim i neurorazvojnim ishodima kod mladih (Chen et al., 2020; Chew et al., 2018; Olson-Kennedy et al., 2016). Trenutno jedine postojeće longitudinalne studije koje procjenjuju ishode rodno raznolikih mladih i odraslih temelje se na specifičnom modelu (tzv. holandskom pristupu) koji je uključivao sveobuhvatnu početnu procjenu s praćenjem. Prema tom modelu, supresija puberteta razmatrana je u starosti od 12 godina, rodno-afirmišuća hormonska terapija u starosti od 16 godina, a hirurške intervencije nakon 18 godina, uz izuzetke u nekim slučajevima. Nije jasno bi li odstupanja od tog modela dovela do istih ili različitih ishoda. Trenutačno su u tijeku longitudinalne studije kojima je cilj bolje definisanje ishoda, kao i sigurnost i djelotvornost rodno-afirmišućih dugoročnih tretmana kod mladih (Olson-Kennedy, Garofalo et al., 2019; Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2019). Iako dugoročni učinci rodno-afirmišućih tretmana započelih u adolescenciji nisu u potpunosti poznati, takođe treba uzeti u obzir moguće negativne zdravstvene posljedice odgađanja tretmana (de Vries et al., 2021). Budući da se baza dokaza o rezultatima rodno-afirmišućih intervencija kod mladih neprestano povećava,

preporuke o vremenu i spremnosti za njih mogu se ažurirati.

Prethodne smjernice koje se odnose na rodno-afirmišuću njegu adolescenata preporučivale su da bi se primjena djelimično reverzibilne rodno-afirmišuće hormonske terapije mogla inicirati u starosti od otprilike 16 godina (Coleman et al., 2012; Hembree et al., 2009). Novije smjernice ukazuju na to da bi mogli postojati uvjerljivi razlozi za početak rodno-afirmišuće hormonske terapije prije 16. godine, iako postoje ograničena istraživanja o mladima koji su započeli s hormonskom terapijom prije 14. godine (Hembree et al., 2017). Uvjerljiv razlog za raniji početak rodno-afirmišuće hormonske terapije, na primjer, može biti izbjegavanje produžene supresije puberteta, s obzirom na potencijalne probleme sa zdravljem kostiju i psihosocijalne implikacije, kao što je detaljnije opisano u dvanaestom poglavlju - Hormonskoj terapiji (Klink, Caris et al., 2015; Schagen et al., 2020; Vlot et al., 2017; Zhu i Chan, 2017). Pubertet je vrijeme značajnog neurološkog i kognitivnog razvoja. Potencijalni neurorazvojni učinak produžene supresije puberteta kod rodno raznolikih mladih posebno je prepoznat kao područje koje treba nastaviti proučavati (Chen et al., 2020). Iako se pokazalo da su analozi GnRH sigurna terapija u slučaju preuranjenog puberteta, postoji zabrinutost da odgođeno izlaganje polnim hormonima (endogenim ili egzogenim) u vrijeme vrhunca mineralizacije kostiju može dovesti do smanjenja mineralne gustine kostiju. Potencijalno smanjenje mineralne gustine kostiju, kao i klinička važnost svakog smanjenja zahtijeva nastavak istraživanja (Klink, Caris et al., 2015; Lee, Finlayson et al., 2020; Schagen et al., 2020). Potencijalno negativne psihosocijalne implikacije odloženog puberteta u odnosu na vršnjake mogu dodatno opteretiti rodno raznolike mlade, iako to nije eksplicitno proučavano. Prilikom razmatranja vremena za uvođenje hormonske rodno-afirmišuće njege, zdravstveni radnici trebaju usporediti potencijalne fizičke i psihičke koristi, kao i rizike početka tretmana, s potencijalnim rizicima i koristima odgađanja tretmana. Ovaj proces također može pomoći u prepoznavanju presudnih faktora na kojima se može temeljiti individualizovani pristup.

Studije sprovedene s transmaskulinim mladima pokazale su da je disforija grudi povezana s višim stopama anksioznosti, depresije i stresa te može dovesti do funkcionalnih ograničenja, poput izbjegavanja vježbanja ili kupanja (Mehring et al., 2021; Olson-Kennedy, Warus et al., 2018; Sood et al., 2021). Testosteron, nažalost, malo pomaže u ublažavanju tih problema, iako je maskulinizacija grudi dugoročno rješenje za neke pojedince. Studije s mladima koji su tražili hiruršku maskulinizaciju grudi da bi ublažili disforiju, pokazale su dobre hirurške ishode, zadovoljstvo rezultatima i minimalno žaljenje tokom razdoblja praćenog studijom (Marinkovic i Newfield, 2017; Olson-Kennedy, Warus et al., 2018). Hirurška maskulinizacija grudi može se razmotriti kod maloljetnika kada je to klinički i razvojno prikladno, prema procjeni multidisciplinarnog tima iskusnog u razvoju adolescenata i roda (v. relevantne preporuke u ovom poglavlju). Trajanje terapije testosteronom ili trenutna terapija testosteronom ne bi trebale da isključuju operaciju, osim ako nije drugačije indikovano. Potrebe nekih TiRR mladih mogu se zadovoljiti samo hirurškom maskulinizacijom grudi. Mladim trans ženama može trebati povećanje grudi, iako ima manje podataka o tom postupku kod mladih, vjerojatno zbog manjeg broja pojedinaca koji traže taj postupak (Boskey et al., 2019; James, 2016). Primjena rodno-afirmišućih hormona, posebno estrogena, može pomoći u razvoju tkiva dojke, a mladima se preporučuje minimalno 12 mjeseci hormonske terapije prije povećanja grudi, ili duže ako je hirurški indikovano, osim ako hormonska terapija nije klinički indicirana ili je medicinski kontraindicirana.

Podaci o optimalnom vremenu za početak drugih rodno-afirmišućih hirurških tretmana kod adolescenata još su ograničeni. To je djelimično posljedica ograničenog pristupa ovim tretmanima, koji se razlikuje s obzirom na različite geografske lokacije (Mahfouda et al., 2019). Podaci pokazuju da su stope rodno-afirmišućih operacija porasle od 2000. godine, a došlo je i do povećanja broja TiRR mladih koji traže vaginoplastiku (Mahfouda et al., 2019; Milrod i Karasic, 2017). Studija iz 2017, koja donosi podatke o dvadeset hirurga povezanih s WPATH-om u SAD-u, izvijestila je da je nešto više od polovine njih izvršilo vaginoplastiku kod mal-

oljetnica (Milrod i Karasic, 2017). Dostupni su ograničeni podaci o ishodima za mlade podvrgnute vaginoplastici. Manje studije izvijestile su o boljem psihosocijalnom funkcioniranju i smanjenoj rodnoj disforiji kod adolescenata koji su bili podvrgnuti vaginoplastici (Becker et al., 2018; Cohen-Kettenis i van Goozen, 1997; Smith et al., 2001). Iako se radi o istraživanjima na malom uzorku, ona sugeriraju da bi za neke adolescente moglo biti korisno da se ti postupci izvedu prije 18. godine. Faktori koji idu u prilog sprovođenju tih postupaka za mlade od 18 godina su veća podrška članova porodica, lakše vođenje postoperativne njege prije ulaska u rano odraslo doba, koje sa sobom donosi nove životne izazove (poput upisa na fakultet ili ulaska na tržište rada) i zabrinutost za sigurnost u javnim prostorima (tj. smanjenje transfobnog nasilja) (Boskey et al., 2018; Boskey

et al., 2019; Mahfouda et al., 2019). S obzirom na složenost i ireverzibilnost tih postupaka, ključna je procjena sposobnosti adolescenta da se pridržava preporuka za postoperativnu njegu i da shvati dugoročne učinke tih postupaka na reproduktivnu i polnu funkciju (Boskey et al., 2019). S obzirom na složenost faloplastike i aktuelne visoke stope komplikacija u poređenju sa s drugim rodno-afirmišućim hirurškim tretmanima, zasada se ne preporučuje razmatranje te operacije kod mlađih od 18 godina (v. trinaesto poglavlje - Hirurgiju i postoperativnu njegu).

Dodatni ključni faktori koje treba uzeti u obzir kada se raspravlja o tempiranju intervencija s mladima i porodicama, detaljno su obrađeni u preporukama 6.12.a-f. Za sažetak kriterijuma/preporuka za medicinski neophodne rodno-afirmišuće tretmane kod adolescenata, v. Prilog D.

POGLAVLJE 7 Djeca

Ovi Standardi njege odnose se na predpubertetsko doba rodno raznolike djece i temelje se na istraživanjima, etičkim načelima i stečenom stručnom znanju. Temeljna načela Standarda uključuju sljedeće uvide: 1) rodna raznolikost u djetinjstvu očekivani je aspekt opšteg ljudskog razvoja (Endocrine Society i Pediatric Endocrine Society, 2020; Telfer et al., 2018); 2) rodna raznolikost u djetinjstvu nije oboljenje ni mentalna teškoća (Endocrine Society i Pediatric Endocrine Society, 2020; Oliphant et al., 2018; Telfer et al., 2018); 3) ne može se pretpostaviti da rodno raznoliko izražavanje kod djece nužno odražava transrodni identitet ili rodnu nepodudarnost (Ehrensaft, 2016; Ehrensaft, 2018; Rael et al., 2019); 4) smjernice stručnjaka za mentalno zdravlje, specijalizovanih za rodnu njegu djece, mogu podržati pozitivna prilagođavanja, kao i pomoći u prosuđivanju rodno povezanih potreba tokom vremena (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; Telfer et al., 2018); 5) konverziona terapije za rodno raznoliku djecu (tj. bilo koji "terapijski" pokušaj prisiljavanja rodno raznolikog djeteta kroz riječi i radnje ili oboje da se identifikuje i ponaša u skladu sa polom koji mu je pripisan rođenjem) štetne su za dijete i mi izričito odbacujemo njihovu upotrebu (APA, 2021; Ashley, 2019, Paré, 2020; SAMHSA, 2015; Telfer et al., 2018; UN Human Rights Council, 2020).

Pojam "zdravstveni radnik" u ovom se dokumentu koristi u najširem smislu za označavanje stručnjaka koji rade s rodno raznolikom djecom. Za razliku od mladih u pubertetu i odraslih, predpubertetska rodno raznolika djeca ne ispunjavaju kriterijume za pristup medicinskim postupcima (Pediatric Endocrine Society, 2020), stoga će stručni doprinos ili mišljenje najvjerojatnije dati zdravstveni radnik dodatno školovan za psihosocijalnu podršku i rodni razvoj. Dakle, ovo je poglavlje specifično usmjereno na razvojno prikladne psihosocijalne prakse, iako su i drugim zdravstvenim radnicima, poput pedijataru i doktora porodične medicine, ti standardi takođe korisni kada se uključe u stručni rad s rodno raznolikom djecom i njihovim porodicama.

U ovom se poglavlju koristi izraz "rodna raznolikost" s obzirom na to da se razvoj roda kod pred-

pubertetske djece ne može predvidjeti, odnosno da se on može prilagođavati s vremenom (Steensma, Kreukels et al., 2013). Ovo poglavlje istovremeno prepoznaje da će se neka djeca stabilno zadržati u rodnom identitetu artikulisanom rano u životu, a koji se razlikuje od pola koji im je pripisan pri rođenju (Olson et al., 2022). Izraz "rodno raznoliko dijete" uključuje transrodnu binarnu i nebinnu djecu, kao i rodno raznoliku djecu koja se kasnije u životu neće identifikovati kao transrodna. Terminologija je inherentno kulturno određena i mijenja se s vremenom. Stoga je moguće da ovdje korišćeni izrazi izađu iz upotrebe kako se budu pronalazile adekvatnije opisne konstrukcije.

Ovo poglavlje opisuje aspekte neophodne medicinske njege namijenjene potrebama djece s obzirom na rodnu njegu i promovisanje njihove opšte dobrobiti (v. preporuku 2.1 o medicinski nužnoj zdravstvenoj zaštiti u poglavlju Globalna primjenjivost). Ovo poglavlje zagovara da svi zdravstveni radnici u najvećoj mogućoj mjeri koriste ove standarde. Mogu postojati situacije ili mjesta na kojima preporučeni resursi nisu u potpunosti dostupni. Zdravstveni radnici ili timovi kojima nedostaju resursi trebaju raditi na ispunjavanju ovih standarda. No, ako neizbježna ograničenja isključuju komponente ovih preporuka, to ih ne bi trebalo spriječiti u pružanju najboljih usluga koje su trenutno dostupne. Odbirom da se ne implementiraju potencijalno korisne usluge njege na onim mjestima na kojima postoje neke, ali ne i sve preporučene usluge, rizikuje se mogućnost nanošenja štete djetetu (Murchison et al., 2016; Telfer et al., 2018; Riggs et al., 2020). Uopštemom neophodnost je prioritizovati djetetove najbolje interese.

Poveća empirijska psihološka literatura upućuje na to da su iskustva iz ranog djetinjstva često podloga cjeloživotnim obrascima rizika i/ili otpornosti i da doprinose načinu razvoja koji u manjoj ili većoj mjeri vodi dobrobiti i kvalitetnom životu (Anda et al., 2010); Masten i Cicchetti, 2010; Shonkoff i Garner, 2012). Dostupna istraživanja uopšteno pokazuju da su rodno raznoliki mladi ljudi izloženi većem riziku od toga da razviju mentalne teškoće (Ristori i Steensma, 2016) nego cisrodni vršnjaci s obzirom na suočavanje s destruktivnim iskustvima, što uključuje traume i zlostavl-

janje koji proizlaze iz rodne različitosti, odbacivanja i drugih grubih odnosa neprihvatanja (Barrow i Apostle, 2018; Giovanardi et al., 2018; Gower, Rider, Brown et al., 2018; Grossman i D'Augelli, 2006; Hendricks i Testa, 2012; Reisner, Greytak et al., 2015; Roberts et al., 2014; Tishelman i Neumann-Mascis, 2018). Nadalje, literatura pokazuje da su predpubertetska djeca koja su dobro prihvaćena u svojim rodno raznolikim identitetima uopšteno dobro prilagođena (Malpas et al., 2018; Olson et al., 2016). U procjeni i tretmanu djece obično se naglašava ekološki pristup jer djeca trebaju biti sigurna i njegovana u svakom okruženju u kojem često borave (Belsky, 1993; Bronfenbrenner, 1979; Kaufman i Tishelman, 2018; Lynch i Cicchetti, 1998; Tishelman et al., 2010; Zielinski i Bradshaw, 2006). Stoga se perspektiva ovog poglavlja oslanja na osnovnu psihološku literaturu i spoznaje o jedinstvenim rizicima za rodno raznoliku djecu i naglašava integraciju ekološkog pristupa u razumijevanje njihovih potreba, kao i omogućavanje njihove mentalne dobrobiti u svim rodno raznolikim vrstama njege. Ta perspektiva prioritzuje podsticanje dobrobiti i kvaliteta života djeteta tokom njegova razvoja. Osim toga, ovo poglavlje obuhvata i stav, potkrijepljeno citiranim obimnim psihološkim istraživanjima, da psihosocijalna rodno-afirmišuća njega (Hidalgo et al., 2013) za predpubertetsku djecu omogućava otvaranje razvojnih puteva koji će im dugoročno osigurati dobrobit, a onda i tokom prelaza u adolescenciju. Ovaj pristup potencijalno može ublažiti neke od uobičajenih rizika za mentalno zdravlje s kojima se suočavaju transrodni i rodno raznoliki (TiRR) tinejdžeri, kao što se često napominje u literaturi (Chen et al., 2021; Edwards-Leeper et al., 2017; Haas et al., 2011; Leibowitz i de Vries, 2016; Reisner, Bradford et al., 2015; Reisner, Greytak et al., 2015).

Istraživanja razvoja usmjerena su na razumijevanje različitih aspekata rodnog razvoja u najranijim godinama djetinjstva na temelju opšte populacije predpubertetske djece. Ta su se istraživanja obično oslanjala na pretpostavku da su djeca koja učestvuju u njemu cisrodna (Olezeski et al., 2020) te upućuju na to da se stabilnost rodnog identiteta kod opšte populacije djece uspostavlja u predškolskim godinama, od kojih većina vjerojatno nije rodno raznolika (Kohlberg, 1966; Steensma,

Kreukels et al., 2013). Nedavno istraživanje razvoja roda kod djece pokazalo je da se rodna raznolikost može uočiti i prepoznati kod male predpubertetske djece (Fast i Olson, 2018; Olson i Gülgöz, 2018; Robles et al., 2016). Uprkos tome, empirijska istraživanja u ovom su području ograničena i trenutno ne postoje provjerene psihometrijske mjere koje bi mogle pouzdano i/ili u potpunosti utvrditi način na koji predpubertetska djeca razumiju sopstveni rod i/ili potrebe i preference vezane uz pol (Bloom et al., 2021). Stoga ovo poglavlje ističe važnost nijansiranog i individualizovanog kliničkog pristupa procjeni roda, u skladu s preporukama iz različitih sistemskih smjernica i literature (Berg i Edwards-Leeper, 2018; de Vries i Cohen-Kettenis, 2012; Ehrensaft, 2018; Steensma i Wensing-Kruger, 2019). Istraživanja i klinička praksa pokazali su da rodna raznolikost kod predpubertetske djece u nekim slučajevima može biti promjenjiva; ne postoje pouzdani načini predviđanja rodnog razvoja za pojedino dijete (Edwards-Leeper et al., 2016; Ehrensaft, 2018; Steensma, Kreukels et al., 2013), što znači da potrebe određenog djeteta s obzirom na rod mogu varirati tokom djetinjstva.

Važno je razumjeti značenje pojma "procjena" (ponekad se koristi kao sinonim za izraz "evaluacija"). Postoje mnogi konteksti procjene (Krishnamurthy et al., 2004), uključujući brzu procjenu primijenjenu u neposrednim krizama (npr. sigurnosnu procjenu o tome je li dijete suicidalno) ili fokusiranu procjenu u situacijama kada porodica može imati konkretno pitanje, nerijetko u kontekstu relativno kratkih konsultacija (Berg i Edwards-Leeper, 2018). Izraz "procjena" također se često koristi u značenju "dijagnostičke procjene", koja se može nazvati i "unos" (engl. *intake*), a služi da se utvrdi postoji li problem koji se može prepoznati/ili koji bi se mogao riješiti terapijom. Ovo se poglavlje usredsređuje na sveobuhvatne procjene koje su korisne za razumijevanje potreba i ciljeva djeteta i porodice (APA, 2015; de Vries i Cohen-Kettenis, 2012; Srinath et al., 2019; Steensma i Wensing-Kruger, 2019). Ta vrsta psihosocijalne procjene nije potrebna za svu rodno raznoliku djecu, ali mogu postojati različiti razlozi za nju. Procjene mogu biti korisna prilika za pokretanje podrške rodno raznolikom djetetu i njegovoj

Lista preporuka:

- 7.1 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji rade s rodno raznolikom djecom da se obučavaju i stiču stručna znanja o rodno uslovljenom razvoju i rodnoj raznolikosti kod djece, kao i da usvajaju znanja o razvoju rodne raznolikosti tokom cijelog životnog vijeka osobe.
- 7.2 - Preporučujemo specijalistima koji rade s rodno raznolikom djecom da se obučavaju savladavajući teorijski dio i usvajajući uvide temeljene na dokazima, kao i da razvijaju stručna znanja u području dječjeg i porodičnog mentalnog zdravlja s obzirom na cijeli razvojni spektar.
- 7.3 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji rade s rodno raznolikom djecom da prođu obuku i steknu stručna znanja kako o autizmu tako i o drugim neurodivergentnostima ili da u radu s autističnom ili drugom neurodivergentnom rodno raznolikom djecom sarađuju sa stručnjakom koji posjeduje relevantna stručna znanja.
- 7.4 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji rade s rodno raznolikom djecom da se uključe u cjeloživotno obrazovanje vezano uz rodno raznoliku djecu i njihove porodice.
- 7.5 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji sprovode procjenu rodno raznolike djece da u sklopu te procjene prikupe i integrišu informacije iz različitih izvora.
- 7.6 - Preporučujemo specijalistima koji sprovode procjenu rodno raznolike djece da uzmu u obzir relevantne razvojne faktore, neurokognitivno funkcionisanje i jezičke vještine.
- 7.7 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji sprovode procjenu rodno raznolike djece da uzmu u obzir faktore koji mogu sprječavati točno izvještavanje djeteta i njegove porodice ili staratelja o rodnom identitetu i rodnom izražavanju.
- 7.8 - Preporučujemo specijalistima da za rodno raznoliko dijete i njegovu porodicu ili staratelje razmotre savjetovanje, psihoterapiju ili oboje kada porodica i zdravstveni stručnjaci vjeruju da bi to doprinijelo dobrobiti i razvoju djeteta i/ili porodica.
- 7.9 - Preporučujemo specijalistima koji savjetuju rodno raznoliku djecu i njihove porodice ili staratelje, pružaju im psihoterapiju ili oboje da rade i s drugim pojedincima, u drugim okruženjima, koji su djetetu važni kako bi podsticali djetetovu otpornost i emocionalnu dobrobit.
- 7.10 - Preporučujemo specijalistima koji savjetuju rodno raznoliku djecu i njihove porodice ili staratelje, koji ih podržavaju psihoterapijom ili oboje da objema stranama pruže adekvatnu psihološku edukaciju o rodnom razvoju, primjerenu starosti.
- 7.11 - Preporučujemo da zdravstveni radnici pruže rodno raznolikoj djeci koja se približavaju pubertetu, kao i njihovim porodicama ili starateljima, informacije o mogućim rodno-afirmišućim medicinskim intervencijama, dejstvima tih tretmana na buduću plodnost i opcijama za njeno očuvanje.
- 7.12 - Preporučujemo roditeljima ili starateljima i zdravstvenim radnicima da pruže podršku djeci koja žele priznanje roda koji odgovara njihovom unutrašnjem osjećaju rodnog identiteta.
- 7.13 - Preporučujemo specijalistima ili pak roditeljima ili starateljima da podrže dijete da nastavi istraživati svoj rod tokom cijelog predpubertetskog razdoblja, nezavisno od društvene tranzicije.
- 7.14 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima da razgovaraju o mogućim prednostima i rizicima društvene tranzicije s porodicama koje razmatraju tu odluku.
- 7.15 - Predlažemo da zdravstveni radnici razmotre saradnju s drugim stručnjacima i organizacijama zbog promocije dobrobiti rodno raznolike djece i smanjivanja teškoća s kojima se suočavaju.

porodice, uz razumijevanje da rodno raznolika djeca imaju koristi kada porodična dinamika uključuje prihvatanje njihove rodne raznolikosti, kao i za savjetovanje roditelja ako ga zatraže. Sveobuhvatne procjene prikladne su u slučajevima kada porodica nastoji što potpunije razumjeti djetetov rod i potrebe mentalnog zdravlja u kontekstu rodne raznolikosti.

U tim okolnostima treba uzeti u obzir ako postoje teškoće s mentalnim zdravljem u porodici, porodičnu dinamiku te društveni i kulturni kontekst, što sve utiče na rodno raznoliko dijete (dalje objašnjeno u tekstu) (Barrow i Apostle, 2018; Brown i Mar, 2018; Cohen-Kettenis et al., 2003; Hendricks i Testa, 2012; Kaufman i Tishelman, 2018; Ristori i Steensma, 2016; Tishelman i Neumann-Mascis, 2018).

Važno je da zdravstveni radnici koji rade s rodno raznolikom djecom nastoje razumjeti različite aspekte identiteta, kao i iskustva djeteta i porodice: njihov rasni, etnički, migrantski ili izbjeglički status, vjerski, geografski i socioekonomski položaj. Isto tako, važno je i da u kliničkim interakcijama poštuju kulturni kontekst i budu obazrivi prema njemu (Telfer et al., 2018). Mnogi faktori mogu biti relevantni za kulturu i rod, uključujući vjerska uvjerenja te očekivanja vezana uz rod i stepen do kojeg je rodna raznolikost prihvaćena (Oliphant et al., 2018). Prožimanja rodne raznolikosti, sociokulturne raznolikosti i statusa manjina mogu biti izvori otpornosti i društvenog stresa ili oboje (Brown i Mar, 2018; Oliphant et al., 2018; Riggs i Treharne, 2016).

Svako dijete, član porodice i porodična dinamika jedinstveni su i potencijalno obuhvataju više kultura i uvjerenja. Stoga bi zdravstveni radnici bez obzira na specijalizaciju trebalo da izbjegavaju stereotipe utemeljene na unaprijed stvorenim predrasudama koje mogu biti netačne ili pristrane (npr. da se porodica praktičnih vjernika protivi uvažavanju rodne raznolikosti i da neće podržavati rodnu raznolikost svog djeteta) (Brown i Mar, 2018). Naprotiv, važno je otvoreno pristupiti svakoj porodice i razumjeti svakog njena člana, kao i prihvatiti svaku porodicu kao različitu.

Sve preporuke u ovom poglavlju donesene su na temelju detaljnog pregleda dokaza, procjene koristi i štete, vrijednosti i preferenci pružaoca usluga i pacijenata, kao i potrebnih resursa i izvedivosti. U nekim slučajevima uviđamo da su dokazi ograničeni i/ili usluge možda nisu dostupne ili poželjne.

Preporuka 7.1

Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji rade s rodno raznolikom djecom da se obučavaju i stiču stručna znanja o rodno uslovljenom razvoju i rodnoj raznolikosti kod djece, kao i da usvajaju znanja o razvoju rodne raznolikosti tokom cijelog životnog vijeka osobe.

Zdravstveni radnici koji rade s rodno raznolikom djecom trebaju steći i cjeloživotno nastaviti sticati potrebnu obuku, trening i kvalifikacije relevantne za sve što bi obuhvatila uloga stručnjaka. To uključuje diplome, sertifikate ili oboje, koje izdaju odgovarajuća nacionalna i/ili regionalna akreditaciona tijela. Svjesni smo da se specifičnosti izdavanja diploma i donošenje propisa za stručnjake razlikuju širom svijeta. No važno je razumjeti da su osnovna licenca, diploma ili oboje sami po sebi možda nedovoljni za osiguravanje kompetencija u radu s rodno raznolikom djecom s obzirom na to da osposobljavanje zdravstvenih radnika o rodnom razvoju u djetinjstvu i rodnoj raznolikosti iziskuje sveobuhvatno obrazovanje i mentorisanu stručnu praksu kako bi pružili odgovarajuću njegu.

Preporuka 7.2

Preporučujemo specijalistima koji rade s rodno raznolikom djecom da se obučavaju savladavajući teorijski dio i usvajajući uvide temeljene na

dokazima, kao i da razvijaju stručna znanja u području dječjeg i porodičnog mentalnog zdravlja s obzirom na cijeli razvojni spektar.

Zdravstveni radnici bi trebalo da prođu osposobljavanje i steknu specijalizaciju u području opšteg dječjeg i porodičnog mentalnog zdravlja s obzirom na cijeli razvojni spektar - od djeteta koje je tek prohodalo pa do adolescencije, uključujući procjenu utemeljenu na dokazima i intervencijske pristupe. Rodna raznolikost nije mentalni poremećaj; međutim, kao što je navedeno, znamo da mentalno zdravlje rodno raznolike djece može biti izloženo izrazito štetnom uticaju (npr. rodnom manjinskom stresu) (Hendricks i Testa, 2012), što se može ublažiti razmatranjem i podrškom. Stoga, izuzetno preporučujemo obrazovanje u području mentalnog zdravlja. Rad s djecom složen je posao koji uključuje razumijevanje djetetovih razvojnih potreba u različitom uzrastu, sposobnost shvatanja uticaja koji djeluju na djetetovu dobrobit unutar i izvan porodica (Kaufman i Tishelman, 2018) te sposobnost da se u potpunosti procijeni je li dijete nesrećno ili ima značajne mentalne teškoće, povezane ili nepovezane s rodom. Istraživanje je pokazalo visok nivo nepovoljnih iskustava i trauma kod rodno raznolike djece, uključujući izloženost odbacivanju ili čak zlostavljanju (APA, 2015; Barrow i Apostle, 2018; Giovanardi et al., 2018; Reisner, Greytak et al., 2015; Roberts et al., 2012; Tishelman i Neumann-Mascis, 2018). Zdravstveni radnici treba da budu svjesni mogućih nepovoljnih iskustava i da budu sposobni pokrenuti djelotvorne intervencije za sprječavanje štete i podsticanje dobrobiti djeteta.

Preporuka 7.3

Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji rade s rodno raznolikom djecom da prođu obuku i steknu stručna znanja kako o autizmu tako i o drugim neurodivergentnostima ili da u radu s autističnom ili drugom neurodivergentnom rodno raznolikom djecom sarađuju sa stručnjakom koji posjeduje relevantna stručna znanja.

Iskustvo rodne raznolikosti kod autistične djece, kao i kod djece s drugim oblicima neurodivergencije, može predstavljati dodatne kliničke komplikacije (de Vries et al., 2010; Strang, Meagher et

al., 2018). Na primjer, autističnoj djeci može biti teško samostalno da zastupaju sopstvene potrebe vezane uz rod i mogu da komuniciraju krajnje individualistički (Kovalanka et al., 2018; Strang, Powers et al., 2018). Mogu imati različita tumačenja rodno povezanih iskustava s obzirom na uobičajene razlike u komunikaciji i načinu razmišljanja. Zbog jedinstvenih potreba rodno raznolike neurodivergentne djece, mogu biti izložena velikom riziku da budu pogrešno shvaćena (tj. da njihova komunikacija bude pogrešno protumačena). Stoga stručnjaci koji pružaju podršku tim grupama djece mogu biti najuspješniji ako se obuču i steknu stručna znanja o autizmu i povezanim neurorazvojnim izražavanjima i/ili ako sarađuju sa stručnjacima za autizam (Strang, Meagher et al., 2018). Takvo je osposobljavanje posebno relevantno s obzirom na to da su istraživanja zabilježila više stope autizma među rodno raznolikim mladima nego u opštoj populaciji (de Vries et al., 2010; Hisle-Gorman et al., 2019; Shumer et al., 2015).

Preporuka 7.4

Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji rade s rodno raznolikom djecom da se uključe u cjeloživotno obrazovanje vezano uz rodno raznoliku djecu i njihove porodice.

Cjeloživotni stručni razvoj u području podrške rodno raznolikoj djeci i porodicama može se steći na različite načine, uključujući čitanje (članaka u časopisima, knjiga, internetskih stranica organizacija koje se bave rodnim pitanjima), *online* konsultacije ili konsultacije uživo, kao i priključivanje supervizijskim grupama ili drugim grupama u kojima je moguće potražiti stručni savjet i podršku (Bartholomaeus et al., 2021).

Cjeloživotno obrazovanje uključuje 1) praćenje dostupnih i relevantnih istraživanja o rodnom razvoju i rodnoj raznolikosti kod predpubertetske djece i rodnoj raznolikosti kako izgleda tokom cjelokupnog životnog vijeka te 2) praćenje aktuelnih spoznaja o najboljim praksama u procjeni i odgovaranju na potrebe rodno raznolike djece i njihovih porodice te načinima na koje ih je moguće podržati. Budući da se radi o relativno novim praksama, i zdravstveni se radnici moraju prilagođavati novim informacijama koje proizlaze

iz istraživanja i drugih izvora (Bartholomaeus et al., 2021).

Preporuka 7.5

Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji sprovode procjenu rodno raznolike djece da u sklopu te procjene prikupe i integrišu informacije iz različitih izvora.

Sveobuhvatna procjena, na zahtjev porodica i/ili zdravstvenog radnika, može biti korisna za razvoj preporuka za intervencije prilagođene djetetovim potrebama, a s obzirom na dobrobit djeteta i ostalih članova porodice. Taj oblik procjene može pomoći u različitim situacijama kada dijete i/ili njegova porodica ili staratelji, u saradnji sa stručnjacima smatraju da bi neka vrsta intervencije bila korisna. Ni procjene ni intervencije ne smiju se nikada koristiti kao sredstvo prikrivenog ili otvorenog obeshrabrivanja djetetovog rodno raznolikog izražavanja ili identiteta. Nasuprot tome, uz odgovarajuće osposobljene stručnjake, procjena može biti djelotvorna u boljem razumijevanju načina na koje je djetetu moguće pružiti podršku, kao i porodici, a da se pritom ne daje prednost nekom određenom rodnom identitetu ili izražavanju. Procjena može biti naročito važna pojedinačno za djecu i njihove porodice zbog razvoja saradnje u promociji djetetovog rodnog zdravlja, opšte dobrobiti i samoispunjenja.

Sveobuhvatna procjena može olakšati izradu individualizovanog plana podrške rodno raznolikoj predpubertetskoj djeci i članovima njihovih porodica (de Vries i Cohen-Kettenis, 2012; Malpas et al., 2018; Steensma i Wensing-Kruger, 2019; Telfer et al., 2018; Tishelman i Kaufman, 2018). Kod takvih je procjena važno integrisati informacije iz različitih izvora da bi se 1) najbolje razumjele djetetove potrebe vezane uz rodno zdravlje i da bi se mogle dati najbolje preporuke te 2) identifikovale prednosti i izvori podrške djetetu, porodici ili starateljima i zajednici da bi se osnažila podrška vezana za djetetov rodni status i razvoj, ali i da bi se procijenili rizici i prepoznali pojedini problemi vezani za dijete, porodica ili staratelje i okolinu. Da bi se donijela procjena ili planirala podrška ili intervencija, moguće je uključiti doprinose djeteta, roditelja ili staratelja, članova šire porodice, braće i sestara, pedagoga, zdravstvenih

radnika, ljudi koji su dio sredine u kojoj dijete živi, šireg kulturnog i pravnog konteksta, kao i drugih naznačenih izvora (Berg i Edwards-Leeper, 2018; Srinath, 2019).

Zdravstveni radnici koji sprovode procjenu rodno raznolike djece trebalo bi da istraže rodne teme te obuhvatno posmatraju dijete i djetetovu okolinu u skladu s već opisanim ekološkim modelom (Bronfenbrenner, 1979) kako bi u potpunosti razumjeli faktore koji utiču na dobrobit djeteta i elemente rodne podrške i mogućih rizika (Berg i Edwards-Leeper, 2018; Hendricks i Testa, 2012; Kaufman i Tishelman, 2018; Tishelman i Neumann-Mascis, 2018). To uključuje razumijevanje izvora otpornosti i izazova s kojima se dijete ili porodica susreću i koji su prisutni u okruženju. Savjetujemo specijalistima koji sprovode procjenu rodno raznolike djece da razmotre uključivanje više različitih perspektiva u procjenu, zavisno o djetetu, odnosno potrebama i okolnostima porodica. Iako neka od područja u idućem odlomku nisu direktno usmjerena na djetetov rod (v. točke 7-12 koje slijede), potrebno ih je uzeti u obzir pri procjeni, kako nalaže klinička procjena, da bi se u cijelini mogla razumjeti složena mreža uticaja na djetetovu dobrobit, što uključuje rodno zdravlje, a u skladu s najboljim praksama procjene (APA, 2015; Berg i Edwards-Leeper, 2018; Malpas et al., 2018) i osmišljavanjem višestruke i višestepene intervencije u slučajevima kada je to potrebno.

Sažimajući uvide relevantnih istraživanja i kliničke prakse, područja procjene često uključuju 1) djetetov afirmisani rodni identitet i njegovo rodno izražavanje, u datom trenutku i ranije; 2) dokaz disforije, rodne nepodudarnosti ili obaju pojava; 3) prednosti i izazove povezane s uvjerenjima i stavovima djece i porodica, kao i uvjerenja i stavove vršnjaka o rodnoj raznolikosti, prihvatanju i podršci za dijete; 4) dječja i porodična iskustva rodnog manjinskog stresa, odbacivanja ili neprijateljstva ili svega navedenog zbog djetetove rodne raznolikosti; 5) nivo podrške rodnoj raznolikosti u društvenom okruženju (npr. u školi, vjerskoj zajednici ili široj porodici); 6) sagledavanje sukoba nastalog zbog djetetovog roda i/ili zabrinjavajućeg ponašanja roditelja ili staratelja ili pak braće i sestara s obzirom na djetetovu rodnu raznolikost; 7) mentalno zdravlje djeteta, komunikacijske i/ili

kognitivne prednosti i izazove, neurodivergentnost i/ili izazove u ponašanju koji uzrokuju značajne funkcionalne teškoće; 8) relevantnu istorija oboljenja i razvoja; 9) područja koja mogu predstavljati rizik (npr. izloženost nasilju u porodici i/ili zajednici, bilo kojem obliku dječjeg maltretiranja; istorija traume; stvaranje sigurnih i/ili viktimišućih okolnosti među vršnjacima ili u bilo kojem drugom okruženju; suicidalnost); 10) istovremene značajne porodične stresore, kao što su hronična ili terminalna bolest, beskućništvo ili siromaštvo; 11) mentalno zdravlje i/ili poremećaje u ponašanju roditelja ili staratelja ili pak braće i sestara koji uzrokuju značajne funkcionalne teškoće te 12) prednosti i izazove za djecu i porodice.

Temeljna procjena, koja uključuje različite oblike prikupljanja informacija, korisna je za razumijevanje potreba, prednosti, zaštitnih faktora i rizika za određeno dijete i njegovu porodicu u različitim okruženjima (npr. u kući ili školi). Metode prikupljanja informacija često uključuju 1) strukturisane i nestrukturisane razgovore s djetetom, kao i članovima porodice i drugim ljudima u životu djeteta (npr. učiteljima); 2) starateljevo i djetetovo ispunjavanje standardizovanih testova vezanih uz rod, opštu dobrobit djeteta, dječje kognitivne i komunikacijske vještine, razvojne teškoće ili invaliditete, roditeljsko ili starateljsko prihvatanje djeteta i nivo podrške koju mu može pružiti, kao i prihvatanje i podršku braće i sestara, šire porodice i vršnjaka, roditeljski stres, istorija teškoća i nesreća u djetinjstvu i/ili druge probleme prema potrebi (APA, 2020; Berg i Edwards-Leeper, 2018; Kaufman i Tishelman, 2018; Srinath, 2019).

U zavistnosti od karakteristika porodice i razvojnog profila djeteta, ili o oboje, metode prikupljanja informacija mogu se unaprijediti i 1) strukturisanim ili nestruktuisanim promatranjem djeteta i/ili porodice te 2) struktuisanim i vizuelnim tehnikama vrednovanja (radnim listovima, autoportretima, porodičnim crtežima itd.) (Berg i Edwards-Leeper, 2018).

Preporuka 7.6

Preporučujemo specijalistima koji sprovode procjenu rodno raznolike djece da uzmu u obzir relevantne razvojne faktore, neurokognitivno funkcionisanje i jezičke vještine.

S obzirom na složenost procjene male djece koja se, za razliku od odraslih, još razvijaju u različitim područjima (kognitivnim, društvenim, emocionalnim, fiziološkim), važno je uzeti u obzir razvojni status djeteta i prilagoditi načine procjene i interakcije prema individualnim sposobnostima djeteta. To uključuje prilagođavanje procjene razvojnoj fazi i sposobnostima djeteta (predškolska dob, školska dob, rani pubertet), ali i korišćenje jezika i pristupa vrednovanju koji vode računa o djetetovoj udobnosti, jezičnim vještinama i načinima samoizražavanja (Berg i Edwards-Leeper, 2018; Srinath, 2019). Na primjer, relevantne razvojne faktore, kao što su neurokognitivne razlike (npr. stanja autističnog spektra) te receptivne i izražajne jezičke vještine treba uzeti u obzir u procjenjivanju. Zdravstveni radnici možda će trebati da se konsultuju sa stručnjacima zbog izrade smjernica u slučajevima u kojima sami ne posjeduju specijalizovana znanja (Strang et al., 2021).

Preporuka 7.7

Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji sprovedu procjenu rodno raznolike djece da uzmu u obzir faktore koji mogu sprječavati tačno izvještavanje djeteta i njegove porodice ili staratelja o rodnom identitetu i rodnom izražavanju.

Zdravstveni radnici koji sprovedu procjenu rodno raznolike djece i porodice trebaju uzeti u obzir razvojne, emocionalne i faktore okoline koji mogu na bilo koji način ograničiti spremnost djeteta, staratelja, braće i sestara ili drugih na otvoreni razgovor ili uticati na njihove stavove o rodu (Riggs i Bartholomaeus, 2018). Kao i kod svih psiholoških obrada djece, reakcije okoline i porodice/staratelja, poput npr. kazne i/ili kognitivnih i društvenih faktora, mogu uticati na djetetov osjećaj udobnosti i opuštenosti i/ili sposobnosti da direktno razgovara o određenim temama, uključujući rodni identitet i povezana pitanja (Srinath, 2019). Jednako tako, članovima porodica može biti neugodno da otvoreno izraze svoje brige i ideje, u zavisnosti od porodične dinamike i sukoba i/ili drugih uticaja (npr. kulturnih/vjerskih, kao i pritisku šire porodice) (Riggs i Bartholomaeus, 2018).

Preporuka 7.8

Preporučujemo specijalistima da za rodno raznoliko dijete i porodicu ili staratelje razmotre savjetovanje, psihoterapiju ili oboje kada porodica i zdravstveni stručnjaci vjeruju da bi to doprinijelo dobrobiti i razvoju djeteta i/ili porodice.

Modifikovanje djetetovog rodno identiteta, bio on prikriven ili otvoren, nikada ne smije biti cilj psihoterapije (APA, 2021; Ashley, 2019; Paré, 2020; SAMHSA, 2015; UN Human Rights Council, 2020). Ne trebaju sva rodno raznolika djeca ili njihove porodice pomoć i vodstvo psihologa i psihijatarata jer rodna raznolikost nije poremećaj mentalnog zdravlja (Pediatric Endocrine Society, 2020; Telfer et al., 2018). Ipak, često je ispravno i korisno zatražiti psihoterapiju kada postoje teškoće ili kada roditelji izraze zabrinutost i želju da se psihosocijalno zdravlje djeteta poboljša, odnosno da se spriječe daljnji problemi (APA, 2015). Psihoterapija za rodno raznoliko dijete i porodicu obično se razmatra zbog sljedećih razloga: 1) dijete pokazuje značajno neslaganje, zbunjenost, stres ili uznemirenost i patnju s obzirom na svoj rodni identitet ili mu je potreban siguran prostor za istraživanje svog roda (Ehrensaft, 2018; Spivey i Edwards-Leeper, 2019); 2) dijete proživljava spoljašnji pritisak da izrazi svoj rod na način koji bi bio suprotan njegovoj spoznaji, željama i uvjerenjima (APA, 2015); 3) dijete se muči s problemima vezanim uz mentalno zdravlje, koji mogu i ne trebaju biti vezani uz rod (Barrow i Apostle, 2018); 4) dijete bi imalo koristi od jačanja otpornosti u suočavanju s negativnim reakcijama okoline na njegov rodni identitet ili izražavanje (Craig i Auston, 2018; Malpas et al., 2018); 5) moguće da je dijete zabrinuto u vezi s mentalnim zdravljem i/ili okolinom, što uključuje zabrinutost oko odnosa u porodici koji se mogu pogrešno protumačiti kao rodna podudarnost ili nepodudarnost (Berg i Edwards-Leeper, 2018) i 6) dijete samo izrazi želju za susretom sa specijalistom za mentalno zdravlje kako bi dobilo podršku vezanu uz pitanja svog rodno identiteta. U tim situacijama, psihoterapija će se usredsrediti na podršku djetetu, a podrazumijeva se da će djetetov(i) roditelj(-i) ili staratelj(-i) i potencijalno drugi članovi porodice biti uključeni prema potrebi (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; McLaughlin i Sharp, 2018). Osim ako nije iz nekog razloga kon-

traindikovano, izuzetno je korisno da roditelji ili staratelji učestvuju na neki način u psihoterapiji koja uključuje prepubertetsku djecu jer su porodični faktori često ključni za dobrobit djeteta. Iako je relativno neobrađeno u stručnim istraživanjima koja uključuju rodno raznoliku djecu, moglo bi biti važno obratiti pažnju i na odnos između braće i sestara i rodno raznolikog djeteta (Pariseau et al., 2019; Parker i Davis-McCabe, 2021).

Zdravstveni radnici trebali bi prilagoditi postupke individualnim potrebama djeteta s ciljem 1) podsticanja zaštitnih socijalnih i emocionalnih vještina suočavanja kako bi se promovisala otpornost u slučaju mogućih negativnih reakcija na djetetov rodni identitet, izražavanje ili oboje (Craig i Austin, 2016; Malpas et al., 2018; Spencer, Berg et al., 2021); 2) zajedničkog rješavanja društvenih izazova kako bi se smanjio manjinski rodni stres (Barrow i Apostle, 2018; Tishelman i Neumann-Mascis, 2018); 3) jačanja podrške okoline djetetu i/ili članovima uže i šire porodice (Kaufman i Tishelman, 2018) te 4) otvaranja prilike djetetu za daljnje razmatranje proživljenih rodni iskustava (APA, 2015; Barrow i Apostle, 2018; Ehrensaft, 2018; Malpas et al., 2018; McLaughlin i Sharp, 2018). Korisno je da zdravstveni radnici razviju odnos s rodno raznolikim djetetom i porodice koji bi, prema potrebi, bio dugoročno održiv. To djetetu ili porodici omogućava da uspostave dugotrajan odnos povjerenja tokom djetinjstva, a zdravstvenom radniku da podrži i prati dijete dok sazrijeva, posebno u slučaju pojavljivanja novih izazova ili potreba djeteta ili porodice (Spencer, Berg et al., 2021; Murchison et al., 2016). Uz navedeno i unutar granica dostupnih resursa, u slučaju kada je dijete neurodivergentno, najprikladniji je zdravstveni radnik koji istovremeno vlada vještinama adresiranja neurorazvojnih razlika i pitanja roda (Strang et al., 2021).

Kako pokazuje literatura, postoje brojni razlozi zbog kojih roditelji ili staratelji ili pak braća ili sestre i šira porodica prepubertetskog djeteta mogu i sami zatražiti psihoterapiju (Ehrensaft, 2018; Malpas et al., 2018; McLaughlin i Sharp, 2018). Uobičajeni su katalizatori za traženje psihološke pomoći situacije kada jedan ili više članova porodice 1) žele saznati više o rodnom razvoju (Spivey i

Edwards-Leeper, 2019); 2) doživljavaju značajnu zbuđenost ili stres u vezi djetetovog rodno identiteta ili izražavanja ili oboje (Ashley, 2019; Ehrensaft, 2018); 3) potrebne su im smjernice o emocionalnim i bihevioralnim problemima vezanim uz rodno raznoliko dijete (Barrow i Apostle, 2018); 4) treba im podrška za izgradnju afirmišućeg okruženja izvan kuće (npr. u školi, na sportskim aktivnostima, u kampovima). (Kaufman i Tishelman, 2018); 5) traže pomoć da bi donijeli informisane odluke o društvenoj tranziciji, uključujući i to kako je sprovesti na optimalan način za djetetov rodni razvoj i zdravlje (Lev i Wolf-Gould, 2018); 6) traže podršku da bi se mogli nositi s osuđom drugih, uključujući i političke subjekte i prateće zakonodavstvo, a vezano uz podršku koju daju svom rodno raznolikom djetetu (negativne reakcije prema roditeljima ili starateljima ponekad obuhvataju odbacivanje i/ili uznemiravanje ili zlostavljanje u kontekstu društvenog okruženja koji proizlaze iz afirmativnih odluka (Hidalgo i Chen, 2019)); 7) žele da prorade na vlastitim emocionalnim reakcijama i potrebama vezanim uz rodni identitet svog djeteta, uključujući tugovanje oko djetetove rodne raznolikosti i/ili potencijalne strahove i tjeskobe s obzirom na djetetovu trenutnu i buduću dobrobit (Pullen Sansfaçon et al., 2019) i 8) osjećaju emocionalnu potrešenost i/ili su u sukobu s drugim članovima porodice zbog djetetove rodne raznolikosti (zdravstveni stručnjaci mogu osigurati posebne termine za podršku roditeljima ili starateljima, braći i sestrama i članovima šire porodice, savjetovanje članova porodice ili njihovu psihološku edukaciju (McLaughlin i Sharp, 2018; Pullen Sansfaçon et al., 2019; Spivey i Edwards-Leeper, 2019)).

Preporuka 7.9

Preporučujemo specijalistima koji savjetuju rodno raznoliku djecu i njihove porodice ili staratelje, pružaju im psihoterapiju ili oboje da rade i s drugim pojedincima, u drugim okruženjima, koji su djetetu važni kako bi podsticali djetetovu otpornost i emocionalnu dobrobit.

U skladu s opisanim ekološkim modelom i prema potrebi, a na temelju ličnih ili porodičnih okolnosti djeteta, zdravstvenim stručnjacima uveliko može pomoći prioritizovanje koordinacije s

važnim osobama u djetetovom životu (npr. učiteljima, trenerima ili sveštenicima) s ciljem podsticanja djetetove emocionalne i fizičke sigurnosti u svim okruženjima (npr. u školskom okruženju, u sportskim i rekreacionim ili vjerskim aktivnostima) (Kaufman i Tishelman, 2018). Terapijske grupe i/ili grupe podrške često se preporučuju kao vrijedan resurs porodicama ili starateljima i/ili samoj rodnoj raznolikoj djeci (Coolhart, 2018; Horton et al., 2021; Malpas et al., 2018; Murchison et al., 2016).

Preporuka 7.10

Preporučujemo specijalistima koji savjetuju rodno raznoliku djecu i njihove porodice ili staratelje, koji ih podržavaju psihoterapijom ili oboje da objema stranama pruže adekvatnu psihološku edukaciju o rodnom razvoju, primjerenu starosti.

Roditelji ili staratelji i njihovo rodno raznoliko dijete trebaju imati priliku steći znanje o načinima na koje porodice mogu najbolje podržati svoje dijete da poveća otpornost, samosvijest i funkcionisanje (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; Malpas, 2018; Spivey i Edwards-Leeper, 2019). Nije uloga zdravstvenih stručnjaka da sa sigurnošću predviđaju krajnji rodni identitet djeteta niti bi to uopšte bilo moguće, nego je zadaća zdravstvenih stručnjaka kreirati siguran prostor u kojem se djetetov rodni identitet može razvijati i oblikovati se kako vrijeme protiče, a da se pritom ne daje prednost bilo kojem razvojnom smjeru s obzirom na rod (APA, 2015; Spivey i Edwards-Leeper, 2019). Rodno raznolika djeca i mlađi adolescenti imaju drugačije potrebe i iskustva od starijih adolescenata, i u društvenom i u psihološkom smislu, i te bi razlike trebale uticati na individualizaciju pristupa zdravstvenih stručnjaka svakom pojedinom djetetu/porodice (Keo-Meir i Ehrensaft, 2018; Spencer, Berg et al., 2021).

Roditelji ili staratelji i njihova djeca trebaju imati priliku steći znanje o rodnom razvoju i rodnu pismenost kroz psihoedukaciju prilagođenu starosti (Berg i Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill i sur, 2019; Spencer, Berg et al., 2021). Rodna pismenost podrazumijeva shvatanje razlika između pola pripisanog pri rođenju, rodnog identiteta i rodnog izražavanja, uključujući i načine na koje se ta tri

faktora jedinstveno povezuju kod određenog djeteta (Berg i Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021). Sa stjecanjem rodne pismenosti, dijete počinje razumijevati da njegovi dijelovi tijela ne moraju definirati rodni identitet ili/i njegovo rodno izražavanje (Berg i Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021). Rodna pismenost podrazumijeva i učenje raspoznavanja društvenih poruka i iskustava vezanih uz rod. Sticanje rodne pismenosti može omogućiti djetetu pozitivniji doživljaj razvoja vlastitog rodnog identiteta i rodnog izražavanja te povećati otpornost i samouvjerenost, a samim tim, moguće je smanjiti rizik poniženja kada se dijete suoči s negativnim porukama iz okoline. Razvijanje rodne pismenosti kroz psihoedukaciju može biti relevantno i za sestre i braću i/ili članove šire porodice koji su djetetu važni (Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021).

Preporuka 7.11

Preporučujemo da zdravstveni radnici pruže rodno raznolikoj djeci koja se približavaju pubertetu, kao i njihovim porodicama ili starateljima, informacije o mogućim rodno-afirmišućim medicinskim intervencijama, rezultatima tih tretmana na buduću plodnost i opcijama za njeno očuvanje.

Kako dijete sazrijeva i približava se pubertetu, prioritet zdravstvenih stručnjaka treba biti rad s djecom i njihovim roditeljima ili starateljima na integraciji znanja koja su stekli edukovanjem o pubertetu te učestvovanje u zajedničkom donošenju odluka o mogućim rodno-afirmišućim medicinskim postupcima, uz razmatranje posljedica koje ti medicinski postupci mogu imati na plodnost i drugih mogućih uticaja na reproduktivno zdravlje (Nahata, Quinn et al., 2018; Spencer, Berg et al., 2021). Iako postoje tek ograničena empirijska istraživanja koja bi procijenila takve intervencije, konsenzus stručnjaka i psihološka literatura posvećena dječjem razvoju uopšteno podržavaju ideju da će otvorena komunikacija s djecom o njihovom tijelu i priprema za psihološke promjene u pubertetu, zajedno s rodno afirmišućim prihvatanjem, pojačati otpornost i pomoći da se kultiviše pozitivna seksualnost na prelazu u adolescenciju

(Spencer, Berg et al., 2019). Sve te rasprave mogu se proširiti (npr. započeti ranije) kako bi se obuhvatila neurodivergentna djeca, ostavljajući dovoljno vremena za razmišljanje i razumijevanje, pogotovo s obzirom na to da će se u budućnosti vjerojatno pojaviti veći izbor rodno-afirmišuće njege (Strang, Jarin et al., 2018). Te bi rasprave mogle uključivati sljedeće teme:

- dijelove tijela i njihove različite funkcije;
- kako se sve dječje tijelo može mijenjati tokom vremena s medicinskom intervencijom ili bez nje;
- uticaj medicinske intervencije na kasnije seksualno funkcionisanje i plodnost;
- uticaj supresije puberteta na moguće kasnije medicinske intervencije;
- osvrt na trenutni nedostatak kliničkih podataka u određenim područjima povezanim s uticajem supresije puberteta;
- važnost primjerenog seksualnog odgoja prije puberteta.

Ove bi rasprave trebalo da koriste razvojno primjeren jezik i stil poučavanja prilagođavajući se specifičnim potrebama svakog pojedinog djeteta (Spencer, Berg et al., 2021).

Preporuka 7.12

Preporučujemo roditeljima ili starateljima i zdravstvenim radnicima da pruže podršku djeci koja žele priznanje roda koji odgovara njihovom unutrašnjem osjećaju rodnog identiteta.

Rodna društvena tranzicija odnosi se na prihvatanje djetetovog rodnog identiteta u okolini i otvaranje mogućnosti djetetu da svoj rodni identitet živi javno, bilo u svim situacijama ili u određenim situacijama, u rodnom identitetu koji izriče svojim i koji nema samo jedan skup parametara ili radnji (Ehrensaft et al., 2018).

Rodna društvena tranzicija ranije je često bila shvaćana binarno – djevojčica prelazi u dječaka, a dječak u djevojčicu. Pojam je proširen kako bi uključio djecu koja se pomjeraju prema nebinarosti ili nekoj drugoj individualno oblikovanoj iteraciji rodnog identiteta (Chew et al., 2020; Clark et al., 2018). Novija istraživanja pokazuju da društvena tranzicija može imati zaštitnu funkciju

za predpubertetsku djecu i unaprijediti njihovo mentalno zdravlje i dobrobit (Durwood et al., 2017; Gibson et al., 2021; Olson et al., 2016). Dakle, prepoznavanje činjenice da djetetov rod može biti fluidan i razvijati se tokom vremena (Edwards-Leeper et al., 2016; Ehrensaft, 2018; Steensma, Kreukels et al., 2013) nije dovoljno opravdanje za negiranje ili sprječavanje društvene tranzicije djeteta kada bi ona bila korisna. Razvoj rodnog identiteta može se nastaviti čak i nakon djelimične ili potpune društvene tranzicije (Ashley, 2019; Edwards-Leeper et al., 2018; Ehrensaft, 2020; Ehrensaft et al., 2018; Spivey i Edwards-Leeper, 2019). Iako su empirijski podaci i dalje ograničeni, postojeća istraživanja pokazuju da će djeca koja su najoptimističnija u pogledu svoje rodne različitosti najvjerojatnije ustrajati u različitom rodnom identitetu kroz vrijeme, uključujući djecu koja su društvenu tranziciju prošla prije puberteta (Olson et al., 2022; Rae et al., 2019; Steensma, McGuire et al., 2013). Stoga kada razmatramo društvenu tranziciju, predložimo roditeljima/starateljima i zdravstvenim radnicima da obrate posebnu pažnju na djecu koja dosljedno i ustrajno izražavaju rodni identitet koji se ne podudara s rodom koji im je pripisan pri rođenju. To uključuje i onu djecu koja izričito traže i žele društveno priznanje roda koji bolje odgovara njihovom komuniciranom rodnom identitetu i/ili djecu koja pokazuju uznemirenost kada se rod kakav oni znaju doživljava kao nepodudaran u odnosu na rod pripisan pri rođenju (Rae et al., 2019; Steensma, Kreukels et al., 2013).

Uprkos nedostatku empirijskih uvida u najbolje prakse vezane uz društvenu tranziciju, klinička literatura i struka nude sljedeće smjernice, kojima su prioritizovani najbolji interesi djeteta (Ashley, 2019e; Ehrensaft, 2018; Ehrensaft et al., 2018; Murchison et al., 2016; Telfer et al., 2018): 1) društvenu tranziciju treba da podstakne dijete, a donošenje odluke o njenom pokretanju treba da odražava želje djeteta; 2) zdravstveni radnik može pomoći u istraživanju prednosti ili koristi, kao i potencijalnih izazova vezanih za društvenu tranziciju; 3) društvenu tranziciju moguće je najbolje sprovesti u svim ili samo u specifičnim okolnostima/okruženjima (npr. u školi ili u kući) i 4) dijete može i ne mora odlučiti da komunicira drugima da je u procesu društvene tranzicije ili može

odrediti, obično uz pomoć roditelja/staratelja, određenu grupu ljudi s kojima će podijeliti tu informaciju.

Ukratko, društvena će tranzicija, kada se dogodi, vjerojatno najbolje služiti dobrobiti djeteta ako se odvija promišljeno i individualno za svako dijete. Društvena tranzicija djeteta (kao što je to slučaj i s rodom) mogla bi se razvijati s vremenom i ne treba biti statična, ali najbolje odražava presjek djetetove uspostavljene samospoznaje trenutnog rodnog identiteta i svega što dijete želi učiniti da bi izrazilo svoj identitet (Ehrensaft et al., 2018).

Proces društvene tranzicije može uključivati jednu od radnji ili više različitih radnji u skladu s djetetovim afirmisanim rodom (Ehrensaft et al., 2018), i to:

- promjenu imena;
- promjenu zamjenice/-a;
- promjenu oznake roda (npr. Izvoda iz knjige rođenih, ličnih dokumenata, pasoša, medicinske i školske dokumentacije itd.);
- djetetovom rodnom identitetu prilagođeno učestvovanje u rodno odvojene programima (npr. u sportskim timovima, rekreacijskim klubovima i kampovima, aktivnostima u školi itd.);
- upotrebu odgovarajućih toaleta i garderobe;
- lično izražavanje (npr. promjene frizure, odabira odjeće itd.);
- komuniciranje afirmisanog roda drugima (npr. na društvenim mrežama, u razredu ili putem školskih obavještenja, pismima članovima šire porodice ili društvenim kontaktima itd.).

Preporuka 7.13

Preporučujemo specijalistima ili pak roditeljima ili starateljima da podrže dijete da nastavi da istražuje svoj rod tokom cijelog predpubertetskog razdoblja, nezavisno od društvene tranzicije.

Važno je da djeci koja su učestvovala u društvenoj tranziciji budu pružene jednake prilike kao i ostaloj djeci da nastave da razmatraju značenja vezana uz rod i rodno izražavanje tokom cijelog djetinjstva (Ashley 2019; Spencer, Berg et

al., 2021). Neka su istraživanja ukazala na to da djeca mogu iskusiti rodnu fluidnost ili čak detranziciju nakon početne društvene tranzicije. No iz istraživanja ne proizlazi zaključak o tome kada bi se u životu takva detranzicija mogla najvjerojatnije dogoditi ili koji će procenat mladih jednom doživjeti rodnu fluidnost i/ili želju za detranzicijom – ili zbog razvoja roda ili eventualno drugih razloga (npr. zabrinutosti za sigurnost ili manjinskoga rodnog stresa) (Olson et al., 2022; Steensma, Kreukels et al., 2013). Jedno nedavno istraživanje izvještava da se u SAD-u detranzicija događa kod malog procenta mladih do pet godina nakon binarne društvene tranzicije (Olson et al., 2022); daljnje praćenje tih mladih ljudi bilo bi korisno. Takođe je važno vidjeti bi li se dobili isti rezultati ponovo s obzirom na to da je istraživanje sprovedeno na ograničenom uzorku samoprijavljenih učesnika u SAD-u te, stoga, ne treba biti nužno primjenjivo na svu rodno raznoliku djecu. Ukratko, imamo ograničenu sposobnost da unaprijed saznamo kako će se djetetov rodni identitet i izražavanje kretati tokom vremena, odnosno događa li i zašto detranzicija kod neke djece. Osim toga, ne žele sva rodno raznolika djeca istraživati svoj rod (Telfer et al., 2018). Od cisrodne se djece ne očekuje da krenu u ovaj oblik razmatranja i, stoga, pokušaji nametanja rodno raznolikom djetetu da to učini, ako nisu indicirana ili dobrodošla, mogu biti doživljena kao patologišuća, intruzivna i/ili cisnormativna (Ansara i Hegarty, 2012; Bartholomaeus et al., 2021; Oliphant et al., 2018).

Preporuka 7.14

Preporučujemo zdravstvenim radnicima da razgovaraju o mogućim prednostima i rizicima društvene tranzicije s porodicama koje razmatraju tu odluku.

Kod predpubertetske djece društvena tranzicija se sastoji od niza mogućnosti; može se razvijati kroz vrijeme i prilagođena je djetetovim željama i drugim psihosocijalnim uticajima (Ehrensaft, 2018), a donošenje odluke trebalo bi da bude praćeno odmjeravanjem i razmatranjem mogućih prednosti i izazova.

Društvena tranzicija može biti korisna, kao što je naznačeno u kliničkoj literaturi (e.g., Ehrensaft et al., 2018) i potkrijepljeno istraživanjima (Fast i Ol-

son, 2018; Rae et al., 2019). Ta korist uključuje podržavanje rodne podudarnosti, uz istovremeno smanjenje rodne disforije i poboljšavanje psihosocijalnog prilagođavanja i dobrobiti (Ehrensaft et al., 2018). Istraživanja su pokazala da rodno raznolika djeca koja su prošla društvenu tranziciju u velikoj mjeri odražavaju karakteristike mentalnog zdravlja svojih cisrodnih vršnjaka, braće i sestara (Durwood et al., 2017). Ti se nalazi znatno razlikuju od izazova povezanih s mentalnim zdravljem koji su dosljedno zabilježeni u prethodnim istraživanjima s rodno raznolikom djecom i adolescentima (Barrow i Apostle, 2018), upućujući na to da bi uticaj društvene tranzicije mogao biti pozitivan. Jednako tako, društvena se tranzicija za djecu obično može odvijati samo uz podršku i prihvatanje roditelja ili staratelja, što je takođe pokazalo da omogućava dobrobit rodno raznolike djece (Durwood et al., 2021; Malpas et al., 2018; Pariseau et al., 2019), iako su važni i drugi oblici podrške, poput one u školi (Durwood et al., 2021; Turban, King et al., 2021). Zdravstveni radnici trebalo bi da razgovaraju o mogućim prednostima društvene tranzicije s djecom i njihovim porodicama 1) kada postoji dosljedna, stabilna artikulacija rodnog identiteta koja nije u skladu s rodnom pripisanim pri rođenju (Fast i Olson, 2018), pri čemu se ta artikulaciju rodnog identiteta ne smije poistovjećivati s rodno različitim izražavanjem, ponašanjem ili interesima (npr. igranjem s određenim igračkama, izražavanjem kroz oblačenje i izbor spoljašnjeg izgleda i/ili s uključivanjem u društveno definisane aktivnosti koje su obično povezane s drugim rodnom u binarnom modelu rodova) (Ehrensaft, 2018; Ehrensaft et al., 2018); 2) kada dijete izražava snažnu želju ili potrebu za tranzicijom u rod koji je izrazilo kao svoj autentični (Ehrensaft et al., 2018; Fast i Olson, 2018; Rae et al., 2019) i 3) kada će dijete biti emocionalno i tjelesno sigurno tokom i nakon same društvene tranzicije (Brown i Mar, 2018). Treba uzeti u obzir predrasude i diskriminaciju, naročito na mjestima gdje je prihvatanje rodne raznolikosti ograničeno ili zabranjeno (Brown i Mar, 2018; Hendricks i Testa, 2012; Turban, King et al., 2021). Treba napomenuti i da su za rodno raznoliko dijete koje ne prolazi društvenu tranziciju mogući rizici, i to 1) izopštavanje ili zlostavljanje, jer je dijete percipi-

rano kao neko tko nije prilagođen propisanim rodnim ulogama zajednice i/ili društveno pretpostavljenim obrascima ponašanja, i 2) život s unutrašnjim stresom i tjeskobom jer se od njega traži da se okolini predstavlja rodnom koji je nepodudaran s njegovim rodnim identitetom.

Da bi se unaprijedilo rodno zdravlje, zdravstveni stručnjaci treba da razgovaraju s djetetom i njegovom porodicom o mogućim izazovima društvene tranzicije. Često je izražavana zabrinutost da će se dijete povući iz daljnjeg razmatranja razvoja svog rodnog identiteta kako sazrijeva ili oklijevati da pokrene drugu rodnu tranziciju, čak i ako više ne osjeća da je postojeća društvena tranzicija u skladu s njegovim trenutnim rodnim identitetom (Edwards-Leeper et al., 2016; Ristori i Steensma, 2016). Iako ograničeno, nedavno je istraživanje pokazalo da neki roditelji ili staratelji djece koja su prošla društvenu tranziciju mogu razgovarati sa svojom djecom o mogućnosti novih rodnih iteracija (npr. o vraćanju na pređašnje izražavanje roda) prihvatajući te mogućnosti (Olson et al., 2019). Druga često prepoznata zabrinutost u vezi s društvenom tranzicijom jeste da bi dijete moglo proživljavati negativne posljedice ako se vrati pređašnjem rodnom identitetu koji bi odgovarao rodu koji mu je pripisan pri rođenju (Chen et al., 2018; Edwards-Leeper et al., 2019; Steensma i Cohen-Kettenis, 2011). Uzevši to u obzir, roditelji ili staratelji treba da budu svjesni razvojnih uticaja koje društvena tranzicija može imati na dijete.

Zdravstveni radnici treba da usmjeravaju roditelje ili staratelje i podržavaju dijete u razmatranju ili sprovođenju društvene rodne tranzicije 1) savjetovanjem, procjenama i rodnom podrškom kada je to potrebno i kada roditelji ili staratelji to zatraže; 2) po potrebi, pomaganjem članovima porodice da razumiju djetetovu želju za društvenom tranzicijom i vlastita osjećanja o željama koje je dijete izrazilo; 3) istraživanjem zajedno s roditeljima i starateljima, pritom saznajući od njih misle li da bi i kako društvena tranzicija koristila njihovom djetetu sada i u njihovom daljnjem razvoju; 4) facilitiranjem kada se roditelji ili staratelji ne slažu u vezi same društvene tranzicije i zajedničkim radom na dosljednom razumijevanju rodnog statusa i potreba djeteta; 5) ukazivanjem na sigurne i

podržavajuće načine komuniciranja društvene tranzicije svoga djeteta drugima i olakšavanjem njenog sprovođenja u različitim društvenim okruženjima (npr. u školi ili široj porodice); 6) olakšavanjem komunikacije djeteta s vršnjacima, kada to dijete želi, o rodnoj i društvenoj tranziciji, kao i jačanjem pozitivnih odnosa djeteta s vršnjacima; 7) savjetovanjem kad tranzicija nije društveno prihvaćena ili sigurna, bilo u svim ili u određenim situacijama ili kada je dijete suzdržano oko započinjanja tranzicije uprkos želji da to učini; mogu postojati različiti razlozi suzdržanosti, poput straha i tjeskobe; 8) saradnjom s članovima porodice i drugim zdravstvenim stručnjacima kako bi olakšali društvenu tranziciju na način koji je optimalan za djetetov rodni razvoj, opštu dobrobit te fizičku i emocionalnu sigurnost i 9) psihodukacijom (psihološkim obrazovanjem) o raznim mogućim smjerovima djetetovog rodnog razvoja tokom vremena, ostavljajući otvorenim puteve svim budućim iteracijama roda djeteta i naglašavajući porodici da nema potrebe za predviđanjem rodnog identiteta djeteta u budućnosti (Malpas et al., 2018).

Svi ti zadaci uključuju poboljšanje kvaliteta komunikacije između djeteta i članova porodice, omogućavajući da se dijete sasluša i da se uvažavaju njegove potrebe u porodici. Ovakvi međuljudski odnosi, zauzvrat, doprinose uspješnosti roditelja ili staratelja u informisanom odlučivanju o preporučljivosti i parametrima društvene tranzicije za svoje dijete (Malpas et al., 2018).

Jedna od uloga zdravstvenih stručnjaka jeste da usmjeravaju i pružaju podršku u situacijama u kojima djeca i roditelji ili staratelji žele nastaviti s društvenom tranzicijom, iako društveno okruženje ne bi prihvatilo takav izbor, i to tako da: 1) pomažu roditeljima ili starateljima da prepoznaju i prošire sigurne prostore u kojima dijete može slobodno izraziti svoj autentični rod; 2) razgovaraju s roditeljima ili starateljima o tome kako u budućnosti povećati vjerojatnost podrške djetetu u društvenoj okolini, ako je to realističan cilj; 3) uključe se, po potrebi, kako bi se djetetu pomoglo u situaciji u kojoj, zbog bilo kakve povezane nevolje ili osjećaja stida i srama, neprestano potiskuje svoj autentični rodni identitet te ima potrebu za tajnošću, te 4) rade na jačanju otpornosti djeteta i

porodice, odnosno da, ako društvena sredina teško prihvata djetetovu tranziciju i afirmisani rodni identitet, podstiču razumijevanje da to nikako nije posljedica nekog djetetovog nedostatka nego nedovoljne društvene rodne pismenosti (Ehrensaft et al., 2018).

Preporuka 7.15

Predlažemo da zdravstveni radnici razmotre saradnju s drugim stručnjacima i organizacijama zbog promocije dobrobiti rodno raznolike djece i smanjivanja teškoća s kojima se suočavaju.

Sva djeca imaju pravo na podršku i poštovanje vezano uz svoj rodni identitet (Human Rights Campaign, 2018; Paré, 2020; SAMHSA, 2015). Kao što je navedeno, rodno raznolika djeca posebno su ranjiva grupa (Barrow i Apostle, 2018; Cohen-Kettenis et al., 2003; Giovanardi et al., 2018; Gower, Rider, Coleman et al., 2018; Grossman i D'Augelli, 2007; Hendricks i Testa, 2012; Reisner, Greytak et al., 2015; Ristori i Steensma, 2016; Roberts et al., 2012; Tishelman i Neumann-Mascis, 2018). Odgovornost zdravstvenih radnika kao zagovaratelja obuhvata prepoznavanje društvenih odrednica zdravlja koje su ključne za marginalizovane manjine (Barrow i Mar, 2018; Hendricks i Testa, 2012). U zagovaranje bi trebalo da budu uključeni svi zdravstveni radnici osiguravajući podršku djetetu i njegovoj porodici (APA, 2015; Malpas et al., 2018). Od nekih se zdravstvenih radnika može tražiti da pređu uobičajene okvire svojih kancelarija i programa rada kako bi u široj zajednici mogli zastupati rodno raznoliku djecu, često u saradnji s drugim zainteresovanim stranama, uključujući roditelje ili staratelje, saveznike i mlade (Kaufman i Tishelman, 2018; Lopez et al., 2017; Vanderburgh, 2009). Ti su naponi i aktivnosti izuzetno važni za poboljšanje rodnog zdravlja djece, kao i za promociju njihovih građanskih prava (Lopez et al., 2017).

Glasovi zdravstvenih stručnjaka mogu biti presudni u školama, u parlamentarnim tijelima, na sudovima i u medijima (Kupalanka et al., 2019; Lopez et al., 2017; Whyatt-Sames, 2017; Vanderburgh, 2009). Osim toga, zdravstveni radnici mogu imati i širu zagovaračku ulogu u prepoznavanju i adresiranju situacija u kojima odrasli, djetetovi

vršnjaci ili mediji namjerno ili nenamjerno često negiraju iskustva rodno raznolike djece (Rafferty et al., 2018). Stručnjaci koji imaju potrebni skup vještina u takvoj situaciji mogu ponuditi jasne de-

patologizujuće preporuke o potrebama i pravima rodno raznolike djece te o šteti koju diskriminatorsna i transfobična pravila, zakoni i norme uzrokuju (Rafferty et al., 2018).

POGLAVLJE 8 Nebinarnost

"Nebinarnost" se koristi kao krovni pojam koji se odnosi na pojedince koji svoj rod doživljavaju izvan rodne binarnosti. Pojam "nebinarnost" uglavnom je, ali ne isključivo, povezan s kontekstima globalnog sjevera i ponekad se koristi za opisivanje starosjedilačkih i nezapadnjačkih rodova. Pojam "nebinarni" uključuje ljude čiji se rodovi sastoje od više od jednog rodnog identiteta istovremeno ili u različito vrijeme (npr. *bigender*), koji nemaju rodni identitet ili imaju neutralan rodni identitet (npr. arodnost ili *neutrois*), imaju rodne identitete koji obuhvataju ili miješaju elemente drugih rodova (npr. polirodnost, *demiboy*, *demigirl*) i/ili koji imaju rod koji se mijenja s vremenom (npr. rodna fluidnost) (Kuper et al., 2014; Richards et al., 2016; Richards et al., 2017; Vincent, 2019). Nebinarni ljudi mogu se poistovjećivati u različitoj mjeri s binarno-povezanim rodovima, koristeći npr. pojmove "nebinarni/-a muškarac/žena", ili s višestrukim rodnim terminima, npr. "nebinarnost" i "rodna fluidnost" (James et al., 2016; Kuper et al., 2012). Nebinarnost također funkcionira kao zaseban rodni identitet (Vincent, 2020). Važno je priznati da ovo nije iscrpan popis; isti identiteti mogu imati različita značenja za različite ljude, a upotreba izraza može varirati s vremenom i prostorom.

Genderqueer, prvi put upotrijebljen 1990-ih, kategorija je identiteta nešto starija od "nebinarnosti" – koja se prvi put pojavila negdje u kasnim 2000-ima (Nestle et al., 2002; Wilchins, 1995). *Genderqueer* ponekad se može koristiti kao sinonim za "nebinarnost" ili može prenijeti specifičnu, svjesno politizovanu dimenziju roda osobe. Dok se "transrodnost" koristi u mnogim kulturnim kontekstima kao krovni pojam koji uključuje nebinarne osobe, ne smatraju se sve nebinarne osobe transrodnim iz niza razloga, uključujući i to što smatraju da je transrodnost smještena isključivo unutar rodne binarnosti ili zato što se ne osjećaju "dovoljno trans" da bi se opisali kao transrodni (Garrison, 2018). Neki nebinarni ljudi nisu sigurni ili su ambivalentni oko toga bi li se opisali kao transrodni (Darwin, 2020; Vincent, 2019).

U engleskom jeziku nebinarni ljudi koriste zamjenice *they/them/theirs* ("oni"/"njih"/"njihov") ili

nove zamjenice koje uključuju *e/em/eir*, *ze/zir/hir*, *er/ers/erself*, između ostalih (Moser i Devereux, 2019; Vincent, 2018). Neki nebinarni ljudi kombinuju zamjenice (bilo namjerno miješajući ih u upotrebi, dopuštajući slobodan izbor ili mijenjajući ih s društvenim kontekstom) ili radije izbjegavaju u potpunosti rodne zamjenice, umjesto njih koristeći svoje ime. Dodatno, neki nebinarni ljudi koriste *she/her/hers* ("ona"/"nju"/"njen"), ili *he/him/his* ("on"/"njega"/"njegov"), ponekad ili isključivo, dok u nekim djelovima svijeta opisni jezik za nebinarne ljude (još) ne postoji. Izvan engleskog jezika može se uočiti širok raspon kulturno specifičnih jezičnih prilagođavanja i razvoja (Attig, 2022; Kirey-Sitnikova, 2021; Zimman, 2020). Takođe treba napomenuti da neki jezici koriste jednu zamjenicu koja nije povezana sa polom ili rodom, dok drugi dodjeljuju rod svim imenicama. Ove varijacije u jeziku vjerojatno će uticati na rodno iskustvo nebinarnih ljudi i na način na koji komuniciraju s drugima.

Nedavna istraživanja pokazuju da nebinarni ljudi čine otprilike 25% do više od 50% šire transrodne populacije, pri čemu uzorci mladih prijavljuju najveći procenat nebinarnih ljudi (Burgwal et al., 2019; James et al., 2016; Watson, 2020). U skorašnjim studijama o transrodnim odraslim osobama, nebinarni ljudi obično su mlađi od transrodnih muškaraca i transrodnih žena, a u studijama koje uključuju mlade i odrasle, vjerojatnije je da su nebinarni ljudi pri rođenju bili pripisani ženskom polu (engl. *assigned female at birth*, AFAB). Međutim, ove nalaze treba tumačiti s oprezom jer vjerojatno postoji niz složenih sociokulturnih faktora koji utiču na kvalitet, reprezentativnost i tačnost ovih podataka (Burgwal et al., 2019; James et al., 2016; Watson, 2020; Wilson i Meyer, 2021) (v. također treće poglavlje – Procjene populacije).

Razumijevanje rodnih identiteta i rodnih izražavanja kao nelinearnog spektra

Nebinarni rodovi odavno su prepoznati istorijski i međukulturno (Herdt, 1994; McNabb, 2017; Vincent i Manzano, 2017). Mnoge kategorije rodnog identiteta kulturno su specifične i ne mogu se lako prevesti iz jednog u drugi kontekst, bilo jezično bilo u odnosu na zapadnjačku paradigmu roda.

Kolonijalne interakcije istorijskih doseljenika sa starosjedilačkim stanovništvom nezapadnjačkih rodova i dalje su vrlo relevantne jer kulturno brisanje i isprepletenost rasizma i cisonormativnosti mogu štetno uticati na društvene odrednice zdravlja starosjedilačkih rodno raznolikih ljudi. Od 1950-ih rod se koristio za označavanje društveno konstruisane kategorizacije ponašanja, aktivnosti, izgleda itd. u odnosu na binarni model " m u š k o " / " m u š k a r a c " / " m u ž e v a n " i "žensko"/"žena"/"ženstvena" unutar savremenih zapadnjačkih konteksta. Međutim, rod sada ima širi raspon mogućih značenja uvažavajući međusobno povezane, ali ipak raspoznatljive koncepte, kao što su rodna biologija (pol), rodne uloge, rodno izražavanje i rodni identitet (Vincent, 2020). Aspekti rodnog izražavanja koji bi se tradicionalno kulturno mogli shvatiti kao "muški", "ženski" ili "androgeni" mogu se zapravo izraziti među ljudima bilo kojeg i svih rodnih identiteta, bili oni nebinarni ili ne. Na primjer, ako se nebinarna osoba predstavlja na ženstven način, to ne podrazumijeva da će se nužno kasnije identificirati kao žena ili pristupiti intervencijama povezanim s transrodnim ženama kao što je vaginoplastika. Rodna neusklađenost osobe u odnosu na kulturološka očekivanja ne bi se trebala smatrati razlogom za zabrinutost niti se smatrati indikacijom kliničke složenosti - na primjer, nebinarna osoba kojoj je pri rođenju pripisan muški pol (engl. *assigned male at birth*, AMAB), koja nosi ženski-kodiranu odjeću i koristi zamjenice "ona"/ "njen", ali zadržava muški kodirano ime.

Oblikovanje roda kao spektra nudi više nijansi od binarnog modela. Međutim, i dalje postoje značajna ograničenja u modelu linearnog spektra koja mogu dovesti do nekritičkih generalizacija o rodu. Na primjer, iako je intuitivno pozicionirati "binarne opcije" ("muškarac"/"muški", "žena"/"ženski") na krajeve takva kontinuuma, time se "muževnost" postavlja kao opozicija "ženstvenosti", ne ostavljajući mjesta za rodnu neutralnost, izražavanje muževnosti i ženstvenosti istovremeno, kao ni za *genderqueer* ili nezapadnjačke koncepte roda. Neophodno je da zdravstveni radnici ne gledaju na nebinarne rodove kao na "djelimične" artikulacije transrodne muškosti (kod AFAB nebinarnih ljudi) ili transrodne ženskosti (kod AMAB nebinarnih

ljudi) ili kao smještene "negdje duž spektra 'maskulnosti'/feminosti"; neki nebinarni pojedinci sebe smatraju potpuno izvan dihotomije „muško“/“žensko“. Nelinearni spektar ukazuje na razlike u rodnom izražavanju, identitetu ili potrebama u vezi s rodnom afirmacijom među korisnicima usluga koje se ne bi trebale upoređivati da bi se mogle pozicionirati duž linearnog spektra. Osim toga, tumačenje rodnog izražavanja subjektivno je i kulturno definisano, a ono što jedna osoba može doživjeti ili smatrati izrazito ženstvenim, druga osoba to ne mora tako doživjeti (Vincent, 2020). Zdravstveni radnici imaju koristi od izbjegavanja pretpostavki o tome kako svaki korisnik usluga konceptualizuje svoj rod, kao i od spremnosti da budu vođeni klijentovim ličnim razumijevanjem roda i načinom na koje se to razumijevanje odražava na klijentov rodni identitet, izražavanje i bilo kakvu potrebu za medicinskom njego.

Proces rodnog razvoja koji doživljavaju sve transrodne i rodno raznolike osobe (TiRR), bez obzira na njihov odnos prema rodnoj binarnosti, čini se da dijeli slične teme (npr. svijest, istraživanje, stvaranje značenja, integracija), ali tempiranje, napredovanje i lična iskustva povezani sa svakim od ovih procesa razlikuju se unutar grupa transrodnih i nebinarnih osoba, kao i među njima (Kuper, Wright et al., 2018; Kuper, Lindley et al., 2019; Tatum et al., 2020). Sociokulturne i intersekcionalne perspektive mogu biti od pomoći u kontekstualizovanju rodnog razvoja i društvene tranzicije, uključujući i to kako su individualna iskustva oblikovana društvenim i kulturnim kontekstom te kako su u interakciji s drugim domenama identiteta i ličnog iskustva.

Potreba za dostupnošću rodno-afirmišuće njego

Neki nebinarni ljudi traže rodno-afirmišuću njegu kako bi ublažili rodnu disforiju ili nepodudarnost i povećali zadovoljstvo tijelom medicinski neophodnim intervencijama. (Pogledajte preporuku 2.1 o medicinskoj neophodnosti u drugom poglavlju – Globalnoj primjenjivosti.) Neki nebinarni ljudi mogu osjećati da im je potreban određeni tretman; v. takođe peto poglavlje – Procjenu odraslih (Beek et al., 2015; Jones et al., 2019; Köhler et al., 2018), dok drugi ne (Burgwal i Mot-

mans, 2021; Nieder, Eyssel et al., 2020), a udio nebinarnih ljudi koji traže rodno-afirmišuću njegu i specifične ciljeve te njege ostaje nejasan. Uloga je zdravstvenog radnika da pruži informacije o postojećim medicinskim opcijama (i njihovoj dostupnosti) koje bi mogle pomoći u ublažavanju rodne disforije ili nepodudarnosti i povećati zadovoljstvo tijelom bez donošenja pretpostavki o tome koje opcije medicinske njege mogu najbolje odgovarati kojoj pojedinoj osobi.

Motivacije za pristepene (ili nepristepene) medicinskim rodno-afirmišućim intervencijama, uključujući hormonsku terapiju, operacije ili oboje, heterogene su i potencijalno složene (Burgwal i Motmans, 2021; Vincent, 2019, 2020) i treba ih zajednički sagledati prije donošenja odluka o fizičkim intervencijama. Potreba pojedinca za pristupom rodno-afirmišućim medicinskim postupcima ne može se predvidjeti njegovom rodom ulogom, izražavanjem ili identitetom. Na primjer, neke transrodne žene nemaju potrebu za vaginoplastikom, dok bi neke AMAB nebinarne osobe mogle trebati i imati koristi od iste intervencije. Nadalje, činjenica da neki nebinarni ljudi traže rodno-afirmišuću njegu koja je usko povezana s tranzicionom putanjom iz njihov pripisan pol/rod u drugu binarno priznatu kategoriju (tj. estrogen-sku terapiju i vaginoplastiku za AMAB osobu), ne podriva valjanost njihovog nebinarnog identiteta.

Iako su prepreke njege i dalje široko rasprostranjene za mnoge transrodne osobe, čini se da nebinarni ljudi prolaze kroz posebno visoke stope poteškoća u pristupu zdravstvenoj njezi za mentalno zdravlje i rodno-afirmišućoj medicinskoj njezi (Clark et al., 2018; James, 2016). Mnogi nebinarni ljudi navode da su imali iskustva sa zdravstvenim radnicima koji nisu afirmisali njihov nebinarni rod, uključujući iskustva kada bi zdravstveni radnici izrazili uvjerenja da njihov rod nije valjan ili da je njima znatno teže pružiti njegu (Valentine, 2016; Vincent, 2020). Nebinarni ljudi mogu se suočiti s pretpostavkama pružaoca zdravstvenih usluga da ne trebaju ili da ne žele rodno-afirmišuću tretman (Kcomt et al., 2020; Vincent, 2020), opisujući i iskustvo pritiska da se predstave kao transrodni muškarci ili transrodne žene (unutar binarnog okvira roda) kako bi dobili pristup medicinskoj podršci (Bradford et al., 2019; Tay-

lor et al., 2019). Ponekad se nebinarni ljudi za- teknu u situaciji da moraju edukovati pružaocaz- dravstvenih usluga uprkos tome što je neprikladno da se pružaoci zdravstvenih usluga primarno oslanjaju na svoje pacijente za edukaciju (Kcomt et al., 2020). U poređenju sa s transrodnim muškarcima i transrodnim ženama, Burgwal i Motmans (2021) otkrili su da nebinarni ljudi imaju više straha od predrasuda pružaocazdravstvenih usluga, manje povjerenja u pružene usluge i veće poteškoće pri odlučivanju kamo se obratiti za nje- ga. Studije u Evropi i SAD-u pokazale su da nebi- narni pojedinci imaju tendenciju odgađanja njezi češće od binarnih transrodnih muškaraca ili tran- srodnih žena, pri čemu je strah od neosjetljivog ili nekompetentnog tretmana najčešće navođeni ra- zlog (Burgwal i Motmans, 2021; Grant et al., 2011). Takođe se čini da je manje vjerojatno da će nebi- narni ljudi komunicirati svoj rodni identitet pružaocima zdravstvenih usluga nego druge tran- srodne osobe (Kcomt et al., 2020).

Potreba za odgovarajućim nivoom podrške

Pružanje rodno-afirmišuće njege nebinarnim os- obama prevazilazi pružanje specifičnih rodno- afirmišućih intervencija, kao što su hormonska terapija ili operacija, i uključuje podršku cjelokup- nom zdravlju i razvoju nebinarnih osoba. Modeli manjinskog stresa prilagođeni su da bi se koncep- tualizovalo kako su stresori u vezi s rodom koje doživljavaju transrodne osobe povezani s razlika- ma u fizičkom i mentalnom zdravlju (Delozier et al., 2020; Testa et al., 2017). Čini se da nebinarni ljudi doživljavaju manjinske stresore koji su slični onima koje doživljavaju transrodni muškarci i transrodne žene, ali i jedinstveni. Johnson (2020) izvijestio je da su iskustva poništavanja naročito česta među nebinarnim ljudima, npr. izjave ili rad- nje koje izražavaju uvjerenje da nebinarni iden- titeti nisu "stvarni" ili da su rezultat "hira" ili "faze". Isto tako bilježi da je kod nebinarnih ljudi manje vjerojatno da će drugi koristiti njihove ispravne zamjenice u odnosu na transrodne muškarce i transrodne žene. Slično tome, nebinarni ljudi opisali su da se osjećaju "nevidljivi" (Conlin, 2019; Taylor, 2018), a jedno je istraživanje pokazalo da su nebinarni mladi prijavili niže nivoe samopošto-

vanja u poređenju sa s mladim transrodnim muškarcima i transrodnim ženama (Thorne, Witcomb et al., 2019).

Iako mnogi TiRR ljudi prijavljuju iskustva diskriminacije, viktimizacije i interpersonalnog odbacivanja (James, 2016), uključujući zlostavljanje u sklopu uzoraka mladih ispitanika (Human Rights Campaign, 2018; Witcomb et al., 2019), prevalencija tih iskustava može varirati među grupama i čini se da je pod uticajem dodatnih, isprepletenih činilaca. Na primjer, Newcomb (2020) otkrio je da su transrodne žene i nebinarni AMAB mladi iskusili veću viktimizaciju od transrodnih muškaraca i nebinarnih AFAB mladih, pri čemu su nebinarni AMAB mladi prijavili najviše nivoe traumatskog stresa. U drugoj studiji, Poquiz (2021) otkrio je da su transrodni muškarci i transrodne žene iskusili više nivoe diskriminacije od nebinarnih osoba. Ova intersekcionalna složenost takođe vjerojatno doprinosi varijabilnosti u nalazima studija koje upoređuju fizičko i mentalno zdravlje nebinarnih osoba sa zdravljem transrodnih muškaraca i transrodnih žena, pri čemu neke od studija ukazuju na više zabrinutosti za fizičko i mentalno zdravlje među nebinarnim osobama, neke upućuju na manju zabrinutost, a neke izvještavaju da nema razlika između grupa (Scandurra, 2019).

S obzirom na to da su nebinarni narativi identiteta možda manje dostupni nego oni koji su binarnije orijentisani, nebinarni ljudi mogu imati manje dostupnih resursa za istraživanje i artikulisanje osjećaja o sebi povezanog s rodom. Na primjer, to može uključivati pristup prostorima zajednice i međuljudskim odnosima u kojima osoba može istraživati nebinarni identitet ili pristup jeziku i konceptima koji omogućavaju detaljnije razmatranje nebinarnih iskustava (Bradford et al., 2018; Fiani i Han, 2019; Galupo et al., 2019). Sada se i razvijaju kliničke smjernice kako bi se pružaocima zdravstvenih usluga pomoglo u prilagođavanju rodno-afirmišuće njege u zadovoljavanju jedinstvenih iskustava nebinarnih ljudi (Matsuno, 2019; Rider, Vencill et al., 2019).

Rodno-afirmišuće medicinske intervencije za nebinarne osobe

U kontekstima u kojima određena medicinska intervencija nema utvrđeni presedan, važno je da se prije razmatranja intervencije pojedincu pruži pregled dostupnih informacija, uz priznavanje potencijalnih ograničenja u znanju. Jednako je važno sveobuhvatno raspraviti i dokumentovati potrebne fizičke promjene i potencijalna ograničenja u postizanju tih karakteristika, kao i implikaciju da neka intervencija može, ali i ne mora poboljšati sposobnost pojedinca da izrazi svoj rod.

Što se tiče estrogenske terapije za nebinarne AMAB osobe, važno je napomenuti da se ne može izbjeći mogućnost rasta grudi (Seal, 2017). Iako je opseg rasta vrlo varijabilan, to bi trebalo jasno naglasiti ako nebinarna osoba traži neke druge promjene povezane s terapijom estrogenom (kao što je omekšavanje kože i smanjenje rasta dlaka na licu), ali ne želi dojke ili je ambivalentna prema njihovom rastu. Isto tako, za nebinarne AFAB ljude koji možda žele pristup testosteronu kako bi postigli neke promjene, ali ne i druge, treba uvažiti da je, ako je potreban rast dlaka na licu, rast genitalija neizbježan (Seal, 2017). Vremenski okvir za uzimanje testosterona znači da će te promjene vjerojatno biti popraćene i nepovratnim padom visine glasa, iako je opseg individualan (Vincent, 2019; Ziegler et al., 2018). Pad visine glasa bez razvoja dlaka na tijelu još je jedan takav izazov. Za neke nebinarne osobe uklanjanje dlačica vrlo je važan dio njihove rodne afirmacije (Cocchetti, Ristori, Romani et al., 2020).

Ako se hormonska terapija prekine, a polne žlijezde zadrže, mnoge fizičke promjene vratiće se na stanje prije hormonske terapije jer hormoni polnih žlijezda ponovo počinju da djeluju, uključujući poništavanje amenoreje i razvoja dlakavosti tijela kod nebinarnih AFAB osoba kao i smanjenje mišićne definicije i erektilnu disfunkciju kod nebinarnih AMAB osoba. Ostale promjene biće trajne, poput maskulino doživljene ćelavosti, rasta genitalija i rasta dlaka na licu kod nebinarnih AFAB ljudi ili razvoja grudi kod nebinarnih AMAB ljudi (Hembree et al., 2017). Ove promjene će zahtijevati daljnje intervencije da bi se preokrenule, poput elektrolize ili mastektomije, te se ponekad

Lista preporuka:

- 8.1** - Preporučujemo da zdravstveni radnici pruže nebinarnim osobama individualizovanu procjenu i medicinsku podršku koja djeluje afirmišuće na njihova iskustva roda.
- 8.2** - Preporučujemo zdravstvenim radnicima da razmotre medicinske intervencije (hormonsku terapiju ili operaciju) za nebinarne osobe u nedostatku "društvene rodne tranzicije".
- 8.3** - Preporučujemo zdravstvenim radnicima da razmotre rodno-afirmišuće hirurške intervencije u nedostatku hormonske terapije, osim ako je hormonska terapija potrebna za postizanje željenog hirurškog rezultata.
- 8.4** - Preporučujemo da zdravstveni radnici pruže informacije nebinarnim osobama o učincima hormonskih terapija/hirurških zahvata na buduću plodnost i razgovaraju o opcijama za očuvanje plodnosti prije početka uzimanja hormona ili podvrgavanja operaciji.

opisuju kao "djelimično reverzibilne" (Coleman et al., 2012). Budući da učinci korišćenja niske doze hormonske terapije nisu dokumentovani u ovoj populaciji pacijenata, važno je razmotriti praćenje kardiovaskularnog rizika i zdravlja kostiju ako se koristi niska doza hormonske terapije. Za detaljnije informacije pogledajte dvanaesto poglavlje – Hormonsku terapiju.

Ako ekspresija ni testosterona ni estrogena nije potrebna, moguća je inhibicija proizvodnje estrogena i/ili testosterona. No, trebalo bi raspraviti implikacije s obzirom na povećani kardiovaskularni rizik, smanjenu mineralizaciju kostiju i rizik od depresije te preduzeti mjere za smanjenje tih rizika (Brett et al., 2007; Vale et al., 2010; Wassersug i Johnson, 2007). Za više informacija v. takođe deveto poglavlje – Evnuhe i dvanaesto poglavlje – Hormonsku terapiju. Mogućnost istraživanja medicinske i/ili društvene tranzicije nezavisno jedna od druge, kao i mogućnost istraživanja hormona, operacije ili obiju opcija neovisno jedna o drugoj, trebale bi biti dostupne svima, bilo da je osoba transrodni muškarac, transrodna žena ili nebinarna osoba.

Sve preporuke u ovom poglavlju donesene su na temelju detaljnog pregleda dokaza, procjene koristi i štete, vrijednosti i preferenci pružaoca usluga i pacijenata, kao i potrebnih resursa i izvedivosti. U nekim slučajevima uviđamo da su dokazi ograničeni i/ili usluge možda nisu dostupne ili poželjne.

Preporuka 8.1

Preporučujemo da zdravstveni radnici pruže nebinarnim osobama individualizovanu procjenu i medicinsku podršku koja djeluje afirmišuće na njihova iskustva roda.

Individualizovana procjena počinje s razumijevanjem kako nebinarna osoba doživljava vlastiti rod i kako to iskustvo utiče na njene ciljeve u pogledu njege koju traži. Načini na koji pojedinci konceptualizuju svoja iskustva roda vjerojatno će varirati među grupama i kulturama i mogu uključivati iskustva povezana s drugim aspektima identiteta koji se međusobno presijecaju (npr. dob, seksualnost, rasu, etničku pripadnost, socioekonomski status, invaliditet) (Kuper et al., 2014; Subramanian et al., 2016).

Zdravstveni radnici trebalo bi da izbjegavaju apriorne pretpostavke o rodnom identitetu klijenta, njegovom izražavanju ili potrebama za njegom. Takođe bi trebalo da imaju na umu da klijentovo nebinarno iskustvo roda može, ali i ne mora biti relevantno za medicinske procjenu i ciljeve. Mjera u kojoj je klijentov rod relevantan za ciljeve medicinske njege trebala bi odrediti nivo detalja na kojem se istražuje njegov rodni identitet. Na primjer, kada se traži njega za očitovani problem koji nije u potpunosti povezan s rodom, jednostavno odrediti ispravne ime i zamjenicu može biti dovoljno (Knutson et al., 2019). Prilikom rješavanja problema za koji je relevantan trenutni ili prošli hormonski ili hirurški status, može biti potrebno više detalja, čak i ako problem nije specifično povezan s rodom.

Klinička okruženja trebaju biti gostoljubiva, odražavati rodnu raznolikost i djelovati afirmišuće na rodna iskustva nebinarnih ljudi da bi bila kulturno kompetentna. Osiguravanjem da informacije o klinici i pružalacu zdravstvenih usluga (npr. na internetskim stranicama), obrasci (npr. u anketama o prijemu) i drugi materijali uključuju nebinarne identitete i iskustva, pokazuje se da su nebinarni ljudi dobrodošli i priznati (Hagen i Galupo,

2014). Korišćenje rubrika za slobodan unos teksta o rodnom identitetu i zamjenicama uključivije je od korišćenja liste ponuđenih odgovora. Osiguravanje privatnosti na recepciji, omogućavanje alternativa navođenju legalnih imena u digitalnim bazama podataka (u kulturnim kontekstima gdje je to potrebno), uvođenje rodno neutralnih toaleta i utvrđivanje alternativa prozivanju legalnog imena u čekaonici dodatni su primjeri kulturnih kompetencija u radu s transrodnim i rodno raznolikim (TiRR) osobama (Burgwal et al., 2021). U ustanovama za njegu važno je da se pitaju i koriste preference za imena, zamjenice i druge pojmove koji se odnose na rod, kako na početku tako i redovno jer mogu varirati tokom vremena i s obzirom na okolnosti.

Zdravstveni radnici se podstiču da usvoje pristup koji je usredsređen na snagu i otpornost. Sve se više pojavljuju kritike pretjerane usredsređenosti zdravstvenih radnika na rodno povezane tjeskobe jer je takođe važno uzeti u obzir iskustva povećane ugođe, radosti i samoispunjenja koja mogu proizaći iz samoostvarenja i pristupa njezi (Ashley, 2019a; Benestad, 2010). Uz korišćenje dijagnoza kada/gdje je to potrebno kako bi se olakšao pristup njezi, zdravstveni radnici podstiču se da zajedno s klijentima istraže ovaj širi raspon potencijalnih iskustava povezanih s rodom i kako se mogu uklopiti u opcije medicinske njege (Motmans et al., 2019). Za sve TiRR osobe, faktori otpornosti, kao što su veze koje pružaju podršku, učestvovanje u zajednicama koje uključuju druge slične osobe i ponos na identitet, ključni su jer su povezani s nizom pozitivnih zdravstvenih ishoda (Bowling et al., 2019; Budge, 2015; Johns et al., 2018).

Svijest o ograničenjima sredstava koje su pružoci zdravstvenih usluga istorijski koristili za procjenu iskustava transrodnih osoba s disforijom važna je jer ona mogu biti posebno izražena za mnoge nebinarne osobe. Većina mjera povezanih s rodom pretpostavlja da klijenti doživljavaju svoj rod, između ostalog, na binarni način (npr. Skala prisjećanog rodnog identiteta (engl. *Recalled Gender Identity Scale*), Utrechtska skala rodne disforije (engl. *Utrecht Gender Dysphoria Scale*)). Iako je razvijeno nekoliko novijih mjera u pokušaju da se bolje zabilježe iskustva nebinarnih ljudi (McGuire et al., 2018; McGuire et al., 2020), otvorena raspra-

va vjerojatno će pružiti dublje i tačnije razumijevanje svakog jedinstvenog iskustva disforije i pojedinačne potrebe za njegom. Slično tome, dok su novije iteracije dijagnostičkih kategorija (tj. "rodna disforija" u DSM-u 5 i "rodna inkongruencija" u ICD-11) trebale biti namijenjene uključivanju ljudi s nebinarnim iskustvima roda, one možda neće adekvatno obuhvatiti punu raznolikost i opseg iskustava rodno uslovljenih tjeskoba, naročito za nebinarne ljude. Uz tjeskobe povezane s aspektima vlastita tijela i njegove prezentacije (uključujući karakteristike koje mogu postojati ili biti odsutne), tjeskoba može proizaći iz načina na koji neko doživljava vlastiti rod, kako se nečiji rod percipira u društvenim situacijama i iz iskustava manjinskog stresa povezanih s nečijim rodom (Winters i Ehrbar, 2010). Iskustva nebinarnih ljudi u svakom od ovih područja mogu, ali ne moraju biti slična onima transrodnih muškaraca ili žena.

Pristup afirmišućoj njezi usmjeren na osobu uključuje konkretan razgovor o tome kako različite intervencije mogu ili ne moraju promijeniti klijentovu lagodnost s vlastitim iskustvom roda i time kako drugi doživljavaju njegov rod. Nebinarni ljudi mogu se suočiti s izazovima u pomirenju svojih ličnih identiteta s ograničenjima dostupnih medicinskih tretmana, a takođe mogu naići na zbunjenost i netoleranciju društva prema svom rodnom predstavljanju (Taylor et al., 2019). Nova istraživanja ukazuju na to da su potrebe nebinarnih osoba za medicinskom podrškom posebno raznolike, pri čemu neke osobe izvještavaju o potrebama za tretmanima istorijski obično povezanim s tranzicionim putanjama transrodnih muškaraca i žena, dok postoje izvještaji i o alternativnim pristupima (npr. niskim dozama hormonske terapije, operacijama bez hormonske terapije), kao i nedostatku interesa za medicinske intervencije. Pojedine su osobe izjavile i da se osjećaju nesigurno oko svojih potreba (Burgwal i Motmans, 2021; James et al., 2016). Konceptualiziranje procjene kao trajnog procesa posebno je važno s obzirom na to da se rodna iskustva i povezane potrebe mogu mijenjati tokom životnog vijeka. S obzirom na stalni razvoj mogućnosti medicinske podrške i znanja o njenim učincima, posebno za nebinarne osobe, klijenti će imati koristi od pružaoca zdravstvenih usluga koji

redovno unapređuju svoje znanje i prenose stečene spoznaje svojim klijentima.

Preporuka 8.2

Preporučujemo zdravstvenim radnicima da razmotre medicinske intervencije (hormonsku terapiju ili operaciju) za nebinarne osobe u nedostatku "društvene rodne tranzicije".

Raniji zahtjevi za pristup hormonskoj terapiji i operaciji, kao što je "život u rodnoj ulozi koja je u skladu s nečijim rodnim identitetom", ne odražavaju proživljena iskustva mnogih TiRR osoba (Coleman et al., 2012). Zbog ukorijenjenosti rodne binarnosti u većini savremenih zapadnjačkih kultura, osoba se obično može doživjeti samo kao muškarca ili ženu u većini okruženja (Butler, 1993). Stoga su vidljivost i razumijevanje nebinarnih utjelovljenja i izražaja ograničeni, posebno što se rodne oznake gotovo uvijek shvataju u odnosu na rodnu binarnost (Butler, 1993). U datoj se situaciji rod nebinarnih ljudi može teško pouzdano prepoznati na osnovi vizualnih oznaka povezanih s njihovim rodnim izražavanjem (npr. odjeća, kosa). Međutim, androgenost ili rodna nenormativnost mogu se priopćiti miješanjem ili kombinovanjem kulturnih oznaka s tradicionalno muškim ili ženskim konotacijama. Budući da ne postoji opštepriznata "nebinarna kategorija" unutar većine savremenih zapadnjačkih kultura globalnog sjevera, nebinarna vidljivost često zahtijeva eksplicitno izricanje vlastita roda ili korišćenje znakova koji se mogu protumačiti kao rodna nenormativnost (ali ne nužno nebinarnost).

Iz tih razloga, uokvirivanje pristupa medicinskoj njezi kontekstom nekoga ko doživljava "društvenu rodnu tranziciju", gdje "živi u rodnoj ulozi koja je u skladu s ličnim rodnim identitetom", nije u skladu s načinom na koji mnoge TiRR osobe razumijevaju sebe i svoj lični proces tranzicije. Za neke, "živjeti u rodnoj ulozi koja je u skladu s ličnim rodnim identitetom" ne uključuje promjene imena, zamjenica ili rodnog izražavanja, čak i ako je medicinska intervencija potrebna. I u slučaju da osoba može živjeti na načine koji su u skladu s njenim rodnim identitetom, vanjskom promatraču to može biti teško procijeniti, a da ne sazna direktno od te osobe kako ona razumije vlastito iskustvo u tom pogledu. Očekivanje "društvene rodne

tranzicije" može biti beskorisno kada se razmatra podobnost za rodno-afirmišuća njega, kao što su hormoni i operacije, a kruta očekivanja o tome kako "društvena rodna tranzicija" "treba" izgledati mogu biti prepreka njezi za nebinarne ljude. Nije logičan zahtjev da se rodno-afirmišuće medicinske intervencije mogu pružiti samo kada osoba zakonski promijeni svoje ime, promijeni oznaku roda na ličnim dokumentima ili počne nositi određene odjevne predmete, odnosno suzdrži se od njihova nošenja. Nebinarni ljudi mogu imati problema s mogućnošću priznavanja roda u formalnoj dokumentaciji, što može negativno uticati na njihovo mentalno zdravlje ili dobrobit (Goetz i Arcomano, 2021). TiRR osobama može koristiti posebna podrška u pristupu svojoj preferiranoj rodnoj oznaci ili njenom zadržavanju. Zahtjev da neko mora komunicirati svoj rodni identitet u svim životnim krugovima (porodica, posao, škola, itd.) kako bi pristupio medicinskoj njezi možda nije u skladu s njegovim ciljevima i može ga izložiti opasnosti ako okolnosti nisu sigurne za to.

Preporuka 8.3

Preporučujemo zdravstvenim radnicima da razmotre rodno-afirmišuće hirurške intervencije u nedostatku hormonske terapije, osim ako je hormonska terapija potrebna za postizanje željenog hirurškog rezultata.

Kretanje "od hormona do operacije" opcija je u različitim hirurškim intervencijama. Neki nebinarni ljudi tražice rodno-afirmišuće hirurške zahvate kako bi ublažili rodnu nepodudarnost i povećali zadovoljstvo tijelom (Beek et al., 2015; Burgwal i Motmans, 2021; Jones et al., 2019; Koehler et al., 2018), ali ne žele hormonsku terapiju ili joj se ne mogu podvrgnuti zbog drugih medicinskih razloga (Nieder, Eyssel et al., 2020). Trenutno je nepoznato na koji se udio nebinarnih ljudi te opcije odnose.

Za nebinarne je AFAB osobe koje nisu uzimale testosteron jedan od specifičnih operativnih zahvata mastektomija. Mada je testosteron obično uključen uz mastektomiju kod transrodnih muškaraca, nije uslov za ovu vrstu operacije, kao što se da primjetiti u slučaju cisrodnih žena. Nekim će nebinarnim AFAB osobama, umjesto

mastektomije, možda biti potrebno smanjenje grudi (McTernan et al., 2020). Metoidioplastika je primjer operacije za koju može biti potrebno barem jedno razdoblje hormonske terapije, a kojom se podstiče povećavanje klitorisa, nastala testosteronskom terapijom. Pogledajte trinaesto poglavlje – Hirurgiju i postoperativnu njegu za više detalja o tome je li hormonska terapija potrebna za pojedine operacije. Postupci koji se odnose na unutrašnji reproduktivni sistem uključuju histerektomiju, jednostranu ili bilateralnu salpingo-ooforektomiju i vaginektomiju. Hormonska terapija nije potrebna ni za jedan od ovih postupaka, ali hormonska nadomjesna terapija (bilo estrogenima, testosteronom ili obama) preporučljiva je kod osoba koje su podvrgnute potpunoj gonadektomiji kako bi se spriječili štetni učinci na njihov kardiovaskularni i mišićno-koštani sustav (Hembree et al., 2017; Seal, 2017). Iako nema hirurških uslova *per se* za minimalno razdoblje uzimanja testosterona, kod faloplastike virilizacija (ili odsutnost virilizacije) klitorisa i malih usana može uticati na izbor hirurške tehnike i ograničiti hirurške mogućnosti. Za više informacija pogledajte trinaesto poglavlje– Hirurgiju i postoperativnu njegu.

Nebinarni AMAB klijenti trebaju biti obaviješteni da započinjanje terapije estrogenom nakon hirurškog zahvata bez prethodne istorije korišćenja estrogenske terapije može uticati (možda nepovoljno) na hirurški rezultat (Kanhai, Hage, Asscheman et al., 1999; Kanhai, Hage, Karim et al., 1999). Nebinarnim AMAB ljudima koji zahtijevaju bilateralnu orhidektomiju ne treba terapija estrogenom za postizanje boljeg ishoda (Hembree et al., 2017). U tim kontekstima, dobra je praksa informisati klijente o rizicima i koristima nadomjesne hormonske terapije (estrogen, testosteron ili oboje) u sprječavanju štetnih učinaka na kardiovaskularni i mišićno-koštani sistem, kao i o alternativnim tretmanima, kao što je uzimanje dodatka kalcijuma s vitaminom D za prevenciju osteoporoze (Hembree et al., 2017; Seal, 2017; Weaver et al., 2016). V. takođe deveto poglavlje – Evnuhe za one koji ne žele nadomjesnu hormonsku terapiju. Kod vaginoplastike pojedince treba upozoriti da nedostatak terapije za blokiranje testosterona može uzrokovati postoperativni rast dlaka u vagini kada

se koriste kožni transplantati i reznjevi na kojima je rasla dlaka (Giltay i Gooren, 2000).

Dodatni hirurški zahtjevi za nebinarne AMAB osobe uključuju vaginoplastiku s očuvanjem penisa, vaginoplastiku s očuvanjem jednog ili oba testisa i postupke koji rezultiraju odsutnošću spoljašnjih primarnih polnih obilježja (tj. penektomiju, skrotektomiju, orhiektomiju itd.). Hirurgu i pojedincu kojem je potrebna medicinska podrška savjetuje se da razgovaraju kako bi razumjeli ciljeve i očekivanja pojedinca, kao i prednosti i ograničenja planiranog (ili traženog) postupka te kako bi se donijele odluke na individualizovanoj osnovi, uz saradnju s drugim potencijalno uključenim pružaocima zdravstvenih usluga.

Preporuka 8.4

Preporučujemo da zdravstveni radnici pruže informacije nebinarnim osobama o učincima hormonskih terapija/hirurških zahvata na buduću plodnost i razgovaraju o opcijama za očuvanje plodnosti prije početka uzimanja hormona ili podvrgavanja operaciji.

Svim nebinarnim osobama koje traže rodno-afirmišuće hormonske terapije treba ponuditi informacije i smjernice o opcijama vezanim za plodnost (Hembree et al., 2017; De Roo et al., 2016; Defreyne, Elaut et al., 2020; Defreyne, van Schuvelnbergh et al., 2020; Nahata et al., 2017; Quinn et al., 2021). Važno je razgovarati o mogućem uticaju hormonske terapije na plodnost prije uvođenja hormona. Ova bi rasprava trebala uključivati opcije očuvanja plodnosti, obim do kojeg se plodnost može ili ne mora vratiti ako se prekine hormonska terapija i činjenicu da hormonska terapija sama po sebi nije kontracepcija. Za više informacija pogledajte šesnaesto poglavlje – Reproductivno zdravlje.

Nedavne studije pokazuju da je manje vjerovatno da će nebinarni pojedinci pristupiti njezi i priopćiti svoje potrebe za potencijalnim intervencijama (Beek et al., 2015; Taylor et al., 2019). Stoga je logično da bi svakoj rodno raznolikoj osobi trebalo ponuditi informacije o aktualnim opcijama i tehnikama za očuvanje plodnosti, idealno prije uvođenja hormonske terapije s obzirom na to da izloženost hormonima može uticati na kvalitet sperme ili jajnih ćelija (Hamada et al., 2015; Payer

et al., 1979). Međutim, to ni na koji način ne bi trebalo spriječiti propitivanje i traženje više informacija kasnije jer postoje dokazi da je plodnost još uvijek moguća za pojedince koji uzimaju estrogen i testosteron (Light et al., 2014). Odluka nebinarne

ili rodno raznolike osobe da očuva plodnosti ili savjetovanje na tu temu nije potrebno ne bi se smjelo koristiti kao osnova za uskraćivanje ili odlaganje pristupa hormonskoj terapiji.

POGLAVLJE 9 Evnusi

Oni koji se identifikuju kao evnusi čine jednu od najmanje vidljivih populacija koje bi mogle imati koristi od rodno-afirmišuće medicinske njezi. SNj-8 uključuje raspravu o evnusima zbog njihovog jedinstvenog izražavanja i njihove potrebe za medicinski neophodnom rodno-afirmiršućom njegom (v. drugo poglavlje - Globalnu primjenjivost, preporuku 2.1).

Evnusi su osobe kojima je pri rođenju pripisan muški pol (engl. *assigned male at birth*, AMAB), a koje žele ukloniti fizičke karakteristike muškarca, muške genitalije ili mogućnost njihovog funkcionisanja. Takođe, ovo vrijedi za osobe čiji su testisi hirurški uklonjeni ili čija je funkcija onemogućena pomoću hemijskih ili fizičkih sredstava i koji se identifikuju kao evnusi. Ova definicija, na temelju identiteta onih koji prihvataju izraz "evnuh", ne uključuje osobe poput muškaraca koji su liječeni zbog uznapredovalog karcinoma prostate i koji ne prihvataju taj izraz. Ovdje se, u okviru krovnog termina "rodne raznolikosti", fokusiramo na osobe koje se identifikuju kao evnusi.

Kao i druge rodno raznolike osobe, evnusi takođe mogu zatražiti kastraciju da bi uskladili svoja tijela sa svojim rodnim identitetom. S obzirom na to, evnusi su rodno nenormativne osobe kojima je potrebna medicinski neophodna rodno-afirmišuća njega (Brett et al., 2007; Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008).

Evnusi potvrđuju svoj rodni identitet na različite načine. Mnogi doživljavaju svoj status evnuha kao zaseban rodni identitet bez ikakve druge rodne ili transrodne pripadnosti. Fokus ovog poglavlja je na zaštiti i njezi osoba koje se identifikuju kao evnusi. Zdravstveni će se radnici susresti s osobama koje traže hormonske intervencije, kastraciju ili oboje da bi postali evnusi. Ove osobe zbog identifikacije takođe mogu imati koristi od zajednice evnuha – sa stvarnom kastracijom ili bez nje.

Iako su evnusi dio društva već 4.000 godina, najviše informacija o savremenim evnusima mogu se pronaći unutar velike *online* zajednice za uzajamnu podršku koja se okuplja na internetskim stranicama, kao što je *Eunuch Archive* (www.eunuch.org), osnovana 1998. godine. Moderatorori ove stranice

pokušavaju da održe medicinsku i historijsku tačnost na svojim forumima, iako oni sigurno sadrže i dezinformacije. Prema spomenutoj internetskoj stranici, od januara 2022. godine bilo je više od 130.000 registrovanih članova iz različitih dijelova svijeta, pri čemu više od 90% onih koji čitaju stranicu su „gosti“, a ne članovi. Ova stranica sadrži preko 23.000 tema i gotovo 220.000 objava. Na primjer, dvije forumske teme u kojima se daju uputstva za samokastraciju ubrizgavanjem različitih toksina direktno u testise imaju oko 2.500 objava po temi, a svaka je posjećena više od milion puta. Od 2001. godine zajednica *Eunuch Archive* održala je dvadeset godišnjih međunarodnih skupova u Minneapolisu, uz brojne regionalne skupove drugdje. Iako je većina osoba uključenih u rasprave zainteresirana za temu kastracije, mali je broj onih koji kastraciju doista žele ili koji su joj već bili podvrgnuti. Mnogi bivši članovi zajednice *Eunuch Archive* postigli su svoje ciljeve i više nisu aktivni.

Zbog pogrešnih shvaćanja i predrasuda o evnusima kroz historija, nevidljivosti savremenih evnuha i društvene stigme koja utiče na sve rodne i seksualne manjine, mali broj njih javno ističe da su evnusi, a mnogi taje svoj identitet. Podijelit će ga samo s istomišljenicima u *online* zajednici ili samo s užom porodice i prijateljima (Wassersug i Lieberman, 2010). Stereotipi o evnusima nerijetko su izrazito negativni (Lieberman 2018), iako mogu doživjeti isti manjinski stres kao i druge stigmatizovane grupe (Wassersug i Lieberman, 2010). Zbog toga, istraživanja o manjinskom stresu koji utiče na rodno raznolike osobe treba obuhvatiti i evnuhe.

Izneseni skup preporuka namijenjen je stručnjacima koji rade s osobama koje se identifikuju kao evnusi (Johnson i Wassersug, 2016; Vale et al., 2010), a koje zahtijevaju neophodne rodno-afirmišuće medicinske i/ili hirurške tretmane (engl. *gender-affirming medical and/or surgical treatments*, GAMST). Iako pojam "evnuh" nije posebna dijagnostička kategorija u ICD-u ili DSM-u, radi se korisnom konceptu koji govori o specifičnim iskustvima evnuha povezujući ih istovremeno s iskustvima rodne nepodudarnosti u širem smislu. Evnusi će se klinički predstavljati na različite načine. Radi se o osobama koje žele uskladiti tijelo

Lista preporuka:

- 9.1** - Preporučujemo da zdravstveni radnici i drugi korisnici smjernica iz SNj-e 8 primjenjuju preporuke na načine koji zadovoljavaju potrebe eunuha.
- 9.2** - Preporučujemo da zdravstveni radnici razmotre medicinsku ili hiruršku intervenciju za evnuhe, ili obje, kada postoji veliki rizik da će uskraćivanje medicinske podrške uzrokovati štetu pojedincima, odnosno da bi mogli sami krenuti obavljati operativni zahvat, podvrgnuti se operaciji kod nekvalifikovanih hirurga ili bez nadzora uzimati lijekove s uticajem na hormone.
- 9.3** - Preporučujemo da zdravstveni radnici koji rade procjenu za omogućavanje potrebne njezi evnusima budu kompetentni za takvu procjenu.
- 9.4** - Predlažemo da zdravstveni radnici u svoju njegu za evnuhe uključe i seksualno obrazovanje i savjetovanje.

sa svojim identitetom eunuha – tijelo koje nema potpuno funkcionalne muške genitalije. Neki evnusi osjećaju akutnu nelagodnost zbog maskulino kodiranih genitalija i moraju ih ukloniti da bi se osjećali ugodno u svome tijelu (Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008). Drugi su ravnodušni prema činjenici da imaju maskulino kodirane spoljašnje genitalije sve dok su one samo fizički prisutne i nemaju funkciju proizvodnje androgena i maskulino kodiranih sekundarnih polnih karakteristika (Brett et al., 2007). Hormonska sredstva mogu se koristiti za suzbijanje proizvodnje androgena, iako orhiektomija predstavlja trajno rješenje za one koji ne žele imati genitalne funkcije (Wibowo et al., 2016). Neki evnusi žele niže nivoa testosterona koje se postižu orhiektomijom, dok će mnogi izabrati neki oblik hormonske zamjene da bi spriječili štetne posljedice povezane s hipogonadizmom. Većina osoba koje se odluči za hormonsku terapiju bira potpunu ili djelimičnu zamjensku dozu testosterona. Manji broj bira estrogen.

Sve se preporuke u ovom poglavlju daju na temelju detaljnog pregleda dokaza, procjene koristi i štete, vrijednosti i želja pružaocauluga i pacijenata te korišćenja resursa i izvodljivosti. U nekim slučajevima dokazi su ograničeni, a usluge možda nisu dostupne ili poželjne.

Preporuka 9.1

Preporučujemo da zdravstveni radnici i drugi korisnici smjernica iz SNj-8 primjenjuju preporuke sukladno potrebama eunuha.

Evnusi su dio populacije rodno raznolikih osoba koji doživljavaju rodnu nepodudarnost i koji takođe mogu tražiti rodno-afirmišuću njegu. Poput drugih transrodnih i rodno raznolikih (TiRR) osoba, i evnusima je potreban pristup afirmišućoj njezi da bi bili zadovoljni s vlastitim rodnom. Svaki

dio SNj-e bavi se potrebama rodno raznolikih pojedina, a evnusi se mogu uključiti u tu grupu. Oni mogu imati sličnosti s pojedinim nebinarnim osobama u tome što društvena tranzicija možda nije željena opcija, a hormonska terapija u društvenoj tranziciji ili tranziciji unutar binarnosti možda neće imati jednaku ulogu kao što bi je mogla imati (Wassersug i Lieberman, 2010).

Kao i druge rodno raznolike osobe, evnusi mogu biti svjesni svog identiteta u djetinjstvu ili adolescenciji. Zbog nedostatka istraživanja o postupanju s djecom koja bi se mogla identifikovati kao evnusi, suzdržavamo se od davanja konkretnih prijedloga.

Evnusi mogu potražiti medicinsku ili hiruršku njegu (suzbijanje hormona, orhiektomiju i, u nekim slučajevima, penektomiju) da bi postigli željene fizičke, psihološke ili seksualne promjene (Wassersug i Johnson, 2007). Važno je da svi pacijenti, uključujući i evnuhe i one koji žele kastraciju, uspostave i održavaju odnos sa zdravstvenim radnicima koji je izgrađen na povjerenju i međusobnom razumijevanju. S obzirom na nedostatak svijesti o evnusima unutar opšte medicinske zajednice i strah od neprihvatanja onih koji žele kastraciju, mnogi od njih ne dobijaju odgovarajuću primarnu njegu i testove probira (Jäggi et al., 2018). Povećana svijest i obrazovanje pružaoca zdravstvenih usluga doprinijeće informisanosti o potrebi uključivanja eunuha u rasprave o rodnoj raznolikosti (Deutsch, 2016a). Podrazumijeva se da evnusi zahtijevaju i zaslužuju iste usluge primarne njege kao i opšta populacija. Tema testova probira za maligna oboljenja, kao što su karcinomi prostate i dojke, važna je za raspravu jer su rizici od karcinoma povezanih s hormonima različiti među osobama kojima je pripisan muški pol, a čije nivoa testosterona i estrogena nisu u granicama očekivanog opsega za muškarce. Zbog nedostatka

istraživanja koja se bave prevalencijom i incidencijom karcinoma povezanih s hormonima u populaciji eunuha, nema dokaza koji bi pomogli odrediti koliko često treba raditi probir pregledom prostate, mjerenjem PSA-a, mamografijom itd.

Obimna literatura o pacijentima s karcinomom prostate, a koji su medicinski ili hirurški kastrirani, pruža informacije o pojedinim učincima postpubertetske kastracije (kao što su potencijalna osteoporoza, depresija ili metabolički sindrom), no evnusi koji su se dobrovoljno podvrgnuli kastraciji mogu imati vrlo drugačije tumačenje od osoba kastriranih iz medicinskih razloga. Cisrodni muškarci s karcinomom prostate mogu doživjeti hemijsku ili hiruršku kastraciju kao izvor nelagode, dok isti tretman može biti afirmišući i poželjan za evnuhe. Slično tome, transrodni muškarci koji su se podvrgnuli mastektomiji da bi bili zadovoljni svojim tijelom doživljavaju tu operaciju drugačije od cisrodnih žena koje se podvrgavaju mastektomiji kako bi izliječile karcinom dojke (Kočan i Gürsoy, 2016; van de Grift et al., 2016). Informacije o karcinomu prostate dobro su saželi Wassersug et al. (2021) referišući na obimnu literaturu o ovoj temi. Takve informacije o posljedicama kastracije trebaju biti dostupne onima koji je žele.

Nakon procjene temeljem SNj-8, mogu se razmotriti i propisati medicinske opcije koje pacijent zahtijeva, kada je to moguće. Ove opcije se mogu prilagoditi pojedincu da bi se izradio plan koji odražava njegove specifične potrebe i želje. Broj i vrsta primijenjenih intervencija te redoslijed po kojem se one odvijaju mogu se razlikovati od osobe do osobe. Ove su opcije u skladu s poglavljima o procjeni i hirurškim zahvatima u SNj-8. Opcije zahvata za evnuhe koje treba razmotriti uključuju:

- suzbijanje hormona za istraživanje posljedica nedostatka androgena za evnuhe koji žele postati aseksualni, neseksualni ili androgeni;
- orhiektomiju za zaustavljanje proizvodnje testosterona u testisima;
- orhiektomiju, sa penektomijom ili bez nje, da bi se tijelo prilagodilo predodžbama koje osoba ima o sebi;

- orhiektomiju praćenu hormonskom zamjenom testosteronom ili estrogenom.

Prema preporuci 5.6 u petom poglavlju – Procjeni odraslih, za evnuhe koji se žele podvrgnuti gonadektomiji, smatra se da je potrebno najmanje šest mjeseci hormonske terapije za postizanje rod-nih ciljeva TiRR osobe prije nego što se ona podvrgne nepovratnoj hirurškoj intervenciji (osim ako hormoni nisu klinički indikovani za pojedinca).

Preporuka 9.2

Preporučujemo da zdravstveni radnici razmotre medicinsku ili hiruršku intervenciju za evnuhe, ili obje, kada postoji veliki rizik da će uskraćivanje medicinske podrške uzrokovati štetu pojedincima, odnosno da bi mogli sami krenuti obavljati operativni zahvat, podvrgnuti se operaciji kod nekvalifikovanih hirurga ili bez nadzora uzimati lijekove s uticajem na hormone.

Jednaki postupak procjene preporučen u SNj-8 treba se primjenjivati i za evnuhe (v. peto poglavlje – Procjenu odraslih). Internetska stranica *Eunuch Archive* sadrži više objava osoba koje su nailazile na velike poteškoće u pronalasku pružao medicinskih usluga voljnih izvršiti kastraciju. Postoji velik broj eunuha koji su izvršili samohirurški zahvat ili su zahvat prepustili ljudima koji nisu ovlašteni pružaoци medicinskih usluga (Johnson i Irwig, 2014). Postoje i klinički izvještaji o evnusi-ma koji su se sami kastrirali, kao i izvještaji o pacijentima koji su doveli pružaoce medicinskih usluga u zabludu da bi im se odobrila kastracija (Hermann i Thorstenson, 2015; Mukhopadhyay i Chowdhury, 2009). Nema sumnje da bi se pripadnici ove populacije, kada im se uskrati pristup kvalitetnoj medicinskoj podršci, mogli okrenuti radnjama sa značajnim posljedicama, poput krvarenja i infekcija koje mogu zahtijevati bolnički prijem (Hay, 2021; Jackowich et al., 2014; Johnson i Irwig, 2014). Zbog ovih ozbiljnih problema i štete uzrokovane samoinicijativnim hirurškim zahvatima, zahvatima koje izvode nekvalifikovane osobe ili nekontrolisanom upotrebom lijekova koji utiču na hormone, važno je da pružaoци zdravstvenih usluga stvore ugodno okruženje i razmotre različite mogućnosti adresiranja potreba eunuha nakon pažljive procjene, a sve s ciljem izbjegavanja

problema uzrokovanih otežanim pristupom medicinskoj podršci i uskraćivanjem te podrške.

Kastracija se može postići hemijskim ili hirurškim putem. Za neke osobe hemijska kastracija omogućava probu prije podvrgavanja hirurškoj kastraciji da bi se utvrdilo kako se osoba osjeća kada je hipogonadalna (Vale et al., 2010). Hemijska kastracija obično je reverzibilna ako se prestanu uzimati lijekovi (Wassersug et al., 2021). Najčešće vrste lijekova koji se koriste za snižavanje nivoa testosterona su antiandrogeni i estrogen.

Dva najčešće korišćena antiandrogena, ciproteron acetat i spironolakton, namijenjeni su za oralnu upotrebu. Estrogen se ponekad propisuje pacijentima s karcinomom prostate za snižavanje nivoa testosterona u serumu putem negativne povratne sprege u hipotalamusu i hipofizi. Estrogeni i antiandrogeni možda neće u potpunosti sniziti nivo testosterona do granica ženskog ili kastratnog raspona, a estrogeni koji se uzimaju oralnim putem povećavaju rizik od venske tromboembolije. Iako se zbog cijene ne koriste često, agonisti gonadotropin-oslobađajućeg hormona (GnRH) izrazito su djelotvorna metoda za suzbijanje proizvodnje polnih steroida i plodnosti (Hembree et al., 2017). Prilikom odabira lijekova, savjetujemo korišćenje onih koji su proučavani u višestrukim transrodnim populacijama (tj. estrogen, ciproteron acetat, agonisti GnRH) umjesto lijekova o kojima ima nedovoljno ili pak nema stručno recenziranih naučnih istraživanja (na primjer bikalutamid, progesteron koji se primjenjuje rektalno i sl.) (Angus et al., 2021; Butler et al., 2017; Efstathiou et al., 2019; Tosun et al., 2019).

Mnogi evnusi se odlučuju za hormonsku zamjensku terapiju nakon kastracije jer ne žele potpuno suzbijanje nivoa hormona i posljedične probleme, poput povećanog rizika od osteoporoze. Dvije glavne opcije za zamjenu polnih steroida su testosteron i estrogen koji se mogu koristiti u potpunim ili djelimičnim zamjenskim dozama. Većina bira testosteron jer se izjašnjavaju kao muškarci i nisu zainteresovani za feminizaciju. Manji dio pak bira dovoljno visoke doze estrogena da spriječe osteoporozu, ali i dovoljno niske da izbjegnu feminizaciju. Oni se mogu identifikovati kao nebini, bezrodni ili drugo (Johnson et al., 2007; Johnson i Wassersug, 2016).

Iako nema studija o hormonskoj zamjenskoj terapiji kod evnuha, nalazi cisrodnih muškaraca liječenih od karcinoma prostate mogu biti informativni u pogledu učinaka hormonske terapije. U nasumičnom kontrolisanom ispitivanju na uzorku od 1 694 cisrodna muškarca liječenih od lokalno uznapredovalog ili metastatskog karcinoma prostate, jedna grupa je primila agonist GnRH, a druga transdermalni estrogen (Langley et al., 2021). Cisrodni muškarci koji su primili agonist GnRH razvili su znakove i simptome manjka androgena i estrogena, dok su muškarci koji su dobili estrogenski flaster razvili samo simptome smanjenja androgena. Obje grupe su imale visoku stopu seksualnih nuspojava (91%), a stopa rasta tjelesne težine bila je gotovo jednaka u obje grupe. U poređenju sa cisrodnim muškarcima koji su primili agonist GnRH, cisrodni muškarci koji su koristili estrogenske flastere, prema vlastitim procjenama, imali su veći kvalitet života, niže stope navale vrućine (35% naspram 86%) i veće stope ginekomastije (86% naspram 38%). Metabolički, cisrodni muškarci koji su dobili estrogenske flastere doživjeli su pozitivne promjene u pogledu niže srednje vrijednosti glukoze na prazan želudac, ukupnog holesterola natašte, kao i sistoličkog i dijastoličkog krvnog pritiska. Nasuprot tome, cisrodni muškarci koji su primili agonist GnRH imali su suprotne rezultate. Na temelju ove studije, evnusi mogu razmotriti manju dozu transdermalne terapije estrogenom da bi izbjegli štetne učinke smanjenja estrogena, pri čemu ti učinci uključuju navale vrućine, umor, metaboličke faktore i gubitak mineralne gustine kostiju (Hembree et al., 2017; Langley et al., 2021). Za dodatne informacije, v. dvanaesto poglavlje - Hormonsku terapiju.

Preporuka 9.3

Preporučujemo da zdravstveni radnici koji rade procjenu za omogućavanje potrebne njege evnusima budu kompetentni za takvu procjenu.

Česta tema na forumu stranice *Eunuch Archive* su poteškoće u pronalaženju doktora koji mogu razumjeti njihove potrebe. Evnusi i oni koji traže kastraciju obično su manje vidljivi od drugih rodnih manjina (Wassersug i Lieberman, 2010). Zbog stigme i straha da će ih medicinska zajednica

odbiti, često ne otkrivaju dobrovoljno svoj identitet i želje pružaoциma medicinskih usluga ili pružaoциma usluga mentalnog zdravlja. U nekim sredinama, pružaoци medicinskih usluga možda nisu svjesni da evnusi postoje, a moguće je da ni ne znaju da su pružali podršku toj grupi pacijenata.

Poglavlje SNj-e o procjeni primjenjuje se i na evnuhe. Kao i druge rodno raznolike osobe, oni koji traže kastraciju mogu se uključiti u proces informisanog pristanka u kojem kvalifikovani pružaoци usluga rade procjene kako bi osigurali da su pojedinci sposobni dati informisani pristanak prije medicinskih intervencija i da problem mentalnog zdravlja nije etiologija želje. Kao i s drugim seksualnim i rodnim manjinama, rad s evnusima zahtijeva shvatanje da se radi o heterogenoj populaciji (Johnson et al., 2007). Osobi koja traži usluge pomažu uvažavanje zdravstvenih radnika, otvorenost razgovora, izostanak osude i fleksibilna očekivanja, uz profesionalnu kompetenciju i stručnost zdravstvenih radnika.

Da bi mogli osigurati odgovarajući tretman, pružaoци usluga moraju uspostaviti povjerenje i poštovanje stvaranjem inkluzivnog okruženja za osobe koje se identifikuju kao evnusi. Idealni prijemni obrazac trebao bi sadržavati polja za pripisani pol i rod s kojim se osobe identifikuju, uključujući "eunuh" i "drugo". Pojedinci se mogu poistovjetiti s više opcija i trebaju moći odabrati više od jedne.

Zdravstveni radnici mogu učestvovati u procjeni, psihoterapiji (po želji), pripremi i kontrolnim pregledima za rodno-afirmišuće medicinske i hirurške intervencije. Takođe, mogu pružati podršku partnerima i porodicama. Osobama koje se identifikuju kao evnusi i koje žele pomoć kvalifikovanog pružaoца usluga mentalnog zdravlja koristit će podrška terapeuta koji je iskusan i koji ispunjava kriterijume navedene u četvrtom poglavlju – Obrazovanju.

Dok neke osobe koje traže kastraciju ili razmišljaju o njoj dolaze na savjetovanje ili terapiju jer žele emocionalnu podršku ili pomoć pri donošenju odluka, druge osobe kod pružaoца medicinskih usluga dolaze na procjenu u svrhu pripreme za

specifične medicinske intervencije (Vale et al., 2010).

Preporuka 9.4

Predlažemo da zdravstveni radnici u svoju njegu o evnusima uključe i seksualno obrazovanje i savjetovanje.

Nekoliko je istraživanja doprinijelo našim saznanjima o osobama koje se identifikuju kao savremeni evnusi, a te su studije razmatrale i demografske karakteristike i seksualnost (Handy et al., 2015; Vale et al., 2013; Wibowo et al., 2012, 2016). Zdravstveni stručnjaci, među njima i stručnjaci za mentalno zdravlje, treba da pretpostave seksualnost eunuha, njihovu sposobnost za seksualnu aktivnost, užitak i odnose, osim ako se oni sami ne kažu drugačije (Wibowo et al., 2021). Istraživanja su pokazala da među njima postoje velike razlike u pogledu intenziteta želje, vrste željenog fizičkog ili seksualnog kontakta i prirode željenih odnosa (Brett et al., 2007; Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008). Dok neki uživaju u aktivnom seksualnom životu s romantičnom povezanošću ili bez nje, drugi se identifikuju kao aseksualni ili aromantični te osjećaju olakšanje zbog gubitka libida, postignutog hirurškom ili hemijskom kastracijom (Brett et al., 2007). Svaka osoba je drugačija, a nečiji genitalni status ne određuje seksualnu ili romantičnu privlačnost (Walton et al., 2016; Yule et al., 2015).

Bez obzira na vrstu hemijskog potiskivanja ili operacije kojoj je osoba bila podvrgnuta, ona i dalje može doživjeti seksualni užitak i biti seksualno aktivna. Suprotno ustaljenom mišljenju, evnusi nisu nužno aseksualni ili neseksualni (Aucoin i Wassersug, 2006). Edukacija o sigurnom seksu neophodna je za sve seksualno aktivne osobe. Za informacije o seksualnom obrazovanju i mogućnostima sigurnog seksa za osobe različitih rodova i seksualnosti v. sedamnaesto poglavlje – Seksualno zdravlje. Osim toga, treba razgovarati o očuvanju plodnosti kada se razmatraju medicinske intervencije koje bi mogle uticati na mogućnost budućeg roditeljstva. Za više detalja, v. šesnaesto poglavlje – Reproaktivno zdravlje.

POGLAVLJE 10 Interpolnost

U sedmu verziju Standarda njege (SNj) uvršteno je poglavlje o primjenjivosti Standarda na osobe s fizičkim interpolnim stanjima koje postaju rodno disforične i/ili mijenjaju rod s obzirom na to da se razlikuju od transrodnih osoba bez interpolnih stanja po fenomenološkim znakovima, životnim putanjama, učestalosti, etiologiji i riziku od stigme. Ovo poglavlje donosi ažurirane podatke i preporuke o medicinski nužnom kliničkom pristupu osobama s interpolnim stanjima uopšteno (v. preporuku 2.1. o medicinskoj neophodnosti u drugom poglavlju – Globalnoj primjenjivosti). Novorođenče s atipičnom polnom diferencijacijom može se odmah suočiti s kliničkim izazovima, što uključuje potrebu za porodičnom edukacijom i podrškom od rane starosti, a donošenje odluke o pripisivanju roda i naknadna klinička obrada roda u nekim elementima – naročito kada je riječ o operaciji genitalija – mogu biti kontroverzni te upućuju na kasniji rizik od razvoja rodne disforije i promjene roda koji je u izrazitom porastu (Sandberg i Gardner, 2022).

Terminologija

Pojam “interpolnost” (lat., doslovan prijevod “između polova”) temelji se na binarnom shvatanju pola koji je u osnovi reprodukcije sisara (što uključuje i ljude). Taj se pojam u medicini kolokvijalno koristi za osobe s izrazito atipičnim, kongenitalnim varijacijama u reproduktivnom traktu. Neke varijacije, koje se često nazivaju “genitalna neodređenost”, onemogućavaju jednostavno prepoznavanje somatskog pola kao muškog ili ženskog, što u nekim društvima, na primjer onima koja su bogata resursima, može nalagati sveobuhvatnu fizičku, endokrinološku i genetsku analizu prije nego što se pol/rod nekome “pripíše”. Posljednjih je godina “interpolnost” postala identitetska oznaka koju su usvojile neke osobe s interpolnim stanjima i podskup (neinterpolnih) osoba s nebinarnim rodnim identitetom (Tamar-Mattis et al., 2018).

Godine 2005. na Međunarodnoj konsenzusnoj konferenciji o postupanju s interpolnim osobama, interpolna su stanja obuhvaćena novim, standard-

nim medicinskim pojmom “poremećaji polnog razvoja” (engl. *Disorders of Sex Development*, kratica DSD), koji se definišu kao “kongenitalna stanja u kojima je razvoj kromosomskog, gonadnog ili anatomskog pola netipičan” (Hughes et al., 2006). Ta definicija obuhvata mnogo širi spektar stanja od onih koja se tradicionalno svrstavaju u interpolnost, a uključuju Turnerov sindrom i Klinefelterov sindrom, čije su prevalencije mnogo veće. Povrh toga, mnogi s tim stanjem neskloni su da ga nazivaju “poremećajem” i smatraju to inherentno stigmatizujućim (Carpenter, 2018; Griffiths, 2018; Johnson et al., 2017; Lin-Su et al., 2015; Lundberg et al., 2018 ; Tiryaki et al., 2018). Stavovi zdravstvenih radnika o prihvatanju tog pojma takođe se razlikuju (Miller et al., 2018). Uobičajeno alternativno tumačenje, koje govori o “različitostima u polnom razvoju” (engl. *Differences in Sex Development*) može se smatrati manje patološkim, ali je značenski neadekvatno s obzirom na to da taj pojam ne razlikuje tipične genitalne razlike između muškaraca i žena od atipične polne diferencijacije. Drugi nedavni pokušaji da se uvedu manje očigledni stigmatizujući termini kao što su “stanja koji utiču na reproduktivni razvoj” (CARD; Delimata et al., 2018) ili “varijacije u polnim karakteristikama” (VSC; Crocetti et al., 2021) takođe se ne odnose konkretno na interpolnost.

S obzirom na spomenute probleme u terminološkom određivanju, u ovom ćemo poglavlju termin “interpolnost” koristiti isključivo za kongenitalne fizičke karakteristike. Ta je odluka istovremeno donesena zbog tačnosti opisa i historijskog kontinuiteta i nije odraz namjere autora ovih Standarda da zauzmu stranu u aktualnoj raspravi o konceptu pola/roda kao bipolarnom sistemu ili kontinuumu koji može varirati s obzirom na kontekst i upotrebu (Meyer-Bahlburg, 2019). Koncepti pola i roda u 21. su stoljeću u procesu razvoja.

Učestalost

Učestalost interpolnih stanja zavisi od definicije koja se koristi. Očigledna genitalna atipičnost (“neodređene genitalije”) javlja se kod približno 1:2000 do 1:4500 ljudi (Hughes et al., 2007). Prema najobuhvatnijim definicijama poremećaja polnog razvoja njihova je prevalencija do 1,7% (Blackless

et al., 2000). Iako su ti podaci u zbiru visoki, individualna stanja povezana s interpolnim varijacijama obično su mnogo rjeđa. Na primjer, sindrom neosjetljivosti na androgene (engl. *androgen insensitivity syndrome*, AIS) javlja se kod otprilike 1 na 100.000 rođenih s kari-otipom 46,XY (Mendoza i Motos, 2013), a tipična kongenitalna adrenalna hiperplazija kod otprilike 1 na 15.000 rođenih s kariotipom 46,XY (Therrell, 2001). Učestalost pojedinačnih sindroma može se drastično razlikovati između zemalja i etničkih grupa.

Znakovi

Kod osoba s interpolnim karakteristikama znakovi uveliko variraju. Interpolnost se može prepoznati prenatalnim ultrazvukom, iako će za većinu osoba to biti utvrđeno pregledom genitalija pri rođenju. U društvima koja su bogata resursima takva će djeca u prvim sedmicama života biti podvrgnuta opsežnim dijagnostičkim pretragama. Uzmemo li u obzir specifičnu dijagnozu, fizičke i hormonske nalaze, kao i podatke starostivene dugoročnim longitudinalnim istraživanjima o rodnom ishodu, zajednička odluka tima zdravstvenih radnika i roditelja uopšteno dovodi do toga da se novorođenčetu pripiše muški ili ženski pol/rod. Neke osobe s interpolnim karakteristikama privlače pažnju stručnjaka tek u pubertetu, na primjer kada se adolescentima koji su odgajani u ženskom rodu utvrdi primarna amenoreja.

Zdravstveni radnici koji pomažu interpolnim i rodno nesigurnim osobama moraju biti svjesni da se medicinski kontekst u kojem su takve osobe odrasle obično uveliko razlikuje od konteksta u kojem su odrasle neinterpolne, transrodne i rodno raznolike (TiRR) osobe. Mnogo je različitih sindroma interpolnosti, a svaki se može razlikovati s obzirom na intenzitet. Stoga se pristupi hormonskim i hirurškim terapijama u skladu s time razlikuju.

Neke fizičke karakteristike interpolnosti mogu zahtijevati hitnu ranu intervenciju, kao u slučajevima opstrukcije urinarnog trakta ili adrenalne krize kod osoba s kongenitalnom adrenalnom hiperplazijom. Većina fizičkih varijacija kod interpolnih osoba ne narušava funkciju, barem u ranoj starosti, niti ugrožavaju osobu. Ipak, psihosocijal-

na stigma povezana s atipičnim izgledom genitalija često dovodi do rane operacije genitalija (koja se obično naziva "korektivnom operacijom" ili "normalizacijom") mnogo prije nego što osoba dosegne starost u kojoj može dati pristanak. Taj je pristup vrlo kontroverzan jer je u sukobu s etičkim principima koji podržavaju autonomiju osobe (Carpenter, 2021; Kon, 2015; National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979). Povrh toga, kada je riječ o karakteristikama koje ne utiču direktno na sigurnost, neke se osobe u starijem dobu mogu odlučiti za niz medicinskih intervencija kako bi poboljšale funkciju i izgled. Pojednostosti o medicinskim terapijama uveliko nadilaze dosege ovoga poglavlja, pa zainteresovani čitaoci treba da posegnu za odgovarajućom literaturom iz područja endokrinologije i hirurgije.

Neka su interpolna stanja u dugoročnom ishodu rodno identiteta varijabilnija od drugih (Dessens et al., 2005). Na primjer, učestalost transrodnog identiteta kod osoba s hromozomskim kompleksom 46,XX i kongenitalnom adrenalnom hiperplazijom kojima je pripisan ženski pol može biti čak 5-10% (Furtado et al., 2012). Supstancijalna biološka komponenta na kojoj se zasniva rodni identitet presudan je faktor koji se mora uzeti u obzir kada se interpolnim osobama nude psihosocijalne, medicinske i hirurške intervencije.

Postoje i brojni dokazi da interpolne osobe i njihove porodice mogu iskusiti psihosocijalni stres (de Vries et al., 2019; Rosenwohl-Mack et al., 2020; Wolfe-Christensen et al., 2017), koji je dijelom povezan s psihosocijalnom stigmom (Meyer-Bahlburg, Khuri et al., 2017; Meyer-Bahlburg, Reyes-Portillo et al., 2017; Meyer-Bahlburg et al., 2018).

Interpolnost u psihijatrijskoj nomenklaturi

Interpolne osobe koje ispunjavaju rodno varijantne kriterijume još od 1980. godine uvrštene su u američku psihijatrijsku nomenklaturu; međutim, njihova dijagnostička kategorizacija mijenjala se zajedno sa uzastopnim izdanjima Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (engl. DSM). Na primjer, u DSM-III (American Psychological Association, 1980), u kategoriju

Lista preporuka:

- 10.1** - Predlažemo da njegu interpolnim osobama i njihovim porodicama pruža multidisciplinarni tim sastavljen od stručnjaka koji su dobro upućeni u različitosti rodnog identiteta i izražavanja.
- 10.2** - Savjetujemo zdravstvenim radnicima koji pružaju njegu mladim i odraslim transrodnim osobama da se osposobljavaju i edukuju o aspektima interpolne njezi koja je za njih profesionalno relevantna.
- 10.3** - Predlažemo zdravstvenim radnicima da od trenutka postavljanja dijagnoze edukuju i savjetuju porodice interpolne djece o specifičnom interpolnom stanju djeteta i psihosocijalnim implikacijama.
- 10.4** - Savjetujemo pružaocima usluga i roditeljima da neprestano i u skladu s razvojnom fazom komuniciraju s interpolnom djecom/pojedincima o njihovom interpolnom stanju i psihosocijalnim implikacijama.
- 10.5** - Predlažemo zdravstvenim radnicima i roditeljima da podržavaju interpolnu djecu/pojedince u istraživanju njihovog rodnog identiteta tokom cijelog života.
- 10.6** - Predlažemo zdravstvenim radnicima da promovišu dobrobit interpolnih osoba te da u saradnji s medicinskim i nemedicinskim pojedincima/organizacijama doprinesu smanjenju potencijalne stigme vezane za interpolno stanje.
- 10.7** - Savjetujemo zdravstvenim radnicima da prema potrebi upućuju interpolnu djecu/pojedince i njihove porodice stručnjacima za mentalno zdravlje te da im pruže vršnjačku i drugu psihosocijalnu podršku.
- 10.8** - Preporučujemo zdravstvenim radnicima da savjetuju interpolne osobe i njihove porodice o supresiji puberteta i/ili opcijama hormonske terapije s obzirom na rodni identitet, starost i zdravstveno stanje pojedinca.
- 10.9** - Predlažemo zdravstvenim radnicima da savjetuju roditelje i interpolnu djecu (kada su dovoljno kognitivno razvijena) da odgode operaciju genitalija kojom se određuje rod, operaciju gonada, ili oboje, kako bi dali djetetu omogućili samoodređenje i pružili mu mogućnost da učestvuje u donošenju odluka na temelju informisanog pristanka.
- 10.10** - Savjetujemo da samo hirurzi s iskustvom u hirurgiji interpolnih genitalija ili gonada vrše zahvate na interpolnim osobama.
- 10.11** - Preporučujemo da zdravstveni radnici koji propisuju ili upućuju na hormonske terapije/operacije savjetuju interpolne osobe s reproduktivnim potencijalom i njihove porodice o: **a)** poznatim posljedicama hormonske terapije/operacije na plodnost u budućnosti; **b)** potencijalnim posljedicama terapija koje nisu dovoljno istražene i čija reverzibilnost nije izvjesna; **c)** opcijama očuvanja plodnosti te **d)** psihosocijalnim posljedicama neplodnosti.
- 10.12** - Savjetujemo zdravstvenim radnicima koji pružaju njegu interpolnim osobama s kongenitalnom neplodnošću da njih i njihove roditelje od samog početka i postupno upoznaju s različitim alternativnim opcijama roditeljstva.

Skale-I "transpolost" nisu se mogle svrstati transpolne osobe u odraslom dobu, ali su djeca svrstana u kategoriju "poremećaj rodnog identiteta u djetinjstvu", s medicinskim interpolnim stanjem koje će kasnije biti navedeno u Skali III. U DSM-u IV-TR (American Psychological Association, 2000), interpolne osobe isključene su iz kategorije Skale I "poremećaj rodnog identiteta" bez obzira na dob te su, zajedno s drugim stanjima, uvrštene u kategoriju "neodređeni poremećaji rodnog identiteta." U DSM-5 (American Psychological Association, 2013), koji odstupa od višeosnog sistema, "poremećaj rodnog identiteta" ponovo je definisan kao "rodna disforija", što se koristi bez obzira na starost i interpolni status, no interpolnosti je dodana specifikacija "s poremećajem polnog razvoja" (Zucker et al., 2013). Nedavno objavljeni revidirani tekst DSM-a 5 (APA, 2022) zadržava termin rodna disforija. Međutim, u nedavnoj reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti (ICD-11; World Health Organization, 2019a), "rodna inkongruencija" je iz

poglavlja Mentalni, bihevioralni ili neurorazvojni poremećaji premještena u novo poglavlje Stanja povezana sa seksualnim zdravljem.

Sve preporuke u ovom poglavlju donesene su na temelju detaljnog pregleda dokaza, procjene koristi i štete, vrijednosti i preferenci pružaoca usluga i pacijenata, kao i potrebnih resursa i izvedivosti. U nekim slučajevima uvidamo da su dokazi ograničeni i/ili usluge možda nisu dostupne ili poželjne.

Preporuka 10.1

Predlažemo da njegu interpolnim osobama i njihovim porodicama pruža multidisciplinarni tim sastavljen od stručnjaka koji su dobro upućeni u različitosti rodnog identiteta i izražavanja.

Interpolnost, potkategorija "poremećaja polnog razvoja", složeno je kongenitalno stanje koje zahtijeva angažman stručnjaka iz različitih medicinskih i bihevioralnih područja (Hughes et al., 2006). Sastav i funkcija tima može varirati ovisno o njegovoj

lokaciji, lokalnim resursima, dijagnozi te potreba- ma interpolne osobe i njene/njegove/njihove porodice. Idealan tim čine supspecijalist pedijatrijske endokrinologije, hirurgije i/ili urologije, psihologije/psihijatrije, ginekologije, genetike te, po mogućnosti, osposobljeni socijalni radnik, njegovatelj i stručnjak za medicinsku deontologiju (Lee et al., 2006). Struktura tima može odgovarati 1) tradicionalnom multidisciplinarnom medicinskom modelu; 2) interprofesionalnom modelu ili 3) transdisciplinarnom modelu. Iako se te strukture čine sličnima, zapravo su vrlo različite i mogu različito uticati na funkcionisanje tima (Sandberg i Mazur, 2014). Stav iz godine 2006. o pristupima interpolnim poremećajima ne navodi koji je model najbolji: multidisciplinarni, interdisciplinarni ili transdisciplinarni, nego samo da modeli "implicitiraju različite stupnjeve saradnje i profesionalne autonomije" (Lee, Nordenström et al., 2016). Od objavljivanja Stava iz 2006. takvi su timovi formirani u Evropi i SAD-u. Popis timova u SAD-u dostupan je na internetskoj stranici *DSD-Translational Network (DSD-TRN)*, a oni postoje i u jednom dijelu evropskih zemalja (Thyen et al., 2018). Iako, kao što su to ustanovili Sandberg i Mazur (2014), postoje prepreke za njihovo formiranje, multidisciplinarni timovi pomažu u rješavanju brojnih problema koji narušavaju uspjeh njege o interpolnim osobama i njihovim porodicama, kao što je raspršenost usluga, ograničena ili nedovoljna komunikacija između profesionalaca, zbog čega pojedinac dobija fragmentarna objašnjenja koja unose više nejasnoće nego jasnoće.

Većinu osoba koje su rođene s interpolnošću identifikovaće se pri rođenju ili ubrzo nakon toga, dok će druge biti identifikovane kasnije, na primjer u pubertetu (v. Brain et al., 2010, Tablica 1). Kada se to dogodi, timski se pristup prilagođava na osnovi dijagnoze i starosti osobe. U nekim se slučajevima sastav tima može prema potrebi proširiti tako da uključi i druge specijaliste.

Zabilježeno je da su djeca koju je pregledao multidisciplinarni tim imala znatno veću šansu da će dobiti cijeli spektar usluga, a ne samo one koje nudi jedan pružalac usluga (Crerand et al., 2019). Roditelji kojima je pružena takva njega podržali su psihosocijalne usluge i timski pristup te potvrdili

da su dobili više informacija od onih koji nisu bili u interakciji s takvim timom (Crerand et al., 2019).

Preporuka 10.2

Savjetujemo zdravstvenim radnicima koji pružaju njegu mladim i odraslim transrodnim osobama da se osposobljavaju i edukuju o aspektima interpolne njege koja je za njih profesionalno relevantna.

Rezultati intervju sa stažistima (Liang et al., 2017; Zelin et al., 2018), programskih samoprocjena i anketa (DeVita et al., 2018; Khalili et al., 2015) pokazuju da programi medicinskog osposobljavanja nisu adekvatni za pripremu doktora u pružanju odgovarajuće njege osobama koje imaju simptome rodne disforije i interpolnosti. Stručnjaci i učesnici u događanjima koja su posvećena interpolnosti potvrdili su da su kontinuirano obrazovanje i saradnja važni za profesionalni razvoj (Bertalan et al., 2018; Mazur et al., 2007). To je prvenstveno važno za pružaoce njege odraslim osobama kojima nedostaju kliničke smjernice ili podrška u pomaganju osobama koje prelaze s pedijatrijske njege na njega za odrasle (Crouch i Creighton, 2014).

Međutim, malo je smjernica za osposobljavanje ili procjenu kompetencija praktičara u pristupu tim temama, a dostupne se smjernice prvenstveno odnose na stručnjake za mentalno zdravlje (Hollenbach et al., 2014), a izuzetak je vodič za primarnu njega (National LGBTQIA + Health Education Center, 2020).

Zdravstveni radnici koji žele unaprijediti svoje sposobnosti imaju mogućnost konsultovati se sa stručnjacima onda kada formalno obrazovanje ili empirijske smjernice nisu dostupni. S obzirom na relativno uobičajeno uvođenje multidisciplinarnih timova stručnjaka u tretmane interpolnosti (Pasterski et al., 2010), osobe koje u njima djeluju u prilici su edukovati zdravstvene radnike koji možda nisu prošli adekvatno osposobljavanje i konzultirati se s njima (Hughes et al., 2006). Zato se preporučuje da osposobljavanje ostalih zdravstvenih radnika bude okosnica u razvoju tima (Auchus et al., 2010) te da članovi multidisciplinarnih timova budu edukovani za timski rad, kao i za strategije međustrukovnog učenja (Bisbey

et al., 2019; Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011).

Preporuka 10.3

Predlažemo zdravstvenim radnicima da od trenutka postavljanja dijagnoze edukuju i savjetuju porodice interpolne djece o specifičnom interpolnom stanju djeteta i psihosocijalnim implikacijama.

Od trenutka postavljanja dijagnoze i u skladu s međunarodno prihvaćenim smjernicama porodicama interpolne djece kroz edukaciju i savjetovanje treba pružiti sve medicinske informacije. Jedan od najvećih izazova za interpolno novorođenče, a posebno novorođenče s dvosmislenim genitalijama jeste pripisivanje pola te, iz perspektive roditelja, pol u kojem će odgajati dijete (Fisher, Ristori et al., 2016). Budući da je to za većinu roditelja vrlo stresna situacija, obično se preporučuje da se odluka o polu/rodu donese odmah nakon detaljne dijagnostičke procjene (Houk i Lee, 2010). Međutim, kriterijumi za donošenje odluka o polu/rodu s vremenom su se promijenili. U drugoj polovini 20. vijeka češće se pripisivao ženski pol, jer se feminizacijska genitalna hirurgija smatrala lakšom i manje podložnom nuspojavama od maskulinizacijske. Ipak, u određenim interpolnim stanjima, na primjer u slučaju nedostatka 5 α -RD-2 kod osoba s kariotipom 46,XY, pripisivanje ženskog pola/roda povezano je s visokim stopama rodne disforije i promjene roda u budućnosti (Yang et al., 2010). Zato se, od Međunarodne konsenzusne konferencije o postupanju s interpolnim osobama iz godine 2005., pri pripisivanju pola/roda u obzir uzimaju postupno prikupljeni podaci o dugoročnim rodnim ishodima u različitim interpolnim stanjima.

Praksom pružanja informacija nastoji se omogućiti što potpunije informisano donošenje odluka o njezi. Budući da su stid i stigma zbog interpolnosti povezani s nepovoljnijim psihosocijalnim ishodima, otvorena i proaktivna komunikacija o zdravstvenom stanju takođe se predlaže kao strategija za smanjenje tih rizika (de Vries et al., 2019). U zavisnosti od dijagnoze i razvojne fazi osobe, interpolna stanja mogu različito uticati na pojedince i njihove zdravstvene potrebe. Komunikacija o zdravlju interpolnih osoba mora biti

kontinuirana i prilagođena pojedincu. Istraživanja o donošenju odluka o njezi za interpolne osobe pokazuju da na porodice utiče način na koji klinički timovi komuniciraju (Timmermans et al., 2018). U skladu sa Standardima njege, ohrabrujemo pružaoce usluga da kroz edukaciju i savjetovanje usvoje prihvatljivu i afirmativnu terminologiju i stavove. Na primjer, opisivanje atipičnih genitalija kao “varijacije” ili “različitosti” prihvatljivije je od izraza “urođena mana” ili “abnormalnost”.

Svi zdravstveni radnici uključeni u njega pojedinca mogu pružiti osnovnu edukaciju i informacije porodicama. Vrsta edukacije u multidisciplinarnim timovima može se uskladiti sa specijalizacijom zdravstvenog radnika, na primjer hirurg može edukovati pojedinca o anatomiji, endokrinolog o specifičnostima hormonskog razvoja, a psiholog ili psihijatar o spektru rodnih i seksualnih identiteta. Drugi će zdravstveni radnici možda morati pružiti obuhvatniju edukaciju. Porodice trebaju dobiti informacije o specifičnim interpolnim varijacijama te osobe, ako su one poznate. Svi zdravstveni radnici mogu dopuniti te informacije kroz usluge namijenjene pacijentima koje se pružaju u grupama za podršku. Interpolne se osobe takođe angažiraju kao članovi tima kako bi educirale druge na temelju vlastitog iskustva.

Prihvaćene smjernice takođe preporučuju da se porodicama ponudi kontinuirana vršnjačka i profesionalna psihosocijalna podrška (Hughes et al., 2006), koja može uključivati savjetovanje u čijem će fokusu biti rješavanje problema i očekivani ishod (Hughes et al., 2006). Na primjer, porodice mogu tražiti smjernice u edukaciji drugih članova – braće i sestara, šire porodice i njegovatelja – o specifičnom interpolnom stanju pojedinca. Drugim će porodicama možda biti potrebna podrška ili psihološka pomoć kako bi kontrolirali stres zbog tretmana interpolnih stanja. Adolescentima mogu koristiti smjernice o tome kako da otkriju pojedine informacije vršnjacima, kao i podrška prilikom snalaženja u ljubavnim vezama i seksu. Savjetovanje takođe može uključivati davanje smjernica porodicama i osobama svih uzrasta kroz zajednički proces donošenja odluka o medicinskim ili hirurškim zahvatima. Pružaoce usluga mogu koristiti pomagala za donošenje odluka kako

bi olakšali taj proces (Sandberg et al., 2019; Weidler et al., 2019).

Preporuka 10.4

Savjetujemo pružaocima usluga i roditeljima da prestanu i u skladu s razvojnom fazom komuniciraju s interpolnom djecom/pojedincima o njihovom interpolnom stanju i psihosocijalnim implikacijama.

Pružanje informacija o zdravljju proces je koji se odvija u više smjerova, a uključuje prijenos informacija od pružaoca usluga do pacijenata, od roditelja do pacijenata, kao i od pacijenata do njihovih pružaoca usluga (Weidler i Peterson, 2019). Iako je naglasak stavljen na komunikaciju o o dijagnozi i hirurškim zahvatima s roditeljima, mladi s "poremećajem u polnom razvoju" potvrdili su da nailaze na prepreke u interakciji s pružaocima zdravstvenih usluga i da traže uvijek podršku od roditelja (Callens et al., 2021). Kako bi pojedince pripremili da budu u potpunosti angažovani i samostalni u provođenju tretmana, ključno je da pružaoci usluga i roditelji kontinuirano komuniciraju s djecom/pojedincima.

Pružaoци usluga moraju što prije odrediti da očekuju kontinuiranu, otvorenu komunikaciju između svih strana, naročito s obzirom na stres koji može pogoditi roditelje zbog nesigurnosti povezane s "poremećajem u polnom razvoju" i potrebom da posegnu za brzim rješenjima (Crissman et al., 2011; Roberts et al., 2020). Modeli zajedničkog donošenja odluka, kao i srodni alati za donošenje odluka razvijeni su kako bi se podržala neprestana komunikacija između zdravstvenih radnika i porodice/pojedinaca (Karkazis et al., 2010; Sandberg et al., 2019; Siminoff i Sandberg, 2015; Weidler et al., 2019). Osim što očekuju razgovor, pružaoci usluga također mogu odrediti i njegov ton. Pružaoci usluga mogu pomoći roditeljima i pojedincima da se lakše nose s dijagnostičkom neizvjesnošću i istovremeno ih edukovati o anatomskim varijacijama, podsticati na otvorenost prema rodnim i seksualnim identitetima i motivirati dijete/pojedinca da postavlja pitanja. Kako rastu djeca/pojedinci često imaju pitanja ili im trebaju informacije o seksu, menstruaciji, plodnosti, potrebi za hormonskim terapijama (adrenalnim/

polnim), zdravljju kostiju i riziku od raka koje su primjerene njihovoj starosti.

Roditelji također imaju ključnu ulogu u edukaciji svoje djece i mogu biti prvi koji će prenijeti zdravstvene informacije djetetu (Callens et al., 2021). Kao dio očekivane komunikacije, pružaoci usluga trebaju pripremiti roditelje da edukuju svoje dijete i one koje mu pružaju podršku o dijagnozi interpolnosti i istorijai tretmana. Neki roditelji nailaze na poteškoće jer ne znaju koliko trebaju otkriti drugima, kao i vlastitoj djeci (Crissman et al., 2011; Danon i Kramer, 2017). Stres koji roditelji doživljavaju u odgoju djece s interpolnim stanjima povećava se kada roditelji odluče što manje otkriti/razgovarati o dijagnozi svog djeteta (Crissman et al., 2011). Nivo stresa također varira ovisno o razvojnoj fazi, pri čemu roditelji adolescenata prijavljuju veće stope stresa (Hullman et al., 2011). Zdravstveni radnici zbog toga trebaju pomagati roditeljima u osmišljavanju komunikacijskih strategija primjerenih razvojnoj fazi njihova djeteta, kako bi razgovarali s njima o psihosocijalnim ili kulturnim pitanjima i vrijednostima (Danon i Kramer, 2017; Weidler i Peterson, 2019). Opsežnija istraživanja o seksualnosti i rodnim varijacijama pokazala su da, usprkos razlici između srama/stigme i negativnih zdravstvenih ishoda, podrška porodice (uključujući razgovor s djecom o njihovom identitetu i povezivanje s vršnjacima) utiče na porast samopouzdanja i bolje zdravstvene ishode kod pojedinaca (Ryan et al., 2010).

Preporuka 10.5

Predlažemo zdravstvenim radnicima i roditeljima da podržavaju interpolnu djecu/pojedince u istraživanju njihovog rodnog identiteta tokom cijelog života.

Psihološki, društveni i kulturni konstrukti ukrštavaju se s biološkim faktorima u formiranju rodnog identiteta pojedinca. Interpolne osobe kao grupa pokazuju veću stopu rodno nenormativnog ponašanja, propitivanja rodnog identiteta i želje za međurodnim identitetom u djetinjstvu, što dijelom ovisi o neskladu između prenatalnog polno-hormonskog statusa u kojem se mozak fetusa mijenja i pola koji je pripisan pri rođenju (Callens et al., 2016; Hines, et al., 2015; Meyer-Bahlburg et al., 2016; Pasterski et al., 2015). Problemi s rodnim

identitetom zabilježeni su u različitim omjerima kod osoba s različitim interpolnim stanjima (de Vries et al., 2007). Nedavno je zabilježeno da neke osobe u privatnosti razvijaju nebinarni identitet (Kreukels et al., 2018). Iako većina interpolnih osoba vjerojatno neće iskusiti rodnu disforiju ili osjetiti potrebu za rodnom tranzicijom, one se i dalje mogu osjećati nesigurno i tražiti odgovore na pitanja u vezi sa svojim rodnom (Kreukels et al., 2018). Pitanja o rodnom identitetu mogu proizaći iz faktora kao što su izgled genitalija, pubertetski razvoj i spoznaje o npr. dijagnozi svog zdravstvenog stanja, hormonskom statusu i statusu polnih hromozoma te istorije hirurških zahvata na genitalijama. Zbog toga zdravstveni radnici moraju biti otvoreni za razgovor s korisnicima o tim pitanjima i osjećajima, rodnoj raznolikosti, ali i usvojiti manje binaran pristup rodu. Zdravstvenim se radnicima savjetuje da potiču roditelje da podrže svoju djecu u istraživanju roda.

Takva podrška takođe ne bi trebala biti ograničena samo na period djetinjstva. Štaviše, pojedincima treba dati priliku da istražuju svoj rodni identitet tokom cijelog života, jer se u različitim fazama mogu otvoriti nova pitanja vezana za rod (na primjer, u pubertetu/adolescenciji, reproduktivnoj dobi). Djeca uopšteno mogu imati pitanja u vezi svog rodnog identiteta u ključnim trenucima u sazrijevanju i razvoju. Kada se suoče s dodatnim stresorima, kao što su na primjer genitalna neodređenost, pregled i zahvati na genitalijama, kao i veza između kulturnih predrasuda i kulturnih uticaja, interpolnim osobama mogu biti potrebni podrška i ohrabrenje da po potrebi potraže stručnu pomoć i smjernice. Jednako tako, zdravstveni radnici bi trebalo redovno da provjeravaju treba li njihovim interpolnim klijentima takva podrška. Kada osobe dožive rodnu inkongruenciju, mogu se razmotriti rodno-afirmišuće intervencije. Procedure koje treba primijeniti u takvim intervencijama opisane su u drugim poglavljima.

Preporuka 10.6

Predlažemo zdravstvenim radnicima da promovišu dobrobit interpolnih osoba te da u saradnji s medicinskim i nemedicinskim pojedincima/organizacijama doprinesu smanjenju potencijalne stigme vezane za interpolno stanje.

Potvrđeno je da interpolne osobe doživljavaju stigmom, osjećaj srama, krivicu, ljutnju, tugu i depresiju (Carroll et al., 2020; Joseph et al., 2017; Schützmann et al., 2009). Zabilježeno je da se ta populacija suočava s većim mentalnim teškoćama od opšte populacije (Liao i Simmonds, 2014; De Vries et al., 2019). Klinički tim takođe ne smije zanemariti strah roditelja od stigmatizacije i prilagođavanja djetetovoj dijagnozi. Roditeljima može koristiti savjetovanje koje će im pomoći u donošenju kliničkih odluka (Fleming et al., 2017; Rolston et al., 2015; Timmermans et al., 2019), kao i u razumijevanju uticaja kliničkih odluka na njihov doživljaj djeteta (Crissman et al., 2011; Fedele et al., 2010).

Thyen i suradnici (2005) utvrdili su da su višestruki pregledi genitalija povezani sa stidom, strahom i bolom te mogu povećati vjerovatnost razvoja posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) kasnije u životu (Alexander et al., 1997; Money i Lamacz, 1987). Izloženost višestrukim pregledima genitalija, strah od medicinskih intervencija te činjenica da roditelji i doktori interpolnost drže u tajnosti, ugrožavaju samoosnaživanje i samopouzdanje interpolne osobe (Meyer-Bahlburg et al., 2018; Thyen et al., 2005; Tishelman et al., 2017; van de Grift, Cohen-Kettenis et al., 2018). Za preporuke o tome kako obaviti pregled genitalija kako bi se negativne psihološke nuspojave svele na najmanju moguću mjeru v. Tishelman et al. (2017).

Unutar interpolne zajednice postoji aktivan pokret koji se bori za ublažavanje stigme i vraćanje ljudskih prava i dostojanstva interpolnim osobama umjesto da ih se doživljava kao medicinsku anomaliju i kuriozitet (Yogyakarta Principles, 2007, 2017). Chase (2003) navodi glavne razloge interpolnog zagovaračkog pokreta i ističe kako su stigma i emocionalne traume rezultat neznanja i navodne potrebe za tajnovitošću. Javna svijest o interpolnim stanjima vrlo je ograničena, a izgled i životne priče interpolnih osoba i dalje se predstavljaju kao "neprirodna pojava". Zbog toga savjetujemo zdravstvenim radnicima da aktivno edukuju svoje kolege, interpolne osobe, njihove porodice i zajednice te podižu javnu svijest i proširuju svoja znanja o interpolnosti. Društvena svijest i spoznaje o interpolnosti mogu pridonijeti ublažavanju

diskriminacije i stigmatizacije. Alati i edukativni/informativni materijali takođe mogu pomoći interpolnim osobama da javno otkriju svoje stanje, ako to žele (Ernst et al., 2016).

Zdravstveni bi radnici trebali prepoznati stigmatizaciju i razgovarati o njoj sa svojim korisnicima (Meyer-Bahlburg et al., 2018) te ohrabriti interpolne osobe različite starosti da se povežu kroz grupe za podršku. Postoji potreba za razvojem određenih tehnika/metoda za pomoć korisnicima da se izbore sa stigmom vezanom za interpolnost.

Preporuka 10.7

Savjetujemo zdravstvenim radnicima da prema potrebi upućuju interpolnu djecu/pojedince i njihove porodice stručnjacima za mentalno zdravlje te da im pruže vršnjačku i drugu psihosocijalnu podršku.

Rođenje interpolnog djeteta za gotovo sve roditelje potpuno je neočekivano i predstavlja šok. Njihova nemogućnost da odmah odgovore na uobičajeno pitanje: “Je li vaša beba dječak ili djevojčica?”, nedovoljna znanja o djetetovom stanju, neizvjesnost vezana za njegovu budućnost, kao i sveprisutna stigma koja prati interpolnost, vjerovatno će uzrokovati uznemirenost, katkad i do nivoa PTSP-a, što može dovesti i do dugotrajne anksioznosti i depresije (Pasterski et al., 2014; Roberts et al., 2020; Wisniewski i Sandberg, 2015). Ta situacija može uticati na roditeljsku brigu i dugoročan ishod njihovog interpolnog djeteta (Schweizer et al., 2017). Tokom odrastanja ta su djeca izložena riziku od stigmatizacije zbog interpolnosti na tri načina (izražena, očekivana i internalizovana stigmatizacija) u svim životnim aspektima (Meyer-Bahlburg et al., 2018), ali i drugim potencijalnim teškoćama kao što su nezadovoljstvo fizičkim izgledom, rodno atipično ponašanje i preispitivanje rodnog identiteta. Mnogi se mogu suočiti s dodatnim izazovom koji donosi svijest o neskladu između pripisanog pola i bioloških karakteristika kao što su polni kariotip, gonade, bivši i/ili aktuelni hormonski status i struktura reproduktivnog trakta. Ta situacija takođe može negativno uticati na mentalno zdravlje pojedinaca (Godfrey, 2021; Meyer-Bahlburg, 2022). Nedavno *online* istraživanje provedeno na velikom uzorku LGBTQ mladih pokazalo je da LGBTQ mladi koji

su se svrstali u grupu osoba s interpolnim varijacijama imaju većih poteškoća s mentalnim zdravljem od LGBTQ mladih kod kojih interpolnost nije prisutna (Trevor Project, 2021). Budući da su interpolna stanja rijetka, roditelji takve djece, a kasnije i sami pojedinci, mogu doživjeti svoju situaciju kao jedinstvenu i vrlo teško razumljivu drugima. Stoga, na osnovi kliničkog iskustva zdravstvenih radnika u interpolnoj njezi postoji konsenzus o socijalnoj podršci kao ključnoj komponenti interpolne njege, ne samo kroz profesionalnu podršku stručnjaka za mentalno zdravlje (Pasterski et al., 2010) nego, što je još važnije, kroz grupe za podršku osobama s interpolnim stanjima (Baratz et al., 2014; Cull i Simmonds, 2010; Hughes et al., 2006; Lampalzer et al., 2021). Detaljnu međunarodnu listu poremećaja polnog razvoja i interpolnih vršnjačkih grupa za podršku i zaganjevanje s popisom internetskih stranica osigurali su Lee, Nordenström i suradnici (2016). S obzirom na heterogenost interpolnih stanja i načina njihovog tretiranja, interpolne osobe mogu smatrati da je najkorisnije da se udruže s grupom za podršku čiji članovi imaju ista ili slična stanja kao oni. Takođe je važno da zdravstveni radnici specijalizovani za interpolnu njegu blisko saraduju s takvim grupama podrške kako bi se povremena razmimoilaženja u mišljenjima vezana za specifične aspekte njege mogla riješiti u temeljnoj raspravi. Bliska saradnja zdravstvenih radnika i grupa za podršku takođe olakšava participativno istraživanje u zajednici koja koristi objema stranama.

Preporuka 10.8

Preporučujemo zdravstvenim radnicima da savjetuju interpolne osobe i njihove porodice o supresiji puberteta i/ili opcijama hormonske terapije s obzirom na rodni identitet, starost i zdravstveno stanje pojedinca.

Iako je rodni identitet mnogih interpolnih osoba u skladu s njihovim XX ili XY kariotipom, prisutna je dovoljna heterogenost među njima zbog koje zdravstveni radnici trebaju individualizovati tretmane. Na primjer, među XX osobama s virilizujućom kongenitalnom adrenalnom hiperplazijom, neočekivano velika manjina ima muški rodni identitet (Dessens et al., 2005). Među XY osobama sa

sindromom djelimične neosjetljivosti na androgene, rodni identitet može značajno varirati (Babu i Shah, 2021). Pored toga, veliki dio (56–63% i 39–64%, pojedinačno) XY osoba s nedostatkom 5 α -reduktaze-2 (5 α -RD-2) i s nedostatkom 17-beta-hidroksisteroidne dehidrogenaze-3 kojima je pri rođenju pripisan ženski pol, s godinama se mijenja iz tipične ženske rodne uloge u tipičnu mušku rodnu ulogu (Cohen-Kettenis, 2005).

Interpolnim je osobama na rapolaganju niz medicinskih mogućnosti zavisno od njihovog rodno identiteta i usklađenosti rodno identiteta s anatomijom. Te opcije uključuju lijekove za supresiju puberteta, hormonske terapije i operacije koje su u potpunosti individualizovane (Weinand i Safer, 2015; Safer i Tangpricha, 2019) (za dodatne informacije v. šesto poglavlje – Adolescente i dvanaesto poglavlje – Hormonsku terapiju). Konkretno, kada su prisutne funkcionalne gonade, pubertet se može privremeno obustaviti upotrebom analoga gonadotropin oslobađajućeg hormona (GnRH). Takva intervencija može olakšati neophodan protok vremena koji je osobi potreban da istraži rodni identitet i aktivno učestvuje u određivanju pola, posebno kada je riječ o stanjima u kojima je promjena pola uobičajena (tj. kod osoba koje su odgajane u ženskom polu s nedostatkom 5 α -RD-2; Cocchetti, Ristori, Mazzoli et al., 2020; Fisher, Castellini et al., 2016).

Zdravstveni radnici mogu direktno savjetovati osobe i njihove porodice ako su pružaoci usluga dovoljno stručni i mogu to iskoristiti za određivanje odgovarajućeg tretmana i logistike u vezi s primjenom odabrane terapije.

Preporuka 10.9

Predlažemo zdravstvenim radnicima da savjetuju roditelje i interpolnu djecu (kada su dovoljno kognitivno razvijena) da odlože operaciju genitalija kojom se određuje rod, operaciju gonada, ili oboje, kako bi dali djetetu omogućili samoodređenje i pružili mu mogućnost da učestvuje u donošenju odluka na temelju informisanog pristanka.

Međunarodne organizacije za ljudska prava sve više izražavaju zabrinutost da operacije koje se izvode prije nego što dijete može svojevolumno učestvovati u donošenju odluka mogu ugroziti

djetetova ljudska prava na autonomiju, samoodređenje i otvorenu u budućnost (npr. Human Rights Watch, 2017). Brojne medicinske organizacije i organizacije za zastupanje interpolnosti, kao i nekoliko zemalja, pridružile su se međunarodnim organizacijama za ljudska prava u preporuci da se operacije odgode kada je to medicinski sprovodljivo (Dalke et al., 2020; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020). Međutim, važno je napomenuti da neke anatomske varijacije, kao što su opstrukcija urinarnog trakta ili izloženost zdjelčnih organa, predstavljaju neposredan rizik za fizičko zdravlje (Mouriquand et al., 2016). Druge varijacije, poput menstrualne opstrukcije ili dugotrajnog rizika od razvoja maligniteta u slučaju nespuštenih testisa, imaju eventualne fizičke posljedice. Treća grupa varijacija, tj. varijacije u izgledu spoljašnjih genitalija ili dubine vagine, ne predstavljaju neposredan ili dugoročan rizik za fizičko zdravlje. Navedena preporuka odnosi se samo na one anatomske varijacije koje, ako se ne tretiraju, nemaju neposredne štetne posljedice na fizičko zdravlje, odnosno onda kada odgađanje hirurškog zahvata ne predstavlja rizik za fizičko zdravlje.

Hirurška njega koja nije hitna za osobe s tim varijacijama složena je i često osporavana, naročito kada se radi o novorođenčetu ili malom djetetu koje još ne može učestvovati u procesu donošenja odluka. Starije interpolne osobe potvrdile su da se suočavaju s psihosocijalnim i seksualnim zdravstvenim problemima, uključujući depresiju, anksioznost te seksualnu i društvenu stigm (de Vries et al., 2019; Rosenwohl-Mack et al., 2020). Neka istraživanja pokazuju da osobe sa specifičnom varijacijom (npr. kariotip 46,XX s kongenitalnom adrenalnom hiperplazijom, KAH) podržavaju operaciju koja se izvodi prije adolescencije (Bennecke et al., 2021). Nedavna istraživanja upućuju na to da su neki adolescenti i odrasli zadovoljni izgledom i funkcijom genitalija nakon operacije u djetinjstvu (Rapp et al., 2021). Genitalna različitost kod djeteta takođe može postati izvor stresa za roditelje, a postoje istraživanja koja pokazuju da su operacije stvaranja muških ili ženskih genitalija povezane sa relativnim smanjenjem stresa kod roditelja (Wolfe-Christensen et al., 2017), iako se mali broj roditelja može pokajati

zbog odluke (Ellens et al., 2017). Shodno tome, neke organizacije preporučuju da se operacija predloži dok su djeca jako mala (American Urological Association, 2019; Pediatric Endocrine Society, 2020).

To upućuje na to da postoje različita stajališta u medicini u primjeni smjernica za ranu genitalnu hirurgiju. Autori ovog poglavlja takođe nisu postigli potpuni konsenzus. Neki stručnjaci za interpolna stanja insistiranje na univerzalnom odgađanju rane operacije genitalija smatraju potencijalno štetnim zbog genitalnih varijacija bez neposrednih zdravstvenih rizika. Razlozi koji idu u prilog tom stavu su: 1) činjenica da su interpolna stanja veoma heterogena s obzirom na vrstu i težinu, kao i povezane strukture gonada, funkcije i rizika od maligniteta; 2) društveni i porodični stavovi o rodnim normama i potencijalnoj stigmi zbog interpolnosti uveliko su različiti; 3) rana operacija može donijeti neke tehničke prednosti i 4) analiza sprovedene ankete interpolnih osoba (od kojih je većina prethodno bila podvrgnuta operaciji genitalija) pokazuje da većina njih podržava operaciju prije nego što dosegnu starosnu granicu, posebno u slučaju osoba s kariotipom 46,XX i kongenitalnom adrenalnom hiperplazijom, ali ne i u slučaju osoba s XY interpolnim stanjima (Meyer-Bahlburg, 2022). Stručnjaci koji podržavaju taj stav pozivaju na individualizirani pristup donošenju odluka koje se tiču operacije genitalija i njihovog tempiranja. Taj pristup usvojila su medicinska društva s velikim brojem specijalista za interpolnost (Bangalore Krishna et al., 2021; Pediatric Endocrine Society, 2020; Speiser et al., 2018; Stark et al., 2019) i određene organizacije za podršku (CARES Foundation; Krege et al., 2019).

Ipak, dugoročna istraživanja ishoda su ograničena, a onima koja bilježe pozitivne ishode za poređenje nedostaje grupa koja nije bila podvrgnuta hirurškim zahvatima (Dalke, et al., 2020; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020). Takođe, nema dokaza da operacija štiti interpolnu djecu od stigme (Roan, 2019). Odrasle interpolne osobe doživljavaju stigmatu, depresiju i anksioznost zbog svojih genitalija, ali je takođe mogu doživjeti bez obzira na operaciju (Ediati et al., 2017; Meyer-Bahlburg, Khuri et al., 2017; Meyer-Bahlburg et al., 2018). Postoje dokazi

da operacije mogu dovesti do značajnih kozmetičkih, urinarnih i seksualnih komplikacija i u odraslom dobu (Gong i Cheng, 2017; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020). Nedavna istraživanja pokazuju da neke osobe mogu imati posebno negativna iskustva s gonadektomijom, iako se taj rizik mora razmotriti u odnosu na malignitet gonada (Duranteau et al., 2020; Rapp et al., 2021). Interpolne osobe imaju veću vjerovatnoću da budu transrodne, rodno raznolike ili da iskuse rodnu disforiju od opšte populacije (Almasri et al., 2018; Pasterski et al., 2015). Operacijama genitalija kojima su podvrgnuta mala djeca može se nepovratno ojačati binarno pripisivanje pola koje nije u skladu s budućnošću djeteta. Ti nalazi, kao i perspektiva ljudskih prava, govore u prilog odluci da se operacija odloži do časa kada će osoba biti u stanju sama o tome da odluči.

Hitno su potrebna sistematska, dugoročna i dodatna istraživanja rodnog identiteta, mentalnog zdravlja i opšteg kvaliteta života osoba s istim interpolnim stanjima, a razlikuju se prema starosti u kojoj su se podvrgle operaciji ili je uopšte nisu imale.

Preporuka 10.10

Savjetujemo da samo hirurzi koji imaju iskustva u hirurgiji interpolnih genitalija ili gonada vrše zahvate na interpolnim osobama.

Interpolna su stanja rijetka, a interpolna anatomija genitalija i gonada je heterogena. Operacije su povezane s rizikom od značajnih dugoročnih komplikacija (npr. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020), a većina programa osposobljavanja u području hirurgije ne priprema stažiste za pružanje takve specijalizovane njege (Grimstad, Kremen et al., 2021). Uvažavajući složenost hirurške njege u životnom vijeku, prema standardima koje su izradili stručnjaci i oko kojih je postignut međunarodni konsenzus, preporučuje se da tu njegu pružaju isključivo multidisciplinarni timovi stručnjaka (Krege et al., 2019; Lee, Nordenström et al., 2016; Pediatric Endocrine Society, 2020). Savjetujemo da se hirurška njega ograniči na multidisciplinarna okruženja specijalizovana za interpolna

stanja, koja uključuju hirurge s iskustvom u interpolnoj njezi.

Preporuka 10.11

Preporučujemo da zdravstveni radnici koji propisuju ili upućuju na hormonske terapije/operacije savjetuju interpolne osobe s reproduktivnim potencijalom i njihove porodice o: a) poznatim posljedicama hormonske terapije/operacije na plodnost u budućnosti; b) potencijalnim posljedicama tretmana koji nisu dovoljno istraženi i čija reverzibilnost nije izvjesna; c) opcijama očuvanja plodnosti i d) psihosocijalnim implikacijama neplodnosti.

Osobe s određenim interpolnim stanjima mogu imati reproduktivno funkcionalne genitalije, ali su neplodne zbog atipičnog razvoja gonada. Druge mogu imati funkcionalne gonade s održivim polnim ćelijama, ali nemaju mogućnost postizanja prirodne plodnosti zbog nepodudarnih unutrašnjih ili spoljašnjih genitalija (van Batavia i Kolon, 2016). Supresija puberteta, hormonska terapija polnim steroidnim hormonima i rodno-afirmišuće operacije mogu negativno uticati na plodnost u budućnosti. Zbog toga treba analizirati i razmotriti potencijalne posljedice tretmana i opcije očuvanja plodnosti.

Osobe s funkcionalnim testisima treba obavijestiti da produžena terapija estrogenom i supresija testosterona, kako je zabilježeno kod transrodnih i rodno raznolikih osoba bez interpolnih stanja, može uzrokovati atrofiju testisa i smanjenje broja spermatozoida (Mattawanon et al., 2018). Iako prekid takve hormonske terapije može poboljšati kvalitetu sperme, potpuna reverzibilnost oštećenih spermatozoida nije zagarantirana (Sermondade et al., 2021). Glavna opcija očuvanja plodnosti za osobe s funkcionalnim testisima je krioprezervacija sperme uz pomoć masturbacije ili stimulacije vibracijom (de Roo et al., 2016). Iako nema podataka o uspješnoj primjeni na ljudima, postoji mogućnost da se izvrši testikularna ekstrakcija sperme i krioprezervacija testikularnog tkiva kod adolescenata koji još nisu doživjeli spermarhu (Mattawanon et al., 2018).

Osobama s funkcionalnim jajnicima treba reći da terapija testosteronom obično rezultira izostankom menstruacije i ovulacije, često unutar

nekoliko mjeseci od početka terapije. O potencijalnom uticaju testosterona na oocite i plodnost nema dovoljno informacija. Istraživanje kod transrodnih osoba, pokazalo je da terapija testosteronom može biti povezana s razvojem policističnih jajnika (Grynberg et al., 2010). Međutim, drugi istraživači nisu pronašli dokaze o sindromu policističnih jajnika (engl. *Polycystic ovary syndrome*, PCOS) kod transrodnih muškaraca koji primaju rodno-afirmišuću hormonsku terapiju na osnovi metaboličkih (Chan et al., 2018) ili histoloških parametara (de Roo et al., 2017). Osobe s očuvanom maternicom i funkcionalnim jajnicima mogu vratiti plodnost ako se terapija testosteronom prekine.

Opcije očuvanja plodnosti kod postpubertetskih interpolnih osoba s funkcionalnim jajnicima uključuju hormonsku stimulaciju za krioprezervaciju zrelih oocita ili krioprezervaciju tkiva jajnika. Jednako je tako moguća i stimulirana ekstrakcija oocita čak i kod transrodnog muškarca koji i dalje prima terapiju testosteronom (Greenwald, 2021). Tako je zabilježena i krioprezervacija oocita nakon stimulacije jajnika kod transrodnog dječaka koji je pod terapijom gonadotropnog oslobađajućeg hormona (Rothenberg et al., 2019). Valja napomenuti da stimulacija jajnika, privremeni prekid korišćenja gonadotropnog oslobađajućeg hormona, terapija testosteronom, ili oboje, kao i ginekološki zahvati mogu biti uznemirujući, pri čemu je stresna reakcija posljedica mentalnog zdravlja, rodnog identiteta i ostalog medicinskog iskustva. Primjenjivost određenih postupaka može zavisiti od podrške ljudi iz društvenog kruga, što uključuje i potencijalne partnere.

Preporuka 10.12

Savjetujemo zdravstvenim radnicima koji pružaju njega interpolnim osobama s kongenitalnom neplodnošću da njih i njihove roditelje od početka postupno upoznaju s različitim alternativnim opcijama roditeljstva.

Kod osoba s interpolnim karakteristikama vjerovatnost neplodnosti može se ustanoviti u ranom i kasnijem djetinjstvu, adolescenciji, kao i u odrasloj dobi, bez prethodnog pokušaja začeća. Za mnoge osobe dijagnoza neplodnosti prati dijagnozu interpolnog stanja (Jones, 2019). Medicin-

ski potpomognuta heterologna oplodnja (npr. donacija oocita ili sperme) za neke osobe može biti jedna od opcija. Mnogo je načina da se pokrene postupak posvajanja. Neki od njih zahtijevaju posvećenost i znatno vrijeme. One osobe koje nisu zainteresovane za spomenute opcije za postizanje plodnosti, odnosno one koje je ne mogu postići, mogu imati koristi od ranog razmatranja dostup-

nih mogućnosti za usvajanje i alternativno roditeljstvo. Iako je transplantacija materice imala preliminarni uspjeh kod osoba s Müllerovom agenezom (Richards et al., 2021), do danas nije utvrđen protokol koji sprječava izlaganje fetusa u razvoju rizicima povezanim s lijekovima koji se koriste za sprječavanje odbacivanja transplantata.

POGLAVLJE 11 Institucionalna okruženja

Ovo poglavlje odnosi se na njegu transrodnih i rodno raznolikih osoba (TiRR) koje borave u institucijama. Po definiciji institucije su objekti ili ustanove u kojima ljudi žive i primaju njegu u manjoj ili velikoj grupi, pri čemu pojedinci mogu imati ili ne u različitoj mjeri slobodu kretanja, ličnog pristanka i radne sposobnosti. Zatvorene ustanove (kazneno-popravne ustanove, prihvatni centri za strance, zatvori, popravni domovi) i otvorene ustanove (domovi za starije i nemoćne, psihijatrijske bolnice, zdravstvena njega u kući, hospiciji/palijativna njega, ustanove za profesionalnu rehabilitaciju) rezidencijalne su ustanove koje mogu pružati zdravstvenu njegu transrodnim osobama. Brojni dokazi o odgovarajućoj njezi za TiRR osobe dolaze iz ustanova zatvorenog tipa. No, preporuke koje ovdje donosimo odnose se na sve institucije u kojima su smještene TiRR osobe, bile one zatvorenog ili otvorenog tipa (Porter et al., 2016). Sve preporuke u Standardima njege (SNj-u) odnose se jednako na osobe koje su smještene u oba tipa institucija. Svi bi trebali imati pristup neophodnim medicinskim tretmanima, bez obzira na to koliko borave u instituciji (Brown, 2009). Kada brinemo za institucionalizovanu osobu, moramo uzeti u obzir da ona nije u mogućnosti da se jednako

brine o sebi kao neinstitucionalizovane osobe. Zbog toga institucionalizovane osobe moraju dobiti podršku u osiguravanju SNj-e, kako ga definiše Svjetska strukovna organizacija za zdravlje transrodnih osoba (engl. World Professional Association for Transgender Health, WPATH).

TiRR osobe koje borave u ustanovama zatvorenog tipa svjedoče o nedostatku pristupa nužnoj medicinskoj njezi specifičnoj za transrodne osobe (v. drugo poglavlje – Globalna primjenjivost, preporuku 2.1), što im je najveći problem za vrijeme boravka u takvim ustanovama (Brown, 2014; Emmer et al., 2011). Sistemska rasna nejednakost svojstvena mnogim zatvorenim institucijama (Sawyer, 2020), rasni disparitet u ishodima liječenja (Nowotny et al., 2017) i natprosječno visoka zastupljenost rasijalizovanih TiRR osoba u nekim ustanovama (Reisner et al., 2014) ukazuju na potrebu da uprave takvih ustanova posvete pažnju pitanjima dostupnosti tranzicijske njege za TiRR osobe. Kontrolisane studije pokazuju značajne kliničke razlike u mentalnom i drugom zdravlju TiRR osoba institucionalizovanih u kazneno-popravnim ustanovama u odnosu na usklađenu kontrolnu grupu transrodnih osoba koje nisu bile u zatvoru ili pritvoru (Brown i Jones, 2015). Službenici, strukture i osoblje koje pruža njegu mahom nisu dovoljno obrazovani,

Lista preporuka:

- 11.1** - Preporučujemo zdravstvenim radnicima odgovornima za pružanje rodno-afirmišuće njege osobama koje borave u institucijama (ili su povezani s institucijama ili službama) da usvoje cijelu listu preporuka koje ovo izdanje SNj-e donosi i podjednako ih primjenjuju na osobe koje žive u institucijama.
- 11.2** - Savjetujemo institucijama da osiguraju edukaciju o rodnoj raznolikosti za sve svoje radnike.
- 11.3** - Preporučujemo zdravstvenim radnicima zaduženima za propisivanje i vođenje hormonske terapije da TiRR osobama koje žive u institucijama i trebaju rodno-afirmišuću hormonsku terapiju bez odgađanja i u skladu s ovim izdanjem SNj-e osiguraju terapiju.
- 11.4** - Savjetujemo zdravstvenim radnicima zaduženim za njegu o institucionalizovanim TiRR osobama da preporučie i podrže rodno-afirmišuće hirurške zahvate u skladu s ovim izdanjem SNj-e i bez odlaganja, ako dobiju takav zahtjev.
- 11.5** - Preporučujemo upravi, zdravstvenim i ostalim radnicima institucija da TiRR osobama koje to zatraže omoguće nabavu adekvatne odjeće i sredstava za njegu koja odgovaraju njihovom rodnom izražavanju.
- 11.6** - Preporučujemo da se institucijsko osoblje uvijek obraća TiRR osobama njihovim odabranim imenima i ličnim zamjenicama.
- 11.7** - Preporučujemo upravi institucije, zdravstvenim radnicima i drugim službenicima koji odlučuju o smještaju TiRR korisnika da razmotre njihove pojedinačne preference, rodni identitet i rodno izražavanje te pitanja sigurnosti, a ne samo njihovu anatomiju ili pol pripisan pri rođenju.
- 11.8** - Preporučujemo institucijskim tijelima da uspostave politike stanovanja koje će TiRR osobama garantovati sigurnost, bez segregacije ili izolacije.
- 11.9** - Preporučujemo institucijskim tijelima da na zahtjev TiRR osoba koje borave u njihovim institucijama omoguće privatnu upotrebu tuša i toaleta.

osposobljeni i stručni da bi brinuli o rodno raznolikim osobama (Clark et al., 2017). Diskriminacija TiRR osoba u ustanovama za palijativnu njegu je česta, a potrebe TiRR osoba ili njihovih surugata se ignorišu (Stein et al., 2020).

To je jedan od razloga zbog kojih lezbijski, gej, biseksualni i transrodni (LGBT) pacijenti nakon dolaska u dom za starije i nemoćne mogu odlučuju da sakriju svoj seksualni i/ili rodni identitet, iako su se prije toga javno identifikovali kao LGBT osobe (Carrol, 2017, Serafin et al., 2013).

Sve preporuke u ovom poglavlju donesene su na temelju detaljnog pregleda dokaza, procjene koristi i štete, vrijednosti i preferenci pružaoca usluga i pacijenata, kao i potrebnih resursa i izvedivosti. U nekim slučajevima uviđamo da su dokazi ograničeni i/ili usluge možda nisu dostupne ili poželjne. Većina dostupne literature o institucijama fokusira se na one kazнено-popravnog tipa. Razmatrali smo i referisali na literaturu o drugim tipovima institucija kada nam je bila dostupna. Nadamo se da će buduća istraživanja nadoknaditi taj manjak podataka o ustanovama otvorenog tipa. Sve preporuke koje se ovdje donose nadređene su različitim tipovima institucija koje imaju zajedničke karakteristike i koje uključuju dugotrajni boravak, gubitak ili smanjenu sposobnost, a zadovoljavanje nekih ili svih osnovnih životnih potreba korisnika zavis od osoblja.

Preporuka 11.1

Preporučujemo zdravstvenim radnicima odgovornim za pružanje rodno-afirmišuće njegu osobama koje borave u institucijama (ili su povezani s institucijama ili službama) da usvoje cijelu listu preporuka koje ovo izdanje SNj-e donosi i podjednako ih primjenjuju na osobe koje žive u institucijama.

Kao što ljudi koji žive u institucijama trebaju i zaslužuju opštu i specijalističku psihološku i medicinsku njegu, treba osvijestiti da TiRR osobe u takvim institucijama iziskuju njegu koja odgovara njihovim potrebama. Preporučujemo primjenu ovih SNj-e za institucionalizovane osobe kao temeljnog principa zdravstvene zaštite i etike (Beauchamp i Childress, 2019., Pope i Wasquez, 2016). Isto tako, brojni sudovi već dugo podržava-

ju potrebu da se i TiRR osobama koje žive u institucijama osigura adekvatna njegu koja se temelji na WPATH-ovim Standardima njegu (npr. Koselik v. Massachusetts, 2002; Edmo v. Idaho Department of corrections, 2020). Službe koje pružaju usluge pomoći u kući takođe bi trebale biti svjesne primjenjivosti SNj-e.

Preporuka 11.2

Savjetujemo institucijama da osiguraju edukaciju o rodnoj raznolikosti za sve svoje radnike.

Budući da njegu TiRR osoba utječe na mali postotak populacije, ona iziskuje specijalizovano osposobljavanje, kao što je istaknuto u osmoj verziji SNj-a. Iako će nivo osposobljavanja varirati u zavisnosti od pozicije zaposlenih u instituciji, cjelokupnom osoblju će biti potrebna edukacija o obraćanju korisnicima, dok ostatku kliničkog osoblja moguće biti potrebni intenzivnije osposobljavanje i/ili konsultacije. Ove preporuke za osposobljavanje odnose se i na pružaoce usluga kućne i dugotrajne njegu. Obraćanje institucionalizovanim osobama u pogrešnom rodu, zabrana rodno prikladnog odijevanja, upotrebe tuša ili smještaja, kao i nekorišćenje izabranog imena, pokazuju nedostatak poštovanja prema TiRR osobi, koja ponovljene uvrede može doživjeti kao emocionalno traumatične i deprimirajuće, što može dovoditi do anksioznosti. Edukacijom osoblja o rodnoj raznolikosti i temeljnim kompetencijama u pitanjima transrodne zdravstvene njegu, ta se šteta može izbjeći (Hafford-Letchfield et al., 2017). Istraživanja pokazuju da osobe, podjednako one zaposlene u institucijama zatvorenog i otvorenog tipa, poput palijativne njegu, imaju značajne rupe u znanju (Stein et al., 2020; White et al., 2016). Haford Lečfild i saradnici (2017) pokazali su korisnost edukacija radnika u domovima za dugoročnu njegu koji bi započinjao "prepoznavanjem LGBT problema", a bio bi dostupan u domovima. Kada dodijeljenim pružiocima zdravstvene zaštite nedostaje stručnosti da procijene i/ili osiguraju tretman rodno raznolikim osobama o kojima brinu, trebalo bi da potraže savjet profesionalaca iz drugih institucija koji su iskusni u pružanju rodno-afirmišuće zdravstvene njegu (Bromdal et al., 2019; Sevelius i Jenness, 2017).

Preporuka 11.3

Preporučujemo zdravstvenim radnicima zaduženim za pripisivanje i vođenje hormonske terapije da TiRR osobama koje žive u institucijama i kojima je potrebna rodno-afirmišuća hormonska terapija da bez odgađanja i u skladu s ovim izdanjem SNJ-e osiguraju terapiju.

TiRR osobe mogu biti primljene u institucije zbog potrebe za evaluacijom rodno-afirmišuće hormonske njege ili tu potrebu mogu razviti nakon kraćeg ili dužeg boravka u instituciji. Često se TiRR osobama mjesecima ili godinama nakon što su je zatražile uskraćuje pristup hormonskoj terapiji, odnosno dobijaju nedovoljan tretman ili nisu praćene, čime se odgađa neophodna titracija lijekova, odnosno narušava se sigurnost i efikasnost terapije (Keohane, 2018; Kosilek v. Massachusetts, 2002; Monroe v. Baldwin et al., 2019). Sve navedeno može rezultirati značajnim posljedicama po mentalno zdravlje koje uključuju depresiju, anksioznost, suicidalnost i rizik od hirurških samotretmana (Brown, 2010). Kao i sva ostala nužna medicinska njegu i rodno-afirmišuća hormonska terapija treba biti pravovremena s obzirom na potrebe TiRR osobe, bez obzira na to nalazi li se ona u zatvorenom ili otvorenom institucionalnom okruženju. Zdravstveni radnici odgovarajuću titraciju hormona treba da temelje na laboratorijskim rezultatima i kliničkim ishodi- ma da bi osigurali da rezultati budu u granicama preporučenih endokrinoloških standarda. Laboratorijski uzorci trebaju se uzimati tako često da se ne odgodi adekvatna titracija.

Starije TiRR osobe koje žive u ustanovama za dugoročnu njegu imaju jedinstvene potrebe (Boyd, 2019; Carroll, 2017; Porter, 2016). Kada starije osobe zahtijevaju hormonsku terapiju, doktori bi trebali imati uvid u anamnezu, no ona su rijetko apsolutno kontraindikovana s terapijom u toj populaciji (Ettner, 2013). Ljudi s rodnom inkongruencijom u institucijama mogu imati i uporedne mentalne poteškoće (Brown i Jones, 2015; Cole et al., 1997). Te poteškoće treba razmotriti i pravilno tretirati u sklopu sveobuhvatne procjene. Osobe koje uzimaju hormone treba pomno medicinski pratiti da bi se izbjegla potencijalno neželjena interakcija s drugim lijekovima i polifarmaciju (Hembree et al., 2017).

TiRR osobe koje su u trenutku primanja u instituciju u režimu pravilne rodno-afirmišuće hormonske terapije trebalo bi da nastave s istom ili sličnom terapijom koja će biti praćena prema o- soj verziji SNJ-a. Pristup "zamrznutog kadra" (od engl. *freeze frame*) nije primjeren ni bezopasan (Kosilek v. Massachusetts, 2002). Pristup "zamrznutog kadra" danas je napuštena praksa uskraćivanja hormonske terapije osobama koje već nisu na njoj, ili propisivanja doze jednake onoj koju su TiRR osobe dobijale prije institucionalizacije, čak i u slučaju da je ta doza bila inicijalno mala. TiRR osobe za koje je procijenjeno da mogu *de novo* započeti s rodno-afirmišućom hormonskom terapijom trebale bi je započeti jednako kao da nisu u instituciji (Adams v. Federal Bureau of Prisons, No. 09-10272, D. MO June 7, 2010; Brown, 2009). Posljedice naglog prekida hormonske terapije ili njenog odgađanja kada je ona medicinski nužna značajno doprinose vjerojatnim negativnim ishodi- ma (Brown, 2010; Sundstrom and Fields v. Frank, 2011) kao što su hirurška autokastracija, depresija, pogoršanja rodne disforije i/ili suicidalnosti (Brown, 2010; Maruri, 2011).

Dobije li institucionalizovana osoba rodno-afirmišuću hormonsku terapiju i/ili hirurške zahvate, moguće da će se zbog dobrobiti i sigurnosti trebati razmotriti odluku o smještanju TiRR osobe u spolno segregovanu ustanovu (Ministarstvo pravosuđa Ujedinjenog kraljevstva, 2016).

Preporuka 11.4

Savjetujemo zdravstvenim radnicima zaduženim za njegu o institucionalizovanim TiRR osobama da preporučite i podrže rodno-afirmišuće hirurške zahvate u skladu s ovim izdanjem SNJ-e i bez odlaganja, ako dobiju takav zahtjev.

TiRR osobe s rodnom disforijom trebale bi imati odgovarajući plan terapije koji će osigurati medicinski nužne hirurške zahvate koji su dostupni osobama izvan institucija (Adams v. Federal Bureau of Prisons, No. 09-10272, D. MO June 7, 2010; Brown 2009, Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020). Posljedice uskraćivanja ili nedostupnosti rodno-afirmišućih operacija za institucionalizovane osobe mogu biti ozbiljne, a uključuju pogoršanje simptoma rodne disforije, depresiju, anksioznost, suicidalnost i mogućnost hirurškog

samotretmana (npr. autokastracija ili autopenektomija; Brown, 2010; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020; Maruri, 2011). Nerijetko se institucionalizovanim osobama uskraćuje pristup procjeni za rodno-afirmišuće hirurške zahvate, kao što im uskraćuju i terapije, čak i kada su medicinski nužne (Kosilek v. Massachusetts/Dennexy, 2012; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020). Odbijanje medicinski nužne procjene za rodno-afirmišuće hirurške zahvate, njihova nedostupnost, kao i obavezna postoperativna njega u suprotnosti su s ovim SNj-e.

Preporuka 11.5

Preporučujemo upravi, zdravstvenim i ostalim radnicima institucija da TiRR osobama koje to zatraže omoguće nabavu adekvatne odjeće i sredstava za njegu koja odgovaraju njihovom rodnom izražavanju.

Rodno izražavanje odnosi se na osobe čija su frizura, higijenski proizvodi, odjeća, imena i zamjenice odraz njihovog rodno identiteta u kontekstu kulture i/ili zajednice (APA, 2015; Hembree et al., 2017). Rodno izražavanje općeprihvaćena je norma unutar kulture ili zajednice. Društvena tranzicija je proces u kojem TiRR osobe počinju i nastavljaju iskazivati svoj rodni identitet na načine koji su autentični i društveno prepoznatljivi. Društvena tranzicija često uključuje ponašanje i javno predstavljanje različito od onoga koje se uobičajeno očekuje od ljudi s obzirom na rodnu oznaku koja im je dodijeljena pri rođenju ili upisu u matične knjige. Riječ je o pravnoj oznaci pola koji je osobi dodijeljen pri rođenju ili upisan u službenim dokumentima. (APA, 2015). Ta se oznaka najčešće bilježi kao "muški" ili "ženski", ali i kao "interpolni" ili "X" u nekim zemljama i zakonodavstvima. TiRR osobama potrebna su jednaka prava na rodno izražavanje koja imaju cisrodne osobe bez obzira na to žive li u institucijama ili izvan njih. Prihvatanjem društvene tranzicije osoblje institucija istovremeno uspostavlja odnos poštovanja i afirmacije, koji kod ostatka zajednice može ojačati poštovanje i prihvatanje, čime se, posljedično, povećava sigurnost i smanjuju neki aspekti rodne inkongruencije.

Istraživanja pokazuju da društvena tranzicija i kongruentno rodno izražavanje značajno utiču na

kvalitet mentalnog zdravlja TiRR osoba (Bocking i Coleman, 2007; Boedecker, 2018; Devor, 2004; Glynn et al., 2016; Russell et al., 2018). Da bi se osobi omogućilo rodno izražavanje, ove preporuke podrazumijevaju rodno kongruentno oblačenje i frizuru, nabavku i korišćenje rodno adekvatnih higijenskih i kozmetičkih proizvoda, obraćanje izabranim imenom ili pravno važećim prezimenom (čak i kada osoba još nije u mogućnosti promijeniti ime u dokumentima), kao i korišćenje ličnih zamjenica u skladu s rodnim identitetom. Svi ti elementi rodno izražavanja i društvene tranzicije, na pojedinačnom i kolektivnom nivou, te u skladu s individualnim potrebama, smanjuju rodnu disforiju/inkongruenciju, depresiju, anksioznost, samopovređivanje, suicidalne misli i pokušaje suicida (Russell et al., 2018). Osim toga, ti elementi kongruentnog rodno izražavanja doprinose opštoj dobrobiti i funkcionisanju (Glynn et al., 2016).

Preporuka 11.6

Preporučujemo da se institucijsko osoblje uvijek obraća TiRR osobama njihovim odabranim imenima i ličnim zamjenicama.

S obzirom na rast procenta populacije koja se otvoreno identifikuje kao rodno raznolika, postoji potreba da se razviju i implementiraju prakse i politike koje odgovaraju njihovim potrebama, bez obzira na to gdje žive (McCauley et al., 2017). Na primjer, institucije bi trebale koristiti medicinske i administrativne kartone za svoje korisnike u kojima treba slijediti rodne oznake konzistentne rodnom identitetu, a ne samo polu pripisanom pri rođenju. Prilikom izrade ovih preporuka shvatili smo da rodna ekspanzija može predstavljati izazov za dio institucijskih normi. Međutim, sve su institucije odgovorne garantovati sigurnost i dobrobit svih osoba koje u njima borave (Australija, 2015; Corrective Services New South Wales, 2015; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020; Kosilek v. Massachusetts, 2002; NCCHC, 2015). Sevelius i kolege (2020) pokazali su da je pravilno korišćenje ličnih zamjenica rodno-afirmišuće za transrodne žene te je u korelaciji s pozitivnim ishodom mentalnog zdravlja i zdravstvenih ishoda povezanih s HIV-om. Ako je korisnik promijenio ime u ličnim

dokumentima, institucionalni kartoni trebali bi biti usklađeni s tom promjenom.

Preporuka 11.7

Preporučujemo upravi institucije, zdravstvenim radnicima i drugim službenicima koji odlučuju o smještaju TiRR korisnika da razmotre njihove pojedinačne preference, rodni identitet i rodno izražavanje te pitanja sigurnosti, a ne samo njihovu anatomiju ili pol pripisan pri rođenju.

Razdvajanje ljudi prema polu koji im je pripisan pri rođenju praksa je koje se nerijetko primjenjuje u institucionalnim okruženjima (Brown i Mc Duffie, 2009; Routh et al., 2017), a može stvoriti u bitno opasno okruženje (Ledesma i Ford, 2020). Rodno raznolike osobe izuzetno su izložene riziku od stigmatizacije, viktimizacije, zanemarivanja i seksualnog zlostavljanja (Banbury, 2004; Beck, 2014; Jenness i Fenstermaker, 2016; Malkin i De Jong, 2018; Oparah, 2012; Stein et al., 2020). Sistemska segregacija na osnovu pola često doprinosi nesigurnosti TiRR osoba i može im onemogućiti pristup rodno-afirmišućoj zdravstvenoj njezi (Stohr, 2015). Zato bi institucije trebalo da slijede procedure rutinske evaluacije potreba i preferenci smještaja TiRR osoba (npr. Federal Bureau of Prisons, 2016). Zakon o sprečavanju zatvorskog silovanja u SAD-u (*Prison Rape Elimination Act*) posebno navodi TiRR osobe kao ranjivu populaciju i upućuje uprave zatvora širom SAD-a i da vode računa o tome gdje njihovi korisnici žele biti smješteni (Bureau of Justice Assistance, 2017).

Preporuka 11.8

Preporučujemo institucijskim tijelima da uspostave politike stanovanja koje će TiRR osobama garantovati sigurnost, bez segregacije ili izolacije.

Smještaj TiRR korisnika isključivo na osnovu anatomije njihovih genitalija ili polu koji im je pripisan pri rođenju pogrešan je i povećava rizik od fizičke i/ili psihičke povrede (Scott, 2013; Simopoulos i Khin, 2014; Yona i Katri, 2020). Dokazano je da su TiRR osobe u institucijama zatvorenog tipa daleko češće seksualno zlostavljane ili silovane nego drugi zatvorenici (James et al., 2016; Jenness i Fenstermaker, 2016; Malkin i De Jong, 2019). Pri donošenju odluka o smještaju

valja voditi računa o sigurnosti, a zajedničko odlučivanje na osnovu izjave pojedinca treba provoditi od slučaja do slučaja (Federal Bureau of Prisons, 2016; Jenness i Smyth, 2011). Neke transrodne žene sklonije su da borave u ustanovama za muškarce, dok se druge osjećaju sigurnije u onima za žene. S obzirom na to da je raspon rodni identiteta, rodni izražavanja i tranzicijskih statusa među rodno raznolikim osobama vrlo heterogen, da bi se garantovala sigurnost tim osobama potrebno je fleksibilno odlučivanje (Yona i Katri, 2020). Jedan od strahova starijih LGBT osoba koje žive u domovima za dugoročnu njegu je da će ih cimeri zlostavljati (Jablonski et al., 2013). Pri određivanju smještaja u domovima za dugotrajnu njegu ili ustanovama za profesionalnu rehabilitaciju trebalo bi voditi računa o tome da se starijim korisnicima dodijeli soba na temelju njihovog rodno samoodređenja, bez obzira na onaj koji im je pripisan pri rođenju, istoriju hirurških zahvata te u dogovoru s TiRR korisnikom.

Samice, koje su katkada mjera administrativne segregacije u kazneno-popravnim institucijama, podrazumijevaju fizičku izolaciju zatvorenika koji borave u njima oko 23 sata dnevno. Izolacija se koristi u nekim kazneno-popravnim institucijama kao disciplinska mjera, ali i kao mjera zaštite zatvorenika za koje se smatra da predstavljaju opasnost za sebe ili druge, odnosno u opasnosti su od seksualnog nasilja. No izolacija zatvorenika zbog sigurnosnih razloga, kada je to potrebno, treba biti kratkotrajna s obzirom na to da može uzrokovati teške psihičke posljedice i izrazite poremećaje funkcionisanja (Ahalt et al., 2017; Scharff Smith, 2006). Propisani Standardi nacionalnih zatvora i Ujedinjeni narodi navode da je izolacija duža od 15 dana mučenje (NCCHC, 2016; UN, 2015).

Preporuka 11.9

Preporučujemo institucijskim tijelima da na zahtjev TiRR osoba koje borave u njihovim institucijama omoguće privatnu upotrebu tuša i toaleta.

Nužnost i važnost privatnosti je univerzalna bez obzira na rodni identitet. TiRR osobe svjedoče o izbjegavanju javnih toaleta, o ograničavanju hrane i pića da bi mogli izbjeći njihovu upotrebu, što

često dovodi do urinarnih infekcija i bubrežnih problema (James et al., 2016). TiRR osobe koje borave u institucijama često su lišene privatnosti u toaletu i pri obavljanju lične higijene, što može dovesti do psihičke povrede i/ili seksualnog zlostavljanja (Bartels i Lynch, 2017; Brown, 2014; Cook-Daniels, 2016; Mann, 2006). Skladno tome, u institucijama zatvorenog tipa fizičke pretrase, preglede tijela i tjelesnih šupljina trebalo bi obavljati osoblje istog pola, no razumljivo je da se to možda neće biti moguće u vanrednim slučajevima. Oni koji nisu direktno uključeni u pretragu trebali bi biti onemogućeni da je gledaju (Federal Bureau of Prisons, 2017). Privatna upotreba tuša i toaleta nekim je zakonima propisana za institucionalizovane TiRR osobe, što na primjer uključuje i Zakon o sprečavanju zatvorskog silovanja u SAD-u.

Populacija starijih TiRR osoba kojima je potrebna institucionalna pomoć i njegu raste (Carroll,

2017; Witten i Eyler, 2016). Mnoge ustanove za dugoročnu njegu, kao i domovi za starije, treba da razmotre potrebe svojih necisrodnih korisnika (Ettner, 2016; Ettner i Wiley, 2016). Istraživanja zdravstvenih radnika sprovedena na populaciji starijih osoba koje su smještene u hospicijima i ustanovama za palijativnu njegu, kao i domovima za dugoročnu njegu, ukazuju na to da TiRR osobama često nisu zadovoljene osnovne potrebe, da su diskriminisane u pristupu medicinskoj njezi ili su fizički i/ili emotivno zlostavljane (Stein et al., 2020). Istraživanje vezano za pružaoce njege za starije osobe u Australiji upućuje na rijetka iskustva ili razumijevanja za probleme te populacije. Mnogi stariji TiRR korisnici zapravo priznaju da skrivaju svoj rodni identitet zbog straha od surovosti ili diskriminacije (Cartwright et al., 2012; Cook-Daniels, 2016; Grant et al., 2012; Horner et al., 2012; Orel i Fruhauf, 2015).

POGLAVLJE 12 Hormonska terapija

Transrodnim i rodno raznolikim osobama (TiRR) može biti potrebna rodno-afirmišuća hormonska terapija (engl. *gender-affirming hormone therapy*, GAHT) za postizanje promjena usklađenih s njihovim ciljevima, rodnim identitetom ili oboje (v. preporuku 2.1 o medicinskoj nužnosti u drugom poglavlju – Globalnoj primjenjivosti). Ovo poglavlje opisuje preporuke vezane uz hormonsku terapiju potrebnu TiRR odraslima i adolescentima. Molimo pogledajte peto poglavlje – Procjenu odraslih osoba i šesto poglavlje – Adolescente za kriterijume procjene vezane uz početak hormonske terapije za odrasle i adolescente. Sažetak preporuka i kriterijume procjene moguće je pronaći u Prilogu D.

Od prvog izdanja Standarda njege Svjetskog strukovnog udruženja za zdravlje trans osoba (WPATH-a) 1979. godine, kao i u naknadnim ažuriranjima Standarda, uključujući sedmu verziju, rodno-afirmišuća hormonska terapija potvrđena je kao medicinski nužna (Coleman et al., 2012). WPATH podržao je smjernice organizacije *Endocrine Society* za hormonsku terapiju kod TiRR osoba 2009. i 2017. godine (Hembree et al., 2009; Hembree et al., 2017). Stručno udruženje *European Society for Sexual Medicine* također je objavilo izjavu kako regulirati hormonsku terapiju kod TiRR adolescenata i odraslih (T'Sjoen et al., 2020). Hormonska je terapija kod odraslih osoba sigurna kada se pruža pod medicinskim nadzorom (Tangpricha i den Heijer, 2017; Safer i Tangpricha, 2019). Međutim, postoje neki potencijalni dugoročni rizici, te su potrebni pažljivi skrining i nadzor kako bi se smanjile nepoželjne posljedice (Hembree et al., 2017; Rosenthal, 2021).

Uopšteno, cilj je uticati na nivo polnih hormona u serumu kako bi se podudarale s nivoima povezanim s rodnim identitetom osobe, iako optimalni ciljni rasponi nisu utvrđeni (Hembree et al., 2017). Zdravstveni stručnjaci mogu uvidom u nivo testosterona i/ili estradiola u serumu pratiti većinu tretmana polnim hormonima. Međutim, upotreba konjugiranih estrogena ili sintetičkih estrogena ne može se pratiti. Pretpostavka da se odnos estrona i estradiola treba pratiti nije podržana nedavnom kohortnom studijom s obzirom

na to da nije utvrđena poveznica između koncentracije estrona i promjene u raspodjeli tjelesne mase ili razvoju dojki u evropskoj kohorti koja je obuhvatila 212 odraslih transrodnih žena tokom jednogodišnjeg praćenja hormonske terapije (Tebbens et al., 2021). Ova studija je pokazala da veće koncentracije estrona ili viši odnos estrona i estradiola nisu povezani s antagonističkim učincima na feminizaciju (postotak masnog tkiva i razvoj dojki) (Tebbens et al., 2021). Stoga praćenje odnosa estrona i estradiola nije podržano do danas objavljenim dokazima. Prethodno korišćeni konjugirani estrogeni napušteni su u korist bioidentičnih estrogena. Iako su neke studije pokazale značajno veći rizik za tromboembolijske i kardiovaskularne komplikacije kod upotrebe oralnih konjugiranih estrogena u poređenju sa oralnim estradiolom kod postmenopauzalnih žena, nije sprovedena niti jedna randomizirana klinička studija, kako ni kod postmenopauzalnih žena, tako ni kod transrodnih osoba koje se podvrgavaju terapiji estrogenom (Smith et al., 2014).

Pristup GAHT-u razlikuje se i zavisi od razvojne faze osobe u vrijeme početka hormonske terapije, kao i o njenim ciljevima. Hormonska terapija ne preporučuje se za djecu koja nisu započela pubertet. Kod mladih osoba koje su dosegle rane faze puberteta (kao što je opisano u šestom poglavlju – Adolescentima), fokus je obično na odgađanju daljnjeg pubertetskog napretka agonistima gonadotropin-oslobađajućeg hormona (GnRH_a) do odgovarajućeg vremena kada se može uvesti GAHT. U tim slučajevima pubertetska supresija smatra se medicinski neophodnom. Odrasle osobe koje ispunjavaju kriterijume, opisane u petom poglavlju – Procjeni odraslih, mogu započeti GAHT. Osim toga, zdravstveni radnici trebaju razgovarati o reproduktivnom zdravlju i postupcima za očuvanje plodnosti prije uvođenja GAHT-a. V. šesnaesto poglavlje – Reproductivno zdravlje.

GAHT koji teži feminizaciji obično se sastoji od estrogena i lijeka za snižavanje nivoa androgena (Hembree et al., 2017). Iako postoje anegdotalni izvještaji o upotrebi progesterona za razvoj dojki i upravljanje rapoloženjem, trenutno ne postoji dovoljno dokaza o tome da bi potencijalne koristi od

Lista preporuka:

- 12.1** - Preporučujemo zdravstvenim stručnjacima da započnu supresiju pubertetskih hormona kod transrodnih i rodno raznolikih adolescenata koji zadovoljavaju kriterijume za taj postupak* tek nakon prvih vidljivih pubertetskih promjena (Tanerov stadijumum 2).
- 12.2** - Preporučujemo zdravstvenim stručnjacima korišćenje GnRH agonista kako bi zaustavili lučenje endogenih polnih hormona kod TiRR osoba koje zadovoljavaju kriterijume za supresiju* i kod kojih postoje indikacije za blokiranje puberteta.
- 12.3** - Predlažemo zdravstvenim stručnjacima propisivanje progestina (oralni ili injektibilni depo) za supresiju puberteta kod transrodnih i rodno raznolikih mladih osoba koje zadovoljavaju kriterijume za taj postupak* kada GnRH agonisti nisu dostupni ili kada su skupi.
- 12.4** - Predlažemo zdravstvenim stručnjacima da propisuju GnRH agoniste za supresiju polnih hormona bez istovremene zamjene polnim hormonima kod transrodnih i rodno raznolikih adolescenata koji zadovoljavaju kriterijume za taj postupak* te koji su značajno zašli u pubertetski razvoj ili su ga završili (nakon Tanerova stadijumuma 3), ali su nesigurni oko hormonske terapije ili je ne žele započeti.
- 12.5** - Preporučujemo da zdravstveni stručnjaci propisuju režime terapije polnim hormonima kao dio rodno-afirmišuće terapije kod transrodnih i rodno raznolikih adolescenata koji zadovoljavaju kriterijume za taj postupak*, a koji su barem u Tanerovom stadijumumu 2, uz uključenost roditelja/staratelja, osim ako se njihova uključenost utvrdi štetnom ili nepotrebnom za adolescenta.
- 12.6** - Preporučujemo zdravstvenim stručnjacima mjerenje nivoa hormona tokom rodno-afirmišuće terapije kako bi se osiguralo da je nivo endogenih polnih hormona suprimiran, a da se nivo primijenjenih polnih hormona održava na nivou primjerenoj za ciljeve terapije transrodnih i rodno raznolikih osoba, a u skladu s Tanerovim stadijumom.
- 12.7** - Preporučujemo zdravstvenim stručnjacima da propišu progestogene ili GnRH agoniste transrodnim i rodno raznolikim adolescentima s matericom koji zadovoljavaju kriterijume* da bi se smanjila disforija uzrokovana menstrualnim ciklusom u slučajevima u kojima se upotreba rodno-afirmišućeg testosterona još ne preporučuje.
- 12.8** - Preporučujemo pružaocima zdravstvene njege da uključe stručnjake iz različitih disciplina posvećenih transrodnom zdravlju i koordinaciji njege za transrodne i rodno raznolike adolescente.
- 12.9** - Preporučujemo zdravstvenim radnicima da redovno organizuju kliničke evaluacije radi praćenja fizičkih promjena i potencijalnih neželjenih reakcija na polne hormone, uključujući laboratorijsko praćenje polnih hormona svaka 3 mjeseca tokom prve godine hormonske terapije ili, uz promjene doze, sve dok se ne dosegne stabilna doza za odrasle, nakon čega se sprovode klinički i laboratorijski testovi jednom ili dvaput godišnje kada se postigne stabilna doza za odrasle.
- 12.10** - Preporučujemo da zdravstveni radnici informišu i savjetuju sve osobe koje traže rodno-afirmišući medicinski tretman o dostupnim mogućnostima za očuvanje plodnosti prije započinjanja supresije puberteta i prije primjene hormonske terapije.
- 12.11** - Preporučujemo da, prije početka tretmana namijenjenog transrodnim i rodno raznolikim osobama, zdravstveni radnici procijene i adresiraju medicinska stanja koja se mogu pogoršati sniženom koncentracijom endogenih polnih hormona i terapijom egzogenim polnim hormonima.
- 12.12** - Preporučujemo da zdravstveni radnici edukuju transrodne i rodno raznolike osobe uključene u rodno-afirmišuće tretmane o početku i vremenskom toku fizičkih promjena izazvanih terapijom polnim hormonima.
- 12.13** - Preporučujemo da zdravstveni radnici ne propisuju etinilestradiol transrodnim i rodno raznolikim osobama kao dio rodno-afirmišuće hormonske terapije.
- 12.14** - Predlažemo da zdravstveni radnici, kada se preporučuje rodno-afirmišuća terapija estrogenom, propišu transdermalni estrogen transrodnim i rodno raznolikim osobama koje zadovoljavaju kriterijume za GAHT*, a koje imaju veći rizik od razvoja venske tromboembolije na temelju starosti > 45 godina ili prethodne istorije venske tromboembolije.
- 12.15** - Predlažemo da zdravstveni radnici ne propisuju konjugirane estrogene transrodnim i rodno raznolikim osobama kada je estradiol dostupan kao dio rodno-afirmišuće hormonske terapije.
- 12.16** - Preporučujemo da zdravstveni radnici propisuju lijekove za snižavanje testosterona (ciproteronacetat, spironolakton ili GnRH agoniste) transrodnim i rodno raznolikim osobama s testisima koje zadovoljavaju kriterijume*, a koje uzimaju estrogen kao dio plana hormonske terapije, ako je njihov lični cilj približan nivo cirkulišućih polnih hormona kao kod cisrodnih žena.
- 12.17** - Preporučujemo da zdravstveni radnici prate nivoe hematokrita (ili hemoglobina) kod transrodnih i rodno raznolikih osoba koje su na terapiji testosteronom.
- 12.18** - Predlažemo da zdravstveni radnici sarađuju s hirurzima u pogledu upotrebe hormona prije i nakon rodno-afirmišuće operacije.
- 12.19** - Predlažemo da zdravstveni radnici savjetuju transrodne i rodno raznolike osobe o različitim mogućnostima koje su dostupne za rodno-afirmišuću operaciju, osim ako operacija nije indicirana ili je medicinski kontraindicirana.
- 12.20** - Preporučujemo da zdravstveni radnici započnu i nastave rodno-afirmišuću hormonsku terapiju kod transrodnih i rodno raznolikih osoba koje zadovoljavaju kriterijume za taj oblik terapije*, a kojima je potrebna zbog vidljivog poboljšanja psihosocijalnog funkcioniranja i kvaliteta života.
- 12.21** - Preporučujemo da zdravstveni radnici zadrže postojeću hormonsku terapiju ako se mentalno zdravlje transrodne i rodno raznolike osobe pogorša procjenjujući razlog pogoršanja, osim ako nije kontraindicirano.

* Za pojašnjenje kriterijuma koji bi trebali biti ispunjeni kod adolescenata i odraslih osoba, molimo v. peto poglavlje - Procjenu odraslih i šesto poglavlje - Adolescente, kao i Prilog D.

primjene progesterona nadmašivale potencijalne rizike (Iwamoto, T'Sjoen et al., 2019).

Maskulinizujući GAHT obično se sastoji od testosterona. WPATH i organizacija *Endocrine Society* preporučuje praćenje nivoa polnih hormona. Iako je GAHT prilagođen individualnim potrebama TiRR osobe, obično se nivoi hormona održavaju u koncentraciji dovoljnoj za očuvanje zdravlja kostiju i nisu suprafiziološke (Hembree et al., 2017; Rosen et al., 2019).

U većini slučajeva, GAHT se održava tokom cijelog života. Nije poznato je li potrebno doze GAHT-a smanjiti kod starijih TiRR osoba. Prekidanje hormonske terapije može dovesti do gubitka koštane mase kod TiRR osoba, a nesumnjivo će dovesti do toga kod osoba čije su gonade uklonjene (Wiepjes et al., 2020). Potrebno je provoditi rutinsku primarnu zdravstvenu zaštitu (v. petnaesto poglavlje – Primarnu zdravstvenu zaštitu). Epidemiološke studije izvijestile su o povećanoj incidenciji kardiovaskularnih bolesti i venske tromboembolije (VTE) kod TiRR osoba koje uzimaju estrogen, posebno kod starijih osoba i kod raznih oblika GAHT-a (Irwig, 2018; Maraka et al., 2017). TiRR osobe uključene u terapiju testosteronom takođe mogu iskusiti povećane kardiovaskularne rizike i štetne učinke, kao što su povećani rizik infarkta miokarda, povišeni krvni pritisak, smanjeni HDL-kolesterol i povećana tjelesna masa (Alzahrani et al., 2019; Irwig, 2018; Kyinn et al., 2021). Zdravstveni stručnjaci trebaju razgovarati o životnim navikama i farmakološkoj terapiji s pacijentima koji su pod najvećim rizikom razvoja kardiovaskularnih bolesti (v. petnaesto poglavlje – Primarnu zdravstvenu zaštitu). Policitemija je još jedan poremećaj koji se može pojaviti kod TiRR osoba koje uzimaju testosteron (Antun et al., 2020). Stoga je važno kontinuirano pratiti razvoj stanja koja se mogu pogoršati GAHT-om tokom života (Hembree et al., 2017).

Sve preporuke u ovom poglavlju donesene su na temelju detaljnog pregleda dokaza, procjene koristi i štete, vrijednosti i preferenci pružaoca usluga i pacijenata, kao i potrebnih resursa i izvedivosti. U nekim slučajevima uviđamo da su dokazi ograničeni i/ili usluge možda nisu dostupne ili poželjne.

Rodno-afirmišuća hormonska terapija kod mladih

U sljedećim opoglavljima raspravljat će se o hormonskoj terapiji kod mladih TiRR osoba. U zavisnosti od razvojnog doba mlade osobe, ovaj oblik hormonske terapije obično se sastoji od dvije faze, i to suzbijanja puberteta i, nakon njega, uključivanja GAHT-a. Tokom prve faze, razvoj puberteta je zaustavljen kako bi se omogućilo mladoj osobi da istraži svoj rodni identitet i ciljeve u vezi s vlastitim tijelom u svrhu pripreme za sljedeću fazu, koja može uključivati GAHT. Ova sekcija će raspravljati o preporukama za korišćenje agonista gonadotropin-oslobađajućeg hormona (GnRHa), kao i o alternativnim pristupima supresiji puberteta, a slijediće ih preporuke za GAHT. Naredne sekcije odnose se i na mlade i na odrasle.

Preporuka 12.1

Preporučujemo zdravstvenim stručnjacima da započnu supresiju pubertetskih hormona kod transrodnih i rodno raznolikih adolescenata koji zadovoljavaju kriterijume za taj postupak* tek nakon prvih vidljivih pubertetskih promjena (Tanerov stadijum 2).

Uopšteno, cilj primjene GnRHa kod TiRR adolescenata je sprječavanje daljeg razvoja endogenih, sekundarnih polnih karakteristika koje odgovaraju polu pripisanom pri rođenju. Budući da je ovaj tretman u potpunosti reverzibilan, smatra se produženim vremenom koje se otvara adolescentima za istraživanje sopstvenog rodnog identiteta ranom društvenom tranzicijom (Ashley, 2019e). Tretman GnRHa-om takođe ima terapijsku korist jer često dovodi do značajnog smanjenja nivoa tjeskobe koja proizlazi iz fizičkih promjena koje se javljaju kada započne endogeni pubertet (Rosenthal, 2014; Turban, King et al., 2020).

Kod prepubertetske TiRR djece koja su bila dosljedna u svojem rodnom identitetu, bilo koji nivo trajnog razvoja sekundarnih polnih karakteristika mogao bi rezultirati značajnom tjeskobom. Iako neki razmatraju primjenu GnRH agonista kao opciju supresije puberteta kod osoba u Tanerovom stadijumu 1, takva upotreba GnRH agonista nije preporučljiva (Hembree et al., 2017). Kada dijete dosegne starost u kojoj obično počinje pubertet (uglavnom 7-8 do 13 godina za osobe s

jajnicima i 9 do 14 godina za osobe s testisima), bilo bi prikladno češće pratiti dijete, otprilike svaka 4 mjeseca, i promatrati razvoj znakova puberteta (razvoj dojki ili porast volumena testisa > 4 mL). S obzirom na uobičajeni tempo pubertetskog razvoja (3,5-4 godine za završetak), vrlo je malo vjerojatno da će se trajne pubertetske promjene razviti ako osoba prolazi kroz pubertet samo 4 mjeseca ili manje. Stoga, uz često praćenje, početak puberteta moguće je lako otkriti prije nego što se dogode nepovratne fizičke promjene, a terapiju GnRH agonistima moguće je tada započeti s velikom efikasnošću. Važno je napomenuti da nakon početka primjene GnRH-a obično dolazi do regresije jednog Tanerova stadijuma. Stoga, ako se dojke krenu razvijati samo na nivou Tanerovog stadijuma 2, taj se razvoj obično potpuno vrati na predpubertetski Tanerov stadijum 1; isto obično vrijedi i za testise u Tanerovom stadijumu 2 (često nevidljiv pacijentu i nepovezan s razvojem sekundarnih polnih karakteristika).

S obzirom na to da GnRH-a djeluje desenzitizacijom GnRH receptora, ako nema porasta endogene GnRH stimulacije hipofize (prvi biohemijski znak puberteta), nema potrebe za desenzitizacijom GnRH receptora. Osim toga, zbog široke varijabilnosti vremena početka puberteta (kao što je gore napomenuto), teško je opravdati korišćenje GnRH agonista koji mogu imati neki nepoznati rizik ako nema fiziološke koristi prije početka puberteta. Upotreba GnRH-a kod djeteta u Tanerovom stadijumu 1 bila bi opravdana samo u slučajevima konstitucijskog kašnjenja u rastu i pubertetu, vjerojatno zajedno s početkom GAHT-a.

Međutim, primjena GnRH agonista može se razmotriti kod djeteta koje, zbog konstitucijskog kašnjenja u rastu i pubertetu, započinje GAHT dok je još u Tanerovom stadijumu 1. Pokretanje GAHT-a može aktivirati hipotalamičko-hipofizno-gonadalnu osu na početku, ali takođe može prikriti učinke ove aktivacije na tijelo. Kako bi se izbjegle tjelesne promjene koje bi mogle pogoršati rodnu inkongruenciju, primjenu GnRH agonista moguće je započeti kao dodatnu terapiju uz GAHT, neposredno nakon pokretanja GAHT-a, kako bi se omogućio pubertetski razvoj fenotipa u skladu s identitetom.

Osim toga, suzbijanje razvoja sekundarnih polnih karakteristika djelotvornije je kada se hormonska terapija započne u ranoj do srednjoj fazi puberteta u poređenju sa pokretanjem hormonske terapije nakon završetka puberteta (Bangalore-Krishna et al., 2019). Skladno tome, za adolescente koji su već dosegli endogeni pubertet i razmišljaju o početku GAHT-a, GnRH agonisti mogu se koristiti kako bi se inhibirale fizičke funkcije, poput menstruacija ili erekcija, i mogu poslužiti kao prelazno rješenje dok adolescent, staratelj ili staratelj (ako adolescent nije sposoban dati saglasnost samostalno) i stručni tim koji pruža podršku mladoj TiRR osobi ne donesu odluku (Bangalore-Krishna et al., 2019; Rosenthal, 2021).

Početak puberteta događa se reaktivacijom hipotalamičko-hipofizno-gonadalne ose. Klinička procjena stadijuma puberteta temelji se na fizičkim oznakama koje odražavaju tu reaktivaciju. Kod osoba s funkcionalnim jajnicima, Tanerov stadijum 2 karakteriše razvoj mliječne žlijezde. Razvoj mliječne žlijezde nastaje izloženošću estrogenu koji proizvode jajnici. Kod osoba s funkcionalnim testisima, Tanerov stadij 2 karakteriše povećanje volumena testisa (obično iznad 4 ml). Rast testisa posredovan je gonadotropinima luteinizirajućim hormonom (LH) i folikulostimulirajućim hormonom (FSH). U kasnijim fazama, testisi proizvode dovoljno testosterona da bi podstakli maskulinizaciju tijela.

Preporuka 12.2

Preporučujemo zdravstvenim stručnjacima korišćenje GnRH agonista kako bi zaustavili lučenje endogenih polnih hormona kod TiRR osoba koje zadovoljavaju kriterijume za supresiju* i kod kojih postoje indikacije za blokiranje puberteta. Za popratni tekst, v. preporuku 12.4.

Preporuka 12.3

Predlažemo zdravstvenim stručnjacima propisivanje progestina (oralni ili injektibilni depo) za supresiju puberteta kod transrodnih i rodno raznolikih mladih osoba koje zadovoljavaju kriterijume za taj postupak* kada GnRH agonisti nisu dostupni ili kada su skupi. Za popratni tekst, v. preporuku 12.4.

Preporuka 12.4

Predlažemo zdravstvenim stručnjacima da propisuju GnRH agoniste za supresiju polnih hormona bez istovremene zamjene polnih hormona kod transrodnih i rodno raznolikih adolescenata koji zadovoljavaju kriterijume za taj postupak* te koji su značajno zašli u pubertetski razvoj ili koji su ga završili (nakon Tanerovog stadijuma 3) ali su nesigurni oko hormonske terapije ili je ne žele započeti.

GnRH agonisti smanjuju koncentracije gonadotropina i polnih hormona kod TiRR adolescenata i tako zaustavljaju daljnji razvoj sekundarnih polnih karakteristika (Schagen et al., 2016). Njihova upotreba je uopšteno sigurna, a razvoj hipertenzije jedini je kratkotrajni štetni učinak koji se navodi u literaturi (Delemarre-van de Waal i Cohen-Kettenis, 2006; Klink, Bokenkamp et al., 2015). GnRH agonisti sprječavaju hipofizu da luči LH i FSH (Gava et al., 2020). Kada se nivo gonadotropina smanji, gonade više nisu stimulirane za proizvodnju polnih hormona (estrogena ili androgena) i nivoi polnih hormona u krvi padaju na prepubertetsku razinu. Terapija GnRH agonistima dovodi do djelimične regresije početnih faza već razvijenih sekundarnih polnih karakteristika (Bangalore et al., 2019). TiRR adolescenti s funkcionalnim jajnicima iskusiće smanjenje rasta tkiva dojke, a ako se terapija započne u Tanerovom stadijumu 2, tkivo dojke može potpuno nestati (Shumer et al., 2016). Menarhu je moguće spriječiti primjenom GnRH agonista kod adolescenata s matericom. Kod TiRR adolescenata s funkcionalnim testisima, volumen testisa će se smanjiti na niži nivo.

Kada se terapija GnRH agonistima započne kod adolescenata u kasnijim fazama pubertetskog razvoja, neke fizičke promjene puberteta, poput posljednjih faza razvoja dojki kod TiRR adolescenata s funkcionalnim jajnicima, kao i nižeg glasa i rasta dlaka na licu kod TiRR adolescenata s funkcionalnim testisima, neće se potpuno povući, iako će se njihov daljnji napredak zaustaviti (Delemarre-van de Waal i Cohen-Kettenis, 2006). GnRH agonisti koriste se od 1981. godine za tretiranje centralnog preuranjenog puberteta (Comite et al., 1981; Laron et al., 1981), a njihove su koristi dobro utvrđene (v. takođe preporuke u šestom

poglavlju – Adolescentima). Upotreba GnRH agonista kod osoba s centralnim preuranjenim pubertetom smatra se sigurnom i djelotvornom, bez poznatih dugoročnih štetnih učinaka (Carel et al., 2009). Međutim, upotreba GnRH agonista u TiRR adolescenata smatra se upotrebom koja nije indicirana u konvencionalnoj upotrebi agonista s obzirom na to da nisu prvobitno razvijeni u tu svrhu. Ipak, rezultati praćenja adolescenata kojima su propisani GnRH agonisti u sličnoj dozi i načinu primjene pokazuju djelotvornost u odgađanju početka puberteta, iako dugoročni učinci na koštanoj masi nisu do kraja utvrđeni (Klink, Caris et al., 2015). Unatoč tome što su dugoročni rezultati praćenja TiRR adolescenata ograničeni u odnosu na adolescente s preuranjenim pubertetom, prikupljanje je podataka usredsređeno na TiRR populaciju u toku (Klaver et al., 2020; Lee, Finlayson et al., 2020; Millington et al., 2020; Olson-Kennedy, Garofalo et al., 2019).

Prepoznavamo da terapija GnRH agonistima može biti nedostupna za adolescente koji ispunjavaju kriterijume za taj oblik terapije, iako je medicinski nužna, zato što u nekim zemljama nije pokrivena zdravstvenim osiguranjem ili je skupa. Stoga se u tim slučajevima trebaju razmotriti druge metode, poput oralnih ili injekcijskih progestinskih formulacija. Osim toga, za adolescente starije od 14 godina trenutno nema rezultata istraživanja koji bi zdravstvenim stručnjacima ukazali na to mogu li se GnRH agonisti primjenjivati kao monoterapija (i koliko dugo) bez mogućnosti značajnog rizika za koštano zdravlje. To je zato što kosti neće biti izložene dovoljnim nivoima polnih steroidnih hormona (Rosenthal, 2021).

Produženo hipogonadalno stanje u adolescenciji, bilo da je uzrokovano medicinskim stanjima kao što je hipergonadotropni hipogonadizam bilo ija-trogenim uzrocima poput monoterapije GnRH agonistima ili pak fiziološkim stanjima poput uslovnog kašnjenja u rastu i razvoju, često je povezano s povećanim rizikom lošeg koštanog zdravlja kasnije u životu (Bertelloni et al., 1998; Finkelstein et al., 1996). Međutim, akumulacija koštane mase je multifaktorijalni proces koji uključuje složenu interakciju između endokrinih, genetskih i životnih faktora (Anai et al., 2001). Pri

odlučivanju o trajanju monoterapije GnRH agonistima, treba uzeti u obzir sve čimbenike koji bi mogli uticati, uključujući čimbenike kao što su početna koštana masa, koštana dob i pubertetska faza iz endokrinološke perspektive, prirast visine, kao i psihosocijalni čimbenici poput mentalne zrelosti i razvojne faze u odnosu na adolescentsku kohortu te individualni ciljevi terapije (Rosenthal, 2021). Zato, multidisciplinarni tim i kontinuirani klinički odnos s adolescentom i porodicom trebaju da se održavaju prilikom pokretanja terapije GnRH agonistima (v. preporuke 6.8, 6.9 i 6.12 u šestom poglavlju – Adolescentima). Klinički tok tretmana, npr. razvoj koštane mase tokom terapije GnRH agonistima i odgovor adolescenata na tretman, mogu pomoći u određivanju trajanja monoterapije GnRH agonistima.

Preporuka 12.5

Preporučujemo da zdravstveni stručnjaci propisuju režime terapije polnim hormonima kao dio rodno-afirmišuće terapije kod transrodnih i rodno raznolikih adolescenata koji zadovoljavaju kriterijume za taj postupak*, a koji su barem u Tanerovom stadijumu 2, uz uključenost roditelja/staratelja, osim ako se njihova uključenost utvrdi štetnom ili nepotrebnom za adolescenta. Za popratni tekst, v. preporuku 12.6.

Preporuka 12.6

Preporučujemo zdravstvenim stručnjacima mjerenje nivoa hormona tokom rodno-afirmišuće terapije kako bi se osiguralo da je nivo endogenih polnih hormona suprimirana, a da se nivo primijenjenih polnih hormona održava na nivou primjerenoj za ciljeve terapije transrodnih i rodno raznolikih osoba, a u skladu s Tanerovim stadijumom.

Terapija polnim steroidnim hormonima obično se sastoji od dvaju terapijskih režima, zavisno od trenutka primjene GnRH agonista. Kada terapija GnRH agonistima započne u ranim fazama endogenog pubertetskog razvoja, pubertet koji odgovara rodnom identitetu ili ciljevima tjelesnog izgleda indukuje se dozama polnih steroidnih hormona sličnim onim dozama koje se koriste kod adolescenata u peripubertetskom hipogonadizmu.

U ovom kontekstu, doze polnih steroidnih hormona očekivane kod odraslih osoba obično se postižu tokom razdoblja od otprilike dvije godine (Chantrapanichkul et al., 2021). Kada se terapija GnRH agonistima pokrene kod adolescenata u kasnoj ili postpubertetskoj dobi, polni steroidni hormoni mogu se propisati u višoj početnoj dozi koja se, zatim, može sve brže povisivati dok se ne postigne održavajuća doza, slično terapijskim protokolima korišćenim kod transrodnih odraslih osoba (Hembree et al., 2017). Dodatna je prednost tretmana GnRH agonistima ta što se polni steroidni hormoni ne moraju davati u suprafiziološkim dozama, što bi inače bilo potrebno da bi se suzbila endogena proizvodnja polnih hormona (Safer i Tangpricha, 2019). Kod TiRR osoba s funkcionalnim testisima, terapija GnRH agonistima (ili drugim lijekom koji blokira testosteron) treba se nastaviti sve dok se transrodni adolescent ili mlada odrasla osoba na kraju ne podvrgne gonadektomiji, ako se ovaj hirurški postupak sprovodi kao medicinski nužni dio rodno-afirmišuće njege. Kada se u radu s TiRR osobama s funkcionalnim jajnicima dosegnu nivoi testosterona očekivani za odraslu dob, gdje je lučenje estrogena iz jajnika prvobitno suzbijano GnRH agonistima, obično je dovoljno uzimati samo testosteron u fiziološkim dozama kako bi se smanjilo izlučivanje ovarijskih estrogena, a terapija GnRH agonistima može se prekinuti kako je opisano u nastavku teksta (Hembree et al., 2017). Kod TiRR adolescenata s funkcionalnim jajnicima koji tek započinju rodno-afirmišuću njegu, GAHT se može ostvariti fiziološkim dozama samog testosterona bez potrebe za istovremenom primjenom GnRH agonista (Hembree et al., 2017).

Rodno-afirmišuća hormonska terapija podstiče razvoj sekundarnih polnih karakteristika vezanih uz rodni identitet osobe. Takođe, brzina mineralizacije kostiju, koja se smanjuje tokom terapije GnRH agonistima, brzo se oporavlja (Klink, Caris et al., 2015). Tokom terapije GnRH agonistima kod TiRR adolescenata u ranom pubertetu, epifizne ploče kostiju još nisu zatvorene (Kvist et al., 2020; Schagen et al., 2020). Nakon započinjanja terapije polnim hormonima, može doći do naglog rasta, dok kosti nastavljaju sazrijevati (Vlot et al., 2017). Kod postpubertetskih TiRR adolescenata,

terapija polnim hormonima neće uticati na visinu jer su epifizne ploče već zatvorene (Vlot et al., 2017).

Kod TiRR adolescenata s funkcionalnim testisima, upotreba 17- β -estradiola za podsticanje razvoja puberteta preferira se u odnosu na sintetičke estrogene, poput više trombogenog etinil estradiola (v. Prilog D (Asscheman et al., 2015)). I dalje je potrebno nastaviti primjenu GnRH agonista kako bi se suzbila endogena proizvodnja testosterona ili preći na drugi oblik terapije koji suzbija endogenu proizvodnju testosterona (Rosenthal et al., 2016). Razvoj dojki i raspodjela masti očekivana kod osoba kojima je pripisan ženski rod samo su neke od fizičkih promjena koje se događaju kao odgovor na terapiju estrogenom. V. Prilog C – tablicu 1.

TiRR adolescentima koji traže maskulinizujuću terapiju androgeni su dostupni u obliku injekcijskih priprema, transdermalnih preparata i potkožnih implantata. Za podsticanje razvoja puberteta, primjenu injekcije testosteron-estera uglavnom preporučuje većina stručnjaka zbog cijene i dostupnosti te na temelju dosadašnjeg iskustva (Shumer et al., 2016). Preporučuje se nastavak primjene GnRH agonista barem dok se ne postigne nivo testosterona koji bi se mogao održavati. Kao reakcija na androgenu terapiju, dolazi do virilizacije tijela, uključujući sniženje glasa, razvoj mišića, posebno u gornjem dijelu tijela, rast dlaka na licu i tijelu, kao i povećanje klitorisa (Rosenthal et al., 2016). V. Prilog C – tablicu 1.

U gotovo svim situacijama, potrebno je dobiti pristanak roditelja ili staratelja. Izuzeci od ove preporuke, prije svega kada je uključenost staratelja ili roditelja utvrđena kao štetna za adolescenta, opisani su detaljnije u šestom poglavlju – Adolescentima (v. preporuku 6.11), gdje je također moguće pronaći razloge uključivanja roditelja ili staratelja u proces pristanka na terapiju.

Preporuka 12.7

Preporučujemo zdravstvenim stručnjacima da propišu progestogene ili GnRH agoniste transrodnim i rodno raznolikim adolescentima s matericom koji zadovoljavaju kriterijume* da bi se smanjila disforija uzrokovana menstrualnim ciklusom u slučajevima u kojima se upotreba

rodno-afirmišućeg testosterona još ne preporučuje.

Potiskivanje menstruacije uobičajena je opcija terapije za TiRR osobe koje doživljavaju stres vezan uz menstruaciju ili očekivanje menarhe. Preporuka 6.7 u šestom poglavlju – Adolescentima opisuje to detaljnije. Da bi se postigla amenoreja, potiskivanje menstruacije može se pokrenuti kao samostalna opcija prije pokretanja terapije testosteronom ili uz terapiju testosteronom (Carswell i Roberts, 2017). Neki mladi koji nisu spremni za terapiju testosteronom ili nisu još u prikladnom pubertetskom ili razvojnom stadijumu za početak takvog tretmana imaće koristi od poticanja amenoreje (Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2018). Adolescenti koji doživljavaju pogoršanje disforije vezane uz početak puberteta mogu se odlučiti za terapiju GnRH agonistima za supresiju puberteta (v. takođe poglavlje Adolescenti).

Progestageni mogu biti djelotvorni kod adolescenata kojima je cilj isključivo potiskivanje menstruacije. Neprekidna primjena samo progestinske oralne pilule (uključujući kontracepcijske i nekontracepcijske opcije), medroksiprogesteronskih injekcija ili intrauterinih uređaja s levonorgestrelom može se koristiti za indukciju amenoreje (Pradhan i Gomez-Lobo, 2019). TiRR osobe s funkcionalnim jajnicima koje započnu terapiju testosteronom mogu imati 1-5 menstrualnih ciklusa prije postizanja amenoreje (Taub et al., 2020). Nakon postizanja amenoreje, neke TiRR osobe s funkcionalnim jajnicima takođe mogu odabrati nastaviti s progestinskom terapijom za kontracepciju ako je to relevantno u kontekstu njihovih seksualnih praksi.

TiRR osobe koje imaju funkcionalne jajnike i matericu trebaju da budu informisane o mogućnosti pojave probojnih menstrualnih krvarenja u prvih nekoliko mjeseci nakon početka potiskivanja menstruacije. Kod terapije GnRH agonistima, probajno krvarenje može se javiti 2-3 sedmice nakon početka primjene lijeka. Za osobe koje traže kontracepciju ili za one koje i dalje imaju menstrualno krvarenje tokom terapije progesteronom, može se razmotriti kombinacija estrogena s progestinom radi održavanja amenoreje, ali osobe trebaju biti upoznate s mogućim nuspojavama poput razvoja dojki (Schwartz et al., 2019).

Preporuka 12.8

Preporučujemo pružiocima zdravstvene njege da uključe stručnjake iz različitih disciplina posvećenih transrodnom zdravlju i koordinaciji njege za transrodne i rodno raznolike adolescente.

Kao i kod njege za adolescente, predlažemo da se, ako je moguće, sastavi multidisciplinarni stručni tim medicinskih stručnjaka i stručnjaka za mentalno zdravlje kako bi upravljali ovim tretmanom. Kod adolescenata koji se odlučuju na GAHT (s obzirom na to da se radi o djelimično nepovratnom tretmanu), predlažemo pokretanje tretmana prema načelu postupnog povećavanja doza nakon što je multidisciplinarni tim medicinskih stručnjaka i stručnjaka za mentalno zdravlje potvrdio postojanje rodne disforije/rodne inkongruencije i utvrdio da pojedinac posjeduje mentalnu sposobnost za informisani pristanak na tretman (Hembree et al., 2017). Posebni aspekti koji se odnose na procjenu adolescenata, kao i uključivanje njihovih staratelja i multidisciplinarnog tima detaljnije su opisani u šestom poglavlju - Adolescentima.

Ako je moguće, TiRR adolescenti trebali bi imati pristup pedijatrijskim stručnjacima za transrodno zdravlje iz različitih disciplina, uključujući primarnu zdravstvenu zaštitu, endokrinologiju, reproduktivno zdravlje, mentalno zdravlje, glasovnu terapiju, socijalni rad, duhovnu podršku i hirurgiju (Chen, Hidalgo et al., 2016; Eisenberg et al., 2020; Keo-Meier i Ehrensaft, 2018). Podstiču se pojedinačne pružaoci zdravstvene njege da uspostave saradničke radne odnose s pružiocima zdravstvenih usluga iz drugih disciplina kako bi olakšali upućivanja prema potrebi pojedinca i njegove porodicom (Tishelman et al., 2015). Međutim, nedostatak dostupnih stručnjaka i resursa ne bi smio predstavljati prepreku pružanju njege (Rider, McMorris et al., 2019). Korisna podrška za adolescente uključuje pristup tačnim, kulturno prilagođenim informacijama o pitanjima rodnih i seksualnih identiteta, opcijama tranzicije, uticaju obiteljske podrške te povezivanju s drugima koji imaju slična iskustva, kao i s TiRR odraslima, putem internetskih i grupa podrška uživo za adolescente i njihove porodice (Rider, McMorris et al., 2019).

Utvrđeno je da se mnogi TiRR adolescenti suočavaju s većim rizicima teškoća s mentalnim zdravljem, stoga je moguće na početku napraviti skrining potreba u mentalnom zdravlju (npr. PHQ-2, GAD) (Rider, McMorris et al., 2019). Pružaoci zdravstvene njege trebaju imati na umu da transrodnost ili preispitivanje vlastita roda ne predstavlja patologiju ili poremećaj. Stoga se osobe ne bi trebale upućivati na sagledavanje mogućih teškoća s mentalnim zdravljem isključivo na temelju transrodnog identiteta. Zdravstveni radnici i stručnjaci za mentalno zdravlje koji pružaju podršku ovim mladim osobama i upućuju ih dalje trebaju barem biti upoznati s uticajem traume, rodne disforije i rodno povezanog manjinskog stresa na moguću simptomatologiju teškoća s mentalnim zdravljem, poput poremećenog odnosa s hranjenjem, suicidalnih misli i socijalne anksioznosti. Pružaoci zdravstvene njege takođe trebaju biti upoznati s nivoom spremnosti zdravstvenih ustanova za mentalno zdravlje s mogućnošću boravka pacijenata na svom području za pružanje stručne, rodno-afirmišuće njege TiRR mladima (Barrow i Apostle, 2018; Kuper, Wright et al., 2018; Kuper, Mathews et al., 2019; Tishelman i Neumann-Mascis, 2018). Preporuke 6.3, 6.4 i 6.12d u šestom poglavlju – Adolescentima detaljnije se bave tim pitanjem. Budući da roditelji ovih mladih osoba često doživljavaju visok nivo anksioznosti odmah nakon saznanja da su njihovi mladi TiRR, a njihov odgovor na to predviđa dugoročne fizičke i mentalne ishode tog djeteta, adekvatne instrukcije za pružanje mentalne podrške roditeljima mogu izuzetno korisne (Coolhart et al., 2017; Pullen Sansfaçon et al., 2015; Taliaferro et al., 2019).

Preporuka 12.9

Preporučujemo zdravstvenim radnicima da redovno organiziraju kliničke evaluacije radi praćenja fizičkih promjena i potencijalnih neželjenih reakcija na polne hormone, uključujući laboratorijsko praćenje polnih hormona svaka 3 mjeseca tokom prve godine hormonske terapije ili, uz promjene doze, sve dok se ne dosegne stabilna doza za odrasle, nakon čega se sprovode klinički i laboratorijski testovi jednom ili dvaput

godišnje kada se postigne stabilna doza za odrasle.

Terapija polnim hormonima povezana je s raznolikim fizičkim i psihološkim promjenama (Irwig, 2017; Tangpricha i den Heijer, 2017) (v. Prilog C – tablicu 1). Nakon što se započne hormonska terapija polnim steroidima, zdravstveni stručnjaci trebali bi redovno procjenjivati napredak i reakciju osobe na terapiju (v. također šesto poglavlje – Adolescente). Ova procjena treba obuhvatiti prisutnost bilo kakvih fizičkih promjena, kao i uticaj terapije na rodnu disforiju (ako je prisutna) i psihološko blagostanje (v. Prilog C – tablicu 1). Klinički pregledi pružaju značajne prilike za zdravstvene stručnjake da edukuju pacijente o tipičnom protoku vremena potrebnom za manifestaciju fizičkih promjena i da podstiču realna očekivanja. Tokom prve godine hormonske terapije, doze polnih hormona često se povećavaju. Važan faktor koji usmjerava dozu je nivo odgovarajućeg polnog hormona u serumu. Uopšteno, cilj je postizanje nivoa polnih hormona u serumu koja odgovara nivoima povezanim s rodnim identitetom osobe, iako optimalni ciljni rasponi nisu utvrđeni (Hembree et al., 2017).

Osim procjene pozitivnih promjena povezanih s hormonskom terapijom polnim steroidima, zdravstveni stručnjaci trebaju redovno procjenjivati je li terapija uzrokovala bilo kakve neželjene učinke (v. Prilog C – tablicu 2). Primjeri neželjenih znakova i simptoma uključuju androgene akne ili ometajuću seksualnu disfunkciju (Braun et al., 2021; Kerckhof et al., 2019). GAHT također može nepovoljno uticati na nekoliko laboratorijskih testova. Na primjer, spironolakton može uzrokovati hiperkalemiju, iako je to rijedak i prolazan fenomen (Millington et al., 2019). Testosteron povećava broj crvenih krvnih stanica (hematokrit), što može povremeno uzrokovati eritrocitozu (Antun et al., 2020) (v. preporuku 12.17) (Hembree et al., 2017). I estrogen i testosteron mogu mijenjati lipidne parametre, poput lipoproteina visoke gustoće (HDL), kolesterola i triglicerida (Maraka et al., 2017). V. Prilog C – tablice 3 i 4.

Učestalost kliničkih procjena treba individualizovati i voditi se odgovorom osobe na terapiju. Predlažemo da se kliničke procjene obavljaju ot-

prilike svaka 3 mjeseca tokom prve godine hormonske terapije kod pacijenata koji su stabilni i ne doživljavaju značajne neželjene učinke (Prilog C – tablicu 5). Umjesto preporučivanja, predlažemo da se testiranje obavlja svaka 3 mjeseca tokom prve godine kako bi se omogućila određena fleksibilnost u intervalima tih testova, s obzirom na to da ne postoji snažan dokaz ili dokaz iz objavljenih studija koji podupire određene intervale testiranja. Ako osoba doživi neželjene posljedice, nerijetko su potrebni češći klinički pregledi i/ili laboratorijsko testiranje. S obzirom na štetu koja može biti povezana s nivoima polnih hormona koje premašuju očekivane rasponne kod ljudi, snažno preporučujemo redovno testiranje kao standardnu praksu pri započinjanju hormonske terapije polnim steroidima kod TiRR osoba. Nakon što osoba postigne stabilnu dozu polnih hormona bez značajnih neželjenih učinaka, učestalost kliničkih posjeta može se smanjiti na jedan do dva puta godišnje (Hembree et al., 2017).

Preporuka 12.10

Preporučujemo da zdravstveni radnici informišu i savjetuju sve osobe koje traže rodno-afirmišući medicinski tretman o dostupnim mogućnostima za očuvanje plodnosti prije započinjanja supresije puberteta i prije primjene hormonske terapije.

Supresija puberteta i hormonska terapija polnim steroidnim hormonima mogu imati štetne učinke na buduću plodnost osobe (Cheng et al., 2019) (v. također šesto poglavlje – Adolescenti i šesnaesto poglavlje – Reproduktivno zdravlje). Iako neke transrodne osobe, u vrijeme početne procjene potrebne za pokretanje medicinske podrške, možda nisu mnogo razmišljale o svom budućem reproduktivnom potencijalu, moguće implikacije tretmana i mogućnosti očuvanja plodnosti treba razmotriti stručnjak koji im je propisao hormone i razgovarati s osobom koja traži ovakve terapije (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine et al., 2015; De Roo et al., 2016).

Osobama s testisima treba objasniti da produženo uzimanje estrogena često uzrokuje atrofiju testisa i smanjenje broja spermija i drugih parametara sjemena (Adeleye et al., 2018). Pored toga,

i dalje postoje velike nepoznanice, a nalazi su u vezi s plodnošću trans žena koje uzimaju estrogen i antiandrogene nedosljedni (Cheng et al., 2019). U jednoj studiji, heterogenost u histologiji testisa bila je očigledna bez obzira na to jesu li pacijenti prekidali ili nastavljali terapiju prije orhiektomije (uklanjanja testisa) (Schneider et al., 2015). Na primjer, prekid uzimanja estrogena i antiandrogena tokom šest nedjelja rezultovao je potpunom spermatogenezom kod 45% osoba, dok je kod ostalih nastao zastoj u spermatogenezi (Schneider et al., 2015). Međutim, nivoe testosterona u serumu za koje je potvrđeno da su unutar referentnih raspona za osobe kojima je pripisan ženski rod dovode do potpunog potiskivanja spermatogeneze kod većine transrodnih žena (Vereecke et al., 2020). Glavna je opcija očuvanja plodnosti za osobe s funkcionalnim testisima krioprezervacija sperme, takođe poznata kao pohranjivanje sperme (engl. *sperm banking*) (Mattawanon et al., 2018). Za osobe u predpubertetskom uzrastu, supresija puberteta GnRH agonistima zaustavlja sazrijevanje spermatogonije (Finlayson et al., 2016).

Osobama s funkcionalnim jajnicima treba objasniti da terapija testosteronom obično rezultuje prestankom menstruacije i ovulacije, često unutar nekoliko mjeseci od početka uzimanja terapije (Taub et al., 2020). Takođe postoje velike nepoznanice o potencijalnim učincima testosterona na jajne ćelije i kasniju plodnost transrodnih pacijentica (Eisenberg et al., 2020; Stuyver et al., 2020). Jedno je istraživanje pokazalo da uzimanje testosterona može biti povezano s policističnom morfologijom jajnika, dok druge studije nisu izvijestile o metaboličkim (Chan et al., 2018) ili histološkim (De Roo et al., 2017; Grynberg et al., 2010) dokazima sindroma policističnih jajnika (PCOS-a) nakon uzimanja testosterona. Neke su studije otkrile već postojeću veću prevalenciju PCOS-a kod transrodnih osoba s jajnicima (Baba, 2007; Gezer et al., 2021). TiRR osobe s netaknutom matericom i jajnicima nerijetko ponovno vrate plodnost ako se prekine terapija testosteronom (Light et al., 2014). I zaista, zabilježeno je rođenje živog djeteta nakon upotrebe potpomognute reproduktivne tehnologije odnosno nakon hormonski stimulisanog preuzimanja jajne ćelije od transrodne osobe koja nije prekinula terapiju testos-

teronom (Greenwald et al., 2021; Safer i Tangpricha, 2019). Druge mogućnosti očuvanja plodnosti za transrodne osobe s jajnicima krioprezervacija su oocita (jajnih ćelija) i krioprezervacija embriona spermom partnera ili donora. Navedene opcije zahtijevaju hormonsku stimulaciju radi vađenja jajašca i upotrebe potpomognute reproduktivne tehnologije.

Za transrodne mlade osobe u ranom pubertetu, supresija puberteta GnRH agonistima odgađa sazrijevanje ćelija zametka, iako je nedavno izvješteno da je stimulacija jajnika transrodne osobe adolescentske dobi na terapiji GnRH agonistima u ranom pubertetu (s nastavljanjem terapije tokom stimulacije jajnika) rezultovala malim brojem zrelih jajnih ćelija koje su bile krioprezervirane (Rothenberg et al., 2019). Terapija GnRH agonistima kod transrodnih osoba adolescentskog uzrasta ne samo da zaustavlja sazrijevanje ćelija zametka, nego takođe zadržava penis u predpubertetskoj veličini. To će vjerojatno imati uticaja tokom razmatranja hirurških zahvata ako se ta osoba eventualno podvrgne vaginoplastici inverzijom penisa jer će biti manje penisnog tkiva za rad. U tim slučajevima postoji veća vjerojatnost da će vaginoplastika zahtijevati složeniji hirurški zahvat, npr. intestinalnu vaginoplastiku (Dy et al., 2021; van de Grift et al., 2020). Ovakva bi razmatranja trebala biti uključena u sve razgovore s pacijentima i porodicom koji razmatraju upotrebu blokatora puberteta kod osoba adolescentske dobi s funkcionalnim testisima u ranom pubertetu.

Preporuka 12.11

Preporučujemo da, prije početka tretmana namijenjenog transrodnim i rodno raznolikim osobama, zdravstveni radnici procijene i adresiraju medicinska stanja koja se mogu pogoršati sniženom koncentracijom endogenih polnih hormona i terapijom egzogenim polnim hormonima.

TiRR ljudi koje traže maskulinizaciju trebaju biti informisani o mogućnostima, posljedicama, ograničenjima i rizicima povezanim s uzimanjem testosterona. Terapija testosteronom kontraindicirana je tokom trudnoće ili tokom pokušaja začeća s obzirom na moguće jatrogene učinke na fetus. Relativne kontraindikacije za terapiju testos-

teronom uključuju tešku hipertenziju, apneju za vrijeme spavanja i policitemiju s obzirom na to da ta stanja mogu biti pogoršana uzimanjem testosterona. Prije i nakon početka testosteroonske terapije potrebno je pratiti krvni pritisak i lipidni profil. Povećanje krvnog pritiska obično se događa unutar 2 do 4 mjeseca nakon početka terapije testosteronom (Banks et al., 2021). Pacijentima koji razviju hiperkolesterolemiju i/ili hipertrigliceridemiju može biti potrebna medicinska podrška u obliku modifikacija prehrane, lijekova ili oboje.

TiRR osobe koje traže feminizirajuću terapiju, a imaju historiju tromboembolijskih epizoda, poput duboke venske tromboze i plućne embolije, trebaju proći procjenu i razriješiti zdravstvene teškoće prije početka hormonske terapije s obzirom na to da je terapija estrogenom snažno povezana s povećanim rizikom od tromboembolije, po život potencijalno opasne komplikacije. Osim toga, potrebno je modifikovati faktore koji mogu povećati rizik od tromboembolijskih stanja, kao što su pušenje, gojaznost i sedentarnim načinom života. Kod osoba s nepromjenjivim faktorima rizika, kao što je dokumentovana historija trombofilije, ranija historija tromboze ili izražena porodična historija tromboembolije, liječenje transdermalnim estrogenom, istovremeno s antikoagulantima, može smanjiti rizik od tromboembolije. Međutim, postoje ograničeni podaci potrebni za donošenje odluka o tretmanu. Prije početka hormonske terapije, radi rodne afirmacije, potrebno je procijeniti prisutnost bolesti u anamnezi, kao što je karcinom osjetljiv na hormone, bolest koronarnih arterija, cerebrovaskularna bolest, hiperprolaktinemija, hipertrigliceridemija i kolelitijaza, jer se relativni rizici mogu promijeniti s uzimanjem egzogenih hormona (Hembree et al., 2017).

Preporuka 12.12

Preporučujemo da zdravstveni radnici edukuju transrodne i rodno raznolike osobe uključene u rodno-afirmišuće tretmane o početku i vremenskom toku fizičkih promjena izazvanih terapijom polnim hormonima.

Učinci terapije testosteronom su višestruki i mogu uključivati pojavu pojačane dlakavosti tijela i lica, maskulino kodirani oblik ćelavosti, povećan-

je mišićne mase i snage, smanjenje količine masti, produbljanje glasa, prekid menstruacije (ako je još prisutna), učestalije i ozbiljnije akne, povećanje klitorisa i povećanu seksualnu želju (Defreyne, Elaut et al., 2020; Fisher, Castellini et al., 2016; Giltay i Gooren, 2000; T'Sjoen et al., 2019; Yeung et al., 2020). Ostale promjene povezane s testosteronom uključuju povećanu nemasnu tjelesnu masu i masnu kožu (de Blok et al., 2020; Hembree et al., 2017; Kuper, Mathews et al., 2019; Taliaferro et al., 2019; Tishelman i Neumann-Mascis, 2018) (v. Prilog C – tablicu 1).

Terapija estrogenom podstiče razvoj grudi. Međutim, manje od 20% osoba dosegne Tannerov stadijum razvoja grudi 4 – 5 nakon dvije godine hormonske terapije (de Blok et al., 2021). Dodatne promjene uključuju smanjenje volumena testisa, nemasne tjelesne mase, masnoće kože, seksualne želje, spontane erekcije, dlaka na licu i dlaka na tijelu, uz povećanu potkožnu tjelesnu masnoću (v. Prilog C – tablicu 1). Kod odraslih osoba, uzimanje estrogena ne mijenja glas ili visinu (Iwamoto, Defreyne et al., 2019; Wiepjes et al., 2019).

Vremenski tok i opseg fizičkih promjena razlikuju se od osobe do osobe i povezani su s faktorima kao što su genetika, dob početka terapije i opšte zdravstveno stanje (Deutsch, Bhakri et al., 2015; van Dijk et al., 2019). Spoznaje o obimu i vremenu nastanka promjena izazvanih polnim hormonima, ako su dostupne, mogu spriječiti štetu i troškove nepotrebnih promjena terapija, povećanja doze i preuranjenih hirurških zahvata (Dekker et al., 2016).

Preporuka 12.13

Preporučujemo da zdravstveni radnici ne propisuju etinilestradiol transrodnim i rodno raznolikim osobama kao dio rodno-afirmišuće hormonske terapije. Za popratni tekst, v. preporuku 12.15.

Preporuka 12.14

Predlažemo da zdravstveni radnici, kada se preporučuje rodno-afirmišuća terapija estrogenom, propišu transdermalni estrogen transrodnim i rodno raznolikim osobama koje zadovoljavaju kriterijume za GAHT*, a koje imaju veći rizik od razvoja venske tromboembolije na temelju

starosti > 45 godina ili prethodne istorije venske tromboembolije. Za popratni tekst, v. preporuku 12.15.

Preporuka 12.15

Predlažemo da zdravstveni radnici ne propisuju konjugirane estrogene transrodnim i rodno raznolikim osobama kada je estradiol dostupan kao dio rodno-afirmišuće hormonske terapije.

Određivanje najsigurnijeg i najdjelotvornijeg estrogenskog spoja i načina primjene važna je tema za TiRR osobe. Preporučeni režimi bazirani na estrogenu prikazani su u Prilogu C – tablici 4. Amsterdamski medicinski centar (AMC) prvi je izvijestio o 45 epizoda venske tromboembolije (VTE-a) koje su se pojavile kod 816 transrodnih žena, bilježeći očekivani odnos incidencije VTE-a kao 20 puta veći od prijavljenog u referentnoj populaciji (van Kesteren et al., 1997). Nakon ovog izvještaja, klinika AMC-a preporučila je korišćenje transdermalnog estradiola za transrodne žene starije od 40 godina, što je potom smanjilo učestalost VTE-a (Nota et al., 2019; Toorians et al., 2003). Druge studije pokazale su da je etinilestradiol povezan s većim rizikom od zgrušavanja krvi zbog povećane otpornosti na antikoagulantne učinke aktiviranog proteina C (APC) i povišenih koncentracija proteina C i proteina S kao faktora koji bi mogli uticati na zgrušavanje (Toorians et al., 2013). Druge studije objavljene u posljednjih 15 godina u drugim klinikama izvijestile su da su transrodne žene koje su uzimale druge oblike estrogena imale niže stope VTE-a nego transrodne žene koje su uzimale etinilestradiol (Asscheman et al., 2013). Nadalje, sistemski pregled dostupnih dokaza, sproveden 2019., zaključio je da je primjena etinilestradiola povezana s najvećim rizikom od VTE-a kod transrodnih žena, dok je takođe identifikovana povezanost između upotrebe progesterona i VTE-a (Goldstein et al., 2019).

Smjernice organizacije *Endocrine Society* iz 2017. ne preporučuju konjugirane konjske estrogene (CEE) kao opciju terapije jer se nivoi konjugiranih estrogena u krvi ne mogu mjeriti kod transrodnih žena, što otežava sprječavanje suprafiziološkog doziranja estrogena i time povećava potencijalni rizik od VTE-a (Hembree et al., 2017). Retrospektivna studija iz Ujedinjenog Kraljevstva ispitala je

rizike oralnog CEE-a uspoređujući ih s rizicima oralnoga estradiolvalerata i oralnog etinilestradiola te otkrila i do sedmostruko povećanje procenta transrodnih žena u oralnoj CEE grupi koje su razvile VTE u poređenju sa transrodnim ženama koje koriste druge oblike estrogena (Seal et al., 2012). U ugniježdenoj studiji praćenja slučaja, više od 80.000 cisrodnih žena u starosti od 40 do 79 godina koje su razvile VTE upoređeno je s približno 390.000 cisrodnih žena bez VTE-a; rezultati su pokazali da oralna upotreba estradiola izaziva manji rizik od VTE-a od konjugiranih estrogena, a transdermalni estrogen nije povezan s povećanim rizikom od VTE-a (Vinogradova et al., 2019).

Sistemski pregled istraživanja procijenio je nekoliko formulacija estrogena i identifikovao retrospektivnu i presječnu studiju koja je napravila neposredne uporedbe rizika povezanih s različitim formulacijama (Wierckx, Mueller et al., 2012; Wierckx et al., 2013). Niti jedna identifikovana studija koja procjenjuje rizik različitih formulacija estrogena nije koristila prospektivni intervencijski dizajn. Retrospektivna studija ispitivala je 214 transrodnih žena koje su uzimale transdermalni estradiol (17 β -estradiol gel 1,5 mg/dan ili estradiol flaster 50 mcg/dan) ili na dnevnom nivou oralni estrogen (estradiol 2 mg/dan, estriol 2 mg/dan, etinilestradiol 50 mcg/dan ili etinil estradiol 30-50 mcg u oralnom kontraceptivu) (Wierckx et al., 2013). Unutar desetogodišnjeg razdoblja posmatranja, 5% kohorte razvilo je VTE, 1,4% (3 od 214) doživjelo je infarkt miokarda (MI), a 2,3% (5 od 214) tranzitornu ishemijsku ataku (TIA-ju) ili cerebrovaskularni inzult (CVI). Prevalencija VTE-a, MI-ja i TIA-je/CVI-ja bila je povećana nakon početka terapije estrogenom. Međutim, autori nisu izvijestili o razlikama između režima estrogena u pogledu ovih krajnjih ishoda.

Ista skupina istraživača provela je presječnu studiju koja je ispitala 50 transrodnih žena (prosječne dobi 43 \pm 10) koje su uzimale oralni estrogen (estradiol valerata 2 mg/dan, estriol 2 mg/dan ili etinilestradiol 50-120 mcg/dan) ili primjenjivale transdermalni estradiol (17 β -estradiol 1,5 mg/dan ili estradiol 50 mcg/dan) tokom praćenja koje je trajalo 9,2 godine (Wierckx, Mueller et al., 2012). Dvanaest posto (n=6) razvilo je ili VTE, MI, TIA-ju ili CVI. Dvije učesnice uzimale su konjugirani

estrogen 0,625 mg/d (jedna osoba u kombinaciji s ciproteronacetatom), dvije učesnice uzimale su etinilestradiol 20-50 mcg/d, jedna je uzimala ciproteronacetat 50 mg/d, dok režim estrogena koji je koristila šesta nije definisan. Nijedna osoba koja je uzimala oralni estradiol ili transdermalni estradiol nije razvila VTE, MI, TIA-ju ili CVI.

Jedna prospektivna studija ispitala je način primjene estrogena kod 53 transrodne žene u multicentričnoj studiji provedenoj širom Evrope. Transrodne žene mlađe od 45 godina (n=40) primale su estradiolvalerat 4 mg/dan u kombinaciji s ciproteronacetatom (CPA-jom), koji je iznosio 50 mg/dan, a transrodne žene starije od 45 godina (n=13) primale su transdermalni 17 β - estradiol, takođe s CPA-jom. Nisu zabilježeni VTE, MI, TIA ili CVI nakon jednogodišnjeg praćenja ni u oralnoj ni u transdermalnoj estrogenskoj grupi. Dodatna retrospektivna studija iz Beča nije otkrila pojavu VTE-a među 162 transrodne žene koje su koristile transdermalni estradiol, a koje su praćene u prosjeku 5 godina (Ott et al., 2010). Na temelju istorijskih podataka s amsterdamske klinike koji pokazuju smanjenje incidencije VTE-a nakon prekida upotrebe etinilestradiola i nedavnog sustavnog pregleda dostupnih dokaza koji pokazuju povećan rizik od VTE-a kod transrodnih žena koje uzimaju etinilestradiol, s visokom pouzdanošću možemo preporučiti protiv upotrebe etinilestradiola (Weinand i Safer, 2015). Uvjereni smo u našu preporuku protiv upotrebe CEE-a na temelju studije Seala et al. iz 2012. koja pokazuje povećan rizik od VTE-a kod transrodnih žena koje uzimaju CEE u poređenju sa drugim formulacijama estrogena i s podacima prikupljenim tokom praćenja cisrodnih žena na hormonskoj zamjenskoj terapiji (Canonica et al., 2007; Seal et al., 2012). Prospektivne i retrospektivne studije transrodnih žena prijavile su pojavu VTE-a, MI-ja ili CVI-ja samo kod onih koje su uzimale CEE ili etinilestradiol. Budući da je estradiol jeftin, šire dostupan i čini se sigurnijim od CEE-a u ograničenim studijama, komisija ne preporučuje korišćenje CEE-a kada je estradiol dostupna mogućnost terapije. Kvalitet studija može biti ograničen na prospektivne, kohortne ili presječne dizajne studija; međutim, snažniji nivo preporuke temelji se na dosljednim dokazima koji podstiču povezanost između

upotrebe etinilestradiola i CEE-a, kao i većeg rizika od VTE-a, MI-ja ili CVI-ja kod transrodnih žena.

Takođe smo uvjereni u našu preporuku za primjenu transdermalnih priprema estrogena kod starijih transrodnih žena (dob > 45 godina) ili onih s prethodnom poviješću VTE-a.

Povjerenje u našu preporuku temelji se na smanjenoj incidenciji VTE-a koju je prijavila amsterdamska klinika kada su transrodne žene prelazile na korišćenje transdermalnih priprema nakon 40. godine (van Kesteren et al., 1997). Nadalje, prospektivna, multicentrična kohortna studija ENIGI nije otkrila incidenciju VTE-a, MI-ja ili CVI-ja kod transrodnih žena koje su rutinski prešle na transdermalni estrogen u starosti od 45 godina (Dekker et al., 2016). Osim toga, studija Otta et al. pokazala je da nema incidencije VTE-a kod 162 transrodne žene uključene u terapiju estradiolnim flasterima (Ott et al., 2010).

S izuzetkom ciproteronacetata (imajte na umu da nije odobren za upotrebu u SAD-u zbog zabrinutosti oko potencijalne hepatotoksičnosti), upotreba progestina u režimima hormonske terapije ostaje kontroverzna. Do danas nije bilo kvalitetnih studija koje bi procjenjivale ulogu progesterona u hormonskoj terapiji transrodnih osoba.

Svjesni smo da neki zdravstveni radnici koji propisuju progistine, uključujući mikronizovani progesteron, smatraju da bi moglo doći do pomaka u razvoju dojki i/ili areola, poboljšanja u rapoloženju, libidu i ukupnoj pojavi osoba koje to žele, zajedno s drugim dobrobitima koje tek treba dokazati (Deutsch, 2016a; Wierckx, van Caenegem et al., 2014). Međutim, ova poboljšanja ostaju anegdotalna, a ne postoje kvalitetni podaci koji bi podržali takvu upotrebu progestina. Pokušaj sustavnog pregleda provedenih istraživanja, koji smo naručili za ovu verziju SOC-a, nije uspio identificirati dovoljno podataka da bi se dala preporuka u korist bilo kojeg progestina. Umjesto toga, postojeći podaci sugeriraju štetni uticaj povezan s produženom izloženošću progestinu (Safer, 2021). Za cisrodne žene koje imaju matericu, progestini u kombinaciji s estrogenima neophodni su kako bi se izbjegao rizik od raka endometrija povezan s primjenom nesuprotstavljenog estrogena.

Za cisrodne žene koje nemaju matericu progesterina se ne koriste. Podaci koji najbolje ukazuju na zabrinutost u vezi s upotrebom progestina dolaze iz upoređivanja dviju navedenih populacija cisrodnih osoba, za koje prepoznamo da se ne mogu nužno generalizovati na transrodnu populaciju. Iako nije definitivno poznat učinak svih grupa progestina, medroksiprogesteron dodan kombinovanim konjskim estrogenima povezan je s većim rizikom od raka dojke i srčanih bolesti (Chlebowski 2020; Manson, 2013). Važno je napomenuti da se podaci iz studija Inicijative za zdravlje žena (engl. *Women Health Initiative*, WHI) možda ne mogu generalizovati na transrodnu populaciju. U poređenju sa cisrodnim ženama obuhvaćenim istraživanjima, transrodne populacije koje traže hormonsku terapiju uglavnom su mlađe i ne koriste konjski estrogen, pri čemu hormonska terapija u tim slučajevima utječe na trenutno mentalno zdravlje i kvalitet života, a ne samo na prevenciju rizika (Deutsch, 2016a). Potencijalni štetni učinci progestina uključuju debljanje, depresiju i promjene lipida. Mikronizovani progesteron može se bolje podnijeti i može imati povoljniji učinak na lipidni profil od medroksiprogesterona (Fitzpatrick et al., 2000). Kada se kombinuje s estrogenima kod transrodnih žena, progestin ciproteronacetat povezan je s povišenim prolaktinom, sniženim HDL-kolesterolom i rijetkim meningeomima – do čega ne dolazi kada se estrogeni kombinuju s GnRH agonistima ili spironolaktonom (Bisson, 2018; Borghei-Razavi, 2014; Defreyne, Nota et al., 2017; Sofer et al., 2020).

Dakle, dosadašnji podaci ne uključuju kvalitetne dokaze koji podržavaju dobrobit terapije progesterinom za transrodne žene. Međutim, literatura ukazuje na potencijalnu štetu nekih progestina, barem u uslovima višegodišnje izloženosti. Nakon rasprave o rizicima i koristima tretmana progesteronom, ako postoji zajednička odluka da se započne probna terapija progesteronom, zdravstveni radnik koji ju je propisao treba da evaluiira stanje osobe unutar godinu dana kako bi procijenio odgovor na terapiju.

Preporuka 12.16

Preporučujemo da zdravstveni radnici propisuju lijekove za snižavanje testosterona (ciproteronacetat, spironolakton ili GnRH agoniste) transrodnim i rodno raznolikim osobama s testisima koje zadovoljavaju kriterijume*, a koje uzimaju estrogen kao dio plana hormonske terapije, ako je njihov lični cilj približan nivo cirkulirajućih polnih hormona kao kod cisrodnih žena.

Većina klinika za rodni identitet u SAD-u i Evropi propisuje estrogen u kombinaciji s lijekovima za snižavanje testosterona (Mamoojee et al., 2017) (v. Prilog C – tablicu 5). U SAD-u spironolakton je najčešće propisivan lijek za snižavanje testosterona, dok se GnRH agonisti obično koriste u Ujedinjenom Kraljevstvu. Ciproteronacetat najčešće se propisuje u ostatku Evrope (Angus et al., 2021; Kuijpers et al., 2021). Razlozi za dodavanje terapije za snižavanje testosterona su dvostruki: 1) snižavanje nivoa testosterona kako bi ostali unutar referentnog raspona karakterističnog za cisrodne žene i 2) smanjivanje količine estrogena potrebne za postizanje odgovarajućih fizičkih učinaka. Svaka terapija za snižavanje testosterona ima drugačiji profil nuspojava. Spironolakton je antihipertenziv i diuretik koji štedi kalijum, te stoga može dovesti do hiperkalemije, povećane učestalosti mokrenja i sniženja krvnog pritiska (Lin et al., 2021). Ciproteronacetat povezan je s razvojem meningeoma i hiperprolaktinemije (Nota et al., 2018). GnRH agonisti, iako vrlo djelotvorni u snižavanju nivoa testosterona, mogu rezultirati osteoporozom ako su istovremeno unesene doze estrogena nedovoljne (Klink, Caris et al., 2015).

Jedan sistemski pregled literature identifikovao je studiju koja je izvijestila o nalazima izravne usporedbe lijekova za snižavanje testosterona ciproteronacetata i leuprolida (Gava et al., 2016). Dvije su studije upoređivale grupu transrodnih žena koje su uzimale estrogen uz lijekove za snižavanje testosterona s grupom koja je primala samo estrogen. Sistemski pregled literature nije pružio dovoljno dokaza koji bi sugerisali da bilo koji od tri lijeka za snižavanje testosterona ima bolji sigurnosni profil u smislu poboljšanih rezultata koji se tiču zdravlja kostiju, nivoa testosterona, nivoa kalijuma ili incidencije hiperprolaktinemije ili meningioma (Wilson et al., 2020). Stoga, nije moguće ponuditi nikakvu preporuku. Pregled je

izvijestio da su režimi bazirani na spironolaktonu povezani s povišenjem nivoa prolaktina od 45%, dok su režimi bazirani na ciproteronu povećali nivo prolaktina za više od 100%. Međutim, klinička relevantnost povišenih nivoa prolaktina nije jasna jer stope prolaktinoma nisu bile značajno povišene ni u grupi koja je primala spironolakton ni u grupi na terapiji CPA-jom (Wilson et al., 2020). Retrospektivna kohortna studija iz jednog centra u SAD-u nije prijavila klinički značajna povećanja nivoa prolaktina kod 100 transrodnih žena koje su primale estrogen i spironolakton (Bisson et al., 2018). Retrospektivna studija iz Holandije, na 2.555 transrodnih žena koje su primarno uzimale CPA s različitim formulacijama estrogena, izvijestila je o povećanom standardizovanom odnosu incidencije meningeoma kod osoba koje su koristile ciproteronacetat nakon gonadektomije dugi niz godina u poređenju sa opštom holandskom populacijom (Nota et al., 2018). Nadalje, u kraćoj studiji u Belgiji, 107 transrodnih žena imalo je prolazno povišenje nivoa prolaktina nakon hormonske terapije ciproteronacetatom, koje su pale na normalne vrijednosti nakon prekida terapije (Defreyne, Nota et al., 2017). Nedavna publikacija, koja nije uključena u sistemski pregled, ispitala je 126 transrodnih žena koje su uzimale spironolakton, GnRH agoniste ili ciproteron i zaključila da je ciproteron povezan s višim nivoima prolaktina i lošijim lipidnim profilom u odnosu na spironolakton ili GnRH agoniste (Sofer et al., 2020). Nakon balansiranja troškova i dostupnosti mjerenja nivoa prolaktina da bi se razmotrio klinički značaj povišenog nivoa, donesena je odluka da se u ovom trenutku ne daje preporuka ni za ni protiv praćenja nivoa prolaktina. Zdravstveni radnici bi, stoga, trebali donositi individualizovane kliničke odluke o potrebi mjerenja nivoa prolaktina na temelju vrste hormonskog režima i/ili prisutnosti simptoma hiperprolaktinemije ili tumora hipofize (npr. galaktoreje, promjene vidnog polja).

Ciproteron je takođe povezan s meningeomima. U literaturi je zabilježeno devet slučajeva meningioma među transrodnim ženama koje su prvenstveno uzimale ciproteronacetat (Mancini et al., 2018). Ovaj povećani rizik takođe je identifikovan u cisrodnoj populaciji. Godine 2020. Evropska

agencija za lijekove objavila je izvješće u kojem preporučuje da se ograniče proizvodi s ciproteronom u dnevnoj dozi od 10 mg ili više zbog rizika od razvoja meningioma (European Medicines Agency, 2020). Ova povezanost najvjerojatnije se odnosi na specifičan učinak ciproteronacetata i nije ekstrapolirana da uključi druge lijekove za snižavanje testosterona. U SAD-u, gdje ciproteronacetat nije dostupan, baza podataka Sjevernoameričkog udruženja srednjih registara raka (engl. *North American Association of Central Cancer Registries*, NAACCR) nije identifikovala povećani rizik od tumora mozga (koji nisu specifični za meningeome) među transrodnim ženama (Nash et al., 2018). Nadalje, nije došlo do povećanja odnosa rizika od tumora mozga u Kaiserovoj kohorti od 2.791 transrodne žene u poređenju sa cisrodnom kontrolnom grupom (Silverberg et al., 2017). Nijedna dugoročna studija nije izvijestila o riziku od meningioma i prolaktinoma kod transrodnih žena koje uzimaju GnRH agoniste.

Naša snažna preporuka za upotrebu terapije za snižavanje testosterona kao dijela hormonskog režima za transrodne osobe s testisima temelji se na globalnoj praksi korišćenja ovih lijekova kao dodatka estrogenskim terapijama, kao i na relativno minimalnom riziku povezanom s tim terapijama. Međutim, u ovom trenutku nismo u mogućnosti dati preporuku koja daje prednost jednom lijeku za snižavanje testosterona u odnosu na drugi. Do sada objavljeni podaci izazivaju zabrinutost u vezi s rizikom od meningioma s produženom upotrebom (>2 godine) i s upotrebom viših doza (>10 mg dnevno) ciproteronacetata (Nota et al., 2018; Ter Wengel et al., 2016; Weill et al., 2021).

Bikalutamid je antiandrogen koji se koristi u liječenju raka prostate. Kompetitivno se veže za androgeni receptor kako bi spriječio vezanje androgena. Podaci o primjeni bikalutamida u transfemininim populacijama vrlo su rijetki i nedostaju podaci o sigurnosti. Jedna mala studija proučavala je upotrebu bikalutamida od 50 mg dnevno kao blokatora puberteta kod 23 transfeminininih adolescentkinja koje nisu mogle dobiti terapiju GnRH analogom (Neyman et al., 2019). Sve su adolescentkinje iskusile razvoj grudi, koji se takođe često viđa kod osoba kojima je pripisan muški rod s

rakom prostate koji se liječe bikalutamidom. Iako rijetka, fulminantna hepatotoksičnost koja je rezultovala smrću opisana je u literaturi u vezi s upotrebom bikalutamida (O'Bryant et al., 2008). S obzirom na to da bikalutamid nije dovoljno ispitan u transfemininim populacijama, ne preporučuje se njegovu rutinsku primjenu.

Primjena inhibitora 5 α -reduktaze blokira pretvaranje testosterona u snažniji androgen dihidrotestosteron. Primjenu finasterida odobrila je američka Uprava za hranu i lijekove (engl. *Food and Drug Administration*, FDA), a s indikacijama koje uključuju benignu hipertrofiju prostate i androgensku alopeciju. Podaci o upotrebi inhibitora 5 α -reduktaze u populaciji transfemininih osoba vrlo su oskudni (Irwig, 2021). Nije jasno bi li ova klasa lijekova mogla biti klinički korisna kod transfemininih osoba čije su nivoe testosterona i dihidrotestosterona već snižene estrogenom i antiandrogenom. Stoga ne preporučujemo njihovu rutinsku upotrebu u transfemininim populacijama. Finasterid može biti prikladna opcija tretmana za transmaskuline osobe koje imaju problematičnu alopeciju kao posljedicu viših nivo dihidrotestosterona. Usprkos tome, liječenje inhibitorom 5 α -reduktaze može ugroziti rast klitorisa, kao i dlaka na licu i tijelu kod transmaskulinih osoba. Potrebne su studije kako bi se procijenila djelotvornost i sigurnost inhibitora 5 α -reduktaze u populacijama transrodnih osoba.

Preporuka 12.17

Preporučujemo da zdravstveni radnici prate nivoe hematokrita (ili hemoglobina) kod transrodnih i rodno raznolikih osoba koje su na terapiji testosteronom.

Postoje kvalitetni podaci koji sugeriraju da je porast hematokrita (ili hemoglobina) povezan s transrodnim osobama koje su bile na terapiji testosteronom (Defreyne et al., 2018). Režimi testosterona u sistemskom pregledu dostupnih istraživanja uključivali su estere testosterona u rasponu ekvivalenta 25-250 mg SC/IM sedmično, testosteronskoga undekanoata u dozi od 1000 mg svakih 12 nedjelja ili testosteronskoga gela od 50 mg koji se svakodnevno nanosio na kožu (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). Očekivani porast trebao bi biti u skladu s referentnim rasponima kod cisrodnih muškaraca.

Preporuka 12.18

Predlažemo da zdravstveni radnici sarađuju s hirurzima u pogledu upotrebe hormona prije i nakon rodno-afirmišuće operacije. Za popratni tekst, pogledajte preporuku 12.19.

Preporuka 12.19

Predlažemo da zdravstveni radnici savjetuju transrodne i rodno raznolike osobe o različitim mogućnostima koje su dostupne za rodno-afirmišuću operaciju, osim ako operacija nije indicirana ili je medicinski kontraindicirana.

Uprkos nedostatku dokaza, perioperativni klinički standardi za rodno-afirmišuće operacije uključuju prekid hormonske terapije 1-4 sedmice prije i nakon operacije, najčešće genitalnih operacija (Hembree et al., 2009). Takva praksa trebala bi ublažiti rizik od VTE-a povezan s primjenom egzogenog estrogena (Hembree et al., 2009). Estrogen i testosteron tada bi se mogli nastaviti uzimati u nekom postoperativnom trenutku.

Nakon pomnog ispitivanja, istraživači nisu otkrili perioperativno povećanje stope VTE-a kod transrodnih osoba koje su podvrgnute operaciji, a koje su cijelo vrijeme bile na terapiji polnim steroidima, u poređenju sa stopom iskazanom kod pacijenata čija je terapija polnim steroidima prekinuta prije operacije (Gaither et al., 2018; Hembree et al., 2009; Kozato et al., 2021; Prince i Safer, 2020). Terapija polnim steroidima posebno je važna nakon gonadektomije kako bi se izbjegli posljedice hipogonadizma i rizik od razvoja osteoporoze, ali i radi održavanja mentalnog zdravlja i kvaliteta života (Fisher, Castellini et al., 2016; Rosen et al., 2019). Stoga bi osobe koje propisuju hormonsku terapiju i hirurzi trebali edukovati pacijente o potrebi kontinuirane egzogene hormonske terapije nakon gonadektomije.

Kako bi mogli edukovati pacijente i služiti kao zagovornici kliničkog tretmana, zdravstveni radnici trebali bi biti upoznati s rizicima i dobrobitima rodno-afirmišućih operacija te s uspješnosti i ishodima operacija hirurga kojima bi mogli uputiti

pacijente (Beek, Kreukels et al., 2015; Colebunders et al., 2017; Wiepjes et al., 2018). Uopšteno se može smatrati da većina medicinski neophodnih operacija uključuje tri regije: lice, prsa/dojke i genitalije (unutarašnje i spoljašnje). Dodatni potrebni medicinski postupci uključuju oblikovanje tijela i operaciju prilagodbe glasa (v. preporuku 2.1 o medicinskoj nužnosti u drugom poglavlju – Globalnoj primjenjivosti).

Postoje brojni postupci za rodno afirmišuće operacije lica, uključujući, ali ne ograničavajući se na hondrolanringoplastiku, rinoplastiku, oblikovanje ili povećanje vilice, brade i čela, podizanje lica, uklanjanje dlaka i transplantaciju kose (v. trinaesto poglavlje – Hirurgiju i postoperativnu njegu). Postupci za operaciju prsa/dojki uključuju povećanje grudi, dvostruku mastektomiju s presađivanjem bradavica, periareolarnu mastektomiju i liposukciju. Najčešća rodno-afirmišuća operacija kod TiRR osoba s endogenim razvojem dojki maskulinizujuća je operacija prsa (mastektomija) (Horbach et al., 2015; Kailas et al., 2017).

Postupci unutrašnje genitalne hirurgije uključuju, ali nisu ograničeni na orhiektomiju, histerektomiju, salpingo-ooforektomiju, vaginoplastiku i kolpektomiju/vaginektomiju (Horbach et al., 2015; Jiang et al., 2018). Unutrašnja sluznica u vaginoplastici obično se konstruiše od kože penisa, presatka kože, kombinacije obaju navedenog ili segmenta crijeva. Uklanjanje materice/jajnika može se izvesti pojedinačno ili odjednom (histerektomijom, salpingooforektomijom i kolpektomijom). Ako se radi kolpektomija, mora se učiniti i histerektomija. Jajnici mogu ostati *in situ*, na zahtjev osobe koja se podvrgava operaciji. Potencijalna korist od ostavljanja jednog ili obaju jajnika očuvanje je plodnosti, dok je loša strana mogućnost razvoja patologije jajnika, uključujući rak (De Roo et al., 2017).

Postupci spoljašnje genitalne hirurgije uključuju, ali nisu ograničeni na vulvoplastiku, metoidioplastiku i faloplastiku (Djordjevic et al., 2008; Frey et al., 2016). Uklanjanje dlačica uopšteno je potrebno prije izvođenja zahvata na spoljašnjim polnim organima (Marks et al., 2019). Vulvoplastika može uključivati izradu monsa, stidnih usana, klitorisa i otvora uretre. Produženje uretre opcija je i u metoidioplastici i u faloplastici, ali je povezano sa

znatno povećanom stopom komplikacija (Schechter i Safa, 2018). Njega rana i fizikalna terapija neophodne su za zbrinjavanje rana nastalih na donorskim mjestima za faloplastiku (van Caenegem, Verhaeghe et al., 2013). Fizikalna terapija karlice takođe može biti važna pomoćna intervencija nakon operacije radi regulisanja mokrenja i seksualne funkcije (Jiang et al., 2019). Dijalog, međusobno razumijevanje i jasna komunikacija na zajedničkom jeziku između pacijenata, hirurga i drugih zdravstvenih radnika doprinijeće promišljenim odlukama o dostupnim hirurškim zahvatima.

Preporuka 12.20

Preporučujemo da zdravstveni radnici započnu i nastave rodno-afirmišuću hormonsku terapiju kod transrodnih i rodno raznolikih osoba koje zadovoljavaju kriterijume za taj oblik terapije*, a kojima je potrebna zbog vidljivog poboljšanja psihosocijalnog funkcionisanja i kvaliteta života.

Preporuka 12.21

Preporučujemo da zdravstveni radnici zadrže postojeću hormonsku terapiju ako se mentalno zdravlje transrodne i rodno raznolike osobe pogorša procjenjujući razlog pogoršanja, osim ako nije kontraindicirano.

U transrodnoj populaciji dokumentovan je određeni broj razlika u mentalnom zdravlju, uključujući depresiju, suicidalnost, anksioznost, smanjeno samopoštovanje i posttraumatski stresni poremećaj (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). Model rodnog manjinskog stresa pruža dokaze o nekoliko medijatora i moderatora ovih razlika (Hendricks i Testa, 2012; Meyer, 2003). Medijatori i moderatori razlika u mentalnom zdravlju jedinstvenih za transrodne osobe uključuju iskustva diskriminacije, viktimizacije, oslovljavanja pogrešnim rodnom, odbacivanja porodice i internalizovane transfobije (Hendricks i Testa, 2012). Faktori koji imaju pozitivan učinak na mentalno zdravlje uključuju porodično prihvatanje, podržavajuće društvene i romantične odnose, povezanost transrodne zajednice, zaštitu afirmišućim i inkluzivnim politikama, politike afir-

macije i uključivanja, posjedovanje ažuriranog pravnog imena, odnosno odgovarajuće rodne dokumentacije, i postizanje fizičke rodne tranzicije na temelju individualizovanih ciljeva koje bi osoba htjela otjelotvoriti (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 i Testa, 2012; Keo-Meier et al., 2015; Meier et al., 2013; Pflum et al., 2015; Ryan et al., 2010; Smith et al., 2018).

Utvrđeno je da hormonska terapija pozitivno utiče na mentalno zdravlje i kvalitet života mladih i odraslih transrodnih osoba koje se odluče za ovaj tretman (Aldridge et al., 2020; Allen et al., 2019; Bauer et al., 2015; Nobili et al., 2018; Russell et al., 2018; Ryan, 2009). U mnogim slučajevima hormonska terapija smatra se intervencijom koja spašava život (Allen et al., 2019; Grossman i D'Augelli, 2006; Moody et al., 2015). Nekoliko istraživanja otkrilo je povezanost između početka hormonske terapije i poboljšanog mentalnog zdravlja kod mladih i odraslih (Aldridge et al., 2020; Costa et al., 2016; de Vries et al., 2014; Kuper et al., 2020; Nguyen et al., 2018; White Hughto i Reisner, 2016), uključujući poboljšanja kvaliteta života (Gorin-Lazard et al., 2012; Gorin-Lazard et al., 2013; Murad et al., 2010; Newfield et al., 2006; Nobili et al., 2018; White Hughto i Reisner, 2016), smanjenje tjeskobe i depresije (Aldridge et al., 2020; Colizzi et al., 2014; Davis i Meier, 2014; de Vries, Steensma et al., 2011; Gómez-Gil et al., 2012; Rowniak et al., 2019), kao i smanjenje stresa i paranoje (Keo-Meier i Fitzgerald, 2017). Prospektivna, kontrolisana studija koja koristi Minesotski multifazični inventar ličnosti - 2 (engl. *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2*, MMPI-2) pokazala je značajno poboljšanje u više

domena psihološkog funkcionisanja transrodnih muškaraca nakon samo 3 mjeseca uzimanja testosterona (Keo-Meier et al., 2015). Iako postoje veće stope simptoma autizma u transrodnoj populaciji, nije utvrđeno povećanje tih simptoma nakon početka hormonske terapije (Nobili et al., 2020).

Kako smanjenje simptoma depresije može biti u korelaciji sa smanjenjem rizika od samoubistva, uskraćivanje hormonske terapije na temelju prisutnosti depresije ili suicidalnosti može uzrokovati štetne posljedice (Keo-Meier et al., 2015; Levy et al., 2003). Turban, King et al. (2020) utvrdili su smanjenje vjerojatnosti suicidalnih ideja tokom života kod adolescenata koji su tražili supresiju puberteta i koji su imali pristup ovom tretmanu u poređenju sa onima sa sličnom željom bez pristupa tretmanu (Turban, King et al., 2020). Nedavni sistemski pregled literature otkrio je da je supresija puberteta kod transrodnih osoba adolescentskog uzrasta povezana s poboljšanim društvenim životom, smanjenom suicidalnošću u odrasloj dobi, kao i poboljšanim psihološkim funkcionisanjem i kvalitetom života (Rew et al., 2020). Budući da dokazi upućuju na to da je hormonska terapija direktno povezana sa smanjenjem simptoma depresije i anksioznosti, praksa uskraćivanja hormonske terapije, dok se ti simptomi ne adresiraju tradicionalnom psihijatrijom, smatra se da ima jatrogene učinke (Keo-Meier et al., 2015). Ako je indicirana psihijatrijska podrška, nju je moguće započeti ili prilagoditi uz hormonsku terapiju, bez njenog prekidanja.

** Za pojašnjenje kriterijuma koji bi trebali biti ispunjeni kod adolescenata i odraslih, molimo v. peto poglavlje - Procjenu odraslih i šesto poglavlje - Adolescente, kao i Prilog D.*

POGLAVLJE 13 Hirurgija i postoperativna njega

Medicinski nužni rodno-afirmišući hirurški zahvati odnose se na skup postupaka koji su osmišljeni da bi se tijelo osobe uskladilo s njenim rodnom identitetom (v. drugo poglavlje – Globalnu primjenjivost, preporuku 2.1). U ovom poglavlju opisuju se preporuke za hirurške zahvate i postoperativnu njegu transrodnih i rodno raznolikih (TiRR) odraslih i adolescenata. Za kriterijume procjene v. dijelove petog poglavlja – Procjenu odraslih i šestog poglavlja – Adolescencata, koji se odnose na hirurgiju za odrasle, odnosno adolescente. Sažetak preporuka i kriterijuma procjene dostupan je u Prilogu D.

Ako imamo na umu raznolikost i heterogenost zajednice pojedinaca koji se identifikuju kao transrodni i rodno raznoliki (TiRR), rodno-afirmišuće hirurške intervencije mogu se kategorizovati duž spektra postupaka za pojedince kojima je pri rođenju pripisan muški (engl. *assigned male at birth*, AMAB), odnosno ženski pol (engl. *assigned female at birth*, AFAB).

Aktuelna literatura podržava dobrobiti rodno-afirmišućih hirurških zahvata kod prikladno odabranih TiRR osoba. Iako se nakon rodno-afirmišućih hirurških zahvata javljaju komplikacije, one su u najvećem broju manje ili se mogu liječiti lokalno na izvanbolničkoj osnovi (Canner et al., 2018; Gaither et al., 2018; Morrison et al., 2016). Isto tako, stope komplikacija u skladu su s onima kod sličnih postupaka koji se izvode za različite dijagnoze (tj. postupcima koji nisu rodno-afirmišući).

Kod AFAB pojedinaca rodno-afirmišuća operacija grudi ili "gornja operacija" (tj. "potkožna mastektomija") proučavana je prospektivno (Agarwal et al., 2018; Frederick et al., 2017; Top i Balta, 2017; van de Grift, Elaut et al., 2017; van de Grift et al., 2016), retrospektivno (Bertrand et al., 2017; Claes et al., 2018; Esmonde et al., 2019; Lo Russo et al., 2017; Marinković i Newfield, 2017; Poudrier et al., 2019; Wolter et al., 2015; Wolter et al., 2018) i presječnim kohortnim studijama (Olson-Kennedy, Warus et al., 2018; Owen-Smith et al., 2018, 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018; van de Grift, Elfering et al., 2018).

Djelotvornost gornje operacije dokazana je u više domena, uključujući dosljedno i direktno povećanje zdravstvenog kvaliteta života, značajno smanjenje rodne disforije i dosljedno povećanje zadovoljstva tijelom i izgledom. Isto tako, stope kajanja ostaju vrlo niske i variraju od 0 do 4%. Iako učinak gornje operacije na dodatne mjere ishoda kao što su depresija, anksioznost i seksualna funkcija takođe upućuje na korist, studije nisu bile dovoljno opsežne da bi se donijeli konačni zaključci. Premda su potrebna daljnja istraživanja kako bi se donijeli čvršći zaključci, dokazi ukazuju na to da je gornja operacija sigurna i efikasna intervencija.

Manje je studija objavljeno za AMAB pojedince s obzirom na rodno-afirmišući hirurški zahvat dojki ("povećanje grudi"), što uključuje dvije prospektivne (Weigert et al., 2013; Zavlin et al., 2018), jednu retrospektivnu kohortnu (Fakin et al., 2019) i tri presječne kohortne studije (Kanhai et al., 2000; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018). Sve te studije govore u prilog dosljednom i direktnom poboljšanju zadovoljstva pacijenata, uključujući opšte zadovoljstvo, zadovoljstvo tijelom i idejom o njemu nakon operacije. Owen-Smith i saradnici (2018) pokazali su pozitivan trend u poboljšanju depresije i anksioznosti u odnosu na stepen rodno-afirmišućih intervencija. Ipak, nije napravljeno statističko pređenje između pojedinaca koji su se podvrgnuli gornjoj operaciji i bilo koje druge grupe.

Studije pokazuju da je rodno-afirmišuća vaginoplastika jedna od najčešćih rodno-afirmišućih hirurških intervencija; nedavno je objavljeno osam prospektivnih (Buncamper et al., 2017; Cardoso da Silva et al., 2016; Kanhai, 2016; Manero Vazquez et al., 2018; Papadopulos, Zavlin et al., 2017; Tavakkoli Tabassi et al., 2015; Wei et al., 2018; Zavlin et al., 2018), petnaest retrospektivnih kohortnih (Bouman, van der Sluis et al., 2016; Buncamper et al., 2015; Hess et al., 2016; Jiang et al., 2018; LeBreton et al., 2017; Manrique et al., 2018; Massie et al., 2018; Morrison et al., 2015; Papadopulos, Lelle et al., 2017; Raigosa et al., 2015; Salgado et al., 2018; Seyed-Foroortan et al., 2018; Sigurjonsson et al., 2017; Simonsen et al., 2016; Thalavirithan et al., 2018) i tri presječne kohortne

Lista preporuka:

- 13.1** - Preporučujemo da hirurzi koji izvode rodno-afirmišuće hirurške zahvate imaju sljedeće kompetencije:
- 13.1.a** - specijalizaciju i dokumentovanu superviziju u rodno-afirmišućim postupcima;
- 13.1.b** - kontinuirano obavljanje rodno-afirmišućih hirurških zahvata;
- 13.1.c** - teorijsko i temeljno praktično znanje o rodno raznolikim identitetima i izražavanjima;
- 13.1.d** - trajno stručno usavršavanje u području rodno-afirmišuće hirurgije;
- 13.1.e** - praćenje ishoda hirurških zahvata.
- 13.2** - Preporučujemo hirurzima da prije zahvata povećanja grudi ili mastektomije procijene faktore rizika povezane s rakom dojke kod transrodnih i rodno raznolikih osoba.
- 13.3** - Preporučujemo hirurzima da tokom preoperativnog procesa informišu transrodne i rodno raznolike osobe koje se podvrgavaju rodno-afirmišućim hirurškim zahvatima o zahtjevima postoperativne njege, putovanju i smještaju te važnosti postoperativnog praćenja.
- 13.4** - Preporučujemo hirurzima da prije gonadektomije kod transrodnih i rodno raznolikih osoba utvrde da su razmotrene reproduktivne mogućnosti.
- 13.5** - Savjetujemo hirurzima da razmotre gonadektomiju kod transrodnih i rodno raznolikih odraslih osoba koje ispunjavaju kriterijume*, kada postoje dokazi da su najmanje 6 mjeseci uzimale hormonsku terapiju (osim ako hormonska zamjenska terapija ili gonadalna supresija nisu klinički indikovane, odnosno ako postupak ne odgovara željama, ciljevima ili izražavanju individualnog rodno-afirmiškog identiteta pacijenta).
- 13.6** - Savjetujemo zdravstvenim radnicima da razmotre rodno-afirmišuće genitalne zahvate za transrodne i rodno raznolike odrasle osobe koje ih žele i ispunjavaju kriterijume* kada postoje dokazi da pojedinac ima stabilan kontinuitet u trenutnom režimu liječenja (što može uključivati najmanje 6 mjeseci hormonske terapije ili duže razdoblje potrebno za postizanje željenog hirurškog rezultata, osim ako je hormonska terapija neželjena ili je medicinski kontraindicirana).
- 13.7** - Preporučujemo hirurzima da razmotre rodno-afirmišuće hirurške intervencije za transrodne i rodno raznolike adolescente koji ispunjavaju kriterijume*, kada postoje dokazi da je u procesu donošenja odluka korišćen multidisciplinarni pristup koji uključuje stručnjake za mentalno zdravlje i medicinske stručnjake.
- 13.8** - Preporučujemo hirurzima da se konsultuju sa svestranim, multidisciplinarnim timom stručnjaka u području zdravlja transrodnih osoba kada transrodne i rodno raznolike osobe koje ispunjavaju kriterijume*, zatraže individualno prilagođene (prethodno "nestandardne") operacije u sklopu rodno-afirmišućih hirurških intervencija.
- 13.9** - Savjetujemo da hirurzi podstiču transrodne muškarce i rodno raznolike osobe podvrgnute metoidioplastici/faloplastici na cjeloživotno urološko praćenje.
- 13.10** - Preporučujemo hirurzima koji brinu o transrodnim ženama i rodno raznolikim osobama koje su bile podvrgnute vaginoplastici da ih podstiču na praćenje kod svog primarnog hirurga, liječnika primarne zdravstvene zaštite ili ginekologa.
- 13.11** - Preporučujemo da pacijente koji se kaju zbog rodno-afirmiškog identiteta vodi stručni multidisciplinarni tim.

**Za pojašnjenje kriterijuma koji bi trebalo da budu ispunjeni kod adolescenata i odraslih osoba, v. poglavlja Procjena odraslih osoba i Adolescenti, kao i Prilog D.*

studije (Castellano et al., 2015; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018).

Iako su korišćene različite procjene mjerenja, rezultati svih studija dosljedno ukazuju na visok nivo zadovoljstva pacijenata (78-100%) kao i zadovoljstvo seksualnom funkcijom (75-100%). To je bilo naročito vidljivo pri korišćenju novijih hirurških tehnika. Rodno-afirmišuća vaginoplastika takođe je povezana s niskom stopom komplikacija i niskom incidencijom kajanja (0-8%).

Novija literatura odražava povećani klinički interes za metoidioplastiku i faloplastiku, što se odražava u tri prospektivne kohortne studije (Garaffa et al., 2010; Stojanović et al., 2017; Vukadinović et al., 2014), u šest retrospektivnih kohortnih studija (Cohanzad, 2016; Garcia et al.,

2014; Simonsen et al., 2016; van de Grift, Pigot et al., 2017; van der Sluis et al., 2017; Zhang et al., 2015) i četiri presječne studije (Castellano et al., 2015; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018; Wierckx, Van Caenegem et al., 2011), koje daju pregled rizika i dobrobiti tih intervencija.

Što se urinarne funkcije tiče, između 75 i 100% učesnika studije moglo je mokriti stojeći. Što se tiče seksualne funkcije, između 77 i 95% učesnika studije izjavilo je da je zadovoljno svojom seksualnom funkcijom. Većina tih studija izvještava o visokim ukupnim nivoima postoperativnog zadovoljstva (raspon 83-100%), s višim stopama zadovoljstva u studijama koje uključuju novije hirurške tehnike. Dvije prospektivne i dvije retrospektivne

kohortne studije donijele su posebnu procjenu kajanja poslije operacije i otkrile da se nijedan transrodni muškarac nije pokajao. Iako su utvrđena ograničenja studije, objavljeni su rezultati dosljedni i direktni.

Facijalna rodno-afirmišuća hirurgija u posljednje je vrijeme privukla povećanu pažnju, a aktualna literatura izvještava o njenoj korisnosti. Osam novih publikacija uključuje jednu prospektivnu kohortnu (Morrison et al., 2020), pet retrospektivnih kohortnih studija (Bellinga et al., 2017; Capitán et al., 2014; Noureai et al., 2007; Raffaini et al., 2016; Simon et al., 2022) te dvije presječne studije (Ainsworth i Spiegel, 2010; van de Grift, Elaut et al., 2018). Svih osam studija jasno je pokazalo da su pojedinci bili vrlo zadovoljni rezultatima hirurških zahvata (između 72% i 100% pojedinaca). Jedna prospektivna, međunarodna, multicentrična kohortna studija otkrila je da facijalna rodno-afirmišuća hirurgija značajno poboljšava kvalitet života u srednjoročnom i dugoročnom razdoblju (Morrison et al., 2020). Rezultati su bili direktni i dosljedni, ali donekle neprecizni zbog određenih ograničenja studije. Iako je rodno-afirmišuća hirurgija kod AFAB osoba područje u nastajanju, aktualni ograničeni podaci upućuju na jednaku korist kod odabranih pacijenata. Preporučuje se nastavak istraživanja.

U sklopu preoperativnog procesa mogu biti potrebni dodatni postupci i/ili intervencije kao što uklanjanje dlaka (prije hirurgije lica i/ili genitalne hirurgije). V. petnaesto poglavlje – Primarnu zdravstvenu zaštitu. Prije i poslije operacije može biti važno (ili potrebno) razmotriti fizikalnu terapiju mišića karličnog dna.

Reprezentativne hirurške intervencije uključuju (za cijeli popis v. Prilog E i kraj ovog poglavlja):

AMAB: hiruršku feminizaciju lica (uključujući kondrolaringoplastiku/hirurgiju glasnih žica), rodno-afirmišuću hirurgiju grudi, postupke oblikovanja tijela, orhidektomiju, vagino/vulvoplastiku (sa/ili bez dubine), estetske zahvate i zahvate namijenjene pripremi osoba za operacije (npr. uklanjanje dlaka).

AFAB: hiruršku maskulinizaciju lica, rodno-afirmišuću hirurgiju grudnog koša, histerektomiju/ooforektomiju, metoidioplastiku (uključujući

postavljanje testikularnih proteza), faloplastika (uključujući postavljanje testikularnih/penilnih proteza), postupke oblikovanja tijela, estetske zahvate i zahvate namijenjeni pripremi osoba za operacije (npr. uklanjanje dlaka).

Važno je da hirurzi razumiju indikaciju(e) i tempiranje rodno-afirmišuće hirurgije. To je posebno važno kada se brinu o adolescentima (v. šesto poglavlje – Adolescente).

Važno je da hirurg i pacijent zajednički učestvuju u procesu donošenja odluka koje uključuje: 1) multidisciplinarni pristup, 2) razumijevanje ciljeva i očekivanja pacijenta, 3) raspravu o hirurškim opcijama i povezanim rizicima i prednostima i 4) informisani plan za naknadnu njegu (v. peto poglavlje – Procjenu odraslih). Ove su preporuke osmišljene kako bi olakšale individualizovani pristup njezi.

Odgovarajuća naknadna njega ključna je za optimizaciju rezultata (Buncamper et al., 2015; Lawrence, 2003), a važno je da pacijenti budu informisani o postoperativnim potrebama (uključujući lokalnu njegu rane, potrebu za mirovanjem, izostajanje s posla ili iz škole itd.). Isto tako, važno je da hirurg bude dostupan za pružanje i olakšavanje postoperativne njege, upućivanje specijalistima na daljnju obradu ili oboje po potrebi. To može uključivati potrebu za kontinuiranom podrškom (npr. njegovatelja i pružaoca primarne zdravstvene zaštite, stručnjaka za mentalno zdravlje ili oboje), kao i potrebu za rutinskom primarnom zdravstvenom zaštitom (npr. skrining raka dojke/grudi, urološku/ginekološku njegu itd.).

S obzirom na povećanje javnog interesa i broja rodno-afirmišućih hirurških postupaka (Canner et al., 2018; Ross, 2017; Shen et al., 2019), neophodno je dodatno osposobljavanje, odnosno praćenje ishoda i kontinuirano medicinsko usavršavanje hirurga (Schechter et al., 2017).

Sve preporuke u ovom poglavlju donesene su na temelju detaljnog pregleda dokaza, procjene koristi i štete, vrijednosti i preferenci pružaoca usluga i pacijenata, kao i potrebnih resursa i izvedivosti. U nekim slučajevima uviđamo da su dokazi ograničeni i/ili usluge možda nisu dostupne ili poželjne.

Preporuka 13.1

Preporučujemo da hirurzi koji izvode rodno-afirmišuće hirurške zahvate imaju sljedeće kompetencije:

- a. **specijalizaciju i dokumentovanu superviziju u rodno-afirmišućim postupcima;**
- b. **kontinuirano obavljanje rodno-afirmišućih hirurških zahvata;**
- c. **teorijsko i temeljno praktično znanje o rodno raznolikim identitetima i izražavanjima;**
- d. **trajno stručno usavršavanje u području rodno-afirmišuće hirurgije;**
- e. **praćenje ishoda hirurških zahvata**

Hirurzi koji izvode rodno-afirmišuće hirurške zahvate mogu imati različite vrste užih hirurških specijalizacija i kompetencija. Najčešće hirurške specijalizacije uključuju plastičnu hirurgiju, urologiju, ginekologiju, otorinolaringologiju i maksilofacijalnu hirurgiju (Jazayeri et al., 2021).

Jednako kao i u drugim hirurškim područjima, preporučujemo da samo hirurzi s diplomom o specijalističkom usavršavanju (ili hirurzi koji zadovoljavaju kriterijume za njen ekvivalent koji izdaje nacionalna akreditacijska agencija) izvode rodno-afirmišuće zahvate. Isto tako, preporučuje se da hirurzi koji pružaju njegu TiRR osobama imaju dokumentovano specijalističko usavršavanje u rodno-afirmišućim zahvatima, kao i teorijska i praktična znanja o rodno-afirmišućoj njezi (Schechter et al., 2017; Schechter i Schechter, 2019). Posljednje uključuje, ali nije ograničeno, na poznavanje rodno raznolikih identiteta i izražavanja te njihovog uticaja na pacijentove ciljeve, očekivanja i ishode. Važno je da hirurzi koji izvode rodno-afirmišuće zahvate budu upoznati s dostupnim postupcima i da mogu učestvovati u davanju informisanog pristanka. Ako hirurzi ne nude traženi postupak, mogu uputiti pacijenta da potraži drugo stručno mišljenje. Očekuje se da se hirurzi koji izvode rodno-afirmišuće zahvate počinju kursive trajnog stručnog usavršavanja u području rodno-afirmišuće hirurgije (npr. sastanci, konferencije, seminari itd.) kako bi bili u toku s aktuelnim spoznajama. Nadalje, preporučujemo praćenje i razgovor s pacijentima o hirurškim

ishodima u sklopu informisanog pristanka (Schechter et al., 2017).

Isto tako, osoblje bolnica, ustanova i doktorskih ordinacija koje pružaju rodno-afirmišuće zahvate mora baratati kulturološkim kompetencijama (npr. jezik, terminologija itd.). To može iziskivati kontinuiranu i redovnu edukaciju osoblja.

Preporuka 13.2

Preporučujemo hirurzima da prije zahvata povećanja grudi ili mastektomije procijene faktore rizika povezane s rakom dojke kod transrodnih i rodno raznolikih osoba.

Prije povećanja grudi ili mastektomije osobe treba da budu informisane i procijenjene s obzirom na faktore rizika za rak dojke, što uključuje genetske mutacije (npr. BRCA1, BRCA2), porodičnu anamnezu, starost, izloženost zračenju, estrogenima i količinu preostalog tkiva dojke nakon operacije (Brown, Lourenco et al., 2021; Brown i Jones, 2015; Colebunders et al., 2014; Gooren et al., 2013; Salibian et al., 2021; Weyers et al., 2010). Skrining raka dojke uravnotežuje prepoznavanje raka s odabirom odgovarajućih metoda snimanja, nalaza i postupaka. Trenutno ne postoje specifične smjernice za rano otkrivanje raka dojke za transrodne i rodno raznolike osobe (Salibian et al., 2021), ali je *American College of Radiology* nedavno predložio smjernice (Brown, Lourenco et al., 2021). Budući da je rizik od raka dojke kod osoba koje traže rodno-afirmišuće povećanje grudi ili mastektomiju sličan riziku u opštoj populaciji (čak i u slučaju uzimanja hormona), postojeće smjernice za rano otkrivanje raka dojke treba slijediti (Brown i Jones, 2015; Gooren et al., 2013; Salibian et al., 2021; Weyers et al., 2010). Budući da su te smjernice podložne promjenama, stručnjaci treba da prate njihova ažuriranja. Osobe koje se podvrgavaju rodno-afirmišućim operacijama grudnog koša treba da imaju kontinuirane preventivne preglede za rak dojke, što bi trebali nadzirati njihovi doktori primarne zdravstvene zaštite.

Preporuka 13.3

Preporučujemo hirurzima da tokom preoperativnog procesa informišu transrodne i rodno raznolike osobe koje se podvrgavaju rodno-afirmišućim hirurškim zahvatima o zahtjevima

postoperativne njege, putovanju i smještaju te važnosti postoperativnog praćenja.

Detalje o tempiranju, tehnici i trajanju postoperativne njege treba podijeliti s pacijentima u preoperativnom razdoblju kako bi se moglo adekvatno planirati. To uključuje razgovor o očekivanom planu hirurških zahvata (i povezanim putnim potrebama). S obzirom na to da su hirurzi sa specijalizacijom u rodno-afirmišućoj hirurgiji malobrojni, uobičajeno je da pacijenti putuju na zahvate. Hirurzi prije operacije pacijentima trebaju dati raspored postoperativnog praćenja. Hirurg bi s pacijentom trebao razgovarati o trajanju njegovog boravka, koliko će vremena provesti u bolnici, a koliko izvan bolnice, kao i o mogućnostima odstupanja od tog plana (posebno ako se pojave komplikacije). S obzirom na složenost i troškove putovanja i smještaja, promjene u planu njege trebale bi se podijeliti s pacijentom što je prije moguće. Hirurzi bi trebali osigurati pacijentu kontinuitet njege s lokalnim pružaocem po povratku kući.

Naknadna njega i postoperativno praćenje su važni. Rodno-afirmišući hirurški postupci često uključuju specifične potrebe naknadne njege kao što su postoperativni resursi (stalan i siguran smještaj; sredstva za putovanje i postoperativnu njegu), savjete o zdravim navikama (npr. ličnoj higijeni, zdravom životu, prevenciji infekcija mokraćnog sistema i polno prenosivih bolesti (Wierckx, Van Caenegem et al., 2011)), postoperativne mjere opreza ili ograničenja u svakodnevnim aktivnostima (npr. kupanje, tjelesna aktivnost, vježbanje, plan prehrane, nastavak seksualne aktivnosti) (Capitán et al., 2020), povratak lijekovima nakon operacije (npr. antikoagulansima, hormonima itd.) i detaljne aktivnosti samopomoći nakon operacije (npr. postvaginalni režimi dilatacije i ispiranja, aktivacija penilne proteze, strategije za optimizovanje postfaloplastičnog mokrenja, preporuke za njegu presađene kose) (Capitán et al., 2017; Falcone et al., 2018; Garcia, 2018; Hoebeke et al., 2005). Neki aspekti samozbrinjavanja nakon operacije mogu se uvoditi prije operacije i pojačati nakon operacije (Falcone et al., 2018). Budući da se mogu pojaviti komplikacije kao što su odloženo zarastanje rane, teškoće s dilatacijom i infekcije mokraćnog sistema (Dy et al., 2019), raz-

doblje praćenja pruža priliku za intervenciju, ublažavanje i sprečavanje komplikacija (Buncamper et al., 2016; Garcia, 2021).

Preporuka 13.4

Preporučujemo hirurzima da prije gonadektomije kod transrodnih i rodno raznolikih osoba utvrde da su razmotrene reproduktivne mogućnosti.

Budući da je neplodnost često posljedica rodno-afirmišuće hormonske terapije (privremena) i rodno-afirmišuće hirurgije (trajna), o očuvanju plodnosti treba razgovarati prije medicinskih i hirurških intervencija (Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Jahromi et al., 2021; Jones et al., 2021). Hirurški zahvati kojima se mijenja anatomija ili funkcija reproduktivnih organa mogu ograničiti buduće reproduktivne mogućnosti u različitoj mjeri (Nahata et al., 2019). Zbog toga je s transrodnim osobama i njihovim porodicama ključno razgovarati o riziku od neplodnosti i mogućnosti očuvanja plodnosti prije pokretanja bilo koje takve intervencije, a nakon toga kontinuirano (Hembree et al., 2017).

Za specifične preporuke vezane za reproduktivne mogućnosti v. šesnaesto poglavlje – Reproductivno zdravlje.

Preporuka 13.5

Savjetujemo hirurzima da razmotre gonadektomiju kod transrodnih i rodno raznolikih odraslih osoba koje ispunjavaju kriterijume*, kada postoje dokazi da su najmanje 6 mjeseci uzimale hormonsku terapiju (osim ako hormonska zamjenska terapija ili gonadalna supresija nisu klinički indikovane, odnosno ako postupak ne odgovara željama, ciljevima ili izražavanju individualnog rodnog identiteta pacijenta). Za prateći tekst, v. preporuku 13.6.

Preporuka 13.6

Savjetujemo zdravstvenim radnicima da razmotre rodno-afirmišuće genitalne zahvate za transrodne i rodno raznolike odrasle osobe koje ih žele i ispunjavaju kriterijume*, kada postoje dokazi da pojedinac ima stabilan kontinuitet u trenutnom režimu liječenja (što može uključivati najmanje 6 mjeseci hormonske terapije ili

duže razdoblje potrebno za postizanje željenog hirurškog rezultata, osim ako je hormonska terapija neželjena ili je medicinski kontraindicirana).

GAHT (rodno-afirmišuća hormonska terapija) dovodi do anatomskih, fizioloških i psiholoških promjena. Pojava anatomskih rezultata (npr. rast klitorisa, atrofija vaginalne sluznice) može započeti rano nakon započinjanja terapije, a konačni rezultat očekuje se za 1-2 godine (T'Sjoen et al., 2019). U zavisnosti od željenog hirurškog rezultata, određeno razdoblje hormonske terapije može biti potrebno (npr. dovoljna virilizacija klitorisa prije metoidioplastike/faloplastike) ili željeno iz psiholoških, anatomskih ili oba razloga (rast dojki i proširenje kože prije povećanja grudi, omekšavanje kože i promjene u raspodjeli masnog tkiva lica prije facijalnog rodno-afirmišućeg zahvata) (de Blok et al., 2021).

Kod osoba koje ne uzimaju hormone prije hirurških intervencija, važno je da hirurzi razmotre uticaj toga na planiranu operaciju.

Kod osoba koje su podvrgnute gonadektomiji a ne uzimaju hormone, prije operacije se može razviti plan za zamjensku hormonsku terapiju sa stručnjakom koji im prepisuje lijekove.

Preporuka 13.7

Preporučujemo hirurzima da razmotre rodno-afirmišuće hirurške intervencije za transrodne i rodno raznolike adolescente koji ispunjavaju kriterijume*, kada postoje dokazi da je u procesu donošenja odluka korišćen multidisciplinarni pristup koji uključuje stručnjake za mentalno zdravlje i medicinske stručnjake.

Značajni dokazi (tj. opservacijske studije, Monstrey et al., 2001; Stojanović et al., 2017), pregledi literature i stručna mišljenja (Esteva de Antonio et al., 2013; Frey et al., 2017; Hadj-Moussa et al., 2019; Pan i Honig, 2018), uspostavljene smjernice (Byne et al., 2018; Chen, Fuqua et al., 2016; Hembree et al., 2017; Karasic i Fraser, 2018; Klein, Paradise et al., 2018; Weissler et al., 2018) i tematska analiza sadržaja (Gerritse et al., 2018), podržavaju važnost multidisciplinarnog pristupa (tj. medicinskog, psihološkog/psihijatrijskog i hirurškog) zdravstvenoj zaštiti za transrodne osobe.

Multidisciplinarni pristup posebno je važan u rješavanju teškoća vezanih za mentalno zdravlje ako ih doživljava TiRR osoba koja se podvrgava rodno-afirmišućoj hirurgiji (de Freitas et al., 2020; Dhejne et al., 2016; van der Miesen et al., 2016). Isto tako, doktori opšte/porodične medicine i specijalisti mogu pomoći u donošenju odluka vezanih za tempiranje operacije, hirurške ishode i očekivanja, perioperativno vođenje hormonske terapije i optimizaciju zdravstvenih stanja (Elamin et al., 2010; Hembree et al., 2017).

Za specifične preporuke vezane za procjenu prije hirurškog zahvata kod adolescenata v. šesto poglavlje – Adolescente.

Preporuka 13.8

Preporučujemo hirurzima da se konsultuju sa svestranim, multidisciplinarnim timom stručnjaka u području zdravlja transrodnih osoba kada transrodne i rodno raznolike osobe koje ispunjavaju kriterijume* zatraže individualno prilagođene (prethodno "nestandardne") operacije u sklopu rodno-afirmišućih hirurških intervencija.

Rodni identiteti mogu se predstaviti u spektru, dok lični izrazi identiteta mogu prilično varirati među pojedincima (Beek et al., 2015; Koehler et al., 2018). Iako je opšti cilj pojedinog postupka obično smanjenje rodne disforije (van de Grift, Elaut et al., 2017), odnosno postizanje rodne kongruentnosti, različita rodna izražavanja mogu iziskivati individualno prilagođene hirurške zahtjeve koje neki mogu smatrati "nestandardnim" (Beek et al., 2015; Bizic et al., 2018). Individualno prilagođeni hirurški zahtjevi mogu se definisati kao 1) postupak promjene rodnog izraza osobe koji ne ide nužno za izražavanjem alternative, binarni identitet; 2) "nestandardna" kombinacija dobro provjerenih postupaka; ili 3) oboje.

Ta je podjela osmišljena da bi se olakšalo savjetovanje i informisanje pacijenta te utvrdilo da su ciljevi sprovodljivi. Pacijent i njegov hirurg moraju zajedničkim snagama utvrditi da su pacijentova očekivanja realna i ostvariva te da su predloženi zahvati sigurni i tehnički izvodljivi. Pacijent i njegov hirurški tim moraju se uključiti u proces donošenja odluka (Cavanaugh et al., 2016). U tom

procesu informisanog pristanka mora biti govora o ireverzibilnosti nekih postupaka, novijoj prirodi nekih postupaka i ograničenosti dostupnih informacija o dugoročnim ishodima nekih postupaka.

Preporuka 13.9

Savjetujemo da hirurzi podstiču transrodne muškarce i rodno raznolike osobe podvrgnute metoidioplastici/faloplastici na cjeloživotno urološko praćenje.

Postoperativne komplikacije kod metoidioplastike/faloplastike odnose se na urinarni sistem i seksualnu funkciju (Kang et al., 2019; Monstrey et al., 2009; Santucci, 2018; Schardein et al., 2019). Dokumentovane komplikacije vezane za uretru (povezane s produženjem uretre) uključuju strukture uretre 35-58%, uretralne fistule 15-70% (Monstrey et al., 2009; Santucci, 2018; Schardein et al., 2019), divertikule, mukokele ostatnog tkiva vagine i rast dlaka unutar novostvorene uretre (Berli et al., 2021; Veerman et al., 2020). Komplikacije povezane sa seksualnom funkcijom uključuju izostanak ili ograničenu taktilnu i/ili erogenu osjetljivost, poteškoće s funkcijom orgazma i komplikacije s penilnim protezama (Kang et al., 2019; Santucci, 2018). Smatra se da komplikacije vezane za penilne proteze uključuju infekciju (incidencija 8-12%), disfunkciju, eroziju uretre, otekline na koži i dislokaciju koštane fiksacije (Falcone et al., 2018; Kang et al., 2019; Morrison et al., 2016). Iako se većina uretralnih i proteznih komplikacija javlja neposredno poslije zahvata i u srednjem postoperativnom razdoblju, komplikacije se mogu javiti u bilo kojem trenutku. Rano otkrivanje može smanjiti morbiditet (npr. strukture uretre koje dovode do fistula, moguća erozija penilne proteze koja dovodi do infekcije i zahtijeva potpuno uklanjanje) (Blecher et al., 2019).

Redovno praćenje zbog ranog otkrivanja znakova suženja mokraćne cijevi (ili drugih problema s mokraćnim sistemom) uključuje mjerenje volumena ostatka urina nakon mokrenja ultrazvukom mokraćnog mjehura (za prepoznavanje i procjenu suženja neouretre), fluoroskopsku uretrografiju (za identifikaciju i procjenu suženja neouretre, fistula i divertikula) te cistouretroskopiju za pregled mokraćne cijevi i mjehura. TiRR muškarci takođe

mogu imati urološke probleme koji nisu povezani s promjenom pola (mokraćne kamence, hematuriju/krv u mokraći i zloćudne tumore genitourinarnog sistema; očuvanje fertiliteta) (Sterling i Garcia, 2020a, 2020b).

Preporuka 13.10

Preporučujemo hirurzima koji njeguju transrodne žene i rodno raznolike osobe koje su bile podvrgnute vaginoplastici da ih podstiču na praćenje kod svog primarnog hirurga, doktora primarne zdravstvene zaštite ili ginekologa.

Vaginoplastika je siguran postupak (Hontscharuk, Alba, Hamidian Jahromi et al., 2021). Iako se mogu javiti komplikacije, većina je samolimitirajuća ili se može liječiti manjim intervencijama (Hontscharuk, Alba, Hamidian Jahromi et al., 2021). Manje komplikacije uključuju probleme kao što su stvaranje granulacijskog tkiva, rast dlačica unutar vagine, odloženo zarastanje rane ili njeno otvaranje (ili oboje), estetske probleme i stenozu i atreziju vaginalnog otvora (Ferrando, 2020; Kloer et al., 2021). Iako su te komplikacije obično samolimitirajuće, mogu uticati na dobrobit pacijenta nakon operacije. Osim toga, ti se problemi mogu dijagnostikovati pogrešno ako pacijenti ne mogu pristupiti njezi koju pružaju stručnjaci za transrodno zdravlje. Preporučujemo da pacijente u redovnim intervalima uživo prate njihovi primarni hirurzi – npr. svake dvije sedmice, tri mjeseca, šest mjeseci i godinu dana nakon operacije – iako nekima mogu biti potrebne i dodatne kontrole.

Dodatna ginekološka njega sprovodi se tokom čitavog života TiRR osobe, a može se sprovoditi u mnogim okruženjima. Doktor porodične/opšte medicine, ginekolog ili rodno-afirmišući hirurg mogu uvesti spekulum kako bi provjerili ima li granulacijskog tkiva, dlačica i lezija, što može biti potrebno i izvan neposrednog postoperativnog razdoblja (Grimstad, McLaren et al., 2021; Suchak et al., 2015; van der Sluis et al., 2020). Nakon pouzdanih laboratorijskih nalaza, urinarne infekcije, polno prenosive bolesti i druge fluktuacije u vaginalnom mikrobiomu mogu se liječiti u skladu s relevantnim smjernicama koje su osmišljene za cisrodnu populaciju (Hooton, 2012; Sherrard et al., 2018). Ručni pregled prostate sprovodi se prema relevantnim smjernicama formulisanim za cis-

rodnu populaciju putem vaginalnog kanala, s obzirom na to da se prostata nalazi na prednjem zidu vagine (Carter et al., 2013).

Druge moguće komplikacije uključuju stenozu neovaginalnog kanala, rektovaginalne fistule i upale (intestinalna vaginoplastika) (Bustos et al., 2021). Za njihovo liječenje potrebna je kombinacija hirurškog i nehirurškog tretmana uz konsultacije i moguće ponovno upućivanje primarnom hirurgu i drugim specijalistima (npr. kolorektalni hirurg), ako je potrebno. Budući da disfunkcija karličnog dna može uticati na 30-40% pacijenata prije i nakon vaginoplastike, dostupnost fizioterapeuta za mišiće dna karlice važan je dodatak u postoperativnom razdoblju (Jiang et al., 2019).

Preporuka 13.11

Preporučujemo da pacijente koji se kaju zbog rodni hirurgskih intervencije vodi stručni multidisciplinarni tim.

Procenat osoba koje požale zbog rodno-afirmišućeg hirurškog zahvata vrlo je nizak (između 0,3% i 3,8%) (De Cuypere i Vercruysse, 2009; Defreyne, Motmans et al., 2017; Hadj-Moussa et al., 2019; Hadj-Moussa, Agarwal et al., 2018; Hadj-Moussa, Ohl et al., 2018; Landén et al., 1998; Narayan et al., 2021; van de Grift, Elaut et al., 2018; Wiepjes et al., 2018). Najveća incidencija kajanja datira iz vremena kada su hirurške tehnike bile manje sofisticirane, uloga multidisciplinarnog

pristupa manje razrađena, a Standardi njege nisu postojali ili nisu bili opšte poznati (Landén et al., 1998). Kajanje može biti privremeno ili trajno i može se klasifikovati kao (Narayan et al., 2021) socijalno žaljenje (uzrokovano teškoćama u porodičnom, vjerskom, društvenom ili profesionalnom životu), medicinsko žaljenje (zbog dugotrajnih medicinskih komplikacija, razočaranja u hirurške rezultate ili neadekvatnog preoperativnog odlučivanja) i stvarno žaljenje povezano s rodom (uglavnom zasnovano na pacijentovim iskustvima pogrešne dijagnoze, nedovoljnog istraživanja rodnog identiteta ili oboje). Ta je klasifikacija u skladu s već opisanim pozitivnim i negativnim prediktivnim faktorima (De Cuypere i Vercruysse, 2009; Gils i Brewaeys, 2007; Pfäfflin i Junge, 1998).

Multidisciplinarni tim može pomoći u prepoznavanju uzroka žaljenja, kao i stabilnosti hirurškog zahtjeva (Narayan et al., 2021). Nakon te procjene i uvažavanja okolnosti pojedinca, medicinski i/ili hirurški zahvati s namjerom nastavka tranzicije ili izvođenja hirurških zahvata zbog vraćanja anatomije u skladu sa polom pripisanim pri rođenju mogu biti indicirani. Za više informacija v. peto poglavlje – Procjenu odraslih.

**Za pojašnjenje kriterijuma koje je potrebno ispuniti kod adolescenata i odraslih osoba v. poglavlja Procjena odraslih osoba, Adolescenti i Prilog D.*

RODNO-AFIRMIŠUĆI HIRURŠKI ZAHVATI

Budući da se razumijevanje mnogih aspekata rodne inkongruencije u ovom području proširuje i da napredak tehnologije omogućava nove zahvate, prijeko je potrebno razumjeti da popis koji slijedi

nije iscrpan. To je posebno važno s obzirom na često duga razdoblja između ažuriranja SNj-e, tokom kojih razumijevanje i modaliteti medicinske podrške mogu evoluirati.

FACIJALNA HIRURGIJA

obrve	<ul style="list-style-type: none"> • redukcija čeonih kostiju/obrva • povećanje čeonih kostiju/obrva • podizanje obrva
pomjeranje prednje linije vlasišta i/ili transplantacija kose <i>facelift</i> /podizanje srednje linije lica (nakon promjene temeljnih koštanih struktura)	<ul style="list-style-type: none"> • platizmoplastika
blefaroplastika rinoplastika (+/- fileri) obraz	<ul style="list-style-type: none"> • lipofiling (transfer vlastitih masnih ćelija)
usna	<ul style="list-style-type: none"> • implantat • lipofiling • skraćivanje gornje usne • povećanje usana (uključuje autologne i neautologne metode) • redukcija mandibularnog ugla • povećanje/augmentacija • osteoplastično • aloplastično (na temelju implantata) • hirurgija glasnica (v. četrnaesto poglavlje)
donja vilica	
oblikovanje brade	
hondrolaringoplastika	

HIRURGIJA DOJKI/GRUDI

mastektomija	<ul style="list-style-type: none"> • mastektomija s očuvanjem/rekonstrukcijom bradavica-areola prema medicinski utvrđenoj potrebi za određenog pacijenta • mastektomija bez očuvanja/rekonstrukcije bradavica-areola prema medicinski utvrđenoj potrebi za određenog pacijenta
liposukcija rekonstrukcija dojke (povećanje)	<ul style="list-style-type: none"> • implantat i/ili ekspander tkiva • autologno (uključuje preklapanje i lipofiling)

GENITALNA HIRURGIJA

faloplastika (sa ili bez skrotoplastike)	<ul style="list-style-type: none"> • sa / bez uretralnog produženja • sa / bez proteze (penilna i/ili testikularna) • sa / bez kolpektomije/kolpokleize
metoidioplastika (sa ili bez skrotoplastike)	<ul style="list-style-type: none"> • sa / bez uretralnog produženja • sa / bez proteze (penilna i/ili testikularna) • sa / bez kolpektomije/kolpokleize
vaginoplastika (inverzijska, peritonealna, intestinalna) vulvoplastika	<ul style="list-style-type: none"> • može uključivati zadržavanje penisa i/ili testisa • može uključivati postupke opisane kao "flat front"

GONADEKTOMIJA

orhiektomija histerektomija i/ili salpingo-ooforektomija	
---	--

OBLIKOVANJE TIJELA

liposukcija lipofiling implantati monsplastika / redukcija <i>mons pubisa</i>	<ul style="list-style-type: none"> • pektoralni, za kukove, glutealni, za listove
--	--

DODATNI ZAHVATI

uklanjanje dlačica: uklanjanje dlačica s lica, tijela i genitalnih područja u svrhu afirmacije roda ili kao dio pripremnog procesa za operaciju (v. preporuku 15.14 o uklanjanju dlačica).	<ul style="list-style-type: none"> • elektroliza • laserska epilacija
tetovaža (npr. bradavica-areola)	
transplantacija materice	
transplantacija penisa	

POGLAVLJE 14 Glas i komunikacija

Ljudska bića učestvuju u komunikacijskim praksama ne samo da bi razmijenila ideje o poljašnjem svijetu nego i da bi se predstavila kao društvena i kulturna bića, pregovarajući forme obraćanja, upućivanja i ponašanja u interakciji s drugima, koje im omogućavaju da se osjećaju sigurno i poštovano (Azul et al., 2022). Ljudski glas široko je prepoznat kao jedan od ključnih modaliteta koji doprinosi komunikaciji roda kao jednoj od dimenzija ljudske različitosti. Međutim, druge aspekte i načine komuniciranja (npr. artikulaciju, izbor riječi, gestikulaciju, percepciju i tumačenje slušalaca) takođe treba uzeti u obzir (Azul, 2015; Azul i Hancock, 2020). Kroz ovo poglavlje, sintagma „glas i komunikacija” korišćena je kao fraza koja obuhvata prakse proizvodnje značenja u koje se svaki učesnik društvene interakcije uključuje u skladu sa svojim potrebama, željama, identifikacijama i kapacitetima.

Mada je binarno razumijevanje roda dominiralo u istraživačkoj literaturi u ovom području, pristup preporučen u ovom poglavlju implicira široko, inkluzivno shvatanje mogućnosti rodne identifikacije (npr. s iskustvima konceptualizovanim kao transfemininim, transmaskulinim, rodno fluidnim, nebinarnim, rodno-kvir (engl. *genderqueer*) ili arodnim), kao i razumijevanje da rod ne postoji u izolaciji, već se ukršta s drugim aspektima ljudske različitosti (npr. starosjedilačkim iskustvom, etnicitetom ili rasom, seksualnošću, statusom invaliditeta, vjerom, religijom i spiritualnošću). Preporuke u ovom poglavlju odnose se na sve transrodne i rodno raznolike ljude (TiRR) koji traže stručnu podršku u domenu glasa i komunikacije, uključujući djecu, adolescente, mlađe i starije odrasle, kao i ljude koji žele tranziciju ili detranziciju, nezavisno od izbora intervencija.

Ne suočava se svaka TiRR osoba s izazovima vezanim uz glas i komunikaciju, kao što ni ne želi svaka TiRR osoba stručnu podršku vezanu uz glas i komunikaciju, ali oni kojima je potrebna, često nailaze na barijere u pristepenu njezi. Iako procenat varira zavisno od zemlje i TiRR subpopulacije, statistika podržava zabrinutost da TiRR ljudi ne mogu pristupiti glasovnoj i komunikacijskoj terapiji kada i kako oni to žele (Eyssel et al., 2017;

James et al., 2016; Oguz et al., 2021; Sodersten et al., 2015; Veale et al., 2019). U ovim istraživanjima procenat TiRR ljudi koji žele pristup glasovnim i komunikacijskim terapijskim postupcima ili operaciji prilagođavanja glasa uopšteno je veći od broja ljudi koji su već prošli ove intervencije. S rijetkim izuzecima, pristupačnost glasovnim i komunikacijskim terapijskim postupcima obično je veća nego pristupačnost hirurškog prilagođavanja glasa. Grupe TiRR osoba koje su dodatno marginalizovane u svojim zajednicama, kao što su TiRR osobe marginalizovane rase ili etničke pripadnosti, doživljavaju diskriminaciju i ograničen pristup njezi u još većem broju (James et al., 2016; Xavier et al., 2005).

Cijena, neupućenost gdje pristupiti uslugama, kao i nedostupnost usluga najčešće su barijere koje su navodili učesnici istraživanja. Prema istraživanjima u SAD-u (Hancock i Downs, 2021; Kennedy i Thibeault, 2020) Turkey (Oguz et al., 2021) i na Novom Zelandu (starosjedilačkog naziva Aotearoa) (Veale et al., 2019), nedostatak tačnih informacija o mogućnostima ponuđenih glasovnom i komunikacijskom terapijom među TiRR osobama značajna je i raširena barijera njezi. Ipak, u Švedskoj se nudi podrška svim TiRR osobama u domenu glasa i komunikacije kod kojih je ustanovljena rodna inkongruencija (Sodersten et al., 2015). Dodatno, kulturološka se osjetljivost pružalaca usluga tek polagano poboljšava (Hancock i Haskin, 2015; Jakomin et al., 2020; Matthews et al., 2020; Sawyer et al., 2014). Hancock i Downs (2021) proveli su preliminarno istraživanje s ciljem identifikacije specifičnih barijera pristupu terapiji prilagođavanja glasa i komunikacije i radi razvoja efektivnih načina njihovog uklanjanja.

Ovo poglavlje namijenjeno je usmjeravanju stručnjaka koji rade u zdravstvu kako da podrže TiRR osobe i brinu o dobrobiti svih TiRR ljudi koji doživljavaju izazove ili stres u vezi svog glasa i komunikacijske prakse i/ili reakcije i tumačenja drugih (Azul et al. 2022).

TiRR osobe mogu koristiti niz različitih pristupa da bi modifikovale svoj glas i komunikaciju, bilo samo jedno od toga bilo oboje, uključujući samostalni rad na promjeni, u čemu se mogu osloniti na resurse koji će uputiti njihovu upotrebu

glasa i komunikacijske prakse; bihevioralnu promjenu koju bi podržali logopedi, fonetičari, otorinolaringolozi i drugi stručnjaci za glas i komunikaciju (nadalje u tekstu “terapija prilagođavanja glasa i komunikacije”) te promjenu koja bi bila rezultat androgenog hormonskog tretmana i/ili laringalne operacije. Trenutno dostupni istraživački dokazi ne obuhvataju samostalni rad na promjeni, ali su koncentrisani na posljednja tri pristupa.

„Stručnjak za glas i komunikaciju” neko je sa znanjem o kontinuiranoj i dinamičnoj subjektivnosti govornika i slušalaca te stručnim intervencijama, uključujući bihevioralne, hormonske, hirurške i druge relevantne procese povezane s biofiziologijom, kao i o proizvodnji sociokulturnog značenja i poljašnjih materijalnih snaga (Azul i Hancock 2020). Takav stručnjak može sprovesti odgovarajuće procjene da bi informisao odluku TiRR osobe i podržao istraživanje ciljeva i intervencijskih mogućnosti, usmjeravajući je na kulturno osjetljiv način, usredsređen na osobu. Takav stručnjak posjeduje znanja i vještine u bihevioralnim pristupima modifikaciji glasa i komunikacije.

U prakse pogodne za bihevioralnu promjenu spadaju: govorni i pjevački glas, usredsređena svjesnost (engl. *mindfulness*), opuštanje, disanje, ton i raspon tona, narav glasa, rezonanca/ton glasnoća, snaga glasa, izraz lica, geste, držanje tijela, pokret, vlastito predstavljanje drugima, opisivanje identiteta i traženje kulturološki osjetljivog tretmana i formi obraćanja u interakciji s drugima, asertivnu i otpornu reakciju na pogrešno oslovljavanje, vježbanje implementacije glasovne upotrebe i komunikacijskih praksi s različitim ljudima i u različitim svakodnevnim kontekstima (npr. Hancock i Siegfriedt, 2020; Mills i Stoneham, 2017).

Terapija prilagođavanja glasa i komunikacije nudi se kao dio cjelovitog i koordinisanog pristupa zdravlju, uključujući podršku medicinskim, psihološkim i društvenim potrebama (Södersten et al., 2015); međutim, nema uslova za te vrste usluga (kao što su hormonska upotreba, želja za operacijama ili vrijeme provedeno u odgovarajućoj rodnoj ulozi). Opšti ciljevi podrške TiRR osobama u modifikaciji glasa i komunikacije su:

- edukovanje klijenata o faktorima koji utiču na funkcionalni glas i komunikacijske prakse, kao i komunikaciju govornikovog identiteta (govornik, slušalac, stručne prakse, spoljašnji materijalni uticaj, biofiziološki i sociokulturni faktori);
- omogućavanje klijentima da iznesu svoj osjećaj sociokulturne pripadnosti (npr. po pitanju roda) u svakodnevnim situacijama na način koji odgovara klijentovoj željenoj samoprezentaciji te da razviju, održe i ustale glas, glasovne osobine i komunikacijske prakse koji podržavaju klijentove ciljeve na način koji ne oštećuje mehanizam glasovne proizvodnje;
- omogućavanje terapijskih postupaka usmjerenih prema proizvodnji funkcionalnog glasa kod klijenata s ograničenim glasovnim funkcijama (npr. kao rezultat naprezanja mehanizma za proizvodnju glasa, odnosno hiperkinezije);
- podrška klijentima u razvijanju kapaciteta da asertivno pregovaraju željene forme obraćanja i oslovljavanja u interakciji s drugima (npr. imena, zamjenica, titule) te da odgovaraju na pogrešna oslovljavanja na snalažljiv način koji doprinosi rastu i održavanju klijentove dobrobiti;
- podrška klijentima u razvijanju vještina rješavanja problema potrebnih za upravljanje anksioznošću, stresom i disforijom u saradnji s pružaocima usluga iz oblasti mentalnog zdravlja, kao i s prevladavanjem prepreka u praktičnom ili stvarnom životnom korišćenju preferirane komunikacije i glasa;
- osiguravanje podržavajućih resursa ili upućivanje klijenata na takve resurse koji potiču razvoj glasovnih i komunikacijskih vještina, vokalnu svijest i dobrobit;
- upućivanje klijenata drugim stručnjacima ili suradnja s njima, kao što su stručnjaci za mentalno zdravlje, endokrinolozi, otorinolaringolozi i kirurzi glave i vrata, koji mogu biti opremljeniji za odgovaranje na specifične potrebe određenog klijenta. Ovo može biti posebno relevantno u slučajevima u kojima se klijenti suočavaju s

jedinstvenim izazovima zbog višestrukih barijera njihovom zdravlju i dobrobiti ili kada se klijent odluči na operaciju larinksa ili hormonsku terapiju.

Dvije vrste operacije larinksa bitne su za TiRR populaciju: one za povišavanje osnovnog laringalnog tona ili fundamentalne frekvencije (npr. glotoplastika s pomicanjem unazad prednje komisure, krikotiroidna aproksimacija (engl. *cricothyroid approximation*, CTA), feminizirajuća laringoplastika i laserski potpomognuto prilagođavanje glasa (engl. *laser-assisted voice adjustment*, LAVA) (Anderson, 2007; Anderson, 2014; Brown, 2000; Casado, 2017; Geneid, 2015; Gross, 1999; Kelly et al., 2018; Kanalingam, 2005; Kim, 2017; Kim, 2020; Kocak, 2010; Kunachak, 2011; Mastronikolis, 2013; Mastronikolis, 2013; Matai, 2003; Meister 2017; Mora, 2018; Neumann, 2004; Nuyenet al., 2022; Orloff, 2006; Pickuth, 2000; Remacle, 2011; Thomas i MacMillan, 2013; Tschan, 2016; Van Borsel, 2008; Wagner, 2003; Wendler, 1990; Yang, 2002) i one za snižavanje osnovnoga laringalnog tona ili fundamentalne frekvencije (npr. tireoplastika tipa III, povećanje glasnice injekcijom) (Bultynck et al., 2020; Isshiki et al., 1983; Kojima et al., 2008; Webb et al., 2021). Dokumentovane akustičke prednosti operacije povišavanja osnovnog laringalnog tona uključuju povišeni ton glasa (prosječne frekvencije (*fo*)) i povećanog *Min fo* (najniže frekvencije u fiziološkom glasovnom obimu). Samoprocjena TiRR osoba pokazuje opšte zadovoljstvo glasom nakon operacije, mada bi se pojedinci koje su zainteresirani za obuhvatnije promjene vokalne ekspresije trebali možda okrenuti bihevioralnim intervencijama u radu s logopedima, fonetičarima i drugim stručnjacima za glas i komunikaciju, uz operaciju larinksa (Brown, Chang et al., 2021; Kelly et al., 2018; Nuyen et al., 2022). Moguće štetne posljedice operacije za povišavanje tona može procijeniti i adresirati stručnjak za glas i komunikaciju tokom terapijskih postupaka za prilagođavanje glasa. Dokumentovane štetne posljedice operacije za povišavanje tona uključuju glasovne probleme poput disfonije, slabljenja glasa, ograničenog raspona govorenog glasa, naročito u gornjem dijelu raspona (snižena maksimalna vrijednost os-

novnog laringalnog tona (*Max fo*) u fiziološkom rasponu glasa), hrapavosti glasa, vokalne nestabilnosti i opadanja frekvencijskih vrijednosti tokom vremena (Kelly et al., 2018; Song i Jiang, 2017), iako je stopa ovih ishoda nekonzistentna.

Istraživanja vezana uz operacije za snižavanje glasa su ograničena. Međutim, istraživanja koja su uključivala osam TiRR osoba koje su izabrale tireoplastiku tipa III nakon kontinuiranog nezadovoljstva hormonskom terapijom (Bultynck et al., 2020) i jednu osobu koja je injekcijom povećala glasnice nakon testosteronske terapije i terapije prilagođavanja glasa i komunikacije (Webb et al., 2020) izvještavaju o statistički značajnom snižavanju fundamentalne frekvencije, percipirane kao ton glasa.

Terapija estrogenom kod TiRR osoba nije povezana s mjerljivim promjenama glasa (Meszaros et al., 2005), dok je terapija testosteronom kod TiRR osoba za rezultat imala i željenim i neželjenim promjenama u rodnim i funkcionalnim aspektima proizvodnje glasa (Azul, 2015; Azul et al. 2017, 2018, 2020; Azul i Neuschaefer-Rube, 2019; Cosyns et al., 2014; Damrose, 2008; Deuster, DiVicenzo 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). Željene promjene povezane s testosteronskom terapijom obuhvataju sniženu fundamentalnu frekvenciju glasa, češće pripisivanje maskulinih karakteristika glasu i povećano zadovoljstvo glasom. Dokumentovana nezadovoljstva testosteronskom terapijom uključuju nedostatak snižavanja tona glasa ili nedostatno snižavanje tona glasa, disfoniju, oslabljenost glasa (asteniju), ograničeni raspon pjevačkog tona i vokalnu nestabilnost. Ova područja moguće je procijeniti i adresirati tokom terapije prilagođavanja glasa i komunikacije.

Sve preporuke u ovom poglavlju donesene su na temelju detaljnog pregleda dokaza, procjene koristi i štete, vrijednosti i preferenci pružaoca usluga i pacijenata, kao i potrebnih resursa i izvedivosti. U nekim slučajevima uviđamo da su dokazi ograničeni i/ili usluge možda nisu dostupne ili poželjne.

Lista preporuka:

14.1 - Preporučujemo logopedima, fonetičarima i drugim stručnjacima za glas i komunikaciju da procijene trenutno i željeno glasovno i komunikacijsko funkcionisanje transrodnih i rodno raznolikih ljudi te da razviju odgovarajuće intervencijske planove za one koji su nezadovoljni svojim glasom i komunikacijom.

14.2 - Preporučujemo logopedima, fonetičarima i drugim stručnjacima za glas i komunikaciju koji rade s transrodnim i rodno raznolikim osobama da steknu specifično obrazovanje koje će im omogućiti specijalizaciju u podršci vokalnog funkcionisanju, komunikaciji i dobiti ove populacije.

14.3 - Preporučujemo stručnjacima u području transrodnog zdravlja, a koji rade s transrodnim i rodno raznolikim osobama koje su nezadovoljne svojim glasom ili komunikacijom, da razmotre upućivanje tih osoba logopedima, fonetičarima i drugim stručnjacima za glas i komunikaciju radi podrške vezane uz glas, procjene i terapijskih postupaka.

14.4 - Preporučujemo zdravstvenim stručnjacima koji rade s transrodnim i rodno raznolikim osobama koje razmišljaju o hirurškoj prilagođavanja glasa da razmotre upućivanje tih osoba logopedima, fonetičarima i drugim stručnjacima za glas i komunikaciju koji mogu pružiti predoperativnu i/ili postoperativnu podršku.

14.5 - Preporučujemo stručnjacima za zdravlje TiRR osoba da informišu transrodne i rodno raznolike ljude koji započinju testosteronu terapiju o potencijalnim i varijabilnim uticajima ove terapije na glas i komunikaciju.

Preporuka 14.1

Preporučujemo logopedima, fonetičarima i drugim stručnjacima za glas i komunikaciju da procijene trenutno i željeno glasovno i komunikacijsko funkcionisanje transrodnih i rodno raznolikih ljudi te da razviju odgovarajuće intervencijske planove za one koji su nezadovoljni svojim glasom i komunikacijom.

Stručnjaci za glas i komunikaciju mogu procijeniti zadovoljstvo izražavanjem sociokulturnog pozicioniranja u komunikacijskim situacijama, uključujući rod i druge ukrštajuće identifikacije, uzimajući u obzir da one mogu i ne trebaju biti statične tokom vremena, kao i karakteristikama koji drugi pripisuju pojedincu i u kojem je to odnosu s njegovim identitetom, željama i dobiti; vrednovati glasovnu i govornu prirodnost te komunikacijsku funkcionalnost u odnosu na vokalne zahtjeve. Procjene mogu po svojoj prirodi varirati, u zavisnosti od svrhe (npr. praćenje ishoda o kojem klijent samostalno izvještava; perceptivne, akustičke, aerodinamičke i endoskopske procjene (Davies et al., 2015; Leyns et al., 2021; Oates i Dacakis, 1983). Npr. laringalna vizualizacija se koristi kada je kod pojedinaca prisutan prateći glasovni problem (npr. mišićna tenzijska disfonija) (Palmer et al. 2011) ili kada doživljavaju glasovne teškoće koje mogu i ne trebaju biti sekundarne rodno-afirmišućim medicinskim intervencijama androgene terapije ili operacije larinksa (Azul et al., 2017).

Logopedi, fonetičari i drugi stručnjaci za glas i komunikaciju informišu TiRR osobe koje traže podršku, nezadovoljne svojim glasom i komunikacijom, o dostupnim intervencijama koje podržavaju TiRR osobe s njihovim glasom, komunikacijom i dobiti. Narav svake opcije, uključujući potencijalne ishode i trajnost, treba biti objektivno predstavljena da bi se TiRR osobi osigurali poštovanje i autonomija u odlučivanju. Prikladni su intervencijski planovi individualizirani i izvedivi, uključujući pritom sve dostupne stručne usluge. Ciljevi se mogu razvijati tokom trajanja stručne podrške kako TiRR osoba istražuje modifikacije glasa i komunikacije, procjenjuje svoje zadovoljstvo postignutom promjenom i razrađuje ciljeve.

Preporuka 14.2

Preporučujemo logopedima, fonetičarima i drugim stručnjacima za glas i komunikaciju koji rade s transrodnim i rodno raznolikim osobama da steknu specifično obrazovanje koje će im omogućiti specijalizaciju u podršci vokalnog funkcioniranju, komunikaciji i dobiti te populacije.

Obrazovanje za stručnjake u domenu glasa i komunikacije (npr. logopede i druge stručnjake za govorno-jezične patologije, fonetske rehabilitatore, učitelje pjevanja i druge stručnjake koji pružaju podršku s prilagodbom glasa) variraju u zavisnosti od lokaciji, ali obično ne određuju kriterije za rad sa specifičnim populacijama. Standardni kurikulum formalnog obrazovanja za ova zanimanja obično ne uključuju posebnu ili odgovarajuću

pripremu za rad s TiRR populacijom (Jakomin et al., 2020; Matthews et al., 2020). Opšta znanja i vještine koje se odnose na vokalni mehanizam i interpersonalnu komunikaciju temeljni su dio ovoga oblika rada, ali nedovoljne su za provođenje kulturološki osjetljive njege za TiRR ljude, usredsređene na osobu, koja je djelotvorna, efikasna, inkluzivna i dostupna (Hancock, 2017; Russell i Abrams, 2019).

Logopedi, fonetičari i drugi stručnjaci u ovom području trebalo bi da steknu sveobuhvatno obrazovanje koje će ih podsticati u razvijanju samosvijesti, poniznosti u otvaranju kulturnom znanju i njegovom sticanju, kao i kulturne osjetljivosti da bi se odnosili s poštovanjem i pažnjom prema rodnoj raznolikosti i drugim aspektima klijentovih identifikacija, koje mogu poprimiti različite oblike i implicirati niz potreba za različitim vrstama podrške (Azul, 2015; Azul et al., 2022). Potrebno je poštovati klijentove preference kada su u pitanju upotreba imena, način formalnog obraćanja, način navođenja roda i upotreba zamjenica u cjelokupnoj komunikaciji s klijentom i o klijentu (uključujući medicinsku dokumentaciju, izvještaje, *e-mail* korespondenciju). Obrazovanje takođe treba uputiti na to kako izgraditi prostor ili kliniku za trening glasa, uz odgovarajuće administrativne prakse, u kojima će se TiRR osobe osjećati dobrodošlo, sigurno i uvaženo kada izraze zabrinutost ili iznesu probleme o kojima bi željele da se savjetuju s timom za podršku razvoju glasa i komunikacije.

Logopedima, fonetičarima, otorinolaringolozima i drugim stručnjacima za glas i komunikaciju koji rade s TiRR ljudima biće potrebno radno znanje o primjenjivim intervencijskim načelima, mehanizmima i djelotvoranosti, zatim kompetencije u poučavanju, vještine u modelovanju glasa i modifikaciji komunikacije, kao i temeljno razumijevanje transrodnog zdravlja, uključujući hormonske i hirurške tretmane te psihosocijalne probleme koje specifično pogađaju TiRR populaciju. Obrazovanje treba obuhvatiti metodologije i prakse razvijene u TiRR zajednicama i koje su se pokazale djelotvorne, a idealno bi bilo da ih predstave TiRR osobe s iskustvom uključenosti u glasovnu i komunikacijsku podršku, bilo samostalno bilo u saradnji sa stručnjacima.

Preporuka 14.3

Preporučujemo stručnjacima u području transrodnog zdravlja, a koji rade s transrodnim i rodno raznolikim osobama koje su nezadovoljne svojim glasom ili komunikacijom, da razmotre upućivanje tih osoba logopedima, fonetičarima i drugim stručnjacima za glas i komunikaciju radi podrške vezane uz glas, i procjene terapijskih postupaka.

Stručnjak za glas i komunikaciju ima potrebne kompetencije da informiše i usmjeri TiRR osobu koja je izrazila nezadovoljstvo svojim glasom ili komunikacijom, kada su te informacije i smjernice dostupne. Postoje dokazi da logopedi, fonetičari i drugi stručnjaci za glas i komunikaciju pružaju takav oblik podrške koji omogućava klijentu da postigne zadovoljstvo glasom i komunikacijom, smanjujući rodnu disforiju i poboljšavajući s komunikacijom povezane aspekte kvalitete života (Azul, 2016; Block, 2017; Deuster, DiVincenzo et al., 2016; Hancock, 2017; Hancock et al., 2011; Hardy et al., 2013; Kelly et al., 2013; McNamara, 2007; McNeill et al., 2008; Owen i Hancock, 2010; Pasricha et al., 2008; Soderpalm et al., 2004; Watt et al., 2018).

Empirijski je dokazano da je bihevioralna glasovna podrška za AMAB TiRR osobe djelotvorna u postizanju željenih promjena u glasu (Oates 2019). Sedam istraživanja sprovedenih prije 2020. pruža empirijske dokaze za efektivnost treninga glasa, mada su ponešto slabiji (Carew et al., 2007; Dacakis, 2000; Gelfer i Tice, 2013; Hancock et al., 2011; Hancock i Garabedian, 2013; McNeill et al., 2008; Meszaros et al., 2005). Metode treninga glasa u ovih sedam istraživanja bile su slične i ukazivale su na to da trening glasa može biti djelotvoran u povećavanju prosječne temeljne frekvencije (prosječnoga tona), temeljnog frekventijskoga raspona (raspona tona), zadovoljstva glasom, glasovnim feminitetom u samopercepciji i percepciji slušalaca i aspektima kvaliteta života povezanim s glasom, kao i povećanja učestvovanja u društvenim i profesionalnim aktivnostima. Slabosti identifikovanih istraživanja uključuju nedostatak nasumičnih kontrolnih testiranja u evaluaciji treninga glasa, male uzorke, neadekvatno dugoročno praćenje i manjak nadzora nad interferišućim varijablama. U 2021. godini, drugi sis-

tematični pregled učinaka bihevioralnog treninga govora za AMAB osobe došao je do sličnih zaključaka (Leyns et al., 2021).

Donedavno, skoro da i nije bilo istraživanja koja bi sagledavala djelotvoranost glasovnog treninga za TiRR AFAB osobe. Međutim, postoji neki obećavajući, mada slabi dokazi djelotvoranosti iz jedne studije slučaja (Buckley et al., 2020) i jedne prospektivne studije grupnog treninga glasa bez kontrolne grupe (Mills et al., 2019).

Preporuka 14.4

Preporučujemo zdravstvenim stručnjacima koji rade s transrodnim i rodno raznolikim osobama koje razmišljaju o hirurškom prilagođavanju glasa da razmotre upućivanje tih osoba logopedima, fonetičarima i drugim stručnjacima za glas i komunikaciju koji mogu pružiti predoperativnu i/ili postoperativnu podršku.

Ova preporuka ne namjerava da traži pred-hirurški trening glasa za TiRR osobe. Tačnije, preporučuje se da se sva dostupna podrška usmjeri prema individualizovanom informativnom savjetovanju, ključnom za njegu koja bi bila usredsređena na osobu. Preporučuje se da se promišljanje TiRR osobe bude podržano individualizovanim informativnim savjetovanjem, utemeljenim na procjeni glasa, probnoj terapiji prilagođavanja glasa i razgovoru o očekivanim ishodima vezanim uz glas, kao i rizicima hirurških zahvata s otolaringolozima ili drugim stručnjacima za glas i komunikaciju.

Za većinu laringalnih operacija preporučen je trening glasa, kako prije operacije za pripremu vokalnog mehanizma za hiruršku intervenciju tako i nakon operacije za povratak funkcionalnoj proizvodnji glasa (Branski et al., 2006; Park et al., 2021). Naročito je kod operacija za povisivanje osnovnog laringalnog tona glasa probna terapija prilagođavanja glasa preporučena jer postoje indikacije da se određene mjere unaprijede njome, a ne samom operacijom povisivanja tona (npr. faktori relevantni za intonaciju i prirodnost, kao što su maksimalna vrijednost osnovnog laringalnog tona (*Max fo*) u glasovnom rasponu (Kelly et al., 2018)).

Broj i kvalitet istraživanja koja vrednuju operacije snižavanja osnovnog laringalnog tona trenutno

su nedovoljni, posebno u upoređivanju ishoda u slučajevima koji uključuju i koji ne uključuju druge intervencije (tj. testosteron) (Bultynck et al., 2020). Postoji više tehnika i istraživanja o operacijama povisivanja osnovnog laringalnog tona glasa, ali još nema dovoljno kvalitetnih dokaza. Ishodi operacija povisivanja tona upoređani su s ishodi-ma situacija u kojima nije bilo operativnoga zahvata (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 i Welzel, 2004; Orloff et al., 2006; Pickuth et al., 2000; Remacle et al., 2011; Thomas i Macmillan, 2013; Tschan et al., 2016; Van Borsel et al., 2008; Yang et al., 2002), s ishodima druge vrste hirurške tehnike (Mora, 2018), samo treninga glasa (Kanagalingam, 2005; Mastronikolis, 2013; Wagner, 2003) i operacije u konjunktiji s treningom glasa (Casado, 2017; Kelly et al., 2018).

U 11 istraživanja koja izvještavaju o tome jesu li učesnici prošli terapiju prilagođavanja glasa i komunikacije prije operacije za povisivanje osnovnog laringalnog tona, većina učesnika je prošla prethodnu terapiju prilagođavanja glasa, ali je, i dalje nezadovoljna glasom, zatražila hiruršku intervenciju. Dakle, mnoga istraživanja hirurških ishoda reflektuju kombinirane učinke terapije prilagođavanja glasa i hirurške intervencije. Karakteristike koje predviđaju koji će klijenti potražiti operaciju nakon terapije prilagođavanja glasa su nepoznate.

Preporuka 14.5

Preporučujemo stručnjacima za zdravlje TiRR osoba da informišu transrodne i rodno raznolike ljude koji započinju testosteronsku terapiju o potencijalnim i varijabilnim uticajima ove terapije na glas i komunikaciju.

Istraživanja efekata androgenske terapije na glas i komunikaciju TiRR osoba ukazuju na različite i nepredvidive uticaje na različite klijente. Dok su brojne studije otkrile efekte na glas podudarne s očekivanjima i željama TiRR osoba, postoje i visokokvalitetni dokazi da TiRR osobe nisu uvijek zadovoljne vokalnim ishodima testosteronske terapije i da se mnoge suočavaju s teškoćama, kao što

je neadekvatno sniženje tona, kompromitiovani kvalitet glasa, vokalna glasnoća, glasovna izdržljivost, raspon tona i fleksibilnost (Azul, 2015, 2016, 2017, 2018; Cosyns et al., 2014; Nygren et al., 2016; Ziegler et al., 2018). Nedavna metaanaliza 19 istraživanja koja istražuju učinke najmanje jednogodišnje testosteroanske terapije procijenila je da 21% ispitanika nije doseglo normativne frekvencije cisrodnih muškaraca, 21% ispitanika izvijestilo je o nedovoljnoj usklađenosti glasa s rodnim identitetom i o glasovnim teškoćama, a 16% nije bilo sasvim zadovoljno glasom (Ziegler, 2018).

Za osobe koje žele terapiju androgenima, tačno, informativno savjetovanje prije početka tretmana

trebalo bi da omogući razvoj realnih očekivanja radi izbjegavanja razočaranja u vezi s trajnim efektom hormonske terapije na glas i komunikaciju. Uz to, TiRR osobe koje nemaju pristup testosteronu ili koje ne žele testosteroansku terapiju, ali žele promjenu glasa, kao i osobe koje su nezadovoljne ishodom testosteroanskog tretmana, mogu zatražiti savjetovanje logopeda, fonetičara ili drugog stručnjaka za glas i komunikaciju o alternativnim i dodatnim opcijama podrške (npr. bihevioralnoj terapiji prilagođavanja glasa i komunikacije; operaciji glasnica).

POGLAVLJE 15 Primarna zdravstvena zaštita

Primarna zaštita je najšira grana zdravstvene njege, a definiše se kao "sistem integrisanih, pristupačnih usluga zdravstvene njege koju pružaju zdravstveni radnici koji su odgovorni za rješavanje velike većine ličnih zdravstvenih potreba, razvoj održivog partnerstva s pacijentima i praktikovanje u kontekstu porodice i zajednice" (Institute of Medicine, 1996).

Pružaoци primarne zdravstvene zaštite (PPZZ-ovi) obuhvataju širok raspon zdravstvenih radnika koji pružaju ovu njegu, što uključuje doktore opšte i porodične medicine, medicinske sestre, više medicinske sestre, doktorove saradnike/asistente i interniste. PPZZ-ovi obuhvataju zdravstvene radnike različitog obrazovanja, osposobljenosti i specijalizacija. S obzirom na stepen obrazovanja i prirodu specijalizacije, obim prakse varira te stoga nisu svi pružaoци zdravstvenih usluga obučeni ili kvalifikovani za direktno pružanje cjelokupne zdravstvene njege transrodnim osobama, kao što su mentalno zdravlje, njega genitalija/zdjelice ili postoperativna njega nakon rodno-afirmišućih zahvata. Doktori i drugi pružaoци zdravstvenih usluga nisu u dovoljnoj mjeri edukovani o zdravlju transrodnih i rodno raznolikih osoba (TiRR) u bilo kojoj fazi njihova obrazovanja (Dubin et al., 2018), pa se većina vještina stiče u praksi, bilo neformalno bilo kroz kratkotrajne prilike za kontinuirano obrazovanje, v. takođe četvrto poglavlje - Obrazovanje. No ako su pružaoци zdravstvenih usluga kompetentni za pružanje slične njege za cisrodne pacijente, trebalo bi da razviju kompetencije i za njegu o TiRR pacijentima. Sve stručnosti navedene u nastavku treba smatrati dijelom prakse pružalaca primarne zdravstvene zaštite. Svi PPZZ-ovi trebali bi, međutim, da budu sposobni da vode brigu o sveobuhvatnom zdravlju TiRR pacijenata, bilo direktno ili adekvatnim upućivanjem drugim zdravstvenim radnicima, što uključuje druge specijaliste zbog procjene i adresiranja potreba pacijenata. Nema dokaza da se kompetencije za njegu o TiRR pacijentima mogu steći samo formalnim obrazovanjem ili pojedinačnim edukacijama. Međutim, ako se preporučene kompetencije eksplicitno navedu, PPZZ-ovi i TiRR osobe u svim

okruženjima mogu usvojiti zajednički skup standardnih očekivanja u pogledu znanja, vještina i kulturnih kompetencija potrebnih za njegu o TiRR osobama.

Zbog jedinstvenih medicinskih, hirurških i socijalnih potreba s kojima se TiRR osobe susreću, PPZZ-ovi trebaju posebne kompetencije u njege za njih, pored onih koje se očekuju od svih PPZZ-ova koji se inače brinu o raznolikoj populaciji koja uključuje etničke, rasne ili seksualne manjine. Stručna tijela iz niza opštih disciplina izdala su specifične preporuke i smjernice za njegu o TiRR osobama (American College of Obstetricians and Gynecology, 2021; Società italiana Genere, Identità e Salute (SIGIS); Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità (SIAMS); Società Italiana di Endocrinologia (SIE), 2021; Polskie Towarzystwo Seksuologiczne, 2021; Southern African HIV Clinicians Society, 2021). Wylie i suradnici (2016) navode: "O opštem zdravlju i dobrobiti transrodnih osoba treba brinuti uglavnom u ustanovama primarne zdravstvene zaštite, bez razlike u odnosu na usluge koje se nude cisrodnim (netransrodnim) osobama za fizičke, psihološke i seksualne zdravstvene probleme. Posebna njega vezana za promjenu pola takođe je moguća u primarnoj zdravstvenoj zaštiti." Mnogo je primjera da se te usluge pružaju sigurno i djelotvorano izvan specijalističke njege u raznim gradovima kao što su Toronto i Vancouver u Kanadi, New York i Boston u SAD-u te u Sydneyu u Australiji (Radix i Einfeld, 2014; Reisner, Radix et al., 2016; Spanos et al., 2021).

Hormonska terapija

Hoće li TiRR pacijenti dobiti medicinski potrebnu rodno-afirmišuću hormonsku terapiju (GAHT) od specijalista, npr. endokrinologa ili PPZZ-a, može zavisiti od dostupnosti edukovanih i susretljivih pružalaca zdravstvenih usluga i o odlukama na državnom nivou kao što su zdravstveni propis i finansiranje zdravstvenih usluga (v. medicinski neophodnu preporuku u drugom poglavlju - Globalnoj primjenjivosti, preporuku 2.1). U većem dijelu svijeta specijalizovane usluge za TiRR osobe djelimično su ili u potpunosti nedostupne, što povećava potrebu da svi pružaoци zdravstvenih

usluga prođu obuku u pružanju rodno-afirmišuće njege. U nekim državama doktori porodične/opšte medicine obavezni da upute TiRR pacijente specijalističkim službama (npr. klinikama za rodni identitet) što za rezultat ima neprihvatljivo kašnjenje u pristupu GAHT-u (Royal College of General Practitioners, 2019).

Hormonska terapija obuhvata niz intervencija kao što su supresija puberteta i/ili uvođenje, odnosno održavanje željenog nivoa hormona. Uz edukaciju, većina PPZZ-ova može voditi rodno-afirmišuću hormonsku terapiju. Bez obzira na to propisuju li hormone primarno ili ne, svi PPZZ-ovi treba da budu upoznati s lijekovima, predloženim praćenjem i potencijalnim nuspojavama povezanim sa GAHT-om (v. dvanaesto poglavlje – Hormonsku terapiju). PPZZ-ovi bi trebalo da budu u mogućnosti da izdaju odgovarajuće uputstvo za odgovarajuće pružaoce usluga za sve usluge povezane s tranzicijom koje sami ne pružaju.

Ovo poglavlje podržava tvrdnju da GAHT mogu propisati PPZZ-ovi ili drugi nespecijalisti – “Uzimajući u obzir prepreke u pristupu zdravstvenoj njezi i važnost GAHT-a za ovu populaciju, imperativ je da su pružaoци primarne zdravstvene zaštite sposobni i voljni osigurati GAHT TiRR pacijentima” (Shires, 2017).

Od PPZZ-ova se obično traži da pruže njegu za širok raspon stanja i potreba, uključujući one s kojima su možda imali ograničeno ili nikakvo prethodno iskustvo. To često uključuje konsultovanje s često korišćenim i lako dostupnim referentnim izvorima, kao što su smjernice stručnih udruženja, ili pretplatu na *online* baze znanja. Pružaoцима primarne zdravstvene zaštite savjetuje se da koriste sličan pristup kada se od njih traži da pruže osnovnu njegu vezanu za GAHT korišćenjem Standarda njege kao i drugih lako dostupnih izvora (Cheung et al., 2019; Hembree et al., 2017; Oliphant et al., 2018; T'Sjoen et al., 2020). Treba napomenuti da je većina lijekova koji se često koriste u rodno-afirmišućim režimima dio svakodnevnih prakse u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, uključujući, ali ne i isključivo testosteron, estradiol, progesteron i druge progestagene te spironolakton.

Mentalno zdravlje

Pružaoци primarne zdravstvene zaštite trebalo bi da budu sposobni i voljni da procijene i pruže podršku mentalnom zdravlju TiRR osoba, između ostalog i rodno-afirmišućom hormonskom terapijom koja može ublažiti rodnu disforiju i omogućiti rodno izražavanje. U najmanju ruku trebalo bi da budu svjesni tih potreba i da se konsultuju dodatno sa specijalistima i stručnjacima kada je potrebno.

Preventivna njega

Doktori opšte prakse/porodične medicine izvješteni su u pružanju sveobuhvatne primarne i sekundarne prevencije malignih bolesti s obzirom na to da je ona uobičajena u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Smjernice za prevenciju malignih bolesti utemeljene na dokazima razlikuju se na globalnom nivou zbog razlika u nacionalnim smjernicama i nivoima pristupa modalitetima skrininga na lokalnom nivou. Do danas su istraživanja o dugoročnom uticaju GAHT-a na rizik od malignih bolesti ograničena (Blondeel et al., 2016; Braun et al., 2017). Nema dovoljno dokaza za procjenu prevalencije raka dojke ili reproduktivnih organa među TiRR populacijom (Joint et al., 2018). Međutim, probir malignih bolesti uopšteno bi trebao biti vođen lokalnim smjernicama. U nastavku se detaljno govori o nekoliko modifikacija, u zavisnosti od vrste i trajanja primjene hormona, hirurške intervencije ili oboma. Kada njege za transrodne pacijente, pružatelj primarne zdravstvene zaštite trebao bi voditi ažurnu evidenciju o tome koji su organi prisutni kod TiRR pacijenata da bi im se mogao ponuditi odgovarajući, rutinski probir.

Taj inventar organa treba ažurirati na temelju hirurške istorije ili bilo kojeg razvoja do kojega je došlo zbog uzimanja rodno-afirmišućih hormona. Ne pružaju svi PPZZ-ovi njegu tokom cijelog života. Međutim, ako pružaoци zdravstvenih usluga skrbe o djeci, adolescentima ili starijim cisrodnim osobama, trebalo bi razviti kompetencije za transrodnu skrb koja je primjenjiva na te dobne grupe. Ako to nisu u mogućnosti učiniti, tada bi trebalo biti u mogućnosti izdati odgovarajuće uputstva zdravstvenim radnicima koji brinu o toj populaciji.

Lista preporuka:

15.1 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima da pribave detaljnu anamnezu transrodnih i rodno raznolikih osoba, koja uključuje prošle i aktualne hormonske terapije, operacije gonada, kao i prisutnost tradicionalnih kardiovaskularnih i cerebrovaskularnih faktora rizika u cilju pružanja redovne procjene kardiovaskularnog rizika prema utvrđenim smjernicama koje se koriste na lokalnom nivou.

15.2 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima da procijene i nadgledaju kardiovaskularno zdravlje TiRR osoba koristeći prilagođenu procjenu faktora rizika i kardiovaskularne/cerebrovaskularne metode praćenja.

15.3 - Preporučujemo da zdravstveni radnici prilagode modele izračuna temeljene na polu, koji se koriste za procjenu zdravstvenih stanja, potrebama TiRR osoba, uzimajući u obzir trajanje hormonske terapije, doziranje, nivo hormona u serumu, trenutnu starost i starost kada je hormonska terapija započela.

15.4 - Preporučujemo da zdravstveni radnici savjetuju transrodne i rodno raznolike osobe o štetnosti duvana i savjetuju apstinenciju od duvana/nikotina prije rodno-afirmišućeg hirurškog zahvata.

15.5 - Preporučujemo da zdravstveni radnici razgovaraju s transrodnim i rodno raznolikim osobama o psihološkim, medicinskim i društvenim problemima povezanim sa starenjem.

15.6 - Preporučujemo da zdravstveni radnici slijede lokalne smjernice za probir raka dojke razvijene za cisrodne žene u njege za TiRR osobe koje su primale estrogene, uzimajući u obzir trajanje hormonske terapije, doziranje, trenutnu starost i starost u doba početka primjene hormona.

15.7 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima da slijede lokalne smjernice za probir raka dojke razvijene za cisrodne žene kada brinu za TiRR osobe s grudima od natalnog puberteta koje nisu imale rodno-afirmišuću operaciju grudnog koša.

15.8 - Preporučujemo da zdravstveni radnici primjenjuju iste lokalne smjernice za probir (uključujući preporuku da ne rade probir) razvijene za cisrodne žene s prosječnim i povećanim rizikom od razvoja raka jajnika ili endometrija kada skrbe za TiRR osobe s jednakim rizicima.

15.9 - Ne preporučujemo rutinsku ooforektomiju ili histerektomiju isključivo u svrhu prevencije raka jajnika ili materice za TiRR osobe koje su podvrgnute liječenju testosteronom i koje inače imaju prosječan rizik od zloćudnih bolesti.

15.10 - Preporučujemo da zdravstveni radnici ponude probir za rak grlića materice TiRR osobama koje trenutno imaju ili su prethodno imale grlić materice slijedeći lokalne smjernice za cisrodne žene.

15.11 - Preporučujemo da zdravstveni radnici savjetuju TiRR osobe da uzimanje antiretrovirusnih lijekova nije kontraindikacija za rodno-afirmišuću hormonsku terapiju.

15.12 - Preporučujemo da zdravstveni radnici prikupe detaljnu anamnezu od TiRR osoba koja uključuje prošle i sadašnje hormonske terapije, operacije gonada, kao i prisutnost uobičajenih faktora rizika za osteoporozu, da bi se procijenila optimalna dob i potreba za probirom osteoporoze.

15.13 - Preporučujemo da zdravstveni radnici razgovaraju o zdravlju kostiju s TiRR osobama upućujući ih na potrebu za aktivnim vježbanjem s tegovima, zdravom prehranom, dodatkom kalcijumuma i vitamina D.

15.14 - Preporučujemo da zdravstveni radnici ponude TiRR osobama uputstva za uklanjanje dlačica s lica, tijela i genitalnih područja radi afirmacije roda ili u sklopu preoperativnog procesa.

Sve preporuke u ovom poglavlju donesene su na temelju detaljnog pregleda dokaza, procjene koristi i štete, vrijednosti i preferenci pružaoca usluga i pacijenata, kao i potrebnih resursa i izvedivosti. U nekim slučajevima uviđamo da su dokazi ograničeni i/ili usluge možda nisu dostupne ili poželjne.

Preporuka 15.1

Preporučujemo zdravstvenim radnicima da pribave detaljnu anamnezu transrodnih i rodno raznolikih osoba, koja uključuje prošle i aktualne hormonske terapije, operacije gonada, kao i prisutnost tradicionalnih kardiovaskularnih i cerebrovaskularnih faktora rizika, u cilju pružanja redovne procjene kardiovaskularnog rizika prema utvrđenim smjernicama koje se

koriste na lokalnom nivou. Za popratni tekst v. preporuku 15.3.

Preporuka 15.2

Preporučujemo zdravstvenim radnicima da procijene i nadgledaju kardiovaskularno zdravlje TiRR osoba koristeći prilagođenu procjenu faktora rizika i kardiovaskularne/cerebrovaskularne metode praćenja. Za popratni tekst v. preporuku 15.3.

Preporuka 15.3

Preporučujemo da zdravstveni radnici prilagode modele izračuna rizika temeljene na polu, koji se koriste za procjenu zdravstvenih stanja, potrebama TiRR osoba, uzimajući u obzir trajanje hormonske terapije, doziranje, nivo hormona u

serumu, trenutnu starost i starosno doba kada je hormonska terapija započela.

Kardiovaskularne bolesti (KVB) i moždani udar vodeći su uzroci smrtnosti u svijetu (WHO, 2018). Opsežni podaci među rasnim, etničkim i seksualnim manjinama iz različitih okruženja pokazuju značajne razlike u prevalenciji kardiovaskularnih bolesti i njihovih faktora rizika, kao i u ishodima medicinskih intervencija. Strukturni faktori kao što su pristup njege, socioekonomski status i alostatsko opterećenje povezano s manjinskim stresom doprinose tim razlikama (Flentje et al., 2020; Havranek et al., 2015; Streed et al., 2021). TiRR osobe često su izložene socijalnoj i ekonomskoj diskriminaciji kao i druge manjinske grupe za koje se zna da imaju povećan kardiovaskularni rizik (Carpenter et al., 2020; James et al., 2016; Reisner, Radix et al., 2016). Pokazalo se da TiRR osobe koje pripadaju rasnim, etničkim i seksualnim manjinama doživljavaju značajnije posljedice vezane za interseksionalni stres. Nasuprot tome, pristup rodno-afirmišućoj njege, uključujući GAHT, može ublažiti povećanje rizika od kardiovaskularnih bolesti zbog poboljšanja kvalitete života i smanjenja rodne disforije i inkongruencije (Defreyne et al., 2019; Martinez et al., 2018). Pružaoci primarne zdravstvene zaštite mogu značajno poboljšati zdravlje TiRR osoba probirom i prevencijom kardiovaskularnih bolesti i s njima povezanih rizičnih stanja - kao što su pušenje, dijabetes, hipertenzija, dislipidemija i gojaznost.

Mali broj postojećih studija, uglavnom sprovedenih u SAD-u, koje procjenjuju prevalenciju kardiovaskularnih bolesti, moždanog udara ili rizika od kardiovaskularnih bolesti kod TiRR osoba nezavisno od GAHT-u, ukazuju na povišen kardiovaskularni rizik, uključujući visoke stope nedijagnostikovanih i neliječenih kardiovaskularnih faktora rizika s neadekvatnom kardiovaskularnom prevencijom u poređenju s cisrodnom populacijom (Denby et al., 2021; Malhotra et al., 2022; Nokoff et al., 2018). U jednoj populacijskoj studiji TiRR osobe imale su veće izgleda za diskriminaciju, psihološke poteškoće i nepovoljna iskustva iz djetinjstva, a sve to bilo je povezano s povećanim izgledima za nastanak kardiovaskularnih bolesti (Poteat et al., 2021).

U američkim studijama koje se temelje na na podacima koji su prikupljeni na temelju sistema za praćenje ponašanja vezanih za zdravlje - *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS) - i transrodni muškarci i transrodne žene pokazuju veću prevalenciju infarkta miokarda (MI), moždanog udara ili bilo kojeg KVB-a u poređenju s cisrodnim muškarcima, cisrodnim ženama ili oboma. Rezultati se razlikuju u zavisnosti od prilagođavanja podataka dodatnim varijablama, koje uključuju rasu, prihode ili faktore kardiovaskularnog rizika (Alzahrani et al., 2019; Caceres et al., 2020; Nokoff et al., 2018). Rodno nebinarne osobe takođe imaju veće izgleda za KVB (Downing i Przedworski, 2018). Podaci o upotrebi hormona nisu prikupljeni u ovim studijama, koje su ograničene i zbog upotrebe samoprocjene zdravlja pacijenata. U SAD-u TiRR osobe koje se javljaju na GAHT mogu imati veće stope nedijagnostikovanih i neliječenih faktora rizika za KVB u poređenju s cisrodnom populacijom (Denby et al., 2021), ali to možda nije globalno primjenjivo.

Velika studija slučaja iz 2018. iz nekoliko američkih centara koji su koristili 10:1 cisrodnu kontrolnu grupu nije pronašla statistički značajnu razliku u stopama MI ili moždanog udara između transrodnih žena i cisrodnih muškaraca, kao ni razliku u stopama MI, moždanog udara ili venske tromboembolije (VTE-a) između transrodnih muškaraca i cisrodnih muškaraca ili žena. Postojao je statistički značajan omjer rizika od 1,9 za VTE među transrodnim ženama u poređenju s cisrodnim muškarcima. Podkohorta transrodnih žena koje su započele s GAHT-om za vrijeme (u poređenju s onima koje su je započele prije) šestogodišnjeg razdoblja studije pokazala je povećan rizik od moždanog udara. Povećanje stopa VTE-a u ukupnoj kohorti transrodnih žena i stopa moždanog udara u inicijacijskoj podkohorti transrodnih žena pokazali su da je broj brojeva oboljelih koje je potrebno liječiti da nastupi neželjeno djelovanje (NNH; nije naveden u radu) između 71 i 123 osoba koje su primile tretman (Getahun et al., 2018). Druge studije nisu pokazale povećanje kardiovaskularnih incidenata ili moždanog udara kod transrodnih muškaraca koji su podvrgnuti terapiji testosteronom, iako su studije ograničene malim uzorkom i relativno kratkim praćenjem ispitanika

mlađeg uzrasta (Martinez et al., 2020; Nota et al., 2019).

Evropske i američke studije na transrodnim ženama koje su pristupile feminizirajućem GAHT-u sve više ukazuju na povećan rizik od KVB-a, moždanog udara ili i jednog i drugog, u poređenju s cisrodnim ženama i, u nekim studijama, cisrodnim muškarcima (Getahun et al., 2018; Nota et al., 2019; Wierckx et al., 2013). Mnoge od tih studija imale su značajna ograničenja kao što su varijabilno prilagođavanje za faktore rizika povezane s KVB-om, mali uzorak – posebno što se tiče starijih transrodnih žena – i varijabilno trajanje i vrste GAHT-a (Connelly et al., 2019; Defreyne et al., 2019; Martinez et al., 2020). Nadalje, ukupni povećani rizik bio je malen. U mnogima od tih studija većina transrodnih žena koje su doživjele srčane ili moždane udare bile su starije od 50 godina, imale su jedan ili više faktora rizika za KVB i uzimale su različite hormonske terapije, uključujući, među ostalim, etinil estradiol i sintetski estrogen koji značajno povećava rizik od tromboze i ne preporučuje se za upotrebu u feminizirajućim terapijama (Gooren et al., 2014; Martinez et al., 2020). Trenutačni ograničeni dokazi upućuju na to da je GAHT na bazi estrogena povezan s povećanim rizikom od infarkta miokarda i moždanog udara, no nejasno je je li taj mali rizik rezultat GAHT-a ili već postojećeg kardiovaskularnog rizika. Nema poznatih studija koje se posebno bave kardiovaskularnim bolestima i srodnim stanjima kod nebinarnih pojedinaca, pojedinaca koji uzimaju subfiziološke doze rodno-afirmišućih hormona ili kod odraslih osoba koje su prethodno bile podvrgnute tretmanu supresije puberteta.

Pružaoци primarne zdravstvene zaštite mogu najbolje kontrolisati rizik od KVB-a tokom GAHT-a procjenom TiRR osoba na KVB i promjenjive faktore rizika od KVB-a, kao što su dijabetes, hipertenzija, hiperlipidemija, gojaznost i pušenje, kao i rješavanjem problema uticaja manjinskog stresa na kardiovaskularni rizik (Streed et al., 2021). Jednako tako, PPZZ-ovi mogu ublažiti disparitet u kardiovaskularnom zdravlju transrodnih osoba pružanjem pravovremene dijagnoze i liječenja rizičnih stanja te prilagođavanjem njihovog vođenja na način koji podržava tekuće rodno-afirmišuće intervencije.

Smjernice za procjenu rizika razlikuju se u zavisnosti od nacionalnom ili međunarodnom kontekstu i naučnoj afilijaciji autora smjernica. Smjernice za prevenciju KVB-a takođe se razlikuju prema prirodi i učestalosti procjene rizika za inače zdrave odrasle osobe mlađe od 40 godina (Arnett et al., 2019; Piepoli et al., 2020; Précoma et al., 2019; Streed et al., 2021; WHO, 2007). U dobi poslije 40 godina, kada kardiovaskularni rizik raste, smjernice jasno preporučuju planirane procjene rizika korišćenjem izračunatog predviđanja desetogodišnjeg ukupnog rizika od kardiovaskularnih bolesti na temelju modela izračuna rizika iz velikih uzoraka populacije. Primjeri modela izračuna rizika uključuju SCORE (preporučuju ga Evropske smjernice za prevenciju kardiovaskularnih bolesti), Pooled Cohort Studies Equations, odnosno jednadžbe združenih kohortnih studija (2013 AHA ACC Smjernice o procjeni rizika od kardiovaskularnih bolesti), Framingamske ocjene rizika i grafikone predviđanja rizika Svjetske zdravstvene organizacije (WHO). Karte Svjetske zdravstvene organizacije razvijene su na temelju informacija iz zemalja u svakoj podregiji. U mnogim mjestima s ograničenim resursima nisu dostupni uređaji za mjerenje holesterola ili glukoze u serumu te su dostupni alternativni dijagrami predviđanja bez tih mjerenja.

Treba napomenuti da su svi aktuelni kalkulatori kardiovaskularnog rizika rodno uslovljeni, odnosno da koriste pol kao značajnu varijablu rizika. Trenutno nema dovoljno podataka o intervencijama s ciljem smanjivanja kardiovaskularnog rizika tokom životnog vijeka TiRR osoba koje su podvrgnute medicinskim i hirurškim intervencijama kako bi se prilagodile te jednadžbe predviđanja. Uprkos tome jasno je da i pol pripisan pri rođenju i medicinska tranzicija mogu uticati na parametre koji se koriste za izračunavanje kardiovaskularnog rizika (Connelly et al., 2019; Defreyne et al., 2019; Maraka et al., 2017; Martinez et al., 2020). Pružaoци zdravstvenih usluga mogu primijeniti različite pristupe korišćenju modela izračuna kardiovaskularnog rizika kod TiRR osoba, uključujući i korišćenje modela izračuna rizika za pol pripisan pri rođenju, afirmisani rod ili ponderirani prosjek ta dva, uzimajući u obzir ukupnu životnu izloženost GAHT-u. Iako nema dovoljno podataka, korišćen-

je afirmisanog roda za transrodne odrasle osobe s historijom pokretanja GAHT-a u pubertetskom uzrastu vjerojatno će biti najprikladnije. Pacijenti s anamnezom submaksimalne uporabe GAHT-a ili produženih vremenskih razdoblja nakon gonadektomije bez nadomjesnog hormona prije otprilike 50. godine mogu iziskivati još detaljniji pristup. Pružaoci zdravstvenih usluga trebalo bi da budu svjesni karakteristika i ograničenja kalkulatora rizika koji se koriste i trebalo bi uključiti pacijente u donošenje odluka u vezi s tim razmatranjima.

Trenutno nema studija koje bi upoređale prevalenciju dislipidemije između transrodnih i cisrodnih uzoraka, uz kontrolu upotrebe hormona. Kao što je prethodno navedeno, podaci u drugim populacijama pokazuju prisutnost psihosocijalnog stresa u djetinjstvu i odrasloj dobi koji pogoduju gojaznosti i abnormalnom metabolizmu lipida. Hormonska terapija na bazi testosterona, kao i ona na bazi estrogena, utiču na metabolizam lipida, iako su dokazi ograničeni različitim režimima hormona i dodatnim varijablama (Connelly et al., 2019; Defreyne et al., 2019; Deutsch, Glidden et al., 2015; Maraka et al., 2017; Martinez et al., 2020). Kada se sve uzme u obzir, estrogen ima tendenciju povećanja holesterola lipoproteina visoke gustine (HDL-a) i triglicerida, s različitim učincima na kolesterol lipoproteina niske gustine (LDL), dok testosteron varijabilno utiče na trigliceride, smanjuje HDL-kolesterol i povećava LDL-kolesterol. Način primjene također može uticati na taj obrazac, naročito u odnosu na oralni estrogen naspram transdermalnog, kao i njihov uticaj na trigliceride (Maraka et al., 2017). Uopšteno, učinak tih razlika je minimalan, a ukupni uticaj na kardio- i cerebrovaskularne ishode je nejasan. Ne postoje studije koje ispituju učinke hormona na TiRR osobe s već postojećom dislipidemijom koje su s uzimanjem hormona započele nakon 50. godine, ili koje ispituju učinke nakon 2-5 godina terapije.

Nedostaju studije koje upoređuju prevalenciju hipertenzije između TiRR i cisrodnih uzoraka koje u analizi kontrolišu upotrebu hormona. Podaci u drugim populacijama pokazuju da hronični i akutni psihosocijalni stres, uključujući iskustvo diskriminacije, mogu posredovati kod hipertenzije (Din-Dzietham et al., 2004; Spruill, 2010). U američkim studijama koje su se temeljile na BRFSS-u,

opsežnom nacionalnom zdravstvenom istraživanju u SAD-u, nije bilo razlika u dokumentovanoj hipertenziji između transrodnih muškaraca i žena u poređenju s uzorcima cisrodnih osoba (Alzahrani et al., 2019; Nokoff et al., 2018).

Studije GAHT-a na bazi testosterona i estrogena pokazale su nedosljedne učinke na sistolički i dijastolički krvni pritisak. Retrospektivna studija učinaka GAHT režima na krvni pritisak koji se temelje na estrogenu i testosteronu otkrila je blago smanjenje sistoličkog krvnog pritiska nakon uvođenja režima koji se temelje na estrogenu; iako je postojalo blago povišenje (4 mm Hg) srednjeg sistoličkog krvnog pritiska tokom dugotrajnog praćenja režima koji se temelje na testosteronu, ta je razlika bila na ivici statističke značajnosti i ograničena kliničkog značaja (Banks et al., 2021). Sistemni pregled zaključio je da, s obzirom na ograničeni kvalitet studija, nema dovoljno podataka za donošenje zaključaka o učincima rodno-afirmišuće hormonske terapije na krvni pritisak (Connelly et al., 2021). Spironolakton, koji se često koristi kao blokator androgena u feminizirajućem GAHT-u, diuretik je koji štedi kalijum i može povećati njegovu količinu kada se koristi zajedno s ACE inhibitorima ili blokatorima angiotenzinskih receptora, kao i sa zamjenama za so. Ne postoje studije koje ispituju učinke hormona TiRR osoba s već postojećom hipertenzijom koje su započele s hormonskom terapijom nakon 50. godine života, ili koje istražuju učinke nakon 2-5 godina terapije. Transrodne osobe koje primaju GAHT trebale bi da se podvrgnu bilo kojem dodatnom probiru krvnog pritiska ili praćenju navedenom u smjernicama WPATH-a za GAHT.

Postoje ograničeni podaci koji upoređuju prevalenciju dijabetesa između TiRR i cisrodnih uzoraka bez obzira na hormonsku terapiju. Nedavni podaci iz kohortne studije STRONG (Islam et al., 2021) otkrili su da su prevalencija i incidencija dijabetesa tipa 2 veći u kohorti trans žena u poređenju s cisrodnim ženama, ali ne i kod cisrodnih muškaraca u kontrolnoj grupi. Nisu primijećene značajne razlike u prevalenciji ili incidenciji dijabetesa tipa 2 u kohorti trans muškaraca i TiRR osoba uopšteno nakon početka hormonske terapije. Međutim, prosjek praćenja za obje grupe bio je 2,8 odnosno 3,1 godinu (Islam et al., 2021). Podaci u

drugim populacijama, uključujući seksualne manjine, pokazuju da hronični i akutni psihosocijalni stres može posredovati u razvoju i kontroli dijabetesa tipa 2 (Beach et al., 2018; Kelly i Mubarak, 2015).

Američke studije temeljene na BRFSS-u nisu utvrdile razlike u prijavljenim slučajevima dijabetesa među transrodnim muškarcima, transrodnim ženama i nebinarnim osobama u poređenju s cisrodnim osobama (Alzahrani et al., 2019; Caceres et al., 2020; Nokoff et al., 2018). Nekoliko manjih studija pokazalo je veću prevalenciju sindroma policističnih jajnika ili hiperandrogenemije među transrodnim muškarcima od očekivane (Feldman et al., 2016), a to su stanja povezana s insulinskom rezistencijom i rizikom od dijabetesa. Dok studije GAHT-a na temelju testosterona i estrogena pokazuju različite učinke na težinu/tjelesnu masnoću, metabolizam glukoze i insulinsku rezistenciju (Defreyne et al., 2019), većina njih ne pokazuje nikakvo povećanje slučajeva predijabetesa ili dijabetesa (Chan et al., 2018; Connelly et al., 2019). Ne postoje studije koje ispituju učinke hormona na TiRR osobe s već postojećim dijabetesom koje su s uzimanjem hormona započele nakon 50. godine života, ili koje ispituju učinke nakon 2-5 godina terapije. Trenutno nema studija koje se posebno bave dijabetesom kod odraslih osoba koje su prethodno bile podvrgnute terapiji supresije puberteta.

Dok su studije srednjeg ishoda učinaka GAHT-a na krvni pritisak i lipide korisne za stvaranje hipoteza i za proučavanje etiologije, buduće studije trebale bi se usredsrediti na kardiovaskularne ishode za koje postoji interes, s posebnim fokusom na pojedinačne prediktore, kao što su starost, način primjene i doza korišćenih hormona te životna kumulativna izloženost GAHT-u. U tumačenje podataka uvijek treba uzeti u obzir jesu li cisrodne kontrolne grupe bile istog natalnog pola ili identifikovanog roda.

Preporuka 15.4

Preporučujemo da zdravstveni radnici savjetuju transrodne i rodno raznolike osobe o štetnosti duvana i savjetuju apstinenciju od duvana/nikotina prije rodno-afirmišućeg hirurškog zahvata.

Pušenje je vodeći uzročnik kardiovaskularnih bolesti, plućnih bolesti i raka diljem svijeta (WHO, 2020). TiRR osobe imaju veću prevalenciju konzumacije duvana u poređenju s cisrodnim osobama, što varira po rodnom spektru (Azagba et al., 2019; Buchting et al., 2017). Taj je obrazac u skladu s drugim populacijama koje doživljavaju manjinski stres (Gordon et al., 2021). Pružaoci primarne zdravstvene zaštite mogu podsticati mjere protiv faktora rizika kao što su konzumacija duvana i izloženost osobnoj ili strukturnoj diskriminaciji, ali i posjedovanje rodno-afirmišućih dokumenata i zdravstvenog osiguranja (Kidd et al., 2018; Shires i Jafee, 2016).

Zdravstveni rizici konzumacije duvana nesrazmjerno utiču na TiRR osobe, prvenstveno zbog smanjenog pristupa kulturno kompetentnom, pristupačnom probiru i liječenju bolesti povezanih s pušenjem (Shires i Jafee, 2016). Pušenje može dodatno povećati kardiovaskularni rizik i rizik od VTE kod TiRR osoba koje primaju feminizirajući GAHT (Hontscharuk, Alba, Manno et al., 2021). Pušenje takođe udvostručuje ili utrostručuje rizik od opštih hirurških komplikacija, kao što su zarastanje rana, ožiljaka i infekcija (Yoong et al., 2020) i povećava te rizike za one koji pristupaju rodno-afirmišućim operacijama. Podaci u cisrodnoj populaciji pokazuju da prestanak pušenja prije operacije i održavanje apstinencije šest sedmica nakon operacije značajno smanjuje komplikacije (Yoong et al., 2020).

Trenutno postoji nekoliko studija o programima prestanka pušenja koji su posebno usmjereni na TiRR osobe (Berger i Mooney-Somers, 2017). Međutim, ograničena saznanja sugerišu da pružaoci primarne zdravstvene zaštite mogu poboljšati napore pri prestanku pušenja rješavanjem učinaka manjinskog stresa (Gamarel et al., 2015) i uključivanjem rodno-afirmišućih intervencija kao što je GAHT (Myers i Safer, 2016).

Zdravstveni radnici trebalo bi da uzmu u obzir značajne prepreke s kojima se ljudi zavisni od nikotina susreću kada pokušavaju da prestanu. Nikotinska nadomjesna terapija i/ili drugi dodaci za prestanak trebaju biti dostupni, s naglaskom na individualne preference i prepoznavanje temeljnih bihevioralnih faktora zdravlja koji doprinose nastavku konzumacije nikotina. Donošenje odluka u

vezi s pristupom GAHT-u ili hirurškom zahvatu treba uključivati razmatranje načela medicinske prakse “najprije ne naškoditi” uz stvarne mogućnosti i potrebe pojedinog pacijenta.

Preporuka 15.5

Preporučujemo da zdravstveni radnici razgovaraju s transrodnim i rodno raznolikim osobama o psihološkim, medicinskim i društvenim problemima povezanim sa starenjem.

Starenje postavlja specifične socijalne, fizičke i mentalno-zdravstvene izazove za TiRR osobe. Iako literatura o starenju i starijim transrodnim osobama nije obimna, mnoge starije TiRR osobe proživljavale su cijeli život stigme, diskriminaciju i potiskivanje identifikovanog roda (Fabbre i Gaveras, 2020; Witten, 2017). To iskustvo utiče na interakcije starijih TiRR osoba sa sistemom zdravstvene njege (Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Kattari i Hasche, 2016; Walker et al., 2017). Veća je vjerojatnoća da će starije transrodne osobe rjeđe prijaviti narušeno fizičko zdravlje nego cisrodni LGB vršnjaci, čak i kad se u obzir uzmu sociodemografski faktori (Fredriksen-Goldsen 2011; Fredriksen-Goldsen et al., 2014). Redukovan pristup kulturno kompetentnoj njezi i posljedice izazvane manjinskim stresom često za rezultat imaju odgođenom njegom, potencijalno pogoršavajući hronična stanja uobičajena za starenje (Bakko i Kattari, 2021; Fredriksen-Goldsen et al., 2014).

Iako postoji nekoliko studija o rodno-afirmišućim medicinskim intervencijama među starijim TiRR osobama, dokazi upućuju na to da starije osobe doživljavaju značajno viši kvalitet života s medicinskom tranzicijom čak i u poređenju s mlađim TiRR punoljetnicima (Cai et al., 2019). Iako starost sama po sebi nije apsolutna kontraindikacija ili ograničenje za rodno-afirmišuće medicinske ili hirurške intervencije, starije TiRR osobe možda nisu svjesne trenutnog raspona dostupnih društvenih, medicinskih ili hirurških opcija koje im mogu pomoći da zadovolje svoje potrebe (Hardacker et al., 2019; Houlberg, 2019).

Iako su istraživanja o mentalnom zdravlju među starijom TiRR populacijom ograničena, oni stariji od pedeset godina imaju značajno veće stope simptoma depresije i percipiranog stresa u

poređenju s cisrodnim LGB i starijim heteroseksualnim osobama (Fredriksen-Goldsen 2011., Fredriksen-Goldsen et al., 2014). Faktori rizika specifični za starije TiRR osobe uključuju diskriminaciju na osnovu pola i starosti, opšti stres, prikrivanje identiteta, viktimizaciju i internalizovanu stigmu, dok društvena podrška i pripadnost zajednici predstavljaju zaštitne faktore (Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Hoy-Ellis i Fredriksen-Goldsen, 2017; White Hughto i Reisner, 2018). Pružaoci primarne zdravstvene zaštite mogu pomoći pacijentima tako da podstiču duhovnost, samoprihvatanje i samozastupanje, kao i aktivan i zdrav način života, što je sve povezano s otpornošću i zdravim starenjem (McFadden et al., 2013; Witten, 2014).

Starije TiRR osobe često se suočavaju sa socijalnom izolacijom, gubitkom sistema podrške i udaljavanjem od bliskih prijatelja i djece (Fredriksen-Goldsen 2011; Witten, 2017). Najčešći izvor brige za TiRR osobe s obzirom na starenje je gubitak sposobnosti da se brinu o sebi i posljedični odlazak u starački dom ili ustanovu za potpomognuto življenje (Henry et al., 2020). Iako ustanove koja pružaju dugotrajnu njegu nude korisnu i potrebnu pomoć, u njima postoji potencijal za fizičko ili emocionalno zlostavljanje, uskraćivanje GAHT-a i osnovne njege, opasnost da osobu netko drugi "autuje" i onemogućavanja da živi i oblači se u skladu sa potvrđenim rodnom (Auldridge et al., 2012; Pang et al., 2019; Porter et al., 2016). Starije TiRR osobe kao najpotrebnije usluge ističu smještaj za starije osobe, prevoz, društvene događaje i grupe za podršku (Auldridge et al., 2012; Witten, 2014).

Uprkos preprekama većina TiRR osoba uključena je u zdravo starenje ojačano samoprihvatanjem, prisnim odnosima i zagovaranjem (Fredriksen-Goldsen 2011; Witten, 2014). Pružaoci primarne zdravstvene zaštite trebalo bi da se bave temeljnim zdravstvenim problemima s kojima se susreću starije TiRR osobe, što uključuje mentalno zdravlje, rodno-afirmišuće medicinske intervencije, socijalnu podršku i njegu/dugoročnu njegu na kraju života.

Osim nezavisnog uticaja faktora kao što su manjinski stres i društvene determinante zdravlja u kasnijim godinama, nedostaju podaci o specifičnim zdravstvenim problemima s kojima se suočava-

ju transrodne osobe koje koriste GAHT kasnije u životu, pojedinci koji su započeli GAHT u mlađoj dobi i oni koji žele nastaviti ili započeti GAHT u svom šestom, sedmom, osmom ili kasnijim decenijama. Uz sve veći udio transrodnih osoba koje započinju GAHT u mlađoj dobi, uključujući neke koji započinju u vrijeme puberteta, studije o uticaju decenija GAHT-a na dugoročno zdravlje sve su važnije.

Preporuka 15.6

Preporučujemo da zdravstveni radnici slijede lokalne smjernice za probir raka dojke razvijene za cisrodne žene u njege za TiRR osobe koje su primale estrogene, uzimajući u obzir trajanje hormonske terapije, doziranje, trenutnu starost i starost u vrijeme početka primjene hormona.

TiRR osobama koje uzimaju GAHT na bazi estrogena razviće se dojke te ih je stoga potrebno razmatrati kao kandidate za probir raka dojke. Egzogeni estrogen može biti jedan od brojnih faktora koji doprinose riziku od raka dojke kod cisrodnih osoba. Objavljene su dvije kohortne studije koje procjenjuju prevalenciju raka dojke među transrodnim ženama u Holandiji (Gooren et al., 2013) i SAD-u (Brown i Jones, 2015). Obje su bile retrospektivne kohorte kliničkih uzoraka koje su koristile dijagnozu raka dojke kao ishod od interesa i cisrodnu kontrolnu grupu za poređenje. Nijedna studija nije uključivala prospektivni probir raka dojke i obje su imale značajna metodološka ograničenja. Objavljene su brojne smjernice (Deutsch, 2016a) koje preporučuju kombinaciju "starosti i vremena izloženosti estrogenu" kao odrednicu potrebe za započinjanjem probira. Ove preporuke temelje se isključivo na konsenzusu stručnjaka i za njih ne postoje čvrsti dokazi.

Mutacije BRCA1 i 2 povećavaju rizik od raka dojke, međutim nije jasna uloga koju izloženost polnim hormonima ima u ovom povećanom riziku, ako uopšte postoji (Rebeck et al., 2005). Nije poznato u kojoj mjeri rodno-afirmišuća estrogenska terapija povećava rizik, ako uopšte. Pacijente s poznatom mutacijom BRCA1 treba uputiti u nepoznanice, a pacijent i pružatelj zdravstvenih usluga zajednički i uz informisani pristanak treba da donose odluke, uz uvažavanje brojnih prednosti GAHT-a.

Probir raka dojke među transrodnim ženama takođe bi trebao uzeti u obzir vjerojatnoću da su grudi transrodnih žena gušće na mamografiji. Guste grudi, istorija korišćenja punjenja, kao što su silikon i grudni implantati, mogu otežati tumačenje mamografskih nalaza (Sonnenblick et al., 2018). Zbog toga treba koristiti posebne tehnike. Kod osoba koje su koristile supstance kao što su silikon ili druga punjenja za povećanje grudi jednako tako mogu se razviti komplikacije, poput sklerozirajućih lipogranuloma koji zamućuje normalno tkivo na mamografiji ili ultrazvuku.

Preporuka 15.7

Preporučujemo zdravstvenim radnicima da slijede lokalne smjernice za probir raka dojke razvijene za cisrodne žene kada pružaju njegu za TiRR osobe s grudima od natalnog puberteta koje nisu imale rodno-afirmišuću operaciju grudnog koša.

Kod TiRR osoba kojima je pri rođenju pripisan ženski pol i koje su razvile dojke tokom natalnog puberteta, postoji teoretska zabrinutost oko toga jesu li direktna izloženost testosteronu i izloženost aromatiziranom estrogenu, kao rezultat terapije testosteronom, faktori rizika za razvoj raka dojke. Ograničeni retrospektivni podaci nisu pokazali povećani rizik od raka dojke među transrodnim muškarcima (Gooren et al., 2013; Grynberg et al., 2010), međutim, nedostaju prospektivni i uporedni podaci. Većina ljudi u ovoj grupi ima nešto preostalog tkiva dojke pa je važno da pružaoci zdravstvenih usluga budu svjesni da rizik od raka dojke u ovoj populaciji nije jednak nuli. Vrijeme i pristup probiru raka dojke u grupi koja je imala operaciju grudnog koša trenutno nije utvrđen, a slično cisrodnim muškarcima sa značajnom porodičnom anamnezom ili mutacijom gena BRCA, može biti prikladan probir putem MRI-ja ili ultrazvuka. Budući da korisnost i primjena tih pristupa nisu proučavani, kao i to da se zbog potencijalne štete izazvane lažnim pozitivnim rezultatima i predijagnosticiranjima (dijagnosticiranjem raka koji bi se povukao sam od sebe bez potrebe za intervencijom) u skriningu raka dojke kod cisrodnih žena ne preporučuju se samopregledi i zdravstveni pregledi prsa/grudi. Pristup skriningu u toj populaciji trebao bi se oblikovati u

kontekstu zajedničkih odluka pacijenata i pružalaca zdravstvenih usluga s obzirom na potencijalne štete, koristi i nepoznanice tih pristupa.

Preporuka 15.8

Preporučujemo da zdravstveni radnici primjenjuju iste lokalne smjernice za probir (uključujući preporuku da ne rade probir) razvijene za cisrodne žene s prosječnim i povećanim rizikom od razvoja raka jajnika ili endometrija kada pružaju njegu za TiRR osobe s jednakim rizicima.

Aktualne konsenzusne smjernice ne preporučuju rutinski probir raka jajnika za cisrodne žene. Zabilježeni su slučajevi raka jajnika među transrodnim muškarcima (Dizon et al., 2006; Hage et al., 2000). Trenutno nema dokaza da terapija testosteronom dovodi do povećanog rizika od raka jajnika, iako nedostaju dugoročne prospektivne studije (Joint et al., 2018).

Preporuka 15.9

Ne preporučujemo rutinsku ooforektomiju ili histerektomiju isključivo u svrhu prevencije raka jajnika ili materice za TiRR osobe koje su podvrgnute liječenju testosteronom i koje inače imaju prosječan rizik od zloćudnih bolesti.

TiRR osobe s jajnicima koje uzimaju GAHT na bazi testosterona često su u oligo- ili anovulatornom stanju ili na neki drugi način doživljavaju pomake u funkciji lutealne faze i proizvodnji progesterona. To stanje, u kombinaciji s mogućim povećanim izlaganjem estrogenu zbog aromatizacije egzogenog testosterona, izaziva zabrinutost zbog pretjerane ili neoponirane izloženosti estrogenu endometrija, iako je klinički značaj nepoznat. Histološke studije endometrija kod TiRR osoba koje su uzimale testosteron otkrile su atrofiju, a ne hiperplaziju (Grimstad et al., 2018; Grynberg et al., 2010; Perrone et al., 2009). U velikoj kohorti transmaskulinih osoba koje su bile podvrgnute histerektomiji s ooforektomijom, benigna histopatologija jajnika zabilježena je u svim slučajevima (n = 85) (Grimstad et al., 2020). Iako nedostaju prospektivni podaci o ishodu, u ovom trenutku nema dovoljno dokaza koji bi podstakli preporuku da se transrodni muškarci podvrgnu rutinskoj histerektomiji ili ooforektomiji isključivo zato da bi se spriječio rak endometrija ili jajnika. Naravno,

neobjašnjive znakove/simptome raka endometrija ili jajnika treba prikladno procijeniti.

Preporuka 15.10

Preporučujemo da zdravstveni radnici ponude probir za rak grlića materice TiRR osobama koje trenutno imaju ili su prethodno imale grlić materice slijedeći lokalne smjernice za cisrodne žene.

Pojedinci s grličem materice trebalo bi da se podvrgnu rutinskom pregledu i prevenciji raka grlića materice u skladu s regionalnim praksama i smjernicama koje se temelje na starosti. To uključuje vakcinisanje protiv humanog papiloma virusa (HPV-a) i probir u skladu s lokalnim smjernicama, uključujući i kombinovani citološki pregled i testiranje na visokorizični HPV, ako su dostupni. Važno je da zdravstveni radnici budu pažljivi pri pregledima zdjelice spekulomom, odnosno da svedu bol i nelagodu transrodnih muških osoba na najmanju moguću mjeru.

Manje je vjerojatno za TiRR osobe s grličem materice da su bile podvrgnute konvencionalnom probiru za rak grlića materice, bilo zato što pregled može izazvati pogoršanje disforije i/ili zato što su doktori opšte prakse i pacijenti pogrešno informisani o potrebi za tim probirom (Agenor et al., 2016; Potter et al., 2015). Osim toga, terapija testosteronom može rezultovati atrofičnim promjenama genitalnog trakta, a trajanje primjene testosterona povezano je s većom vjerojatnošću dobijanja neadekvatnog uzorka za citološki probir raka grlića materice (Peitzmeier et al., 2014). Alternative pregledu spekulomom i cervikalnoj citologiji, kao što su brisevi visokorizičnog HPV-a koje uzimaju pružaoци zdravstvenih usluga ili oni koje pacijenti samostalno prikupe, mogu biti posebno korisni u probiru osoba s grličem materice. Istraživanje koje se provodi u SAD-u proučava korist samoprikupljenih vaginalnih testova na visokorizični HPV među populacijom transrodnih muškaraca. Utvrđeno je da su brisevi za skrining HPV-a vrlo prihvatljivi među transrodnim muškarcima s osjetljivošću na visokorizični HPV od 71,4% (negativna prediktivna vrijednost od 94,7%) i specifičnošću od 98,2% (Reisner et al., 2018). Potrebna su daljnja istraživanja kako bi se procijenile štete primarnog probira na HPV

kod transrodnih muškaraca, s obzirom na potencijalno povećanje broja šteta povezanih s invazivnim pregledima i kolposkopijama.

Preporuka 15.11

Preporučujemo da zdravstveni radnici savjetuju TiRR osobe da uzimanje antiretrovirusnih lijekova nije kontraindikacija za rodno-afirmišuću hormonsku terapiju.

Prevalencija virusa humane imunodeficijencije (HIV) nesrazmjerno je visoka u TiRR populaciji. Nedavna provedena velika metaanaliza utvrdila je globalni omjer izgleda za HIV infekciju od 66 za transrodne žene i 6,8 za transrodne muškarce (Stutterheim et al., 2021). Pružaoци primarne zdravstvene zaštite imaju jedinstvenu priliku za pružanje ključne edukacije i sprovođenje preventivnih strategija, naročito povezanih sa smanjenjem HIV-a među TiRR osobama. Nepovjerenje u pružaoce zdravstvenih usluga zbog prethodnih iskustava diskriminacije i transfobije utiče na prevenciju HIV-a i narušavaju kontinuitet napora uloženi u njegu (Sevelius et al., 2016). Stigma, nedostatak odgovarajuće edukacije i ustaljene hijerarhije moći u medicinskim ustanovama doprinose ambivalentnosti i nesigurnosti među zdravstvenim radnicima kada se brinu za TiRR osobe (Poteat et al., 2013). Uostalom, nedostatak inkluzivnosti i rodno-afirmišućih praksi u zdravstvenom okruženju može dovesti do toga da se TiRR osobe osjećaju nesigurno dok razgovaraju o osjetljivim temama kao što je dijagnoza HIV-a i da izbjegavaju zdravstvenu zaštitu zbog straha (Bauer et al., 2014; Gibson et al., 2016; Seelman et al., 2017).

Zdravstveni radnici trebali bi da budu svjesni šireg konteksta unutar kojeg mnoge TiRR osobe traže njegu – rodno-afirmišuće hormone i kemoprofilaksu/tretmane pred ekspozicijske profilakse (PrEP) ili za oboje. Mnogo je različitih zabluda o sigurnosti istovremenog uzimanja rodno-afirmišućih hormona i antiretrovirusne terapije u kemoprofilaksi ili liječenju HIV-a.

Direktna istraživanja interakcije antiretrovirusnih lijekova i rodno-afirmišuće hormonske terapije (ART-a i GAHT-a) zasad su ograničena. Podanaliza transrodnih žena i transfemininih osoba u multinacionalnom iPrEx ispitivanju, otkrila je

slabe rezultate u ovoj grupi s obzirom na analizu s namjerom liječenja, iako su rezultati među transrodnim učesnicima koji su se pridržavali propisanih lijekova bili slični onima onoj kod cisrodnih homoseksualnih osoba, što sugerira da prihvaćanje i pridržavanje preventivnih metoda ostaje izazov u ovoj populaciji. Dvije studije o učincima GAHT-a na tenofovir difosfat (Grant et al., 2021), odnosno tenofovir difosfat i emtricitabin (Shieh et al., 2019), otkrile su da značajno snižene nivoe antiretrovirusnih (ART) lijekova vjerojatno nisu od kliničkog značaja. Zaključno, podaci o međudjelovanju hormonskih kontraceptiva i antiretrovirusnih lijekova ohrabrujući su s obzirom na uticaj hormona na ART (Nanda et al., 2017). Budući da se estradiol djelimično metabolizuje pomoću enzima citokroma P450 (CYP) 3A4 i 1A2, a potencijalna međudjelovanja s drugim lijekovima koji indukuju ili inhibiraju te puteve, kao što su nenukleozidni inhibitori reverzne transkriptaze (NNRTI, npr. efavirenz (EFV) i nevirapin (NVP)), mogu postojati (Badowski et al., 2021). Međutim, preferirani režimi prve linije ART-a u većini zemalja uključuju inhibitore integraze, koji imaju minimalne ili nikakve interakcije s rodno-afirmišućim hormonima i mogu se sigurno koristiti (Badowski, 2021; Department of Health and Human Services. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2021). Ako postoji zabrinutost s obzirom na moguće interakcije, zdravstveni radnici trebaju po potrebi pratiti nivoe hormona u krvi. Stoga TiRR osobe koje žive s HIV-om i uzimaju antiretrovirusne lijekove treba savjetovati da je uzimanje antiretrovirusnih lijekova uz GAHT sigurno.

Preporuka 15.12

Preporučujemo da zdravstveni radnici prikupe detaljnu anamnezu od TiRR osoba koja uključuje prošle i sadašnje hormonske terapije, operacije gonada kao i prisutnost uobičajenih faktora rizika za osteoporozu da bi se procijenila optimalna starost i potreba za probirom osteoporoze. Za popratni tekst v. preporuku 15.13.

Preporuka 15.13

Preporučujemo da zdravstveni radnici razgovaraju o zdravlju kostiju s TiRR osobama upuću-

jući ih na potrebu za aktivnim vježbanjem s tegovima, zdravom prehranom, dodatkom kalcijuma i vitamina D.

Estrogen i testosteron podstiču stvaranje i obnovu kostiju. Sniženi nivoi polnih hormona povezane su s većim rizikom od osteoporoze u starijoj dobi (Almeida et al., 2017). TiRR osobe mogu se podvrgnuti medicinskim i/ili hirurškim intervencijama koje potencijalno utiču na zdravlje kostiju, poput liječenja polnim hormonima, blokade androgena i gonadektomije. Stoga je detaljna anamneza, uključujući prethodnu i aktualnu upotrebu hormona zajedno s operacijama gonada, neophodna da bi se utvrdila potreba za probirom osteoporoze.

Nekoliko opservacijskih studija upoređivalo je mineralnu gustinu kostiju (BMD) TiRR odraslih osoba prije i nakon rodno-afirmišuće hormonske terapije, kao i TiRR pojedince u poređenju s odgovarajućim cisrodnim kontrolnim grupama s obzirom na pol pripisan pri rođenju.

Nizak BMD može postojati prije uvođenja hormona. Jedna studija je pokazala niži prosječni BMD na vratu bedrene kosti, cijelom kuku i kralježnici kod transrodnih žena nego kod cisrodnih muškaraca kontrolne grupe iste dobi (Van Caenegem, Taes et al., 2013). Drugo istraživanje otkrilo je visoku prevalenciju niskih BMD rezultata među mladim TiRR osobama prije početka uzimanja blokatora puberteta (Lee, Finlayson et al., 2020). Autori obje studije zaključili su da niske stope tjelesne aktivnosti mogu biti važan doprinos tim nalazima.

Može doći do ubrzanog gubitka koštane mase nakon gonadektomije ako se hormoni prestanu uzimati ili ako su nivoi hormona ispod optimalne. U jednoj studiji, 30% transrodnih žena koje su bile podvrgnute gonadektomiji imalo je nisku koštanu masu, što je u korelaciji s nižim nivoima 17-β estradiola i pridržavanjem GAHT-a (Motta et al., 2020).

Istraživanje učinaka GAHT-a na BMD pokazalo je da se kod TiRR žena koje primaju terapiju estrogenom pokazuju poboljšanja u BMD-u. Sistematski pregled i metaanaliza uticaja polnih hormona na zdravlje kostiju transrodnih osoba uključili su 9 prihvatljivih studija na transrodnim ženama (n = 392) i 8 prihvatljivih studija na transrodnim

muškarcima (n = 247) koje su objavljene između 2008. i 2015. Metaanaliza je otkrila da su transrodne žene pokazale statistički značajno povećanje BMD-a lumbalne kralježnice (ali ne i BMD-a vrata bedrene kosti) u poređenju s osnovnim mjerenjima. Među transrodnim muškarcima nije bilo statistički značajnih promjena u lumbalnoj kralježnici, vratu bedrene kosti i BMD-u cijelog kuka 12 i 24 mjeseca nakon početka uzimanja testosterona u poređenju s osnovnim mjerenjima (Singh-Ospina et al., 2017). Od objavljivanja ove studije, studija Evropske mreže za istraživanje inkongruencije polova (The European Network for Investigation of Gender Incongruence - ENIGI), multicentrična prospektivna opservacijska studija (Belgija, Norveška, Italija i Holandija) donijela je rezultate o BMD ishodima za 231 transrodnu ženu i 199 transrodnih muškaraca godinu dana nakon pokretanja GAHT-a (Wiepjes et al., 2017). Transrodne žene imale su povećanje BMD-a lumbalne kralježnice, cijelog kuka i vrata bedrene kosti, a povećanje BMD-a cijelog kuka javilo se kod transrodnih muškaraca. Jedno istraživanje nije izvijestilo o prelomima kod transrodnih osoba 12 mjeseci nakon uvođenja hormona kod 53 transrodna muškarca i 53 transrodne žene (Wierckx, van Caenegem et al., 2014). Nijedna studija ne ukazuje na to da bi GAHT trebao biti indikacija za pojačani probir osteoporoze. Naprotiv, prekidanja GAHT-a kod onih koji su prethodno bili podvrgnuti gonadektomiji trebala bi dovesti do razmatranja za takav probir.

Smjernice kliničke prakse uključuju preporuke za probir osteoporoze kod TiRR osoba (Deutsch, 2016a; Hembree et al., 2017; Rosen et al., 2019). I Međunarodno udruženje za kliničku denzitometriju (International Society for Clinical Densitometry, ISCD) i Endokrinološko društvo (Endocrine Society) savjetuju razmatranje osnovnog probira BMD-a prije uvođenja hormona za TiRR osobe. Daljnje preporuke za probir BMD-a temelje se na nekoliko faktora koji uključuju pol pripisan pri rođenju i starost, uz prisutnost uobičajenih faktora rizika za osteoporozu, kao što su prethodni prelomi, upotreba visokorizičnih lijekova, stanja povezana s gubitkom koštane mase i niska tjelesna težina (Rosen et al., 2019). Konkretno, smjernice ISCD-a navode da je testiranje BMD-a pre-

poručeno za TiRR osobe ako imaju historija gonadektomije ili terapija koje snižavaju nivo endogenih gonadnih steroida prije početka GAHT-a, hipogonadizam bez namjera uzimanja GAHT-a ili poznate indikacije za testiranje BMD-a (Rosen et al., 2019). Međutim, nema puno dokaza za tu preporuku.

Preporučeni modalitet probira za osteoporozu je dvoenergetska rendgenska apsorpciometrija (DXA) lumbalne kralježnice, cijelog kuka i vrata bedrene kosti (Kanis, 1994). Međutim, u mnogim zemljama s niskim i srednjim dohocima BMD testovi koji koriste DXA nisu dostupni, a rutinski probir temeljen na DXA-u ne provodi se u velikom broju zemalja, pri čemu je SAD izuzetak.

Pružaoци primarne zdravstvene zaštite trebalo bi razgovarati s TiRR osobama o načinima optimizacije zdravlja kostiju. Jednako bi tako trebali pružiti informacije o važnosti prehrane i fizičkih vježbi za održavanje zdravlja kostiju. TiRR osobe s osteoporozom ili rizikom od osteoporoze trebale bi biti informisane o prednostima vježbi s tegovima, kao i vježbi snage i otpora u ograničavanju gubitka koštane mase (Benedetti et al., 2018). Prehrana je sastavni dio zdravlja kostiju. Nedostaci u prehrani, uključujući nedovoljan unos kalcijuma i nizak nivo vitamina D, mogu rezultovati niskom mineralizacijom kostiju. Pokazalo se da suplementacija vitaminom D i kalcijumom smanjuje incidenciju preloma kuka, kao i ukupnu incidenciju preloma (Weaver et al., 2016). Iako je relevantna za cjelokupnu populaciju, ova rasprava je značajna jer je uočena visoka prevalencija hipovitaminoze D u TiRR populacijama (Motta et al., 2020; Van Caenegem, Taes et al., 2013).

Preporuka 15.14

Preporučujemo da zdravstveni radnici ponude TiRR osobama uputstva za uklanjanje dlačica s lica, tijela i genitalnih područja radi afirmacije roda ili u sklopu preoperativnog procesa.

Uklanjanje dlačica potrebno je zbog eliminacije dlakavosti lica (Marks et al., 2019), ali i u pripremi za određene rodno-afirmišuće operacije kao što su vaginoplastika, faloplastika i metoidioplastika (Zhang et al., 2016). Preoperativno trajno uklanjanje dlačica potrebno je na svim područjima kože

koja će ili doći u doticaj s urinom (npr. onim područjima koja se koriste za konstrukciju neouretre) ili koja će se premjestiti u djelimično zatvorenu šupljinu u tijelu (npr. pri oblaganju neovagine) (Zhang et al., 2016). Tehnike uklanjanja dlačica koje se koriste u rodno-afirmišućoj njezi su elektroliza (elektroepilacija) i lasersko uklanjanje dlaka (laserska epilacija) (Fernandez et al., 2013). Elektroliza je trenutno jedina metoda trajnog uklanjanja dlačica koju je odobrila Agencija za hranu i lijekove SAD-a (FDA), dok je laserska epilacija odobrena za trajnu redukciju dlačica (Thoreson et al., 2020).

Elektroepilacija podrazumijeva upotrebu električne struje koja se uz pomoć vrlo tanke sonde ručno, sekvencijalno umeće u pojedinačni folikul dlake (Martin et al., 2018). Budući da ta metoda direktno mehanički sprečava dotok krvi u dlaku, može se koristiti na svim bojama kose i tipovima kože (Martin et al., 2018). Elektroepilacija je dugotrajna i skupa jer zahtijeva individualnu obradu svakog folikula, ali je djelotvorna u trajnom uklanjanju dlaka. Za trajno uklanjanje genitalnih dlačica prije rodno-afirmišućih hirurških zahvata, taj tretman treba da izvede stručnjak kompetentan za genitalno uklanjanje dlačica jer se metoda razlikuje od one za lice i tijelo. Elektroepilacija je bolnija od laserske, s mogućim nuspojavama eritema, krusta i otekline (Harris et al., 2014). Postupalna hiperpigmentacija predstavlja rizik za tamnolute osobe (Richards i Meharg, 1995). Bol se može kontrolisati korišćenjem lokalne anestezije i tehnikama hlađenja, a tolerancija na elektroepilaciju se razvija do određenog stepena kod mnogih osoba te one mogu podnositi duže sesije (Richards i Meharg, 1995).

Laserska epilacija koristi lasersku energiju za ciljanje folikula dlaka. Pogodna je za veće površine. Način rada je fototermoliza, pri čemu svjetlost iz lasera selektivno cilja melanin u vlasi (Gao et al., 2018). Ta se energija pretvara u toplinu koja oštećuje folikule unutar kože koje proizvode dlačice i za rezultat ima sprečavanjem rasta dlačica. Daljnji tretmani su potrebni da bi se postigli optimalni rezultati i obično se sprovode u razmaku od šest sedmica zbog ciklusa rasta kose (Zhang et al., 2016). Budući da laserska epilacija cilja

melanin rezultati mogu biti ograničeni za one sa sijedom, plavom ili crvenom kosom.

Postoje posebne činjenice koje treba uzeti u obzir kod korišćenja laserske epilacije kod tamnopusih osoba (Fitzpatrick tip kože IV do VI) (Fayne et al., 2018). Veći sadržaj melanina u epidermisu može se takmičiti s ciljnim kromoforom svjetla ili lasera, odnosno melaninom u vlasi i folikulu dlake. Kako bi došlo do selektivne termolize, toplina se širi od vlasi do folikularnih matičnih ćelija uzrokujući štetu. Kod tamnijih tipova kože, umjesto da dosegne ciljani melanin u vlasi, svjetlost se apsorbira u epidermisu gdje se zatim pretvara u toplinu. To može rezultovati lošijim kliničkim ishodima i višom stopom termički indukovanih štetnih učinaka, kao što su hipo- ili hiperpigmentacija, stvaranje plihova i krasti (Fayne et al., 2018). Odabir talasne dužine lasera ključan je za smanjenje tog rizika, pri čemu se veća talasna dužina preporučuje da bi se smanjila apsorpcija svjetlosti u

epidermalni melanin i tako povećala djelotvornost i smanjili štetni učinci kod pacijenata s tamnom kožom (Zhang et al., 2016). Nuspojave laserske epilacije mogu uključivati osjećaj opekline od sunca nakon tretmana, kao i upalu, crvenilo, hiperpigmentaciju i otekline. Poznato je da blješteća svjetla izazivaju epileptične napade kod osjetljivih pacijenata pa bi se kod rizičnih pacijenata prethodno trebao obaviti zaštitni pregled. Bol i nelagoda tokom postupka takođe mogu predstavljati značajnu prepreku, a pružaoci primarne zdravstvene zaštite trebaju biti spremni propisati lokalne ili sistemske analgetike, poput eutektičke mješavine lokalnih anestetika (EMLA) ili niskih doza sistemskih opioida. Kod genitalnih rodnoafirmišućih zahvata neki preporučuju razmak od 3 mjeseca između posljednjeg planiranog tretmana uklanjanja dlačica i izvođenja operacije kako bi se potvrdilo da neće doći do ponovnog rasta dlačica (Zhang et al., 2016).

POGLAVLJE 16 Reproktivno zdravlje

Svi ljudi, uključujući transrodne osobe, imaju pravo odlučiti žele li ili ne imati djecu (United Nations Population Fund, 2014). Medicinski nužni rodno-afirmišući hormonski tretmani (GAHT) i hirurški zahvati (v. drugo poglavlje - Globalnu primjenjivost, preporuku 2.1), koji mijenjaju reproduktivnu anatomiju ili funkciju, mogu u različitoj mjeri ograničiti reproduktivne opcije u budućnosti (Hembree et al., 2017; Nahata et al., 2019). Zbog toga je neophodno razgovarati s transrodnim osobama i njihovim porodicama o riziku od neplodnosti i opcijama očuvanja plodnosti prije početka bilo kojeg tretmana, ali i nastaviti razgovore kontinuirano tokom i nakon tretmana (Hembree et al., 2017). Postojeće opcije očuvanja plodnosti, kao što je zamrzavanje zametaka, jajnih ćelija ili spermija, mogu biti dostupne postpubertetskim transrodnim osobama (Nahata et al., 2019). Istraživački protokoli za zamrzavanje jajnih ćelija ili spermija razvijeni su i istraženi (Borgstrom et al., 2020; Nahata et al., 2019; Rodriguez-Wallberg et al., 2019). Klinički je dokazana iskoristivost zamrznutih zametaka, zrelih jajnih ćelija i spermija, dok je funkcionalnost zamrznutih polnih tkiva u svrhu buduće retransplantacije, kojom bi se ili dobile potpuno funkcionalne polne ćelije ili kojom bi se mogle kultivirati laboratorijski, tek u početnim fazama istraživanja. Važno je spomenuti da Američko udruženje za reproduktivnu medicinu (engl. *American Society for Reproductive Medicine*), u svojim nedavno objavljenim smjernicama, zamrzavanje tkiva jajnika više ne smatra eksperimentalnim postupkom, no dokazi su ograničeni kod djece predpubertetskog uzrasta (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019).

Individualizovana njega treba biti osigurana u okviru pojedinačnih, ličnih ciljeva vezanih za roditeljstvo. Neka istraživanja sugeriraju da transrodne i rodno raznolike (TiRR) osobe, u poređenju s cisrodnim vršnjacima, u manjoj mjeri žele biološku djecu ili djecu uopšteno (Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Russell et al., 2016; von Doussa et al., 2015). Ipak, nekoliko istraživanja je pokazalo da mnoge transrodne osobe 1) žele biološko potomstvo 2) žale za propuštenim prilika-

ma da očuvaju plodnost i 3) voljne su da odgode ili prekinu hormonsku terapiju da bi očuvale plodnost i/ili začeli (Armuand, Dhejne et al., 2017; Auer et al., 2018; De Sutter et al., 2002; Tornello i Bos, 2017).

Zabilježene su mnoge prepreke u očuvanju plodnosti, kao što su cijena (koja je mnogo viša kada osoba nema zdravstveno osiguranje), nužnost hitnog početka takvog postupka, nemogućnost donošenja odluka usmjerenih prema budućnosti, neadekvatno znanje ili pristranost pružalaca zdravstvene njege (Baram et al., 2019; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020). Jednako tako, transrodne osobe mogu iskusiti pogoršanje simptoma rodne disforije zbog različitih koraka u procesu očuvanja plodnosti koji su neodvojivo povezani s rodom pripisanim pri rođenju (Armuand, Dhejne et al., 2017; Baram et al., 2019). U slučaju kada je dostupan, multidisciplinarni tim u kojem sarađuju doktori, stručnjaci za mentalno zdravlje i rodno-afirmišući specijalisti za plodnost, može pomoći u prevladavanju navedenih prepreka (Tishelman et al., 2019). TiRR osobe treba uputiti u razliku između plodnosti (korišćenja vlastitih polnih ćelija ili tkiva) i trudnoće. U razmatranjima pitanja očuvanja plodnosti, potrebno je uložiti trud da se osigura pravedna i visokokvalitetna njega za sve oblike planiranog roditeljstva tokom čitavog reproduktivnog razdoblja. To uključuje opcije reproduktivne njege poput perinatalne njege, trudnoće, porođaja i postporođajne njege, kao i planiranja roditeljstva, kontracepcije zbog prevencije neplaniranih trudnoća i prekida trudnoće, tamo gdje su zakonski dopušteni (Bonnington et al., 2020; Cipres et al., 2017; Krempasky et al., 2020; Light et al., 2018; Moseson, Fix et al., 2020). TiRR osobe koje žele iznijeti trudnoću trebalo bi da prođu standardnu njegu potrebnu prije začeća, prenatalno savjetovanje i savjetovanje o dojenju u sredini koja podržava osobe različitih rodni identiteta i iskustava (MacDonald et al., 2016; Obedin-Maliver i Makadon, 2016).

Sve preporuke u ovom poglavlju donesene su na temelju detaljnog pregleda dokaza, procjene koristi i štete, vrijednosti i preferenci pružaoca usluga i pacijenata, kao i potrebnih resursa i izvedivosti. U nekim slučajevima uviđamo da su dokazi

Lista preporuka:

16.1 - Preporučujemo da zdravstveni radnici koji brinu o transrodnim i rodno raznolikim osobama i propisuju ili upućuju pacijente na hormonsku terapiju/operativne zahvate, savjetuju svoje pacijente o:

16.1a - poznatim učincima hormonalnih terapija/operativnih zahvata na buduću plodnost;

16.1b - potencijalnim učincima terapija koje još nisu dobro proučene i čija reverzibilnost nije poznata;

16.1c - mogućnostima očuvanja plodnosti (provjerenim i eksperimentalnim);

16.1d - psihosocijalnim implikacijama neplodnosti.

16.2 - Preporučujemo da zdravstveni radnici upućuju TiRR osobe zainteresovane za očuvanje plodnosti specijalistima za očuvanje plodnosti zbog daljih konsultacija.

16.3 - Preporučujemo timovima za transrodnu njegu da u saradnji s lokalnim specijalistima i ustanovama za reproduktivno zdravlje osiguraju specifične i pravovremene informacije te usluge očuvanja plodnosti prije preporučivanja medicinskih i hirurških intervencija koje mogu uticati na plodnost.

16.4 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima da upute porodice i TiRR mlade osobe, koje prije puberteta ili u njegovoj ranoj fazi traže rodno-afirmišuću njegu, da su trenutne naučno utemeljene mogućnosti očuvanja plodnosti ograničene.

16.5 - Preporučujemo da se TiRR osobe koje imaju matericu i žele zatrudnjeti uključe u programe reproduktivne njege kao što su prenatalno savjetovanje o upotrebi i prekidu rodno-afirmišuće hormonske terapije, trudničkoj njezi, porođaju, dojenju i postporođajnoj podršci u skladu s lokalnim standardima njege za rodno-afirmišuće postupke.

16.6 - Preporučujemo da zdravstveni radnici upute seksualno aktivne TiRR osobe u metode kontracepcije.

16.7 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji izvode prekide trudnoće da osiguraju da postupak bude rodno-afirmišući i udovolji potrebama transrodnih i rodno raznolikih osoba.

ograničeni i/ili usluge možda nisu dostupne ili poželjne.

Preporuka 16.1

Preporučujemo da zdravstveni radnici, koji brinu o transrodnim i rodno raznolikim osobama te prepisuju ili upućuju pacijente na hormonske terapije/operativne zahvate, savjetuju svoje pacijente o:

- a. poznatim učincima hormonskih terapija/operativnih zahvata na buduću plodnost;
- b. mogućim posljedicama terapija koje još nisu dobro proučene i čija reverzibilnost nije poznata;
- c. mogućnostima očuvanja plodnosti (provjerenim i eksperimentalnim);
- d. psihosocijalnim implikacijama neplodnosti.

TiRR osobe kojima je pri rođenju pripisan ženski pol

GAHT može negativno uticati na buduću reproduktivni kapacitet (Hembree et al., 2017). Prema trenutnim dokazima o transrodnim muškarcima i rodno raznolikim osobama kojima je pri rođenju pripisan ženski pol (AFAB), ovo su mogući rizici:

Agonisti gonadotropin oslobađajućeg hormona (GnRHAs) mogu se koristiti za supresiju puberteta da bi se spriječio daljnji razvoj do vremena kada

adolescenti ne budu spremni za maskulinizirajući tretman. GnRHAs se takođe može koristiti za supresiju menstruacije. GnRHAs utiču na sazrijevanje polnih ćelija, ali ne izazivaju trajno oštećenje njihove funkcije. Zbog toga se nakon prekida terapije očekuje oporavak, odnosno sazrijevanje jajnih ćelija.

Malo je istraživanja o učincima testosteroanske terapije na reproduktivnu funkciju transrodnih muškaraca (Moravek et al., 2020). Povratak normalne funkcije jajnika i sazrijevanja jajnih ćelija nakon prekida terapije primijećeno je kod transrodnih muškaraca koji su začeli prirodnim putem. Retrospektivna studija zamrznutih jajnih ćelija pokazala je da nema razlike u ukupnom broju prisutnih ili zrelih jajnih ćelija između transrodnih muškaraca i cisrodnih žena iste starosti i indeksa tjelesne mase (BMI) (Adeleye et al., 2018, 2019). Nedavno su objavljeni prvi rezultati procjene stopa živorođene djece nakon kontrolisane stimulacije jajnika kod transrodnih muškaraca u poređenju s cisrodnim ženama (Leung et al., 2019). Terapija testosteronom je prekinuta prije stimulacije jajnika. Ukratko, rezultati o uticaju testosteroana na reproduktivne organe i njihovu funkciju po svemu su ohrabrujući. Međutim, još nema prospektivnih studija koje procjenjuju uticaj dugotrajne hormonske terapije na plodnost (na primjer od adolescencije) ili kod osoba koje su u

ranom pubertetu tretirani agonistima gonadotropin oslobađajućeg hormona te su potom bili na testosteronskoj terapiji. Važno je uzeti u obzir da potrebni lijekovi i postupci zamrzavanja jajnih ćelija, koji uključuju pregled zdjelice, vaginalni ultrazvuk i uzimanje jajnih ćelija, mogu dovesti do jačanja simptoma rodne disforije kod transrodnih muškaraca (Armuanđ, Dhejne et al., 2017).

Hirurški zahvati kod transrodnih muškaraca imaju očigledne posljedice na reproduktivni kapacitet. Ako TiRR osoba želi histerektomiju, treba joj preporučiti postupke očuvanja plodnosti zbog mogućnosti biološkog roditeljstva. S druge strane, prije operacije uklanjanja jajnika, sa histerektomijom ili bez nje, TiRR osobi treba predložiti postupak zamrzavanja jajnih ćelija/tkiva koji može biti učinjen tokom operacije. Iako se taj zahvat više ne smatra eksperimentalnim, mnogi transrodni muškarci mogu željeti sazrijevanje nezrelih jajnih ćelija *in vitro* koje se još uvijek istražuje. Istraživanja koja procjenjuju funkciju jajnih ćelija pokazale su da one, izolovane tokom odstranjivanja jajnika iz transrodnih muškaraca na testoteronskoj terapiji, mogu sazrijeti *in vitro* tokom normalne metafaze 2 diobenog vretena (De Roo et al., 2017; Lierman et al., 2017).

TiRR osobe kojima je pri rođenju dodijeljen muški pol

Trenutni dokazi pokazuju da je uticaj medicinskih tretmana kod transrodnih žena i rodno raznolikih osoba kojima je pri rođenju dodijeljen muški pol (AMAB) sljedeći:

Agonisti gonadotropin oslobađajućeg hormona inhibiraju nastanak spermija. Podaci sugerišu da prekid tretmana za rezultat ima ponovnom spermatogenezom, iako za to može trebati najmanje tri mjeseca, a vjerojatno i duže (Bertelloni et al., 2000). No trebalo bi pritom razmotriti psihološke rizike ponovnog izlaganja testosteronu.

Antiandrogeni i estrogeni obustavljaju proizvodnju spermija (de Nie et al., 2020; Jindarak et al., 2018; Kent et al., 2018). Moguće je da se spermatogeneza nastavi poslije prekida produženog tretmana antiandrogenima i estrogenima, no dostupni podaci zasad su ograničeni (Adeleye et al., 2019; Alford et al., 2020; Schneider et al., 2017). Volu-

men testisa smanjuje se pod uticajem rodno-afirmišuće hormonske terapije (Matoso et al., 2018), a na kvalitetu sperme kod transrodnih žena takođe negativno utiču specifični rodni faktori kao što su rijetka masturbacija ili nošenje pripijenog rublja zbog prikrivanja genitalija (Jung i Schuppe, 2007; Mieusset et al., 1985, 1987; Rodriguez-Wallberg, Haljestig et al., 2021).

Preporuka 16.2

Preporučujemo da zdravstveni radnici upućuju TiRR osobe zainteresovane za očuvanje plodnosti specijalistima za očuvanje plodnosti zbog daljnjih konsultacija.

Istraživanje pokazuje da mnoge transrodne odrasle osobe žele biološku djecu (De Sutter et al., 2002; Defreyne, Schuylerbergh et al., 2020; Wierckx, Van Caenegem et al., 2012), ipak stope očuvanja plodnosti i dalje značajno variraju, naročito kod mladih (<5% - 40%) (Brik et al., 2019; Chen et al., 2017; Chiniara et al., 2019; Nahata et al., 2017; Segev-Becker et al., 2020). Nedavno istraživanje pokazalo je da su mnoge mlade TiRR osobe svjesne da se njihove želje vezane uz biološko roditeljstvo mogu promijeniti u budućnosti (Strang, Jarin et al., 2018). Prisilna sterilizacija predstavlja kršenje ljudskih prava (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2015; Equality and Human Rights Commission, 2021; Meyer III et al., 2001), a s obzirom na poboljšanje društvenih stavova, medicinskih istraživanja plodnosti i rodno-afirmišuće zdravstvene zaštite, transrodnim osobama trebala bi biti ostavljena mogućnost biološkog roditeljstva tokom tranzicije. Zbog uticaja koji mišljenje liječnika može imati na očuvanje plodnosti transrodnih i nebinarnih osoba, odnosno na njihovu odluku o roditeljstvu, zdravstveni radnici trebalo bi zajedno s TiRR osobama razmotriti mogućnosti očuvanja plodnosti, ali i druge mogućnosti kao što su udomiteljstvo, usvajanje, koroditeljstvo i ostale alternative (Bartholomaeus i Riggs, 2019). Transrodne osobe koje su bile upućene u različite mogućnosti i odlučile su se za očuvanje plodnosti govore o tom iskustvu kao uopšteno pozitivnom (Armuanđ, Dhejne et al., 2017; De Sutter et al., 2002; James-Abra et al., 2015).

U drugim populacijama pacijenata informisanje o pitanju plodnosti i formalni programi vezani za plodnost pokazali su povećanje stope očuvanja plodnosti i poboljšanje zadovoljstva pacijenata (Kelvin et al., 2016; Klosky, Wang et al., 2017; Shnorhavorian et al., 2012). Istraživani su takođe i stavovi liječnika, a nove studije pokazuju svijest o ovoj problematici i želju da se pacijentima i njihovim porodicama pruže sve nužne informacije o plodnosti (Armuan et al., 2020). Međutim, jednako su tako prepoznate i prepreke koje uključuju nedostatak znanja, nelagodu i manjak resursa. (Armuan, Nilsson et al., 2017; Frederick et al., 2018). Zbog toga je važno zdravstvenim radnicima osigurati odgovarajuće edukacije, među kojima se ističe savjetovanje o plodnosti, i nepristrasno upućivanje u sve mogućnosti očuvanja plodnosti kod osoba koje su u riziku od njenog gubitka (Armuan, Nilsson et al., 2017). Pokazalo se da preporuke roditelja takođe značajno utiču na stope očuvanja plodnosti kod adolescenata i mladih odraslih muškaraca s malignim oboljenjima (Klosky, Flynn et al., 2017). Bez obzira na jasne kliničke razlike među populacijama, ove spoznaje mogu TiRR osobama omogućiti uvid u dobre prakse savjetovanja i postupke očuvanja plodnosti.

Preporuka 16.3

Preporučujemo timovima za transrodnu njegu da u saradnji s lokalnim specijalistima i ustanovama za reproduktivno zdravlje osiguraju specifične i pravovremene informacije te usluge očuvanja plodnosti prije preporučivanja medicinskih i hirurških intervencija koje mogu uticati na plodnost.

Zamrzavanje polnih ćelija uobičajena je tehnika očuvanja plodnosti koja se može preporučiti osobama u pubertetu, kasnom pubertetu, kao i odraslim AMAB i AFAB osobama, za vrijeme ili još bolje prije početka GAHT-a (Hembree et al., 2017; Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019). Zamrzavanje zametaka može se ponuditi odraslim (postpubertetskim) TiRR osobama koje žele da imaju dijete i imaju partnera. Buduća upotreba zamrznutih polnih ćelija zavisi, takođe, od polnih ćelija i reproduktivnih organa budućeg partnera (Fischer, 2021; Maxwell et al., 2017).

Iako se pokazalo da su parametri spermija ugroženi ako je postupak očuvanja plodnosti sproveden nakon početka GAHT-a (Adeleye et al., 2019), jedno manje istraživanje pokazalo je da su parametri spermija nakon prekida tretmana bili uporedivi s onima TiRR osoba koje nisu započele GAHT. Kada je riječ o stimulaciji jajnika, mogućnost brzog zamrzavanja jajnih ćelija i njihove kasnije upotrebe za oplodnju *in vitro* ne bi trebala davati drugačije rezultate nego kod medicinski pomognute oplodnje cisrodnih osoba. Dođuse postoje i individualni, još uvijek nejasni faktori (ne)plodnosti – u slučaju kada su polne ćelije prikupljene prije bilo kojeg medicinskog tretmana (Adeleye et al., 2019). Upotreba jajnih ćelija u postupku pomognute oplodnje imala je sličnu uspješnost kod TiRR kao i kod cisrodnih osoba (Adeleye et al., 2019; Leung et al., 2019; Maxwell et al., 2017).

Iako se radi o provjerenim postupcima, malo je TiRR osoba u pubertetu, adolescenciji i odrasloj dobi koje se podvrgavaju postupku očuvanja plodnosti (Nahata et al., 2017), a za mnoge ti postupci predstavljaju izazov. Prepreka nisu samo dostupnost i cijena (naročito ako osoba nema zdravstveno osiguranje ili obavezno zdravstveno osiguranje ne pokriva troškove spomenutih postupaka), nego i činjenica da su ti postupci često fizički i emocionalno neugodni te mnoge TiRR osobe izražavaju zabrinutost zbog odgađanja procesa tranzicije (Chen et al., 2017; DeSutter et al., 2002; Nahata et al., 2017; Wierckx, Stuyver et al., 2012). To naročito vrijedi za AFAB osobe, koje kao prepreku ističu invazivnost intravaginalnog ultrazvučnog praćenja stimulacije jajnika i tretmana povratka jajnih ćelija te psihičke uznemirenosti koja prati te postupke (Armuan, Dhejne et al., 2017; Chen et al., 2017). Jednako tako, postoji opravdana zabrinutost da adolescenti koji prolaze kroz tranziciju možda nemaju jasnu viziju roditeljstva pa zbog toga odbijaju mogućnost očuvanja plodnosti – dok se taj stav može promijeniti u kasnijoj dobi (Cauffman i Steinberg, 2000). Smanjivanje simptoma rodne disforije u tranziciji takođe može uticati na proces odlučivanja o plodnosti (Nahata et al., 2017). Na temelju istraživanja koja pokazuju da se perspektive plodnosti TiRR

mladih mogu mijenjati s vremenom, o temi očuvanja plodnosti treba kontinuirano raspravljati.

Preporuka 16.4

Preporučujemo zdravstvenim radnicima da upute porodice i TiRR mlade osobe koje prije puberteta ili u njegovoj ranoj fazi traže rodno-afirmišuću njegu da su trenutne naučno utemeljene mogućnosti očuvanja plodnosti ograničene.

Za djecu u pubertetu i ranom pubertetu, mogućnosti očuvanja plodnosti ograničene su na čuvanje tkiva polnih ćelija. Iako je ta mogućnost dostupna TiRR djeci, jednako kao i cisrodnim onkološkim pacijentima iste dobi, nema literature koja opisuje upotrebu tog postupka kod TiRR populacije. Autotransplantacija tkiva jajnika kod cisrodnih žena za rezultat imala je s više od 130 živorođene djece. Najveći broj njih začet je prirodnim putem (Donnez i Dolmans, 2015; Jadoul et al., 2017), a većina pacijenata tkivo jajnika pohranila je u pubertetu ili u odrasloj dobi. Iako se odnedavno postupak zamrzavanja tkiva jajnika više ne smatra eksperimentalnim (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019), prema uputama Američkog udruženja za reproduktivnu medicinu (engl. *American Society for Reproductive Medicine*), poznato je tek nekoliko slučajeva uspješne trudnoće nakon transplantacije tkiva jajnika zamrznutog prije puberteta. Demeestere et al. (2015) i Rodriguez-Wallberg, Milenkovic i suradnici (2021) opisali su slučajeve uspješnih trudnoća nakon transplantacije tkiva izdvojenog u dobi od 14 godina, Matthews et al. (2018) nedavno su opisali slučaj djevojke kojoj je dijagnostikovana talasemija i čije je tkivo jajnika izdvojeno kada je imala devet godina te transplantirano četrnaest godina kasnije. Ona je začela pomognutom oplodnjom i rodila je zdravo dijete.

Trenutno je jedina buduća upotreba sačuvanog tkiva jajnika autotransplantacija, koja može biti nepoželjna za transrodne muškarce (zbog mogućih neželjenih učinaka estrogena). Laboratorijski postupak koja bi omogućio sazrijevanje jajnih ćelija *in vitro*, a započeo korišćenjem sačuvana tkiva jajnika, predstavljao bi idealnu buduću primjenu sačuvana tkiva za TiRR osobe, no taj postupak još uvijek nije u fazi osnovnog istraživanja (Ladanyi et al., 2017; Oktay et al., 2010).

Izdvajanje tkiva testisa prije puberteta dokumentirano je kao postupak niskog rizika (Borgstrom et al., 2020; Ming et al., 2018). Neki autori opisuju taj postupak i kao teoretsku mogućnost za transrodne osobe (DeRoo et al., 2016; Martinez et al., 2017; Nahata, Curci et al., 2018). No zasad još nema dostupne literature koja opisuje kliničku ili eksperimentalnu primjenu tog postupka očuvanja plodnosti kod TiRR osoba. Štaviše, uspješnost i očuvanje funkcionalnosti autotransplantirana tkiva testisa kod ljudi još uvijek nisu klinički potvrđeni, a istraživanja tehnika sazrijevanja *in vitro* tek su u povojima i stručnjaci ih još uvijek smatraju eksperimentalnim (Picton et al., 2015). Prije bilo kakve operacije koja može rezultovati neplodnošću potrebno je razmotriti mogućnost čuvanja tkiva polnih žlijezda, iako treba jasno istaknuti moguća ograničenja upotrebe toga tkiva u budućnosti.

Preporuka 16.5

Preporučujemo da se TiRR osobe koje imaju matericu i žele zatrudnjati uključe u programe reproduktivne njege, kao što su prenatalno savjetovanje o upotrebi i prekidu rodno-afirmišuće hormonske terapije, trudničkoj njezi, porođaju, dojenju i postporođajnoj podršci u skladu s lokalnim standardima njege za rodno-afirmišuće postupke.

Najveći broj transrodnih muškaraca i rodno raznolikih osoba (AFAB) zadržava svoju matericu i jajnike te može začeti i iznijeti trudnoću čak i nakon dugotrajne upotrebe testosterona (Light et al., 2014). Mnogi transrodni muškarci žele djecu (Light et al., 2018; Wierckh, van Caenegem et al., 2012) i spremni su iznijeti trudnoću (Moseson, Fix, Hastings et al., 2021; Moseson, Fix, Ragosta et al., 2021). Medicinski pomognuta oplodnja omogućila je mnogim transrodnim muškarcima da začnu i ispune svoje roditeljske i porodične planove (DeRoo et al., 2017; Ellis et al., 2015; Maxwell et al., 2017). Neki transrodni muškarci svjedoče o psihičkoj izolovanosti, disforiji povezanoj sa trudnoćom, promjenama u grudima i depresiji (Charter, 2018; Ellis et al., 2015; Hoffkling et al., 2017; Obedin-Maliver i Makadon, 2016). No postoje i studije koje izvještavaju o nekim pozitivnim iskustvima u trudnoći (Fischer, 2021; Light et al., 2014). Preporučeno je i uključivanje podrške

stručnjaka za mentalno zdravlje, kao i organizovanje savjetovanja o prekidu i nastavku rodno-afirmišuće hormonske terapije i dostupnim načinima poroda i dojenja (Hoffkling et al., 2017). Konkretno, trebalo bi implementirati sistemske i lične intervencije koje će jamčiti individualiziranu reproduktivnu zdravstvenu zaštitu za sve ljude (Hahn et al., 2019; Hofkling et al., 2017; Moseson, Zazanis et al., 2020; Snowden et al., 2018).

Zbog potencijalno štetnih učinaka testosterona na plod preporučuje se prekid testosteroanske ili maskulinizirajuće hormonske terapije prije začeća i za vrijeme trudnoće. Međutim, još uvijek nije potvrđeno optimalno vrijeme prekida i nastavka terapije. Budući da prekid rodno-afirmišuće hormonske terapije može izazvati stres i pogoršanje simptoma disforije kod transrodnih muškaraca, za vrijeme prenatalnog savjetovanja trebalo bi razgovarati o tome kada i kako prestati s hormonskom terapijom (Hahn et al., 2019). Zbog nedostatka dokaza o trajanju terapije testosteronom i rizicima teratogenosti, tj. maskulinizacije ploda, terapiju bi trebalo prekinuti prije pokušaja začeća i prije prestanka uzimanja kontracepcije. Informacije o zdravstvenim ishodima novorođenčadi koje su rodili transrodni muškarci još su ograničene. Malobrojna istraživanja nisu otkrila štetne fizičke ili psihosocijalne razlike između novorođenčadi transrodnih muškaraca i novorođenčadi u opštoj populaciji (Chiland et al., 2013).

Dojenje

U ograničenim istraživanjima procjene laktacije i dojenja, najveći broj transrodnih muškaraca i TiRR AFAB osoba uspijeva dobiti nakon poroda, a istraživanja sugerišu da indukcija laktacije zavisi od savjetovanja prije začeća i podrške medicinskih tehničara zaduženih za dojenje (MacDonald et al., 2016; Wolfe-Roubatis i Spatz, 2015). Transrodni muškarci i TiRR osobe koje koriste testosteron trebale bi znati da 1) iako u malim količinama, testosteron ulazi u mlijeko i 2) uticaj na novorođenče i dijete u razvoju nije poznat pa se zato ne preporučuje upotreba rodno-afirmišuće terapije testosteronom za vrijeme laktacije, ali se može nastaviti nakon prestanka dojenja (Glaser et al., 2009). Transrodni muškarci i druge TiRR AFAB osobe

trebale bi biti svjesne da u trudnoći i za vrijeme dojenja mogu iskusiti neželjen rast grudi i/ili laktaciju, čak i nakon rekonstrukcije grudi, pa bi ih stoga trebalo podržati u slučaju da žele supresiju laktacije (MacDonald et al., 2016).

Podaci o laktaciji kod transrodnih žena kao i u drugih TiRR AMAB osoba su ograničeni, ali mnoge od njih izražavaju želju za dojenjem. Premda je zabilježen slučaj transrodne žene koja je imala uspješnu laktaciju i dojila nakon hormonske podrške, koja je uključivala kombinaciju estrogena, progesterona, domperidona i pumpice za grudi (Reisman i Goldstein, 2018), nutritivni i imunološki profil mlijeka u tim uvjetima nije istražen. Zbog toga je potrebno uputiti TiRR osobe u rizike i prednosti tog pristupa prehrani novorođenčadi (Reisman i Goldstein, 2018).

Preporuka 16.6

Preporučujemo da zdravstveni radnici upute seksualno aktivne TiRR osobe u metode kontracepcije.

Mnoge TiRR osobe mogu zadržati reproduktivni kapacitet te se njima (ako su zadržali jajnike, matericu, jajovode) ili njihovim seksualnim partnerima (u slučaju onih koji proizvode spermiju) može dogoditi neplanirana trudnoća (James et al., 2016; Light et al., 2014; Moseson, Fix et al., 2020). Zbog toga su potrebna savjetovanja o planiranju roditeljstva, uključujući kontracepciju i prekid trudnoće, koja će se odvijati na rodno-ekspanzivne načine (Klein, Berry-Bibee et al., 2018; Obedin-Maliver, 2015; Stroumsa i Wu, 2018). TiRR AFAB osobe mogu prestati koristiti kontracepciju zbog pogrešne pretpostavke da je sam testosteron kontracepcija (Abern i Maguire, 2018; Ingraham et al., 2018; Jones, Wood et al., 2018; Potter et al., 2015). No koliko zasad znamo, testosteron ne bi trebalo smatrati pouzdanim oblikom kontracepcije zbog njegove nepotpune supresije hipotalamo-hipofizno-adrenalne osi (Krampasky et al., 2020). Štoviše, zabilježene su trudnoće osoba koje u dužem periodu nisu imale menstruaciju zbog terapije testosteronom, što može trajati duže od razdoblja aktivne primjene (Light et al., 2014). Kod TiRR osoba takođe je moguća trudnoća nakon dugotrajnog korišćenja testosterona (do 10 godi-

na), iako je još uvijek nepoznat uticaj na jajne ćelije i osnovnu plodnost (Light et al., 2014).

TiRR AFAB osobe mogu koristiti različite metode kontracepcije (Abern i 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). One se mogu koristiti eksplicitno za prevenciju trudnoće, supresiju menstruacije, u slučaju abnormalnog krvarenja ili drugih ginekoloških potreba (Bonnington et al., 2020; Chrisler et al., 2016; Krempasky et al., 2020; Schwartz et al., 2019). Postoje velike praznine u istraživanjima kontracepcije kod TiRR populacije. Nema istraživanja o tome kako egzogeni androgeni (npr. testosteron) mogu modifikovati djelotvoranost ili sigurnosni profil hormonskih metoda kontracepcije (npr. kombinovani estrogen i progestin ili progestin) ili nehormonskih, barijernih metoda kontracepcije (npr. unutrašnji i spoljašnji prezervativi, nehormonska unutar-maternična sredstva, dijafragme, spužve itd.).

Rodno raznolike osobe koje imaju penis i testise mogu biti seksualno aktivne s osobama koje imaju jajnike, matericu ili jajovode, bez obzira na rod. Rodno raznolike osobe koje imaju penis i testise mogu proizvesti spermu čak i za vrijeme rodno-afirmišuće hormonske terapije (npr. estrogenom). Premda parametri sperme nestaju među onima koji koriste ili su prije koristili rodno-afirmišuće hormone, odsutnost spermija nije potpuna niti je spermalna aktivnost sasvim potisnuta (Adeleye et al., 2019; Jindarak et al., 2018; Kent et al., 2018).

Zbog svega navedenog, potrebno je razmotriti korišćenje kontracepcije zbog zaštite od trudnoće, bez obzira na to koriste li partneri rodno-afirmišuću hormonsku terapiju. Kontraceptivne metode zasad dostupne partneru koji proizvodi spermu primarno su mehaničke barijere (spoljašnji i unutarjni prezervativi), trajna sterilizacija (npr. vazektomija) i rodno-afirmišuće operacije (npr. hirurško uklanjanje testisa koje takođe za rezultat ima neplodnošću). Preporučuju se kontraceptivna savjetovanja koja razmatraju proizvodnju spermija, jajnih ćelija i gestacijskih partnera (kada su relevantni).

Preporuka 16.7

Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji izvode prekide trudnoće da osiguraju da postupak bude rodno-afirmišući i udovolji potrebama transrodnih i rodno raznolikih osoba.

Već postoje izvještaji o neplaniranim trudnoćama i pobačajima TiRR osoba s matericom (Abern i Maguire, 2018; Light et al., 2014; Moseson, Fix et al., 2020), kao i dokumentovana istraživanja ustanova koje omogućuju prekid trudnoće (Jones et al., 2020). Međutim, populacijska epidemiologija prekida trudnoće, iskustava i preferenci TiRR AFAB osoba koje su prekinule trudnoću još je neistražena (Fix et al., 2020; Moseson, Fix et al., 2020; Moseson, Lunn et al., 2020). Uzimajući u obzir reproduktivni kapacitet mnogih TiRR osoba i činjenicu da trudnoće nisu uvijek planirane i željene, nužno je osigurati dostupnost sigurnog, legalnog i rodno-afirmišućeg prekida trudnoće.

POGLAVLJE 17 Seksualno zdravlje

Seksualno zdravlje ima dubok uticaj na fizičko i psihičko blagostanje, bez obzira na pol, rod ili seksualnu orijentaciju osobe. Međutim, stigma vezana za pol, rod i seksualnu orijentaciju utiče na mogućnosti pojedinca da živi svoju seksualnost i da dobije odgovarajuću njegu o seksualnom zdravlju. Konkretno, u većini društava cisheteronormativnost i heteronormativnost dovode do pretpostavke da su svi ljudi cisrodni i heteroseksualni (Bauer et al., 2009) i da je ta kombinacija superiorna svim drugim rodovima i seksualnim orijentacijama (Nieder, Gùldenring et al., 2020; Rider, Vencill et al., 2019). Hetero-cis-normativnost negira složenost roda, seksualne orijentacije i seksualnosti i zanemaruje raznolikost i fluidnost. To je još važnije s obzirom na to da seksualni identitet, orijentacija i prakse transrodnih i rodno raznolikih (TiRR) osoba karakterizuje velika raznolikost (Galupo et al., 2016; Jessen et al., 2021; Thurston i Allan, 2018; T'Sjoen et al., 2020). Isto tako, snažna međukulturalna tendencija prema alonormativnosti – pretpostavka da svi ljudi doživljavaju seksualnu privlačnost ili interes za seksualnu aktivnost – negira različita iskustva TiRR osoba, posebno kod onih koji se nalaze u aseksualnom spektru (McInroy et al., 2021; Mollet, 2021; Rothblum et al., 2020).

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO, 2010) ističe da seksualno zdravlje zavisi od poštovanja seksualnih prava svih ljudi, uključujući pravo na izražavanje različitih seksualnosti i pravo da se prema njima postupa s poštovanjem, sigurno i bez diskriminacije i nasilja. Razgovori o seksualnom zdravlju usredsređeni su na djelovanje i autonomiju tijela, što uključuje pristanak, seksualni užitak, seksualno zadovoljstvo, partnerstva i porodični život (Cornwall i Jolly, 2006; Lindley et al., 2021). U tom svjetlu WHO definiše seksualno zdravlje kao “stanje tjelesne, emocionalne, mentalne i društvene dobrobiti u odnosu na seksualnost, a ne samo odsutnost bolesti, disfunkcije ili slabosti. Seksualno zdravlje zahtijeva pozitivan pristup seksualnosti i seksualnim odnosima s poštovanjem, kao i mogućnost ugodnih i sigurnih seksualnih iskustava, bez prisile, diskriminacije i nasilja. Da bi se seksualno zdravlje postiglo i održalo, seksualna

prava svih osoba moraju se poštovati, štititi i ispunjavati” (WHO, 2006, str. 5). To uključuje pojedince u aseksualnom spektru koji možda neće osjetiti seksualnu privlačnost prema drugima, ali ipak mogu povremeno odlučiti biti seksualni (npr. putem samostimulacije) i/ili iskusiti interes za stupanje i izgradnju romantičnih odnosa (de Oliveira et al., 2021).

Naučno bavljenje seksualnim iskustvima i ponašanjem TiRR osoba poraslo je posljednjih godina (Gieles et al., 2022; Holmberg et al., 2019; Klein i Gorzalka, 2009; Kloer et al., 2021; Mattawanon et al., 2021; Stephenson et al., 2017; Tirapegui et al., 2020; Thurston i Allan, 2018). Ta ekspanzija u literaturi odražava polno pozitivan okvir (Harden, 2014), okvir koji prepoznaje i pozitivne aspekte kao što je seksualno zadovoljstvo (Laan et al., 2021) i potencijalne rizike povezane sa seksualnošću (Goldhammer et al., 2022; Mujugira et al., 2021). Međutim, studijama o seksualnosti TiRR osoba često nedostaju validirane mjere, odgovarajuća kontrolna grupa ili prospektivni dizajn (Holmberg et al., 2019). Osim toga, većina se usredsređuje isključivo na seksualno funkcionisanje (Kennis et al., 2022) i tako zanemaruje seksualno zadovoljstvo i širu operacionalizaciju seksualnog užitka izvan funkcionisanja. Rezultati trenutnih medicinskih tretmana za TiRR osobe s obzirom na seksualnost su heterogeni (Özer et al., 2022; T'Sjoen et al., 2020), a malo je istraživanja o seksualnosti TiRR adolescenata (Bungener et al., 2017; Maheux et al., 2021; Ristori et al., 2021; Stübler i Becker-Hebly, 2019; Warwick et al., 2022). Iako su predloženi pozitivni pristupi savjetovanju i adresiranju seksualnih poteškoća koje imaju TiRR osobe (Fielding, 2021; Jacobson et al., 2019; Richards, 2021), do danas nema dovoljno istraživanja o djelotvornosti takvih intervencija. Usredsređujući se na unapređivanje seksualnog zdravlja, Svjetsko udruženje za seksualno zdravlje (engl. *World Association for Sexual Health*, WAS) naglašava važnost seksualnog užitka i smatra samostalno odlučivanje, pristanak, sigurnost, privatnost, povjerenje, sposobnost komuniciranja i pregovaranja o seksualnim odnosima najvažnijim facilitatorima (Kismödi et al., 2017). WAS tvrdi da je seksualno zadovoljstvo sastavni dio seksualnih i ljudskih prava (Kismödi et al., 2017). Kako bi do-

Lista preporuka:

- 17.1** - Preporučujemo da zdravstveni radnici koji pružaju njegu transrodnim i rodno raznolikim osobama steknu znanja i vještine za rješavanje problema seksualnog zdravlja (relevantnih za pružanje njege).
- 17.2** - Preporučujemo da zdravstveni radnici koji pružaju njegu transrodnim i rodno raznolikim osobama razgovaraju o uticaju rodno-afirmišućih tretmana na seksualnu funkciju, užitak i zadovoljstvo.
- 17.3** - Preporučujemo da zdravstveni radnici koji pružaju njegu transrodnim i rodno raznolikim osobama ponude mogućnost uključivanja partnera u njegu koja se odnosi na seksualnost, ako je to adekvatno.
- 17.4** - Preporučujemo da zdravstveni radnici savjetuju transrodne i rodno raznolike osobe o potencijalnom uticaju stigme i traume na seksualno rizično ponašanje, izbjegavanje seksualnog odnosa i seksualno funkcionisanje.
- 17.5** - Preporučujemo svakom zdravstvenom radniku koji nudi njegu koja može uticati na seksualno zdravlje da pruži informacije, pita o očekivanjima transrodnih i rodno raznolikih pojedinaca i procijeni koliko razumiju moguće promjene.
- 17.6** - Preporučujemo da zdravstveni radnici koji pružaju njegu transrodnim i rodno raznolikim osobama savjetuju adolescente i odrasle u vezi s prevencijom polno prenosivih bolesti.
- 17.7** - Preporučujemo da zdravstveni radnici koji pružaju njegu transrodnim i rodno raznolikim osobama slijede lokalne smjernice i smjernice Svjetske zdravstvene organizacije za testiranje na, prevenciju i liječenje virusa ljudske imunodeficijencije/polno prenosivih bolesti.
- 17.8** - Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji pružaju njegu transrodnim i rodno raznolikim osobama da odgovore na dileme o mogućim interakcijama antiretrovirusnih lijekova i hormona.

prinijeli seksualnom zdravlju TiRR osoba, zdravstveni radnici treba da budu stručni i osjetljivi s obzirom na transrodne osobe (Nieder, Güldenring et al., 2020). U cilju podizanja kvaliteta njege o seksualnom zdravlju za TiRR osobe s obzirom na etičku, na dokazima utemeljenu i visoki nivo kvaliteta, zdravstveni radnici moraju pružati usluge s jednakom pažnjom (tj. uz stručnost u vezi s transrodnim osobama), poštovanjem (tj. s osjetljivošću povezanom s transrodnosću) i posvećenošću seksualnom užitku i seksualnom zadovoljstvu koju pružaju cisrodnim osobama (Holmberg et al., 2019).

U mnogim društvima nekonformni rodni izrazi mogu izazvati snažne (emocionalne) reakcije, što uključuje i zdravstvene radnike. Stoga, kada započinju kontakt vezan uz zdravlje ili uspostavljaju terapijski odnos, zdravstveni radnici će najvjerojatnije osigurati neosuđujući, otvoren i susretljiv način onda kada razmišljaju o svojim emocionalnim, kognitivnim i interakcijskim relacijama prema osobi (Nieder, Güldenring et al., 2020). Osim toga, stručnost vezana uz transrodne osobe odnosi se na prepoznavanje uticaja koji su interseksijski identiteti i iskustva marginalizacije i stigme mogli imati na TiRR osobe (Rider, Vencill et al., 2019). Kako bi se adekvatno posvetili specifičnim fizičkim, psihološkim i društvenim stanjima TiRR osoba, zdravstveni radnici moraju biti svjesni da se ta stanja uopšteno zanemaruju zbog hetero-cisnormativnosti te nedostatka znanja i vještina (Rees

et al., 2021). Takođe je važno razmotriti kulturne norme u odnosu na seksualnost. Na primjer, u nekim afričkim kulturama ideja o seksu kao tabuu ograničava broj prihvatljivih pojmova koji se koriste prilikom uzimanja seksualne anamneze (Netshandama et al., 2017). Jezik koji odražava kulturno uvažavanje može doprinijeti otvorenom razgovoru o nečijoj seksualnoj istoriji i redukovati dvosmislenost ili sram (Duby et al., 2016). Osim toga, zdravstveni radnici moraju biti senzibilisani na istoriju (zlo)upotrebe seksualnog identiteta i orijentacije kao selektivni princip za isključivanje transrodne osobe iz rodno-afirmišuće zdravstvene njege (Nieder i Richter-Appelt, 2011; Richards et al., 2014). Sljedeće preporuke imaju za cilj poboljšati brigu o seksualnom zdravlju TiRR osoba.

Sve preporuke u ovom poglavlju donesene su na temelju detaljnog pregleda dokaza, procjene dobrobiti i štete, vrijednosti i preferencijž pružaoca usluga i pacijenata, kao i potrebnih resursa i izvodljivosti. U nekim slučajevima uviđamo da su dokazi ograničeni i/ili usluge možda nisu dostupne ili poželjne.

Preporuka 17.1

Preporučujemo da zdravstveni radnici koji pružaju njegu transrodnim i rodno raznolikim osobama steknu znanja i vještine za rješavanje problema seksualnog zdravlja (relevantnih za pružanje njege).

Važno je da zdravstveni radnici koji se bave seksualnim zdravljem TiRR osoba budu upoznati s često korišćenom terminologijom (v. prvo poglavlje – Terminologiju) i pozovu one koji traže njegu da objasne pojmove s kojima pružalac usluge možda nije upoznat. U ovom kontekstu, takođe je važno da su zdravstveni radnici (spremni) uzeti seksualnu anamnezu i ponuditi medicinsku podršku (u skladu sa svojim kompetencijama) na rodno-afirmišući način s pozitivnim pristupom seksualnosti (Centers for Disease Control, 2020; Tomson et al., 2021). Međutim, zdravstveni radnici trebalo bi da pridaju veću važnost terminologiji koju TiRR osoba koristi za svoje tijelo u odnosu na tradicionalno prihvaćenu ili korišćenu medicinsku terminologiju (Wesp, 2016). Kada govorimo o seksualnim praksama preporučljivo je usredsrediti se na djelove tijela (npr. “Imate li seksualne odnose s osobama s penisom, s osobama s vaginom ili oboje?”; ACON, 2022) i koju ulogu imaju u njihovoj seksualnosti (npr. “Ulaze li tijekom seksa neki dijelovi vašeg tijela u tijelo vašeg partnera, poput genitalija, anusa ili usta?”; ACON, 2022).

Preporuka 17.2

Preporučujemo da zdravstveni radnici koji pružaju njegu transrodnim i rodno raznolikim osobama razgovaraju o uticaju rodno-afirmišućih tretmana na seksualnu funkciju, užitak i zadovoljstvo.

Da bi se sprovela rodno-afirmišuća njega ključno je da zdravstveni radnici koji pružaju medicinske intervencije povezane s tranzicijom budu dovoljno informisani o mogućim posljedicama na seksualnu funkciju, užitak i zadovoljstvo (T'Sjoen et al., 2020). Budući da klinički podaci pokazuju da TiRR osobe imaju znatno niže rezultate u seksualnom užitku u poređenju sa cisrodnim osobama, to je još važnije (Gieles et al., 2022). Ako zdravstveni radnik ne može pružiti informacije o učincima njegovog tretmana na seksualnu funkciju, užitak i zadovoljstvo, od njega se barem očekuje da osobu uputi nekome ko je za to kvalifikovan. Ako su efekti tretmana s obzirom na seksualnost nepoznati, zdravstveni radnici trebaju o tome informisati svoje pacijente. Kao što je navedeno, seksualnost TiRR osoba često dovodi u pitanje heteronormativna gledišta. Uprkos tome, postoji

opsežna literatura (npr. Bauer, 2018; Laube et al., 2020; Hamm i Nieder, 2021; Stephenson et al., 2017) koja pojašnjava raspon seksualnosti koja se ne uklapa u ono što podrazumijeva muška i ženska seksualnost (ni cis- ni transrodna), a kamoli seksualnost rodno raznolikih osoba (npr. nebina-rnih osoba, osoba bez roda, *genderqueer*). Stoga bi zdravstveni radnici trebalo pažljivo da razmotre te aspekte jer cisnormativnost, heteronormativnost i medicinske intervencije povezane s tranzicijom snažno utiču na seksualno zdravlje.

Seksualno zadovoljstvo dobro je dokumentovano kao faktor u poboljšanju ishoda seksualnog, mentalnog i tjelesnog zdravlja (Anderson, 2013). Osim seksualnom funkcijom, zdravstveni radnici koji pružaju njegu o seksualnom zdravlju moraju se baviti seksualnim užitkom i zadovoljstvom kao ključnim faktorima seksualnog zdravlja. Istorijski gledano, briga o seksualnom zdravlju bila je usmjerena na oboljenje, a to posebno vrijedi za istraživanja i kliničku praksu u radu s TiRR pacijentima. Iako je kompetentna njegu o seksualnom zdravlju u vezi s HIV-om i polno prenosivim bolestima (PPB) nužna, integracija vrednovanja seksualnog užitka TiRR pacijenata isto tako je potrebna. Zahtjevi za integracijom seksualnog užitka kao središnje tačke u edukaciji i intervencijama za prevenciju PPB-a počivaju na razumijevanju da je užitak motivator ponašanja (Philpott et al., 2006). TiRR osobe zabrinute su za svoje seksualno zadovoljstvo i trebaju zdravstvene radnike koji su dobro upućeni u raznolikost seksualnih praksi i anatomskog funkcionisanja u kontekstu njihovog zdravlja.

Preporuka 17.3

Preporučujemo da zdravstveni radnici koji pružaju njegu transrodnim i rodno raznolikim osobama ponude mogućnost uključivanja partnera u njegu koja se odnosi na seksualnost, ako je to adekvatno.

U slučajevima kada je to prikladno i relevantno za kliničke probleme, uključivanje seksualnih i/ili romantičnih partnera u donošenje odluka o njege o seksualnom zdravlju može povećati ishode seksualne dobrobiti i zadovoljstva TiRR pacijenata (Kleinplatz, 2012). TiRR osobe mogu se odlučiti za niz medicinskih intervencija povezanih s tranzicijom, a te intervencije mogu imati različite rezultate

u mijenjanju iskustava anatomske disforije (Bauer i Hammond, 2015). U razgovoru o uticaju medicinskih intervencija na seksualno funkcionisanje, užitak i zadovoljstvo, uključivanje partnera može proširiti znanje o potencijalnim promjenama i podstaknuti komunikaciju među partnerima (Dierckx et al., 2019). Budući da proces tranzicije često nije poduhvat u kojem su osobe usamljene, uključivanje seksualnih i/ili romantičnih partnera u zdravstvenu njegu povezanu s tranzicijom može olakšati proces "kotranzicije" (Lindley et al., 2020; Siboni et al., 2022; Theron i Collier, 2013) i takođe može podržati seksualni rast i prilagodbu kako kod pojedinca, tako i u vezi. Društvene i psihičke prepreke za seksualno funkcionisanje i užitak, što uključuje i iskustva rodne disforije, stigmatizaciju, nedostatak seksualnih uzora i onih u odnosima te ograničene vještine mogu negativno uticati na cjelokupno seksualno zdravlje (Kerckhof et al., 2019). Podržavajuća i rodno-afirmišuća seksualna komunikacija među partnerima poboljšava ishode seksualnog zadovoljstva za TiRR osobe (Stephenson et al., 2017; Wierckx, Elaut et al., 2011).

Uključivanje seksualnih i/ili romantičnih partnera pruža dodatnu priliku za postavljanje realnih očekivanja, širenje korisnih i tačnih informacija i olakšavanje rodno-afirmišuće pozitivne komunikacije vezane za seksualno zdravlje. Međutim, važno je znati da individualne izbore vezane za rodno zdravlje i tranziciju donose pacijenti, i to nije odluka partnera. Važno je imati na umu da partnera treba uključiti u njegu o seksualnom zdravlju samo onda kada je to primjereno i u skladu sa željama pacijenta. Kontraindikacije mogu uključivati međuljudsku dinamiku koja je uvredljiva ili nasilna jer u tom slučaju sigurnost pacijenta nadvladava uključenost partnera. Na kraju, presudno je da zdravstveni radnici tretiraju afirmativno i uključivo sve osobe, što podrazumijeva seksualne i romantične partnere. To, na primjer, znači praćenje i rješavanje pretpostavki i potencijalnih predrasuda o rodu ili seksualnoj orijentaciji pacijentovog partnera ili strukturi pacijentovog odnosa.

Preporuka 17.4

Preporučujemo da zdravstveni radnici savjetuju transrodne i rodno raznolike osobe o potenci-

jalnom uticaju stigme i traume na seksualno rizično ponašanje, izbjegavanje seksualnog odnosa i seksualno funkcionisanje.

TiRR zajednica nesrazmjerno je izložena stigmatizaciji i nasilju (de Vries et al., 2020; EU Agency for Fundamental Rights, 2020; McLachlan, 2019). Ta su iskustva često traumatične prirode (Burnes et al., 2016; Mizock i Lewis, 2008), što može stvoriti prepreke u seksualnom zdravlju, funkcionisanju i užitku (Bauer i Hammond, 2015). Na primjer, stigmatizujući narativi o transrodnoj seksualnosti mogu povećati disforiju i seksualni sram, što potencijalno može pojačati izbjegavanje seksualne komunikacije koja je potrebna za sigurnost i optimizovanje užitka (Stephenson et al., 2017). Istraživanja pokazuju da stigma, istoriju seksualnog nasilja i zabrinutost zbog vlastitog izgleda mogu negativno uticati na seksualno samopouzdanje i volju, na primjer sposobnost isticanja onoga što je ugodno ili pregovaranja o korišćenju kondoma (Clements-Nolle et al., 2008; Dharma et al., 2019). Osim toga, rodnu disforiju mogu pogoršati prošla traumatična iskustva i tekući simptomi povezani s traumom (Giovanardi et al., 2018). Nekim TiRR osobama može biti teško stupiti u seksualne odnose s genitalijama s kojima su rođeni te mogu odlučiti u potpunosti izbjeći takvu stimulaciju, prekidati procese uzbuđivanja i/ili orgazma (Anzani et al., 2021; Bauer i Hammond, 2015; Iantaffi i Bockting, 2011), što može dovesti do kompleksnih emocija vezanih uz orgazam (Chadwick et al., 2019). Zdravstveni radnici koji pružaju rodno-afirmišuće savjetovanje i intervencije moraju biti upoznati sa spektrom seksualnih orijentacija i identiteta (uključujući asekualne identitete i prakse) kako bi izbjegli pretpostavke utemeljene na heteronormativnim, cisnormativnim i alonormativnim načinima ponašanja ili zadovoljstva, istovremeno vodeći računa o potencijalnom uticaju stigme i traume na seksualno zdravlje i zadovoljstvo (Nieder, Güldenring et al., 2020). Ponekad može biti prisutan određen nivo nepovezanosti ili disocijacije, naročito u slučaju simptoma akutne traume (Colizzi et al., 2015). Važno je da zdravstveni radnici budu svjesni ovih potencijalnih uticaja na seksualno zdravlje, funkcionisanje, užitak i zadovoljstvo, tako da prema potrebi mogu uputiti pacijente seksolozima

koji se u svom radu bave i traumama, pružaocima usluga mentalnog zdravlja ili oboje. Oni mogu pružiti dodatnu pomoć, a takođe normalizovati kod TiRR pacijenata i podstaknuti ih da istražuju različite puteve ozdravljenja i pristupa seksualnom užitku.

Preporuka 17.5

Preporučujemo svakom zdravstvenom radniku koji nudi njegu koja može uticati na seksualno zdravlje da pruži informacije, pita o očekivanjima transrodnih i rodno raznolikih pojedinaca i procijeni koliko razumiju moguće promjene.

Tranzicijska njega može pozitivno i negativno uticati na seksualnu funkciju, užitak i zadovoljstvo (Holmberg et al., 2018; Kerckhof et al., 2019; Thurston i Allan, 2018; Tirapegui et al., 2020). U kontekstu pozitivnih promjena, rodno-afirmišuća njega može pomoći TiRR osobama da poboljšaju svoje seksualno funkcionisanje i povećaju svoje seksualno zadovoljstvo i užitak (Kloer et al., 2021; Özer et al., 2022; T'Sjoen et al., 2020). Međutim, u negativnom kontekstu podaci upućuju na problematične ishode seksualnog zdravlja zbog hormonskih i hirurških tretmana (Holmberg et al., 2018; Kerckhof et al., 2019, Stephenson et al., 2017; Weyers et al., 2009). Hormoni povezani s tranzicijom mogu uticati na rapoloženje, seksualnu želju, sposobnost erekcije i ejakulacije te zdravlje genitalnog tkiva, što zatim posljedično može uticati na seksualnu funkciju, zadovoljstvo i seksualno samoizražavanje (Defreyne, Elaut et al., 2020; Garcia i Zaliznyak, 2020; Kerckhof et al., 2019; Klein i Gorzalka, 2009; Wierckx, Elaut et al., 2014). TiRR osobe koje žele da koriste svoju izvornu genitalnu anatomiju u penetrativnom seksu mogu imati koristi od lijekova koji imaju učinak na nuspojave hormonske terapije na seksualno zdravlje, kao što je erektilna disfunkcija. To su lijekovi za TiRR osobe koje uzimaju estrogen ili antiandrogene te lokalni estrogen i/ili ovlaživači za TiRR osobe koje imaju vaginalnu atrofiju ili suvoću zbog terapije testosteronom.

Korišćenje psihotropnih lijekova takođe može uticati na seksualnu želju, uzbuđenje i funkciju (Montejo et al., 2015). Budući da su nekim TiRR osobama propisani lijekovi za adresiranje depresije (Heylens, Elaut et al., 2014), tjeskobe (Millet et al.,

2017) ili drugih problema s mentalnim zdravljem (Dhejne et al., 2016), njihove potencijalne nuspojave na seksualno zdravlje moraju se uzeti u obzir.

Mnogi rodno-afirmišući hirurški zahvati mogu značajno uticati na erogene osjećaje, seksualnu želju i uzbuđenje, kao i na seksualnu funkciju i zadovoljstvo. Uticaj tih promjena na pacijente može biti različit (Holmberg et al., 2018). Hirurški zahvati na prsima (smanjenje grudi, mastektomija i povećanje grudi), kao i hirurški zahvati oblikovanja tijela, na primjer, mogu ponuditi željene promjene u obliku i izgledu, čime se smanjuje psihološki stres koji može poremetiti seksualno funkcionisanje, ali mogu i nepovoljno uticati na erogene osjećaje (Bekeny et al., 2020; Claes et al., 2018; Rochlin et al., 2020). Genitalni hirurški zahvati naročito mogu imati potencijalno negativan uticaj na seksualnu funkciju i užitak, iako će vjerovatno biti pozitivno doživljeni jer se tijelo pacijenta više usklađuje s njihovim rodnom jer potencijalno otvaraju nove puteve za seksualni užitak i zadovoljstvo (Hess et al., 2018; Holmberg et al., 2018; Kerckhof et al., 2019).

Brojni su primjeri za to u postojećoj literaturi:

- Hirurški zahvat može rezultirati smanjenjem, potpunim gubitkom ili mogućim povećanjem erogene stimulacije i/ili doživljenog osjećaja u poređenju sa anatomijom pacijenta prije operacije (Garcia, 2018; Sigurjónsson et al., 2017).
- Određena hirurška opcija može biti povezana sa specifičnim ograničenjima seksualne funkcije, koja se mogu manifestovati odmah, u budućnosti ili u oba slučaja, a pacijenti bi ih trebali razmotriti prije nego što donesu konačnu odluku o različitim hirurškim mogućnostima (Frey et al., 2016; Garcia, 2018; Isaacson et al., 2017).
- Posthirurške komplikacije mogu nepovoljno uticati na seksualnu funkciju smanjenjem kvaliteta seksualne funkcije (npr. nelagoda ili bol za vrijeme seksualne aktivnosti) ili onemogućavanjem zadovoljavajućeg polnog odnosa (Kerckhof et al., 2019; Schardein et al., 2019).

Uopšteno govoreći, na zadovoljstvo bilo kojim medicinskim tretmanom uveliko utiču pacijentova očekivanja (Padilla et al., 2019). Isto tako, kada pacijenti imaju nerealna očekivanja prije tretmana, mnogo je vjerojatnije da će biti nezadovoljni ishodom, svojom njege i zdravstvenim radnicima (Padilla et al., 2019). Zbog toga je važno pacijentima pružiti odgovarajuće informacije o mogućnostima tretmana te razumjeti i razmotriti što je pacijentu važno s obzirom na ishode (Garcia, 2021). Konačno, važno je da zdravstveni radnici osiguraju da pacijenti razumiju potencijalne štetne uticaje medicinskih intervencija na njihovu seksualnu funkciju i zadovoljstvo kako bi se mogla donijeti odluka utemeljena na odgovarajućim informacijama. To je relevantno i za ispunjavanje standarda informisanog pristanka (tj. rasprava i razumijevanje) i za pružanje prilike da se pacijentima i, po želji, njihovim partnerima ponude daljnja pojašnjenja (Glaser et al., 2020).

Preporuka 17.6

Preporučujemo da zdravstveni radnici koji pružaju njegu transrodnim i rodno raznolikim osobama savjetuju adolescente i odrasle u vezi s prevencijom polno prenosivih bolesti.

Svjetska zdravstvena organizacija (2015) preporučuje zdravstvenim radnicima da sprovedu kratak razgovor vezan uz seksualnost u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za sve adolescente i odrasle osobe. TiRR osobama koje su seksualno aktivne ili razmišljaju o seksualnoj aktivnosti može koristiti komunikacija ili savjetovanje vezano uz seksualnost u svrhu prevencije HIV-a i polno prenosivih bolesti. Ti su razgovori posebno važni s obzirom na to da su TiRR osobe nesrazmjerno pogođene virusom humane imunodefijencije (HIV) i drugim polno prenosivim bolestima u odnosu na cisrodne osobe (Baral et al., 2013; Becasen et al., 2018; Poteat et al., 2016). Međutim, malo je podataka dostupno za polno prenosive bolesti koje nisu povezane s HIV-om, kao što su klamidija, gonoreja, sifilis, virusni hepatitis i herpes simplex virus (Tomson et al., 2021). Zajednički program Ujedinjenih naroda za HIV/AIDS procjenjuje da transrodne žene imaju 12 puta veću vjerojatnoću da će živjeti s HIV-om nego druge odrasle osobe

(UNAIDS, 2019). Metaanaliza je donijela procjenu ukupne globalne prevalencije HIV-a od 19% među transrodnim ženama koje imaju seksualne odnose s muškarcima (Baral et al., 2013). Rizik od HIV-a/PPB-a koncentrisan je među podgrupama TiRR-a na osnovu višestrukih bioloških, psiholoških, interpersonalnih i strukturalnih ranjivosti. Konkretno, transfeminine osobe koje imaju seksualne odnose s cisrodnim muškarcima, pripadaju manjinskim rasnim/etničkim grupama, žive u siromaštvu i bave se seksualnim radom da bi preživjele, izložene su povećanom riziku od HIV-a/PPB-a (Becasen et al., 2018; Poteat et al., 2015; Poteat et al., 2016). Manje se zna o riziku od HIV-a/PPB-a među transrodnim muškarcima ili rodno raznolikim AFAB osobama. Studije sprovedene na malom uzorku u zemljama s visokim dohotkom ukazuju na laboratorijski potvrđenu prevalenciju HIV-a od 0-4% među transmaskulinim osobama (Becasen et al., 2018; Reisner i Murchison, 2016). Gotovo da nema istraživanja s transmaskulinim osobama koje imaju seksualne odnose s cisrodnim muškarcima u zemljama s visokom prevalencijom HIV-a. Unatoč ograničenim epidemiološkim podacima, transmaskuline osobe koje imaju seksualne odnose s cisrodnim muškarcima često prijavljuju rizik od HIV-a/PPB-a povezan s receptivnim vaginalnim i/ili analnim seksom (Golub et al., 2019; Reisner et al., 2019; Scheim et al., 2017) i mogu biti osjetljivije na dobijanje HIV-a putem vaginalnog odnosa od cisrodnih žena (prije menopauze) zbog vaginalne atrofije povezane s hormonima.

Zdravstveni će radnici morati dopuniti opšte smjernice sticanjem znanja i razvojem vještina potrebnih za razgovor o pitanjima seksualnog zdravlja s TiRR osobama, kao što je upotreba rodno-afirmišućeg jezika (v. preporuku 17.1 u ovom poglavlju). Ključno je da zdravstveni radnici izbjegavaju pretpostavke o riziku od HIV-a/PPB-a isključivo na temelju rodnog identiteta ili anatomije pacijenta. Na primjer, mnoge transrodne osobe nisu seksualno aktivne, a TiRR osobe mogu koristiti protetiku ili igračke za seks. Kako bi pružili odgovarajuće preventivno savjetovanje, zdravstveni radnici trebali bi se raspitati o specifičnim seksualnim aktivnostima koje TiRR osobe praktikuju i dijelovima njihova tijela (ili protetici)

uključenim u te aktivnosti (ACON, 2022). Dobro pripremljeni zdravstveni radnici (što uključuje, ali se ne svodi isključivo stručnjake za mentalno zdravlje) također se mogu uključiti u podrobno savjetovanje svojih pacijenata kako bi s njima razgovarali o temeljnim pokretačima rizika od HIV-a/PPB-a (v. preporuku 17.3 u ovom poglavlju).

U svim slučajevima, zdravstveni radnici trebaju biti osjetljivi na kolektivnu i pojedinačnu istoriju TiRR osoba (npr. stereotipe i stigmju o transeksualnosti i rodnoj disforiji) i trebaju objasniti pacijentima razloge za upite vezane uz seksualnost i dobrovoljnu prirodu takvih pitanja. U raspravi o prevenciji HIV-a/PPB-a, zdravstveni radnici trebalo bi da se osvrnu na cijeli niz mogućnosti prevencije, što uključuje barijerne metode, profilaksu nakon izlaganja, profilaksu prije izlaganja i liječenje HIV-a kako bi se spriječio daljnji prenos (WHO, 2021). O specifičnostima profilakse za TiRR osobe prije izlaganja govori se u preporuci 17.8.

Preporuka 17.7

Preporučujemo da zdravstveni radnici koji pružaju njegu transrodnim i rodno raznolikim osobama slijede lokalne smjernice i smjernice Svjetske zdravstvene organizacije za testiranje na, prevenciju i liječenje virusa ljudske imunodeficijencije/polno prenosivih bolesti (HIV-a/PPB-a).

Jednako kao i cisrodnim pacijentima, TiRR adolescentima i odraslima treba ponuditi testiranje na HIV/PPB u skladu s postojećim smjernicama i na temelju njihovog individualnog rizika od dobijanja HIV-a/PPB-a, uzimajući u obzir anatomiju i ponašanje, a ne samo rodni identitet. Tamo gdje lokalne ili nacionalne smjernice nisu dostupne, Svjetska zdravstvena organizacija (WHO, 2019a) nudi globalne preporuke; češći testiranje na preporučuje se transrodnim osobama koje imaju seksualne odnose s cisrodnim muškarcima kao ključnoj populaciji zaraženoj HIV-om.

Rodno-afirmišuća hirurgija genitalija i hirurške tehnike imaju implikacije na rizike od PPB-a i potrebe testiranja, kao što je navedeno u nedavnim smjernicama američkih centara za kontrolu bolesti (Workowski et al., 2021). Na primjer, transfeminine osobe koje su imale vaginoplastiku inverzije

penisa koristeći samo kožu penisa i skrotuma za oblaganje vaginalnog kanala vjerojatno imaju manji rizik od urogenitalne hlamidije (*Chlamydia trachomatis*) i gonoreje (*Neisseria gonorrhoeae*), ali novije hirurške tehnike koje koriste bukalnu ili uretralnu sluznicu, odnosno režnjeve peritoneuma mogle bi u teoriji povećati osjetljivost na bakterijski PPB u odnosu na upotrebu kože penisa/skrotuma (Van Gerwen et al., 2021). Rutinski testiranje na neovagine na PPB (ako je izložena) preporučuje se za sve transfeminine osobe koje su imale vaginoplastiku (Workowski et al., 2021). Za transmuskuline osobe koje su imale metoidoplastiku s produženjem uretre, ali ne i vaginektomiju, testiranje na bakterijski urogenitalni PPB treba uključivati cervikalni bris jer se infekcije možda neće otkriti u urinu (Workowski et al., 2021).

Nadalje, važno je da zdravstveni radnici ponude testiranje na višestrukim anatomskim mjestima jer su polno prenosive bolesti kod transrodnih pacijenata često ekstragenitalne (Hiransuthikul et al., 2019; Pitasi et al., 2019). U skladu s preporukama Svjetske zdravstvene organizacije (WHO, 2020), samoprikupljanje uzoraka za testiranje na PPB trebalo bi biti ponuđeno kao opcija, naročito ako se pacijentima ne sviđa ili se ne žele podvrgnuti uzorkovanju koje je prikupio pružalac usluga zbog rodne disforije, istorije traume ili oboje. Gdje je relevantno, integracija testiranja na HIV/PPB s redovnom serologijom koja se koristi za praćenje hormonske terapije može olakšati pristup njezi (Reisner, Radix et al., 2016; Scheim i Travers, 2017).

Preporuka 17.8

Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji pružaju njegu transrodnim i rodno raznolikim osobama da odgovore na dileme o mogućim interakcijama antiretrovirusnih lijekova i hormona.

Za TiRR adolescente i odrasle osobe sa značajnim rizikom od infekcije HIV-om (uopšteno definisanom kao trajna serodiskordantna veza ili seks bez kondoma izvan obostrano monogamne veze s poznatim HIV negativnim partnerom; WHO, 2017), predekspozicijska profilaksa (PrEP) važna je opcija prevencije HIV-a (Golub et al., 2019; Sevelius et al., 2016; WHO, 2021). Kako bi pod-

staknuli prihvatanje PrEP-a, godine 2021. američki centri za kontrolu bolesti preporučili su da se svi seksualno aktivni adolescenti i odrasli informišu o PrEP-u i da im se ona ponudi na zahtjev (CDC, 2021). Za pružanje medicinske podrške osobama koje žive s HIV-om u nekim su okruženjima dostupne smjernice specifične za transrodne osobe (npr. *Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents*, 2019).

U prevenciji i liječenju HIV-a postoje antiretrovirusne doze i njihova primjena koje su specifične za TiRR osobe. U peroralnom PrEP-u za TiRR osobe u ovom trenutku se preporučuje samo jedna tableta svaki dan jer su studije koje pokazuju djelotvornost PrEP-a s dvostrukom dozom emtricitabina/tenofovir dizoproksil fumarata (TDF) ograničene na cisrodne muškarce (WHO, 2019c). Osim toga, iako je emtricitabin/tenofovir alafenamid (TAF) nova oralna PrEP opcija, od početka 2022. ne preporučuje se osobama u riziku od dobivanja HIV-a receptivnim vaginalnim seksualnim odnosom zbog nedostatka dokaza (CDC, 2021). Na kraju, dugodjelujuće injekcijske formule PrEP-a, kao i liječenje za HIV, sve su dostupnije (npr. cabotegravir za PrEP), i premda se preporučuju svim pacijentima kojima bi mogle koristiti injekcije, odnosno naznačena mjesta injektiranja (tj. glutealni mišić) mogu biti neprikladni za osobe koje su koristile punjenja za meka tkiva (Rael et al., 2020).

Malo je dokaza koji podržavaju pojavu interakcija između lijekova, odnosno rodno-afirmišućih hormona i PrEP lijekova. Nekoliko studija na malom uzorku, koje se primarno oslanjaju na samoprijavljenu upotrebu PrEP-a, pokazalo je smanjene koncentracije PrEP-a kod transrodnih žena koje su podvrgnute hormonskoj terapiji, iako su koncentracije ostale u zaštitnom rasponu (Yager i Ander-

son, 2020). Naknadna studija interakcije između lijekova koja je koristila direktno promatranu PrEP terapiju nije uspjela otkriti uticaj hormonske terapije na koncentracije PrEP lijeka u transrodnih žena i otkrila je da su transrodne žene i muškarci koji su uzimali hormonsku terapiju postigli visoku nivo zaštite od HIV infekcije (Grant et al., 2020). No, što je najvažnije za mnoge TiRR osobe, nije otkriven uticaj PrEP-a na koncentraciju hormona. Što se tiče liječenja HIV-a, specifični antiretrovirusni lijekovi mogu uticati na koncentraciju hormona; međutim, njima se može upravljati odabirom alternativnih sredstava, praćenjem i prilagodbom doziranja hormona ili oboje (Cirrincione et al., 2020), kao što je detaljno navedeno u smjernicama američkog Ministarstva zdravstva i socijalne njege (*Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents*, 2019). Uprkos tome, zabrinutost zbog interakcija između lijekova, posebno onih koje mogu ograničiti koncentracije hormona, predstavlja prepreku u primjeni i pridržavanju antiretrovirusne terapije za prevenciju ili liječenje HIV-a (Radix et al., 2020; Sevelius et al., 2016). Zbog toga je preporučljivo da zdravstveni radnici proaktivno rješavaju takve probleme s onima koji su kandidati za PrEP ili liječenje HIV-a. Integracija PrEP-a ili liječenja HIV-a s hormonskom terapijom može dodatno smanjiti prepreke u sprovođenju i pridržavanju (Reisner, Radix et al., 2016). Integracija se može postići kolokacijom ili koordinacijom sa stručnjakom za HIV ako pružalac primarne zdravstvene zaštite nema potrebnu stručnost. Neke TiRR osobe mogu imati koristi od PrEP-a ili usluga vezanih za seksualno zdravlje koje pružaju veću privatnost i fleksibilnost, pa su stoga potrebni diferencirani modeli njihovog pružanja (Wilson et al., 2021).

POGLAVLJE 18 Mentalno zdravlje

Ovo poglavlje ima za cilj pružiti smjernice zdravstvenim radnicima, psihijatrima, psiholozima i drugima stručnjacima koji brinu o mentalnom zdravlju odraslih, transrodnih i rodno raznolikih (TiRr) osoba. Ono nije zamišljeno kao zamjena za poglavlja o procjeni osoba prije početka hormonskih ili hirurških terapija. Mnogim TiRR osobama za vrijeme tranzicije neće trebati terapija ili neki drugi oblik brige o mentalnom zdravlju, dok će drugima možda biti potrebna ta vrsta podrške (Dhejne et al., 2016).

Neka su istraživanja pokazala veću prevalenciju depresije (Witcomb et al., 2018), anksioznosti (Bouman et al., 2017) i suicidalnosti (Arcelus et al., 2016; Bränström i Pachankis, 2022; Davey et al., 2016; Dhejne, 2011; Herman et al., 2019) među TiRR osobama u odnosu na opštu populaciju (Jones et al., 2019; Thorne, Witcomb et al., 2019), naročito među onima koji trebaju rodno-afirmišuću medicinsku njegu (v. drugo poglavlje – Globalnu primjenjivost, preporuku 2.1). Međutim, transrodni identitet nije psihička bolest, a više stope (problema u području mentalnog zdravlja) povezane su s kompleksnom traumom, društvenom stigmom, nasiljem i diskriminacijom (Nuttbrock et al., 2014; Peterson et al., 2021). Osim toga, psihijatrijski simptomi smanjuju se uz odgovarajuću rodno-afirmišuću medicinsku i hiruršku njegu (Aldridge et al., 2020; Almazan i Keuroghlian, 2021; Bauer et al., 2015; Grannis et al., 2021) te uz aktivnosti usmjerene na smanjivanje diskriminacije i manjinskog stresa (Bauer et al., 2015; Heylens, Verroken et al., 2014; McDowell et al., 2020).

Njegu o mentalnom zdravlju sprovodi stručno osoblje poštujući autonomiju pacijenta i priznajući njegovu rodnu raznolikost. Zdravstveni radnici koji rade s transrodnim osobama trebali bi koristiti metodu aktivnog slušanja kao podsticaj istraživanju rodnog identiteta kod osoba koje nisu sigurne u njega. Umjesto da nameću svoje koncepte ili predrasude, zdravstveni bi radnici trebali pomoći pacijentima u pronalaženju vlastitog puta. Iako mnoge transrodne osobe traže tretmane ili hirurške zahvate, ili trebaju uslugu njege za mentalno zdravlje, neke to ipak ne čine (Margulies et

al., 2021). Zbog toga se rezultati istraživanja sprovedenih na kliničkoj populaciji ne bi trebali projektovati na cjelokupnu transrodnu populaciju.

Adresiranje mentalnih teškoća i poremećaja zavisnosti je važno, ali ne bi trebalo biti prepreka pristupu rodnoj njezi vezanoj uz tranziciju. Naprotiv, rješavanje problema mentalnog zdravlja može doprinijeti pozitivnim ishodima njege povezane s tranzicijom koja doprinosi povećanju kvaliteta života (Nobili et al., 2018).

Sve preporuke u ovom poglavlju donesene su na temelju detaljnog pregleda dokaza, procjene koristi i štete, vrijednosti i preferenci pružaoaca usluga i pacijenata, kao i potrebnih resursa i izvedivosti. U nekim slučajevima uviđamo da su dokazi ograničeni i/ili usluge možda nisu dostupne ili poželjne.

Preporuka 18.1

Preporučujemo da stručnjaci za mentalno zdravlje prije početka rodno-afirmišućeg tretmana obrate pažnju na probleme mentalnog zdravlja koji narušavaju sposobnost informisanog pristanka na takav tretman.

Budući da se uopšteno smatra da su pacijenti sposobni dati pristanak na zdravstvenu njegu, bez obzira na to postoji li kognitivno oštećenje, psihoza ili druga mentalna teškoća koja umanjuje sposobnost davanja informisanog pristanka, ovo se pitanje rješava individualnom procjenom (Applebaum, 2007). Informisani pristanak ključan je za pružanje zdravstvene njege. PružalachiI zdravstvene njege mora uputiti pacijenta u rizike, dobrobiti i alternative svih ponuđenih postupaka kako bi pacijent potom mogao donijeti informisanu, slobodnu odluku (Berg et al., 2001). Kao i doktori primarne zdravstvene zaštite ili endokrinolozi koji propisuju hormonsku terapiju, tako i hirurzi moraju dobiti informisani pristanak pacijenta. Jednako vrijedi i za stručnjake za mentalno zdravlje čiji pacijenti takođe trebaju dati pristanak za adresiranje simptoma mentalnih teškoća, premda u nekim slučajevima treba procijeniti sposobnost pacijenta da donese odluku o takvom obliku podrške. Psihičke teškoće i poremećaji zavisnosti, a naročito kognitivna oštećenja i psihoze, mogu oslabiti sposobnost pojedinca da razumije rizike i dobrobiti medicinskih intervenci-

Lista preporuka:

18.1 - Preporučujemo da stručnjaci za mentalno zdravlje prije početka rodno-afirmišućeg tretmana obrate pažnju na probleme mentalnog zdravlja koji narušavaju sposobnost informisanog pristanka na takav tretman.

18.2 - Preporučujemo da stručnjaci za mentalno zdravlje ponude njegu i podršku TiRR osobama za rješavanje simptoma mentalnih teškoća koje ometaju njihovu sposobnost da učestvuju u osnovnoj perioperativnoj rodno-afirmišućoj njezi.

18.3 - Ako postoje značajni problemi mentalnog zdravlja ili zloupotreba supstanci, preporučujemo da stručnjaci za mentalno zdravlje procijene potencijalni negativni učinak koji ti simptomi mogu imati na ishode specifičnih rodno-afirmišućih hirurških zahvata.

18.4 - Preporučujemo da zdravstveni radnici procijene potrebu za psihosocijalnom i praktičnom podrškom TiRR osobama u perioperativnom razdoblju koje prethodi rodno-afirmišućem zahvatu.

18.5 - Preporučujemo da zdravstveni radnici savjetuju TiRR osobe i pomognu im da se suzdrže od konzumacije duvana/nikotina prije rodno-afirmišućih hirurških zahvata.

18.6 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima da ne obustavljaju postojeće hormonske terapije pri prijemu TiRR osobe u psihijatrijsku ili drugu bolničku ustanovu, osim kada su one kontraindicirane.

18.7 - Preporučujemo da zdravstveni radnici osiguraju da se TiRR osobama, koje trebaju psihijatrijsku ili stacionarnu njegu, sve osoblje obraća odabranim imenima i ličnim zamjenicama, kao i da im se omogući pristup kupaonicama i spavaonicama u skladu s rodnim identitetom.

18.8 - Preporučujemo da se TiRR osobe podržavaju i osnažuju u razvoju i održavanju sistema socijalne podrške, uključujući vršnjake, porodične i prijateljske.

18.9 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima da ne nameću TiRR osobama sprovođenje obavezne psihoterapije prije početka rodno-afirmišućih tretmana, iako potvrđujemo da psihoterapija može biti od pomoći nekim TiRR osobama.

18.10 - Preporučujemo izbjegavanje "reparativnih" i "konverzivnih terapija" usmjerenih na promjenu identiteta i rodnog izražavanja osobe zbog usklađivanja sa polom pripisanim pri rođenju.

ja (Hostiuc et al., 2018). Nasuprot tome, pacijent može imati ozbiljniju psihičku teškoću, ali ipak biti u stanju razumjeti rizike i dobiti određenog tretmana (Carpenter et al., 2000). Multidisciplinarna komunikacija važna je u zahtjevnim slučajevima, a po potrebi treba koristiti stručne konzultacije (Karasic i Fraser, 2018). Mnogi pacijenti, i uz pažljiva objašnjenja, s vremenom mogu prevladati poteškoće u razumijevanju rizika i dobiti određenog tretmana. Za neke pacijente adresiranje osnovnog stanja koje ometa sposobnost informisanog pristanka – na primjer rad na psihozi – predstavlja pomoć u sticanju sposobnosti pristanka na potrebne tretmane. Međutim, problemi mentalnog zdravlja kao što su anksioznost ili depresija, koji ne utiču na sposobnost pristanka, ne bi trebali biti prepreka za rodno-afirmišuće medicinske tretmane, naročito zato što je utvrđeno kako oni smanjuju simptomatologiju navedenih problema (Aldridge et al., 2020).

Preporuka 18.2

Preporučujemo da stručnjaci za mentalno zdravlje ponude njegu i podršku TiRR osobama za rješavanje simptoma mentalnih teškoća koje ometaju njihovu sposobnost da učestvuju u osnovnoj perioperativnoj rodno-afirmišućoj njezi.

Nemogućnost adekvatnog učestvovanja u perioperativnoj njezi zbog teškoća s mentalnim zdravljem ili zavisnosti ne bi se trebala smatrati preprekom, nego bi se trebala promatrati kao indikacija za rješavanje problema mentalnog zdravlja i socijalne podrške (Karasic, 2020). Teškoće s mentalnim zdravljem i ovisnost mogu oslabiti sposobnost pacijenta da učestvuje u perioperativnoj njezi (Barnhill, 2014). Redovne kontrole, njega rana i drugi postupci postoperativne njege (npr. dilatacija nakon vaginoplastike) mogu biti nužni za dobre ishode zahvata. Pacijent s poremećajem zavisnosti mogao bi imati poteškoće u praćenju dogovorenih termina kod pružalaca primarne zdravstvene zaštite i/ili hirurga. Pacijent s psihozom ili teškom depresijom mogao bi zanemariti svoje rane ili ne obraćati pažnju na infekciju ili znakove dehiscencije (Lee, Marsh et al., 2016). Prisutnost teškoće s mentalnim zdravljem povezana je s većom potrebom za daljnjom akutnom medicinskom i hirurškom njegovom nakon početnih operacija (Wimalawansa et al., 2014).

U takvim slučajevima adresiranje teškoća s mentalnim zdravljem ili poremećaja zavisnosti može pomoći u postizanju dobrih ishoda. Organizovana podrška porodice i prijatelja ili patronažne zdravstvene zaštite, mogu pomoći pacijentu da

učestvuje u perioperativnoj njege nužnoj za nastavak zahvata. Dobrobiti adresiranja mentalnih poteškoća, koje mogu odgoditi hirurške zahvate, treba odvagati u odnosu na rizike odgađanja zahvata te procijeniti uticaj koji moguće odgađanje rješavanja rodne disforije može imati na mentalno zdravlje pacijenata (Byne et al., 2018).

Preporuka 18.3

Ako postoje značajni problemi mentalnog zdravlja ili zloupotreba supstanci, preporučujemo da stručnjaci za mentalno zdravlje procijene potencijalni negativni učinak koji ti simptomi mogu imati na ishode specifičnih rodno-afirmišućih hirurških zahvata.

Rodno-afirmišući hirurški zahvati različito utiču na pacijenta. Neki zahvati za postizanje optimalnih rezultata zahtijevaju od pacijenta sposobnost učestvovanja u preoperativnom planiranju, kao i uključivanje u peri- i postoperativnu njegu (Tollinche et al., 2018). Simptomi psihičkih teškoća mogu uticati na sposobnost pacijenta da učestvuje u planiranju i perioperativnoj njege nužnoj za bilo koji hirurški zahvat (Paredes et al., 2020). Procjena mentalnog statusa može pružiti priliku za razvoj strategija rješavanja potencijalnog negativnog uticaja prisutnih simptoma na ishode i planiranje podrške jačanju sposobnosti pacijenta da učestvuje u planiranju njege. Pokazalo se da rodno-afirmišući hirurški zahvati ublažavaju simptome rodne disforije i poboljšavaju mentalno zdravlje (Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2017). Navedene se dobrobiti procjenjuju u odnosu na rizike za svaki pojedini postupak potreban za nastavak tretmana. Zdravstveni radnici mogu pomoći TiRR osobama davanjem iscrpnih uputstava za planiranje i perioperativnu njegu za svaki potreban hirurški zahvat (Karasic, 2020). Pružalac usluga i pacijent mogu zajednički odlučiti o vrsti podrške ili resursima potrebnim za pridržavanje dogovorenih doktorskih kontrola, nabavu potrepština, rješavanje financijskih pitanja i upravljanje ostalim preoperativnim aktivnostima. Osim toga, mogu se raspraviti pitanja vezana uz izgled i funkcionalna očekivanja, kao i uticaj različitih faktora na rodnu disforiju.

Preporuka 18.4

Preporučujemo da zdravstveni radnici procijene potrebu za psihosocijalnom i praktičnom podrškom TiRR osobama u perioperativnom razdoblju koje prethodi rodno-afirmišućem zahvatu.

Bez obzira na užu specijalnost svi su zdravstveni radnici dužni da podrže pacijente u njihovom pristupu nužnoj medicinskoj njezi. Prilikom pripreme za rodno-afirmišuće hirurške zahvate zdravstveni radnici trebali bi procijeniti nivoe potrebne psihosocijalne i praktične podrške (Deutsch, 2016b). Procjena je prvi korak u prepoznavanju potrebe za dodatnom podrškom i jačanje sposobnosti pacijenta da uspješno prebrodi razdoblje prije, tijekom i poslije operacije (Tollinche et al., 2018). U perioperativnom razdoblju važno je pomoći pacijentima da optimizuju funkcionisanje, osiguraju stabilan smještaj, kada je to moguće, izgrade društvenu i porodičnu podršku procjenom njihove jedinstvene situacije, planiraju načine postupanja u slučaju komplikacija, upravljaju potencijalnim uticajem na posao/prihode i prevaziđu dodatne prepreke s kojima se neki mogu susresti, kao što je, na primjer, nošenje s elektrolizom i prestanak pušenja (Berli et al., 2017). U kompleksnom zdravstvenom sistemu možda neće svi pacijenti moći samostalno pratiti sve korake specifične njege, zbog toga zdravstveni radnici mogu podržati i olakšati pacijentima prolazak kroz taj proces (Deutsch, 2016a).

Preporuka 18.5

Preporučujemo da zdravstveni radnici savjetuju TiRR osobe i pomognu im da se suzdrže od konzumacije duvana/nikotina prije rodno-afirmišućih hirurških zahvata.

Konzumacija duvana i nikotina viša je u transrodnoj populaciji (Kidd et al., 2018). Međutim, mnoge TiRR osobe nisu svjesne dobro dokumentovanih zdravstvenih rizika povezanih s pušenjem (Bryant et al., 2014). Pušenje povećava rizik od razvoja zdravstvenih problema (npr. tromboze) kod osoba koje primaju hormonsku rodno-afirmišuću terapiju, naročito estrogene (Chipkin i Kim, 2017).

Pušenje je takođe povezano s lošijim ishodima estetskih operacija, što uključuje opšte komplikacije, nekrozu tkiva i nužnost hirurške revizije (Coon

et al., 2013). Pušenje povećava i rizik od postoperativnih infekcija (Kaoutzanis et al., 2019). Dokazano je da pušenje utiče na proces postoperativnog ozdravljenja, uključujući rodno-afirmišuće zahvate (npr. rekonstruktivnu operaciju grudi, genitalne operacije) (Pluvy, Garrido et al., 2015). Pušači imaju veći rizik od nekroze kože, sporog zacjeljivanja rana i problema s ožiljcima zbog hipoksije i ishemije tkiva (Pluvy, Panouilleres et al., 2015). S obzirom na sve navedeno, hirurzi preporučuju prestanak pušenja prije zahvata za afirmaciju roda i suzdržavanje od pušenja do nekoliko sedmica nakon operacije, sve do potpunog zarastanja rana (Matei i Danino, 2015). Unatoč rizicima, prestanak pušenja može biti težak. Pušenje i konzumacija nikotina stvaraju ovisnost i takođe se koriste kao zaštitni mehanizam (Matei et al., 2015). Zdravstveni radnici koji pregledavaju pacijente longitudinalno prije operacije, uključujući stručnjake za mentalno zdravlje i liječnike primarne zdravstvene zaštite, trebali bi uputiti TiRR osobe na programe za prestanak pušenje ili im pružiti direktnu pomoć za prestanak (npr. lijekovima poput vareniklina ili bupropiona).

Preporuka 18.6

Preporučujemo zdravstvenim radnicima da ne obustavljaju postojeće hormonske terapije pri prijemu TiRR osobe u psihijatrijsku ili drugu bolničku ustanovu, osim kada su one kontraindicirane.

Prilikom prijema u psihijatrijske ili druge bolničke ustanove, TiRR osobe trebale bi nastaviti s propisanom hormonskom terapijom. Ne postoje dokazi koji podržavaju rutinski prestanak uzimanja hormonske terapije prije bolničkog ili psihijatrijskog prijema. Rijetko se novoprimitom pacijentu može dijagnosticirati medicinska komplikacija koja zahtijeva prekid hormonske terapije, poput akutne venske tromboembolije (Deutsch, 2016a). Ne postoje čvrsti dokazi za rutinski prekid hormonske terapije prije operacije, a prije eventualnog prekida terapije treba procijeniti rizike i koristiti za svakog pojedinog pacijenta (Boskey et al., 2018).

Pokazalo se da hormonska terapija poboljšava kvalitet života i smanjuje simptome depresije i anksioznosti (Aldridge et al., 2020; Nguyen et al.,

2018; Nobili et al., 2018; Owen-Smith et al., 2018, Rowniak et al., 2019). Pristup rodno-afirmišuće njezi direktno je povezan sa značajnim smanjenjem rizika od pokušaja samoubistva (Bauer et al., 2015). Prekid propisane hormonske terapije može pacijentu uskratiti njene koristi i stoga biti u suprotnosti s ciljevima hospitalizacije.

Neki zdravstveni radnici možda nisu svjesni niskog rizika od štete i velike potencijalne dobrobiti nastavka tretmana tranzicije u bolničkom okruženju. Istraživanje američkih i kanadskih medicinskih fakulteta otkrilo je da su studenti u prosjeku dobili pet sati nastave o LGBT osobama u svom četvorogodišnjem obrazovanju (Obedin-Maliver et al., 2011). Prema anketi doktora hitne medicine, koji često moraju donijeti brze odluke o lijekovima prilikom prijema pacijenta, 88% njih izjavilo je da su se brinuli o transrodnim pacijentima, a samo 17,5% njih imalo je formalno obrazovanje o ovoj populaciji (Chisolm-Straker et al., 2018). S razvojem obrazovanja o transrodnim temama sve će više zdravstvenih radnika postati svjesno važnosti nastavka hormonske terapije transrodnih pacijenata prilikom hospitalizacije.

Preporuka 18.7

Preporučujemo da zdravstveni radnici osiguraju da se TiRR osobama, kojima je potrebna psihijatrijska ili stacionarna njega, sve osoblje obraća odabranim imenima i ličnim zamjenicama, kao i da im se omogući pristup kupaonicama i spavaonicama u skladu s rodnim identitetom.

Mnogi TiRR pacijenti susreću se s diskriminacijom u nizu zdravstvenih ustanova, uključujući bolnice, psihijatrijske bolnice, odjeljenja za zavisnost (Grant et al., 2011). Kada se zdravstveni sustav ne uspije prilagoditi TiRR osobama, on doprinosi dugotrajnoj socijalnoj isključenosti koju su one iskusile (Karasic, 2016). Iskustva diskriminacije u zdravstvenim ustanovama dovode do izbjegavanja potrebne zdravstvene njege. (Kcomt et al., 2020). Iskustva diskriminacije kod TiRR osoba mogu uzrokovati ideje o suicidu (Rood et al., 2015; Williams et al., 2021). Manjinski stres, povezan s odbijanjem i neafirmacijom, takođe je povezan sa suicidalnošću (Testa et al., 2017). Onemogućavanje pristupa kupaonicama u skladu s rodom takođe je povezano s višom stopom sui-

cidalnosti (Seelman, 2016), dok je korišćenje odabranih imena povezano s nižom stopom depresije i suicidalnosti (Russell et al., 2018). Struktura, kao i internalizovana transfobija moraju se smanjiti da bi se smanjila učestalost pokušaja samoubistva kod TiRR osoba (Brumer et al., 2015). Preduslov za uspješno pružanje njege u zdravstvenim ustanovama je minimizovanje štete od transfobije i poštovanje te prihvatanje TiRR identiteta.

Preporuka 18.8

Preporučujemo da se TiRR osobe podržavaju i osnažuju u razvoju i održavanju sistema socijalne podrške, uključujući vršnjačke, porodične i prijateljske.

Iako manjinski stres i direktni učinci društvene diskriminacije mogu biti štetni za mentalno zdravlje TiRR osoba, snažna društvena podrška pomaže smanjivanju štete (Trujillo et al., 2017). TiRR djeca često internalizuju odbacivanje od porodice i vršnjaka, kao i transfobiju koja ih okružuje (Amodeo et al., 2015). Nadalje, izloženost transfobnom zlostavljanju može uticati na životni vijek osobe i biti naročito akutna u adolescenciji (Nuttbrock et al., 2010).

Razvoj rodno-afirmišuće socijalne podrške štiti mentalno zdravlje. Socijalna podrška može djelovati kao zaštita mentalnog zdravlja od štetnih posljedica nasilja, stigmatizacije i diskriminacije (Bockting et al., 2013), može pomoći u upravljanju zdravstvenim sistemima (Jackson Levin et al., 2020) i doprinijeti psihološkoj otpornosti TiRR osoba (Bariola et al., 2015; Bašar i Öz, 2016). Dokazano je da su različiti izvori posebne podrške, naročito LGBTQ+ vršnjaka i porodice, povezani s boljim ishodima mentalnog zdravlja, dobiti i kvalitetom života (Bariola et al., 2015; Bašar et al., 2016; Kuper, Adams et al., 2018; Puckett et al., 2019). Predlaže se da socijalna podrška olakša razvoj mehanizama suočavanja s problemima i pridonese pozitivnim emotivnim iskustvima u procesu tranzicije (Budge et al., 2013).

Zdravstveni radnici mogu podržati pacijente u razvoju sistema socijalne podrške koji im omogućuju da budu prepoznati i prihvaćeni te im pomoći u suočavanju sa simptomima rodne disforije. Međuljudski problemi i nedostatak socijalne

podrške povezani su s većom učestalošću problema mentalnog zdravlja kod TiRR osoba (Bouman, Davey et al., 2016; Davey et al., 2015) i pokazalo se da su prediktor ishoda rodno-afirmišućih tretmana (Aldridge et al., 2020). Zbog svega navedenog zdravstveni radnici trebalo bi da podstiču, podržavaju i osnažuju TiRR osobe da razvijaju i održavaju sisteme socijalne podrške. Ta iskustva mogu podstaknuti razvoj međuljudskih odnosa i pomoći u suočavanju sa socijalnom diskriminacijom, potencijalno smanjujući suicidalnost i poboljšavajući mentalno zdravlje (Pflum et al., 2015).

Preporuka 18.9

Preporučujemo zdravstvenim radnicima da ne nameću TiRR osobama sprovođenje obavezne psihoterapije prije početka rodno-afirmišućih tretmana, iako potvrđujemo da psihoterapija može biti od pomoći nekim TiRR osobama.

Psihoterapija ima dugu istoriju kliničkog rada s TiRR osobama (Fraser, 2009b). Ciljevi, zahtjevi, metode i principi psihoterapije bili su razvojna komponenta Standarda njege u njegovim početnim verzijama (Fraser, 2009a). U ovom trenutku se psihoterapijska pomoć i savjetovanje s odraslim TiRR osobama može tražiti da bi se riješili uobičajeni psihološki problemi povezani sa suočavanjem s rodnom disforijom te takođe mogu pomoći nekim pojedincima u procesu oporavka (Hunt, 2014). Psihološka njega, uključujući psihoterapiju, nudi djelotvorne alate i omogućuje pojedincu kontekstualizaciju, poput istraživanja rodnog identiteta i rodnog izražavanja, jačanja osjećaja samoprihvatanja i nade te jačanje otpornosti u neprijateljskim i demotivirajućim okruženjima (Matsuno i Izrael, 2018). Psihoterapija je utvrđeni alternativni terapijski pristup za rješavanje simptoma mentalnih teškoća koje se mogu otkriti za vrijeme početne procjene ili kasnije, prilikom praćenja rodno-afirmišućih medicinskih tretmana. Nedavna istraživanja pokazuju da, iako su simptomi mentalnih poteškoća smanjeni nakon rodno-afirmišućeg medicinskog tretmana, nivoi anksioznosti ostaju visoki (Aldridge et al., 2020), što sugerise da psihološka njegu može pomoći pojedincima koji pate od simptoma anksioznosti nakon rodno-afirmišućih tretmana.

Posljednjih godina dokumentovane su koristi i moguće koristi specifičnih psihoterapijskih modaliteta (Austin et al., 2017; Mrdnuti, 2013; Budge et al., 2021; Embaye, 2006; Fraser, 2009b; Heck et al., 2015). Osobiti modeli psihoterapije predlažu se za odrasle transrodne i nebinarne osobe (Matsuno i Israel, 2018). Međutim, potrebno je više empirijskih podataka vezanih uz komparativne koristi različitih psihoterapijskih modela (Catelan et al., 2017). Transrodne osobe psihoterapiju mogu iskusiti kao zastrašujuće, ali i korisno iskustvo (Applegarth i Nuttall, 2016), što je izazov terapeutu prilikom stvaranja saradničkog odnosa s pacijentom i praćenja medicinskih tretmana (Budge, 2015).

Iskustvo govori da se mnoge transrodne i nebinarne osobe odlučuju podvrgnuti rodno-afirmišućim medicinskim zahvatima uz malo ili nimalo psihoterapijskih tretmana (Spanos et al., 2021). Iako različiti modaliteti psihoterapije mogu imati različite koristi prije, tijekom i nakon rodno-afirmišućih medicinskih tretmana, zabilježene su različite stope želje za psihoterapijom u različitim fazama tranzicije (Mayer et al., 2019). Zahtjev za psihoterapijskim tretmanom prije početka rodno-afirmišućih medicinskih postupaka nije se pokazao korisnim i može predstavljati štetnu prepreku njege za one kojima ti tretmani nisu potrebni ili su im nedostupni.

Preporuka 18.10

Preporučujemo izbjegavanje “reparativnih” i “konverzivnih terapija” usmjerenih na promjenu identiteta i rodnoga izražavanja osobe zbog usklađivanja sa polom pripisanim pri rođenju.

Korišćenje “reparativne” ili “konverzivne terapije” ili pokušaje “promjene” rodnog identiteta odbacuju mnoge velike medicinske organizacije i organizacije za mentalno zdravlje širom svijeta,

uključujući *World Psychiatric Association*, *Pan American Health Organization*, *American Psychiatric* i *American Psychological Associations*, *Royal College of Psychiatrists* i *British Psychological Society*. Mnoge savezne države u SAD-u zabranile su praktikovanje konverzivne terapije s maloljetnicima. Nastojanja za promjenom rodnog identiteta odnose se na intervencije stručnjaka za mentalno zdravlje ili drugih koji pokušavaju promijeniti rodni identitet ili rodnu ekspresiju osobe nastojeći ih uskladiti sa polom pripisanim pri rođenju (American Psychological Association, 2021).

Zagovornici “konverzivne terapije” sugerisali su da bi ona potencijalno mogla omogućiti osobi bolje uklapanje u njenu društvenu okolinu. Oni takođe ističu da neki korisnici izričito traže pomoć u promjeni svog rodnog identiteta ili radnog izražavanja i da bi terapeutima trebalo dopustiti da pomognu u tom smislu. Međutim, “konverzivna terapija” nije se pokazala djelotvornom (APA, 2009; Przeworski et al., 2020). Osim toga, postoje i brojne potencijalne štete. U retrospektivnim studijama istoriju podvrgavanja “konverzivnoj terapiji” povezana je s jačanjem simptoma depresije, zavisnosti, suicidalnim mislima i pokušajima samoubistva, kao i nižim obrazovnim postignućima i nižim ekonomskim statusom (Ryan et al., 2020; Salway et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020). U rezolucijama Američkog psihijatrijskog udruženja iz 2021. stoji da “naučni dokazi i kliničko iskustvo pokazuju da nastojanja na promjeni rodnog identiteta izlažu pojedince značajnom riziku od štete” (APA, 2021).

Iako postoje prepreke za napuštanje nastojanja na promjeni rodnog identiteta, obrazovanje o izostanku dobrobiti i potencijalnoj štetnosti tih praksi može ipak značiti da će se takva terapija rjeđe preporučivati i da će se pojedinci i njihove porodice za nju rjeđe odlučivati.

Zahvale

Karen A. Robinson, profesorici medicine na Sveučilištu Johns Hopkins i direktorici školskog centra *Evidence-based Practice*, kao i njezinom osoblju, za provođenje svih sustavnih pregleda i njihovoj pomoći u razvoju preporuka koje podupiru osmu verziju SNj-e. *Etička razmatranja*: Carol Bayley, Simona Giordano i Sharon Sytsma. *Pravne perspektive*: Jennifer Levi i Phil Duran. *Provjera referenci*: Taymy Caso, Oscar Dimant, Zil Goldstein, Ali Harris, Nat Thorne. *Urednici*: Marguerite White, Jun Xia. *Administrativna podrška*: Blaine Vella, Taylor O'Sullivan i Jamie Hicks. Na kraju, želimo zahvaliti svim sudionicima koji su dali komentare u javnoj raspravi i GATE-u (engl. *Global Action for Trans Equality*), Fondaciji azijsko-pacifičke mreže transrodnih osoba (engl. *Asia Pacific Transgender Network Foundation*, APTN), Međunarodnom udruženju lezbijki, gejeva, biseksualnih, trans i interpolnih osoba (*International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association*, ILGA), *Transgender Europe* (TGEU) za njihove korisne i konstruktivne povratne informacije o ranijoj verziji osme verzije SNj-e.

Sukob interesa

Sukob interesa pregledan je u sklopu procesa odabira članova povjerenstva i na kraju procesa prije objave. Nijedan sukob interesa nije se smatrao značajnim ili posljedičnim.

Etičko odobrenje

Ovaj rukopis ne sadrži istraživanja s ljudskim sudionicima koje je proveo bilo koji od autora.

Financiranje

Ovaj projekt djelimično je financiran iz donacije Fondacije Tawani. Većina troškova bila je namijenjena Centru za praksu utemeljenu na dokazima Sveučilišta Johns Hopkins za njihov rad. Urednicima i recenzentima literature isplaćene su nominalne naknade. Članovi odbora nisu bili plaćeni za svoj doprinos. Neke putne troškove za predsjednike odbora pokrilo je Svjetsko profesionalno udruženje za zdravlje transrodnih osoba (WPATH). Rad osoblja WPATH-a i ostali interni troškovi pokriveni su iz proračuna Udruženja.

Literatura

- 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 & 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., Reisner, S. L., Pardee, D. J., & Potter, J. (2016). Perceptions of cervical cancer risk and screening among transmasculine individuals: Patient and provider perspectives. *Culture, Health and Sexuality*, 18(10), 1192–1206. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1177203>.
- 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*, 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/analog/>
- Alford, A. V., Theisen, K. M., Kim, N., Bodie, J. A., & Pariser, J. J. (2020). Successful ejaculatory sperm

- cryopreservation after cessation of long-term estrogen therapy in a transgender female. *Urology*, 136, e48–e50. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2019.08.021>.
- 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 Gynecology. (2021). Health Care for transgender and gender diverse individuals: ACOG Committee Opinion, Number 823. *Obstetrics and Gynecology*, 137, e75. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004294>.
- American Medical Association. (2016). *Definitions of “screening” and “medical necessity” H-320.953*. Council on Medical Service. <https://policysearch.ama-assn.org/policy-finder/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
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.97808904257>.
- 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), 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/10.1080/1532739.2015.1022680>.

- 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/NEJMc074045>.
- 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>.
- APTIN & UNDP. (2012). *Lost in transition: transgender people, rights and HIV vulnerability in the Asia-Pacific region*. Asia Pacific Transgender Network. <https://weareaptn.org/resource/lost-in-transition-transgender-people-rights-and-hiv-vulnerability-in-the-asia-pacific-region/>
- APTIN. (2020a). *Conversion therapy practices*. Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-Indonesia_28Dec.pdf
- APTIN. (2020b). *Conversion therapy practices: Malaysia*. Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-Malaysia_29Dec.pdf
- APTIN. (2020c). *Conversion therapy practices: Sri Lanka*. Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-SriLanka_28Dec.pdf
- APTIN. (2021). *Conversion therapy practices: India*. Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/06/Conversion-Therapy-India_CountrySnapshot_FinalMay2021-2.pdf
- APTIN. (2022). *Towards transformative healthcare: Asia Pacific trans health and rights module*. 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. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1314796>.
- Armuaud, 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>.
- Armuaud, 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>.
- Armuaud, 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>.
- Armuaud, 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/10.1016/j.jsxm.2019.03.407>.
- Ashley, F. (2019e). Thinking an ethics of gender exploration: Against delaying transition for transgender and gender creative youth. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *24*(2), 223–236. <https://doi.org/10.1177/1359104519836462>.
- 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/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), 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/accessed3/14/2022>
- 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/get-media/7bb91307-14ba-4a24-b10b-750f85b0b729/updated_aps_position_statement_conversion_practices.pdf
- 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. 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/jeandso/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 mammo-plasty in transwomen. *Indian Journal of Plastic Surgery: Official Publication of the Association of Plastic Surgeons of India*, 53(1), 42–50. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1709427>.
- 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>.
- 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>.
- 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., Hoebeke, P., Bogaert, G., & Lee, P. A. (2021). Individualized care for patients with intersex (differences of sex development): Part 4/5. Considering the Ifs, Whens, and Whats regarding sexual-reproductive system surgery. *Journal of Pediatric Urology*, 17(3), 338–345. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2021.02.011>.
- 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>.
- 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 les-bi-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 biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- Becasen, J. S., Denard, C. L., Mullins, M. M., Higa, D. H., & Sipe, T. A. (2018). Estimating the prevalence of HIV and sexual behaviors among the US transgender population: A systematic review and meta-analysis, 2006–2017. *American Journal of Public Health*, 109(1), e1–e8. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304727>.
- 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/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/g.s.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/10.1016/j.sexol.2010.09.003>.
- Bennecke, E., Bernstein, S., Lee, P., van de Griff, T. C., Nordenskjöld, A., Rapp, M., Simmonds, M., Streuli, J. C., Thyen, U., & Wiesemann, C. (2021). Early genital surgery in disorders/differences of sex development: Patients' perspectives. *Archives of Sexual Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-01953-6>.
- 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/bs.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/10.1001/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 “DSDnet.” *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. <https://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 & Medicine*, *265*, 113412. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113412>.
- 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/ExecSumm_SinglePagesRandL.pdf
- 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., Jeftovic, M., Pusica, S., Stojanovic, B., Duisin, D., Vujovic, S., Rakic, V., & Djordjevic, M. L. (2018). Gender Dysphoria: Bioethical aspects of medical treatment. *Biomed Research International*, *2018*, 9652305. <https://doi.org/10.1155/2018/9652305>.
- Blackless, M., Charuvastra, A., Derrryck, A., Fausto-Sterling, A., Lauzanne, K., & Lee, E. (2000). How sexually dimor-

- phic are we? Review and synthesis. *American Journal of Human Biology*, 12(2), 151. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1520-6300\(200003/04\)12:2<151::aid-ajhb1>3.3.co;2-6](https://doi.org/10.1002/(sici)1520-6300(200003/04)12:2<151::aid-ajhb1>3.3.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/persp2.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>.
- 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>.
- Borghesi-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>
- 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>.
- 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://doi.org/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/mxw003>.
- 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., 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/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 Keo-Meier, C. and Ehrensaft, D., (Eds), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. 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/10.1177/1078345814541533>.
- Brown, G. R., & Jones, K. T. (2015). Health correlates of criminal justice involvement in 4,793 transgender veterans. *LGBT Health*, 2(4), 297–305. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0052>.
- Brown, G. R., & Jones, K. T. (2016). Mental health and medical health disparities in 5135 transgender veterans receiving healthcare in the veterans health administration: A case-control study. *LGBT Health*, 3(2), 122–131. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0058>.
- 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), 1148–1177. <https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1493253>.
- 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>.
- 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.prearesourcecenter.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 trans-female 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/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>.
- Callander, D., Wiggins, J., Rosenberg, S., Cornelisse, V. J., Duck-Chong, E., Holt, M., Pony, M., Vlahakis, E., MacGibbon, J., & Cook, T. (2019). *The 2018 Australian trans and gender diverse sexual health survey: report of findings*. The Kirby Institute, University of New South Wales. https://genderrights.org.au/wp-content/uploads/2020/03/ATGDSexualHealthSurveyReport_v7.pdf
- 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.jpag.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>.
- 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.0000000000006686>.
- 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). WHOQOL-100 before and after sex reassignment surgery in Brazilian male-to-female transsexual individuals. *Journal of Sexual Medicine*, 13(6), 988–993. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.03.370>.
- 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.caresfoundation.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. [10-1001/pubs.ArchGenPsychiatry-ISSN-0003-990x-57-6-yoa9156](https://doi.org/10.1001/pubs.ArchGenPsychiatry-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 non-binary 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/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.
- 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 ed.). 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. <https://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>.
- Cirrincone, 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), 168–179. <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/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>.
- Cohanzad, S. (2016). Extensive metoidioplasty as a technique capable of creating a compatible analogue to a natural penis in female transsexuals. *Aesthetics in Plastic Surgery*, 40(1), 130–138. <https://doi.org/10.1007/s00266-015-0607-4>.
- 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., & van Goozen, S. H. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(2), 263–271. <https://doi.org/10.1097/00004583-199702000-00017>.
- 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., Pfaefflin, F., Rachlin, K., Robinson, B., Schechter, L. S., Tangpricha, V., van Trotsenburg, M., Vitale, A., Winter, S., Whittle, S., Wylie, K. R., & Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165–232. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>.
- 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>.
- 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/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/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/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, G. A. R., Soares, J. M., & Maranhão, T. M. D. O. (2018). Recommendations for the use of testosterone in male transgender. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 40*, 275–280. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1657788>.
- 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., Quittner, A. L., Kogan, B., & Sandberg, D. E. (2011). Children with disorders of sex development: A qualitative study of early parental experience. *International Journal of Pediatric Endocrinology, 2011*(1), 10. <https://doi.org/10.1186/1687-9856-2011-10>.
- Crocetti, D., Monro, S., Vecchietti, V., & Yeadon-Lee, T. (2020). Towards an agency-based model of intersex, variations of sex characteristics (VSC) and DSD/dsd health. *Culture, Health & Sexuality, 23*(4), 500–515. <https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1825815>.
- 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. In M. Legato (Ed.), *The Plasticity of Sex* (pp. 207–224). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-815968-2.00010-4>.
- 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/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., 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., & Vercruyse, 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, 29*(1), 1–10. <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., & EAU-YAU Men's Health Working group. (2021). Patterns of sexual behavior and psychological processes in asexual persons: A systematic review. *International Journal of Impotence Research*, 33(6), 641–651. <https://doi.org/10.1038/s41443-020-0336-3>.
- 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.
- 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>.
- 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>.
- 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.). 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/AOG.0000000000000692>.
- Deutsch, M. B., Glidden, D. V., Sevelius, J., Keatley, J., McMahan, V., & Guanira, J. (2015). HIV pre-exposure prophylaxis in transgender women: A subgroup analysis of the iPrEx trial. *The Lancet HIV*, 2(12), e512–e9. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(15\)00206-4](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>
- 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/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., 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., Rourke, K. F., Elliott, S. P., Nikolavsky, D., & Zhao, L. C. (2019). Presenting complications to a reconstructive urologist after masculinizing genital reconstructive surgery. *Urology*, 132, 202–206. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2019.04.051>.
- 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>.
- 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>.
- 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 gen-

- der 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/10.1080/0918369.2012.653302>.
- 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 pre-operative study of a luteinising hormone-releasing hormone agonist with or without abiraterone acetate plus prednisone. *European Urology*, 76(4), 418–424. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2019.05.010>.
- 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., & 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.jpagn.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., Jędrzejewski, B., Ramly, E., Annen, A., Guerriero, J., Hansen, J., & Berli, J. (2019). What is “nonbinary” and what do I need to know? A primer for surgeons providing chest surgery for transgender patients. *Aesthetic Surgery Journal*, 39(5), NP106–NP112. <https://doi.org/10.1093/asj/sjy166>.
- Esteva de Antonio, I., Gómez-Gil, E., & GIDSEEN Group (2013). Coordination of healthcare for transsexual per-

- sons: 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/10.4324/9780429318290>.
- Finlayson, C., Johnson, E. K., Chen, D., Dabrowski, E., Gosiengfiao, Y., Campo-Engelstein, L., & Woodruff, T. K. (2016). Proceedings of the working group session on fertility preservation for individuals with gender and sex diversity. *Transgender Health*, 1(1), 99–107. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0008>.

- Fischer, O. J. (2021). Non-binary reproduction: Stories of conception, pregnancy, and birth. *International Journal of Transgender Health*, 22 (1–2), 77–88. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1838392>.
- 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/10.1007/s10865-019-00120-6>.
- 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/cmej.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). Postoperative complications following primary penile inversion vaginoplasty among 330 male-to-female transgender patients. *Journal of Urology*, 199(3), 760–765. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.10.013>.
- 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.
- 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., Spilotos, 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>.
- 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>.
- 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/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. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.4739>.
- Gieles, N. C., van de Griff, 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/10.1111/soc4.12432>.
- Gils, L., & Brewaeyns, 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., & 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. [10.1097/JTE.0000000000000140](https://doi.org/10.1097/JTE.0000000000000140).
- 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>.
- 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.psyneuen.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/10.1530/EJE-14-0011>.
- 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., Maquigneau, A., Gebleux, S., Penochet, J., Pringuey, D., Albarel, F., Morange, I., Loundou, A., Berbis, J., Auquier, P., Lançon, C., & Bonierbale, M. (2012). Is hormonal therapy associated with better quality of life in transsexuals? A cross-sectional study. *The Journal of Sexual Medicine, 9*(2), 531–541. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02564.x>.
- Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Maquigneau, A., Penochet, J. C., Pringuey, D., & Auquier, P. (2013).

- Hormonal therapy is associated with better self-esteem, mood, and quality of life in transsexuals. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(11), 996–1000. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000046>.
- Gourab, G., Khan, M. N. M., Hasan, A. M. R., Sarwar, G., Irfan, S. D., & Reza, M. M. (2019). The willingness to receive sexually transmitted infection services from public healthcare facilities among key populations at risk for human immunodeficiency virus infection in Bangladesh: Qualitative study. *PLOS One*, 14(9), e0221637. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221637>.
- 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>.
- 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>.
- 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. *ACE 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>.
- 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.jpjag.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/10.1080/26895269.2020.1753135>.
- Guyatt, G., Oxman, A. D., Akl, E. A., Kunz, R., Vist, G., Brozek, J., Norris, S., Falck-Ytter, Y., Glasziou, P., & de Beer, 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. <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/10.1111/hsc.12521>.
- Hage, J. J., Dekker, J., Karim, R. B., Verheijen, R. H. M., & Bloemena, E. (2000). Ovarian cancer in female-to-male transsexuals: Report of two cases. *Gynecologic Oncology*, 76(3), 413–415. <https://doi.org/10.1006/gyno.1999.5720>.
- 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-Maliver, J. (2019). Providing patient-centered perinatal care for transgender men and gender-diverse individuals: A collaborative multidisciplinary team approach. *Obstetrics and Gynecology*, 135(5), 959–963. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003506>.
- 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>.
- Hamm, J. A., & Nieder, T. O. (2021). Trans*-sexualität neu denken: Eine partizipative interviewstudie zu gelingender sexualität ohne genitalangleichung. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 34(02), 69–78. <https://doi.org/10.1055/a-1477-0412>.
- 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., Krissinger, J., & Owen, K. (2011). Voice perceptions and quality of life for transgender people. *Journal of Voice*, 25(5), 553–558. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2010.07.013>.
- Hancock, A. B., & Siegfriedt, 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 “wan-

- nabes." *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 C. Hardacker, K. Ducheny, & M. Houlberg (Eds.), *Transgender and gender nonconforming 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>.
- 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/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*, 94(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 & Metabolism*, 102(11), 3869–3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>.
- 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/10.1080/15532739.2019.1690612>.
- 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/qt1812g3hm/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., 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 health-care 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 Cuyper, 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>.
- Hoffking, 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.00000000000007786>.
- 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., Buncamper, 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.
- 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 nonconforming 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*. <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>.
- 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>.
- 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 and 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/sm2.33>.
- 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., & Anafi, M. (2016). *The report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-AIAN-Report-Dec17.pdf>
- 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>.
- 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 Brownmiller: 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., Waehre, A., David, L., & Stänicke, E. (2021). Negotiating gender in everyday life: Toward a conceptual model of gender dysphoria in adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3489–3503. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02024-6>.
- 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.jpuro.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. (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.
- Jones, B. A., Bouman, W. P., Haycraft, E., & Arcelus, J. (2019). Gender congruence and body satisfaction in non-binary 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-Maghani, 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/EP161727.0R>.
- 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., Työlajärvi, 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., Sumia, M., Työlajärvi, 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/10.1097/0000637-199911000-00003>.
- 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>.
- Karasic, D. H. (2016). Protecting transgender rights promotes transgender health. *LGBT Health*, 3(4), 245–247. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0072>.
- 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. (2019). Mental health care for the adult transgender patient. In C. A. Ferrando (Ed.), *Comprehensive care of the transgender patient* (pp. 8–11). Elsevier.
- 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 Sociology of the National Academy of Sciences of Ukraine.-Kyiv, 2020.* https://www.researchgate.net/publication/348325593_POPULATION_SIZE_ESTIMATION_FOR_TRANSGENDER_PEOPLE_IN_UKRAINE
- 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., Touloumtzis, C., Rood, B., Perez-Brumer, A., & Leibowitz, S. (2017). Transactional pathways of transgender identity development in transgender and gender-nonconforming youth and caregiver perspectives from the Trans Youth Family Study. *International Journal of Transgenderism*, 18(3), 243–263. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1304312>.
- 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., 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/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: 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. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S205102>.
- 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>.
- 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* (2nd ed.). 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/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/pri0000098>.
- 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-Hilczer, J., de la Perriere, A. B., Sultan, C., Paris, F., Bouvattier, C., Thyen, U., & Reisch, N. (2018). Gender dysphoria and gender change in disorders of sex development/intersex conditions: Results From the dsd-LIFE study. *The 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>.
- 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 & 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., & Wijzen, 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., Wålinder, J., Hambert, G., & Lundstrom, B. (1998). Factors predictive of regret in sex reassignment. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 97*(4), 284–289. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb10001.x>.
- Langenderfer-Magrunder, 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., Journal, 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/10.1177/1010539520912594>.
- Lee, J. Y., Finlayson, C., Olson-Kennedy, J., Garofalo, R., Chan, Y. M., Glidden, D. V., & Rosenthal, S. M. (2020). Low bone mineral density in early pubertal transgender/gender diverse youth: Findings from the Trans Youth Care Study. *Journal of Endocrine Society*, 4(9), <https://doi.org/10.1210/jendso/bvaa065>.
- 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 nonconforming 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>
- 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/ijt/ijt0405.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, 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., & Grinsztejn, B. (2022). Association of discrimination, violence, and resilience with depressive symptoms among transgender women in Rio de Janeiro, Brazil: A cross-sectional analysis. *Transgender Health*, 7(1), 101–106. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0171>.
- 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>.
- 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-Borlorz, V. (2021). *Report on gender: the law of inclusion and practices of exclusion. Report of the UN—*

- Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity*, submitted to the 47th UN Human Rights Council and 76th UN General Assembly. https://www.ohchr.org/Documents/Issues/SexualOrientation/IESOGI/Reports_on_Gender_Final_Summary.pdf
- 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., Sifarakas, A., Hewitt, T., Ganti, U., Lin, A., & Zepf, F. D. (2019). Gender-affirming hormones and surgery in transgender children and adolescents. *Lancet Diabetes Endocrinology*, 7(6), 484–498. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(18\)30305-X](https://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-Senosaiain, 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 & Metabolism*, 102(11), 3914–3923. <https://doi.org/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/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.0000000000004427>.
- Mastronikolis, N. S., Remale, 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 and Metabolic Disorders*, 19(3), 231–242. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9462-3>.
- Matthews, J. J., Olszewski, A., & Petereit, J. (2020). Knowledge, training, and attitudes of students and speech-language pathologists about providing communication services to individuals who are transgender. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(2), 597–610. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00148.
- Matthews, S. J., Picton, H., Ernst, E., & Andersen, C. Y. (2018). Successful pregnancy in a woman previously suffering from β -thalassemia following transplantation of ovarian tissue cryopreserved before puberty. *Minerva Obstetrics and Gynecology*, 70(4), 432–435. <https://doi.org/10.23736/S0026-4784.18.04240-5>.
- 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), 476–479. <https://doi.org/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/jama-psychiatry.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.
- 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.scottish-trans.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>.
- Mehring, 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>.
- Mehring, 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 trans-masculine 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/10.1080/15532739.2013.791651>.
- Meijer, J. H., Eekhout, 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., Kalhorn, T., & Pelusi, G. (2008). Effects of testosterone undecanoate administered alone or in combination with letrozole or dutasteride in female to male transsexuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(10), 2442–2453. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00909.x>.
- 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 Phoniatica 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/ijt/soc_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.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>.
- 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).
- 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>.
- 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/ycp.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.0000000000006837>.
- 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.0000000000002518>.
- 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 nonbinary 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/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. (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
- 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., 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* (2nd ed.). 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.lgbtqiahealtheducation.org/publication/affirming-primary-care-for-intersex-people-2020/>
- Nestle, J., Howell, C., & Wilchins, R. (Eds.). (2002). *Genderqueer. 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).
- 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>.
- 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>.
- 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 & 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., Gldenring, 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>.
- 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>.
- 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>.
- 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>.
- Oktay, K., Buyuk, E., Rodriguez-Wallberg, K. A., & Sahin, G. (2010). In vitro maturation improves oocyte or embryo cryopreservation outcome in breast cancer patients undergoing ovarian stimulation for fertility preservation. *Reproductive Biomedicine Online*, 20(5), 634–638. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2010.01.012>.
- 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.000000000000236>.
- 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 Pediatrics*, 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. <https://doi.org/10.5070/L3182017822>.
- 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 and 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., Barzilay, J., Becerra-Culqui, T. A., Getahun, D., Giammattei, S., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Nash, R., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sanchez, T., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Valentine, C., Winter, S., Woodyatt, C., Song, Y., & Goodman, M. (2018). Association between gender confirmation treatments and perceived gender congruence, body image satisfaction, and mental health in a cohort of transgender individuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 591–600. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.017>.
- 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., Dog˘an, N. U., Bektaş, G., Dolay, K., Gürkan, A., Arıcı, C., & Dog˘an, S. (2018). Vaginal reconstruction with the modified rectosigmoid colon: Surgical technique, long-term results and sexual outcomes. *Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery*, 52(4), 210–216. <https://doi.org/10.1080/20006512486X.2018.1444616>.
- 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., & 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/consult/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.voice.2021.07.017>.
- 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>.
- 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>.
- 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., Reinsner, 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>.
- Pelutz, 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>.
- 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., Lochens, 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/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*. Wiley.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.019>.
- Poteat, T., Scheim, A., Xavier, J., Reisner, S., & Baral, S. (2016). Global epidemiology of HIV infection and related syndemics affecting transgender people. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 72, S210–S219. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001087>.
- 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., Stranix, J. T., Thomson, J. E., Gothard, M. D., & Hazen, A. (2019). Assessing quality of life and patient-reported satisfaction with masculinizing top surgery: A mixed-methods descriptive survey study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *143*(1), 272–279. <https://doi.org/10.1097/PRS.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.jpap.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., Esporcate, R., Nascimento, B. R., Brasil, D. P., Soares, G. P., Villela, P. B., ... Mourilhe-Rocha, R. (2019). Updated cardiovascular prevention guideline of the Brazilian Society of Cardiology—2019. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, *113*(4), 787–891. <https://doi.org/10.5935/abc.20190204>.
- 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/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>.
- 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>.
- 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>.
- 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 pa-

- tients. *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., Krege, S., & DSD- Life group. (2021). Self- and proxy-reported outcomes after surgery in people with disorders/differences of sex development (DSD) in Europe (dsd-LIFE). *Journal of Pediatric Urology*, 17(3), 353–365. <https://doi.org/10.1016/j.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/10.1080/0918369.2016.1194116>.
- 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. E., 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., Häljestic, 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. L., 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. <https://doi.org/10.1038/s41574-021-00535-9>.
- 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>.
- 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. *JBI 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 Interest 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>.
- 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. 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>.
- Schein, 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>.
- Schein, 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>.
- Schein, 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>.
- 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>.
- 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 non-inclusive 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. 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-Forootan, K., Karimi, H., & Seyed-Forootan, N. S. (2018). Autologous fibroblast-seeded amnion for reconstruction of neo-vagina in male-to-female reassignment surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, 42(2), 491–497. <https://doi.org/10.1007/s00266-018-1088-z>.
- 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. *Junior 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 & 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 neoclitoris 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., Schragger, 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. <https://doi.org/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 & 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. *Otolaryngology—Head and Neck Surgery*, 156(5), 803–808. <https://doi.org/10.1177/0194599817697050>.
- 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>.
- 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., Tellawi, G., & Rider, G. N. (2021). The gender-affirmative life span approach: A developmental model for clinical work with transgender and gender-diverse children, adolescents, and adults. *Psychotherapy*, 58(1), 37–49. <https://doi.org/10.1037/pst0000363>.
- 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.000000000000023>.
- 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, G. L. (2020) Experiences of lesbian, gay, bisexual, and transgender patients and families in hospice and palliative care: Perspectives of the palliative care team. *Journal of Palliative Medicine*, 23(6), 817–824. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0542>.
- 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>.
- 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*. 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://doi.org/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., Wimmers, 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 nonbinary patients: Expanding the language of "women's health". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 219(6), 585.e581–585.e585. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.09.018>.
- 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.
- Suchak, T., Hussey, J., Takhar, M., & Bellringer, J. (2015). Postoperative trans women in sexual health clinics: Managing common problems after vaginoplasty. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 41(4), 245–247. <https://doi.org/10.1136/jfprhc-2014-101091>.
- 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>.
- 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 gender-queer nonbinary (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/uploaded-Files/Main/Content/adolescent-medicine/australian-standard-s-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*. <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]. 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>
- 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., & Benotsch, E. G. (2017). The buffering role of social support on the associations among discrimination, mental health, and suicidality in a transgender sample. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 39–52. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1247405>.
- 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 transferrin receptor in human plasma. *Journal of Endocrinology*, 186(1), 61–67. <https://doi.org/10.1677/joe.1.06112>.
- 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>.
- Tuzun, Z., Başar, K., & Akgul, S. (2022). Social connectedness matters: Depression and anxiety in transgender youth during the COVID-19 pandemic. *The Journal of Sexual Medicine*, 19(4), 650–660. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.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>.
- 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.
- 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
- 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*. <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., Zmierzak, 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.0000000000004827>.

- 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 Haseth, K. B., Elfering, L., Özer, M., Smit, J. M., Budding, A. E., van Bodegraven, A. A., Buncamper, M. E., de Boer, N. K. H., Mullender, M. G., & Bouman, M. B. (2020). Neovaginal discharge in transgender women after vaginoplasty: A diagnostic and treatment algorithm. *International Journal of Transgender Health*, 21(4), 367–372. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1725710>.
- 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 and AIDS*, 33(2), 106–113. <https://doi.org/10.1177/095646242111046997>.
- 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>.
- Variou. (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/>
- Variou. (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>.
- Vereecke, 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>.
- 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., Getahun, D., Lash, T. L., Roblin, D., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Progression of gender dysphoria in children and adolescents: A longitudinal study. *Pediatrics*, 148(1), e2020027722. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-027722>.
- 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 & 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.jpjag.2021.09.011>.
- 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*, 36(4), 588.e1–588.e6. 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.00000000000004123>.
- Wendler, J. (1990). *Vocal pitch elevation after transsexualism male to female*. In: Proceedings of the Union of the European Phoniatrists, 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 Cuyper, 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. <https://doi.org/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 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/10.1530/EJE-13-0493>.
- Wierckx, K., Elaut, E., Van Caenegem, E., Van De Peer, F., Dedeker, 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., Dedeker, 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., Dedeker, 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., Dedeker, 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>.
- 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* (2nd ed., 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). <https://doi.org/10.15585/mmwr.rr7004a1>.
- World Bank Group. (2018). Life on the margins: Survey results of the experiences of LGBTI people in Southeastern Europe. <http://documents.worldbank.org/curated/en/123651538514203449/pdf/130420-REPLACEMENT-PUBLIC-FINAL-WEB-Life-on-the-Margins-Survey-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. (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. (2018). *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. (2020). Tobacco. http://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1
- 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. (2008). Are the criteria for the 'real-life experience' (RLE) stage of assessment for GID useful to patients and clinicians? *International Journal of Transgenderism*, 10(3–4), 121–131. <https://doi.org/10.1080/15532730802297314>.
- 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.urolgy.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 Aet al. (2020). *Tobacco and postsurgical 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., & Papadopulos, N. A. (2018). Male-to-female sex reassignment surgery using the combined vaginoplasty technique: Satisfaction of transgender patients with aesthetic, functional, and sexual outcomes. *Aesthetic Plastic 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/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* (pp. 1–23). Oxford University Press. <http://lalzimman.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>.

Prilog A METODOLOGIJA

1. Uvod

Ova verzija Standarda njege (SNj-8) zasniva se na još strožem i dokazima utemeljenijem metodološkom pristupu u odnosu na sve prethodne. Ti dokazi nisu zasnovani samo na objavljenoj literaturi (neposredni i kontekstni dokazi) nego i na konsenzualnom mišljenju stručnjaka. Smjernice koje se baziraju na dokazima uključuju preporuke namijenjene optimizaciji i unapređenju njege za pacijente, a vode se sistematičnim pregledom dokaza, kao i procjenom korisnosti i štetnosti alternativnih opcija njege. Istraživanja utemeljena na dokazima osnova su valjanim smjernicama i preporukama za kliničku praksu, a treba da budu uravnotežena realnošću i izvodljivošću pružanja njege u različitim okruženjima. Izrada osme verzije SNj-a uključila je preporuke za smjernice u razvoju kliničke prakse, koje su pripremile američke Nacionalne medicinske akademije i Svjetska zdravstvena organizacija. Tim su smjernicama adresirane transparentnost, politike upravljanja sukobom interesa, način sastavljanja odbora i grupni procesi (Institute of Medicine Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice, 2011; World Health Organization, 2014).

Odbor za reviziju osme verzije SN-a bio je multidisciplinarni i sastojao se od stručnjaka za pojedine teme, zdravstvenih radnika, istraživača i zainteresovanih nosilaca odluka različitih perspektiva i geografske zastupljenosti. Svi članovi odbora su ispunili izjave o sukobu interesa.*

Metodolog za izradu smjernica pomogao je s nacrtom i razvojem pitanja, a nezavisni tim je pripremio sistematične recenzije, koje su korišćene za razradu pojedinih preporuka. Smjernicama su doprinijeli i međunarodna savjetodavna grupa i komentari sakupljeni tokom javne rasprave. Preporuke osme verzije SNj-e zasnivaju se na intervencijama podržanim dostupnim dokazima, raspravama o rizicima i štetnosti, kao i njihovoj izvodljivosti i prihvatljivosti u različitim kontekstima i zemljama. Konsenzus oko konačnih preporuka postignut je Delfi metodom, koji je uključio sve članove Odbora za reviziju Standarda njege, a uslov je bio da preporuke odobri 75%

članova. Razloge i obrazloženja preporuka s dokazima napisali su članovi ogranaka. Nacrte poglavlja pregledali su predsjednik i potpredsjednici Odbora za reviziju Standarda njege kako bi obezbudili da format bude konzistentan, dokazi pravilno pribavljeni, a preporuke konzistentne kroz poglavlja. Nezavisni tim pregledao je reference korišćene u osmoj verziji Standarda njege prije nego što je smjernice uredio jedan stručnjak. U daljem tekstu je iznijet detaljan pregled metodologije korišćene u osmoj verziji SNj-e.

2. Metodološke razlike između osme verzije Standarda njege i prethodnih izdanja

Glavne metodološke razlike između osme verzije SNj-e u odnosu na prethodne verzije SNj-e jesu:

- uključivanje veće grupe stručnjaka iz cijelog sveta;
- transparentan način odabira upravnog odbora za razvoj smjernica, kao i rukovodilaca i članova timova za pripremu pojedinih poglavlja;
- uključivanje različitih donosilaca odluka u razvoj osme verzije SNj-e;
- upravljanje sukobima interesa;
- korišćenje *Delfi* metode za postizanje dogovora odbora oko preporuka;
- uključivanje nezavisne grupe s renomiranog univerziteta kao podrške u razvoju metodologije i radi nezavisnog sistematičnog pregleda literature, tamo gde je to bilo moguće;
- preporuke su stepenovane kao "preporuka" ili "prijedlog", u zavisnosti od njihove snage;
- uključivanje nezavisne grupe kliničkih naučnika za pregled literature;
- uključivanje međunarodnih organizacija koje rade sa transrodnim i rodno raznolikim (TiRR) zajednicama, članova Svjetske strukovne organizacije za zdravlje transrodnih osoba (WPATH) i drugih stručnih organizacija, kao i opšte javnosti koja je pružila povratne informacije za vreme javnog savetovanja o cjelokupnoj osmoj verziji SNj-e.

3. Pregled načina razvoja Standarda njege

U daljem tekstu su sažeti koraci kojima su ažurirani Standardi njege:

1. osnivanje Upravnog odbora za izradu smjernica s predsjednikom i potpredsjednicima (19. jula 2017);
2. određivanje poglavlja (obuhvata smjernica);
3. odabir članova timova za pojedina poglavlja na temelju stručnosti (mart 2018);
4. odabir Tima za pregled dokaza: Johns Hopkins University (maj 2018);
5. razrada tema koje su uključene u SNj-8 i pregled pitanja za sistematične provjere;
6. sprovođenje sistematičnih provera (mart 2019);
7. nacrt preporuka;
8. izglasavanje preporuka *Delfi* metodom (septembar 2019–februar 2022);
9. gradiranje preporuka;
10. pisanje teksta koji potkrepljuje preporuke;
11. nezavisna provjera valjanosti referenci korišćenih u tekstu koji potkrepljuje preporuke;
12. završetak nacrta osme verzije SNj-e (1. decembra 2021);
13. povratne informacije na preporuke koje je dao Međunarodni savjetodavni odbor;
14. povratne informacije na cjelokupni nacrt osme verzije SNj-e tokom javne rasprave (novembar 2022–januar 2022);
15. revizija konačnog nacrta na osnovu javne rasprave (januar 2022–maj 2022);
16. odobrenje predsjednika i potpredsjednika za konačni nacrt (10. juna 2022);
17. odobrenje Upravnog odbora Svjetske strukovne organizacije za zdravlje transrodnih osoba (WPATH);
18. izdavanje osme verzije SNj-e;
19. diseminacija i prevod osme verzije SNj-e.

3.1. Osnivanje Upravnog odbora za izradu smjernica

Upravni odbor WPATH-a za izradu smjernica nadgledao je razvoj smjernica za sva poglavlja Standarda njege. Osim predsjednika (Eli

Coleman), kojeg je imenovala Uprava WPATH-a kako bi se zadržao kontinuitet u odnosu na prethodna izdanja SNj-e, članove Upravnog odbora za izradu smjernica izabrao je Odbor WPATH-a od članova koji su se prijavili za pozicije u njemu. Opisi poslova razvijeni su za pozicije potpredsjednika, rukovodilaca timova za izradu pojedinih poglavlja, članova tih timova i zainteresovanih donosilaca odluka. Članovi WPATH-a mogli su se prijaviti popunjavanjem prijavnog obrasca i slanjem biografije. Upravni odbor WPATH-a glasao je za pozicije potpredsjednika (jedan član Odbora nije učestvovao zbog sukoba interesa). Predsjednik i potpredsjednici odabrali su rukovodioce i članove timova za pripremu pojedinih poglavlja (kao i zainteresovane aktere) na osnovu prijavnog obrasca i biografije.

Upravni odbor za izradu smjernica osme verzije Standarda njege činili su:

- dr. sc. Eli Coleman (predsednik), profesor, direktor Instituta za seksualno i rodno zdravlje, načelnik Odseka za porodičnu medicinu i zdravlje zajednice, Medicinski fakultet Univerziteta u Minesoti (SAD);
- dr. sc. Asa Radix, dr. med., MPH (potpredsednik); viši direktor, saradnik zdravstvenog centra *Research and Education Callen-Lorde Community*, profesor medicine na Univerzitetu u Njujorku (SAD);
- dr. sc. Jon Arcelus, dr. med. (potpredsednik), profesor mentalnog zdravlja i mentalnog blagostanja, počasni savetnik za zdravlje transrodnih osoba na Univerzitetu u Notingemu (VB);
- dr. sc. Karen A. Robinson (rukovoditeljka Tima za pregled dokaza), profesorica medicine, epidemiologije i razvoja zdravstvenih politika i menadžmenta na Univerzitetu Johns Hopkins (SAD).

3.2. Određivanje tema poglavlja

Upravni odbor za izradu smjernica odredio je poglavlja koja će biti uključena u Standarde njege

pregledom literature i prethodne verzije SNj-e. Poglavlja u osmoj verziji Standarda njege su:

1. Terminologija
2. Globalna primjenjivost
3. Procena populacije
4. Obrazovanje*
5. Procjena odraslih osoba
6. Adolescenti
7. Djeca
8. Nebinarnost
9. Evnusi
10. Interpolnost
11. Institucionalna okruženja
12. Hormonska terapija
13. Hirurgija i postoperativna njega
14. Glas i komunikacija
15. Primarna zdravstvena zaštita
16. Reprodukativno zdravlje
17. Seksualno zdravlje
18. Mentalno zdravlje

* Poglavlje o obrazovanju prvobitno je trebalo da obuhvati i obrazovanje i etiku. Odlučeno je da će se osnovati poseban odbor za pisanje poglavlja o etici. Kasnije se, tokom pisanja poglavlja, utvrdilo da je temu etike najbolje zadržati izvan osme verzije SNj-e, s obzirom na to da su potrebne dalje, dubinske analize etičkih razmatranja relevantnih za zdravlje transrodnih osoba.

3.3. Odabir članova timova za pripremu pojedinih poglavlja

Poziv da se prijave za učestvovanje u Odboru za reviziju osme verzije SNj-e (kao rukovodilac tima za pripremu određenog poglavlja ili član tog tima) poslan je članstvu WPATH-a. Predsjednici Upravnog odbora za izradu smjernica imenovali su članove svih timova za pripremu pojedinih poglavlja, obezbeđujući zastupljenost različitih disciplina i perspektiva.

Rukovodilac i članovi timova za pripremu poglavlja morali su da budu punopravni članovi WPATH-a, na dobrom glasu i stručnjaci za sadržaj vezan za zdravlje transrodnih osoba, uključujući barem jednu temu poglavlja. Rukovodioci timova izveštavali su Upravni odbor za izradu Standarda njege i bili odgovorni za koordinaciju učešća

članova svojih timova. Članovi tima su izveštavali neposredno rukovodioce tima.

Svaki tim za pripremu poglavlja takođe je uključivao zainteresovane aktere kao članove koji donose perspektive zagovaranja zdravlja transrodnih osoba ili rada u zajednici, ili pak deluju kao članovi porodice koja uključuje transrodno dete, braću, sestre, partnera, roditelja itd. Zainteresovani akteri nisu morali da budu redovni članovi WPATH-a.

Od članova timova za pripremu pojedinih poglavlja očekivalo se da će:

- učestvovati u razvoju i razradi pitanja za analizu literature;
- pročitati i komentarisati sve materijale Tima za pregled dokaza;
- kritički pregledati nacrt dokumenata, uključujući nacrt izveštaja o pregledu dokaza;
- pregledati i procijeniti dokaze i nacрте preporuka;
- učestvovati u odlučivanju zasnovanom na *Delfi* metodi radi postizanja konsenzusa;
- razraditi tekst koji potkrepljuje preporuke;
- stepenovati svaku izjavu, kako bi mogla da se odredi snaga preporuke;
- pregledati i razrešavati komentare predsjednika tokom cijelog procesa;
- razvijati sadržaje poglavlja;
- pregledati komentare iz javne rasprave i pomagati u razvoju revizije smjernica;
- doprineti smjernicama i učestvovati u njihovoj diseminaciji.

Obuka i orijentacija za rukovodioce i članove timova za pripremu poglavlja bila je obezbeđena po potrebi. Sadržaj obuke uključivao je oblikovanje i usavršavanje pitanja (tj. upotrebu PICO-a), pregled dokaza, razvoj preporuka, vrednovanje dokaza i preporuka i informacije o programu i procesu razvoja smjernica.

Imenovano je ukupno 26 rukovodilaca timova za pripremu poglavlja (neka poglavlja su zahtijevala po dvoje rukovodilaca), 77 članova timova za

pripremu poglavlja i 16 zainteresovanih aktera. Odabrano je ukupno 127 osoba. Tokom izrade SNj-e, osam osoba je napustilo proces zbog ličnih ili poslovnih razloga. Stoga je, na kraju, bilo ukupno 119 autora uključenih u izradu osme verzije SNj-e.

3.4. Selekcija Tima za pregled dokaza

Upravni odbor WPATH-a objavio je poziv za pronalazak Tima za pregled dokaza. Za osmu verziju Standarda njege WPATH je angažovao Tim za pregled dokaza Univerziteta Johns Hopkins pod vođstvom Karen Robbins.

- dr. sc. Karen A. Robinson (rukovoditeljica Tima za pregled dokaza), profesorica medicine, epidemiologije i razvoja zdravstvenih politika i menadžmenta na Univerzitetu Johns Hopkins (SAD).

Dr. sc. Robinson takođe je usmjeravala Upravni odbor u razvoju osme verzije SNj-e, pružajući savjete i obuku za razvoj PICO pitanja, preporuka i *Delfi* metode, kao i vrlo rigorozan sistematičan pregled literature kada su direktni dokazi bili dostupni.

Sukob interesa

Članovi Upravnog Odbora za izradu smjernica, rukovodioci i članovi timova za pripremu poglavlja, kao i članovi Tima za pregled dokaza zamoljeni su da navedu sve sukobe interesa. Pored potencijalnih finansijskih i konkurentskih interesa ili sukoba, prijavljuju se i lični ili neposredni odnosi s predsjednikom, potpredsjednicima ili članom Upravnog odbora WPATH-a ili funkciju u Upravnom odboru WPATH-a.

3.5. Razrada tema i pregled pitanja

Tim za pregled dokaza izvukao je preporuke iz prethodne verzije Standarda njege. Uz doprinos Tima za pregled dokaza, Upravni odbor za izradu smernica i rukovodioci timova za pripremu poglavlja utvrdili su:

- preporuke koje je trebalo ažurirati,

- nova područja koja su zahtevala preporuke.

3.6. Sprovođenje sistematičnih pregleda

Članovi timova za pripremu poglavlja razradili su pitanja da bi na osnovu njih formulisali preporuke. Za pitanja prikladna za sistematičan pregled, Tim za pregled dokaza sastavio je nacрте, specifikujući populaciju, intervencije, poređenja i ishode (elementi procesa PICO). Tim za pregled dokaza sproveo je sistematične preglede. Tim za pregled dokaza predstavio je tablice dokaza i druge rezultate sistematičnih pregleda članovima relevantnog poglavlja radi povratnih informacija.

Protokol

Za svako recenzirano pitanje ili temu, po potrebi, razvijen je zaseban, detaljan protokol sistematičnoga pregleda. Svaki protokol registrovan je u sistemu PROSPERO.

Pretraživanje literature

Tim za pregled dokaza razvio je strategiju pretraživanja prikladnu za svako istraživačko pitanje, uključujući MEDLINE®, Embase™ i *Cochrane Central Register of Controlled Trials* (CENTRAL). Tim za pregled dokaza pretražio je dodatne baze podataka koje je smatrao odgovarajućim za istraživačko pitanje. Strategija pretraživanja uključivala je MeSH i ključne pojmove i nije bila ograničena jezikom objave ili datumom.

Tim za pregled dokaza ručno je pretražio popise referenci svih uključenih članaka i nedavnih relevantnih sistematičnih pregleda literature. Tim za pregled dokaza pretražio je bazu ClinicalTrials.gov za sve dodatne relevantne studije.

Pretraživanje je ažurirano tokom postupka recenziranja.

Literatura uključena u sistematični pregled većinom se zasnivala na kvantitativnim studijama sprovedenim u Evropi, SAD-u ili Australiji. Svesni smo pristrasnosti prema perspektivama globalnog sjevera, koje ne obraćaju dovoljno pažnje na raznolikost proživljenih iskustava i perspektiva transrodnih i rodno raznolikih (TiRR) zajednica širom sveta. Ova neuravnoteženost vidljivosti u

literaturi ukazuje na jaz u istraživanju i praksi koji naučni i zdravstveni radnici treba u budućnosti da prevladaju da bi se zadovoljile potrebe svih TiRR osoba za podrškom, nezavisno od rodnog identiteta.

Odabir istraživanja

Tim za pregled dokaza, uz pomoć rukovodilaca radnih grupa za pripremu poglavlja, definisao je unapred kriterijume prihvatljivosti za svako istraživačko pitanje.

Dvoje recenzenata iz Tima za pregled dokaza nezavisno je pregledalo naslove, sažetke i cijele članke radi procjene prihvatljivosti. Da bi članci bili isključeni, trebalo je da se oboje recenzenata slože da studija ispunjava barem jedan kriterijum za isključenje. Recenzenti su raspravom razrešili neslaganja oko toga da li je neki članak prihvatljiv ili nije.

Izvlačenje podataka

Tim za pregled dokaza koristio je standardizovane obrasce za izvlačenje podataka o opštim karakteristikama istraživanja, karakteristikama učesnika, intervencijama i mjerama ishoda. Jedan recenzent je izvlačio sažetak podataka, a drugi ga je provjeravao.

Procjena rizika od pristrasnosti

Dvoje recenzenata iz Tima za pregled dokaza nezavisno je procijenilo rizik od pristrasnosti za svako obuhvaćeno istraživanje. Za randomizovana kontrolisana ispitivanja korišćen je *Cochrane Risk of Bias Tool*. Za observacione studije korišćen je alat *Risk of Bias in Non-Randomized Studies - of Interventions* (ROBINS-I). Kada se smatralo prikladnim i ako su postojali, nedavni sistematični pregledi literature razmatrani su i procenjeni ROBIS-om.

Sinteza i analiza podataka

Tim za pregled dokaza izradio je tabele dokaza s detaljima podataka izvučenih iz uključenih istraživanja. Članovi radnih grupa za pripremu poglavlja pregledali su i komentarisali evidencione tabele.

Ocenjivanje dokaza

Tim za pregled dokaza ocenjivao je dokaze koristeći metodologiju GRADE. Snaga dokaza procijenjena je upotrebom unaprijed definisanih kritičnih ishoda za svako pitanje i sagledavanjem ograničenja kvaliteta pojedinačne studije / rizika pristrasnosti, dosljednosti, neposrednosti, preciznosti i pristrasnosti u izvještavanju.

3.7. Izrada preporuka

Rukovodioci i članovi timova za pripremu poglavlja izradili su preporuke. Preporuke su osmišljene tako da budu izvodljive, praktične i mjerljive.

Preporuke utemeljene na dokazima zasnovane su na rezultatima sistematičnih pregleda literature i stručnih mišljenja postignutih konsenzusom.

Predsjednik i potpredsjednici, kao i rukovodioci timova za pripremu poglavlja pregledali su i odobrili sve preporuke radi jasnoće i dosljednosti u tekstu. Tokom ovog pregleda i kroz cijeli proces bilo kakvo preklapanje između poglavlja takođe je razmotreno.

Trebalo je da mnogi timovi zaduženi za pojedina poglavlja blisko sarađuju kako bi osigurali dosljednost svojih preporuka. Na primer, budući da sada postoje odvojena poglavlja za djecu i adolescente, kako bi se osigurala dosljednost između dvaju poglavlja, neki su autori bili dio obaju timova. Iz sličnog razloga, kada je bilo primjenjivo, radna grupa za neko konkretno poglavlje sarađivala je s drugim radnim grupama na temama koje su poglavljima zajedničke (tj. na Procjeni dece, Procjeni odraslih, Hormonskoj terapiji, Hirurgiji i postoperativnoj nezi i Reproductivnom zdravlju).

3.8. Odobravanje preporuka Delfi metodom

Službeni konsenzus za sve preporuke postignut je *Delfi* metodom (strukturiranim prikupljanjem stručnih ocena u tri kruga). Da bi preporuka bila odobrena, najmanje 75% članova moralo je da odobri izjavu. Najmanje 65% članova Odbora za izradu osme verzije SNj-e trebalo je da učestvuje u *Delfi metodi* za svaku preporuku. Osobe koje nisu odobrile izjavu trebalo je da daju informacije o razlozima svog neodobravanja. kako bi se preporuka mogla izmeniti (ili ukloniti), u skladu s tim

povratnim informacijama. Jednom izmjenjena, preporuka je ponovo prolazila kroz *Delfi metodu*. Ako nakon tri kruga nije odobrena, preporuka je uklanjana iz SNj-e. Svaki član SNj-e glasao je za svaku izjavu. Stopa odgovora bila je između 74,79% i 94,96% za preporuke.

3.9. Kriterijumi ocjenjivanja preporuka

Nakon što su preporuke zadovoljile zahtjeve *Delfi metode*, članovi timova za pripremu poglavlja ocjenjivali su svaku preporuku koristeći prilagođeni model metodologije GRADE (engl. *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations*). To je transparentan okvir za razvoj i predstavljanje sažetaka dokaza koji obezbjeđuje sistematičan pristup prilikom izrade preporuka za kliničku praksu (Guyatt et al., 2011). Preporuke su ocenjene na temelju činilaca kao što su:

- ravnoteža potencijalnih koristi i šteta;
- povjerenje u tu ravnotežu ili kvalitet dokaza;
- vrijednosti i preferencije pružalaca usluga i pacijenata;
- mogućnost korišćenja resursa i njihove operacionalizacije.

Preporuke su klasifikovane kao:

- snažne preporuke ("preporučujemo"), a odnose se na one intervencije, terapije ili strategije kod kojih:
 - dokazi su visokog kvaliteta,
 - postoje procjene učinka intervencije, terapije ili strategije (tj. postoji visok stepen sigurnosti da će se očekivani efekti postići u praksi),
 - nema toliko nedostataka terapije, intervencije ili strategije,
 - postoji visok stepen prihvatanja među pružaocima usluga i pacijentima ili onima na koje se preporuka odnosi;
- slabe preporuke („predlažemo”), a odnose se na one intervencije, terapije ili strategije kod kojih:

- postoje slabosti u bazi dokaza,
- postoji određeni stepen sumnje u razmjere efekta koji se može očekivati u praksi,
- postoji potreba za balansiranjem potencijalnih dobrih i loših strana intervencija, terapije ili strategija,
- vjerovatno će postojati različiti stepeni prihvatanja među pružaocima usluga i pacijentima ili onima na koje se preporuka odnosi.

3.10. Pisanje teksta koji potkrepljuje preporuke

Nakon vrednovanja preporuka, radne grupe za pripremu poglavlja napisale su tekst koji sadrži razloge ili obrazloženje preporuke. To je uključivalo iznošenje dostupnih dokaza i pojedinosti o mogućim dobitima i štetama, opisivanje neizvjesnosti i informacije o primjeni preporuke, uključujući, između ostalog, očekivane prepreke ili izazove. Za reference se koristi stil citiranja APA-7, kako bi se potkrijepile informacije u tekstu. Veze ka relevantnim resursima takođe su navedene, po potrebi. Tekst, uključujući i to da li je preporuka opisana kao jaka ili slaba, pregledali su i odobrili predsjednik i potpredsjednici.

3.11. Eksterna provjera valjanosti referenci korišćenih za potkrepljivanje preporuka

Grupa nezavisnih kliničkih naučnika koji rade u oblasti zdravlja transrodnih osoba pregledala je reference korišćene u svakom poglavlju kako bi potvrdila da su reference prikladno korišćene kao podrška tekstu. Svi upiti u vezi s referencama upućeni su na pregled timovima za pripremu poglavlja.

3.12. Dovršavanje nacrtu SNj-8

Konačni nacrt osme verzije SNj-e bio je dostupan za komentare.

3.13. Distribucija Standarda njege međunarodnim savetnicima za pregled

Preporuke osme verzije Standarda njege distribuirane su širem Odboru za reviziju Standarda njege i Međunarodnoj savetodavnoj grupi WPATH-a, koja uključuje Azijsko-pacifičku transrodnu mrežu (APTN), Globalnu akciju za ravnopravnost transrodnih osoba (GATE), Međunarodno udruženje lezbijki, gejeva, biseksualnih, trans i interpolnih osoba (ILGA) i Transrodna Evropa (TGEU).

3.14. Javna rasprava

Revidirana verzija nacrtu dokumenta Standarda njege otvorena je na internet stranici WPATH-a za komentare javnosti, uključujući članove WPATH-a. Za komentare je određen period od šest sedmica. Nacrt je komentarisalo ukupno 1.279 osoba, ostavivši ukupno 2.688 komentara.

3.15. Revizija konačnog nacrtu na osnovu komentara

Rukovodioci timova za pripremu poglavlja i Upravni odbor za izradu smjernica razmotrili su informacije prikupljene u javnoj raspravi i izvršili sve potrebne izmene. Svi su javni komentari pročitani i, gde je bilo potrebno, integrisani u pozadinski tekst.

Kao dio ovog procesa, razvijene su tri nove *Delfi* preporuke, a dvije su modifikovane dovoljno da su zahtevale novo glasanje Odbora za izradu osme verzije Standarda njege. To je značilo da je novi *Delfi* proces pokrenut u januaru 2022. Rezultate tog *Delfi* procesa prihvatili su timovi za pripremu poglavlja, a nove preporuke su dodate ili izmenjene u skladu s tim. Dodat je i novi prpratni tekst.

Predsjednik i potpredsjednici ponovo su pregledali sve nove verzije poglavlja i predložili izmene ili prilagođavanja. Konačno, nakon što bi predsjednik, potpredsjednici i članovi timova za

pripremu poglavlja bili zadovoljni nacrtom, poglavlje je završavano.

Sve nove reference dvostruko je provjerio nezavisni član.

3.16. Odobrenje predsjednika i potpredsjednika za konačni nacrt

Izmjene su pregledali i prihvatili predsjedavajući stručnjaci.

3.17. Odobrenje Upravnog odbora WPATH-a

Konačni dokument upućen je Upravnom odboru WPATH-a na odobrenje, koje je usledilo 20. juna 2022.

3.18. Objavljivanje i diseminacija osme verzije Standarda njege

Standardi njege distribuirani su na brojnim mestima i u brojnim formatima, uključujući objavom u *International Journal of Transgender Health* (službeni naučni časopis WPATH-a).

4. Plan ažuriranja

Novo, deveto izdanje SNj-e biće razvijeno kada bude novih dokaza i/ili značajnih promena u ovom području koje zahtijevaju novo izdanje.

* Razvoj osme verzije SNj-e bio je složen proces koji se odvijao u vreme pandemije kovida 19 i političkih neizvjesnosti u mnogim djelovima sveta. Članovi Odbora za razvoj osme verzije SN-a radili su na Standardima njege uz svoj svakodnevni posao, a većina sastanaka odvijala se izvan radnog vremena i tokom vikenda putem Zuma. Bilo je vrlo malo sastanaka uživo, a većina ih je bila povezana s konferencijama WPATH-a, USPATH-a ili EPATH-a. Članovi Odbora za izradu osme verzije Standarda njege nisu bili plaćeni dok su učestvovali u ovom procesu.

Prilog B POJMOVNIK

CISRODNOST se odnosi na osobe čiji se rodni identitet poklapa sa polom koji im je pripisan po rođenju.

DETRANZICIJA je pojam koji se ponekad koristi da bi se opisala ponovna tranzicija pojedinca u rod koji se stereotipno povezuje sa polom koji mu je pripisan po rođenju.

EVNUH se odnosi na pojedinca kome je po rođenju pripisan muški pol, a čiji su testisi hirurški uklonjeni ili nefunkcionalni, a koji se identifikuje kao evnuh. Ova se definicija razlikuje od standardne medicinske definicije jer isključuje one koji se ne identifikuju kao evnusi.

INTERPOLNOST se odnosi na osobe rođene sa polnim ili reproduktivnim karakteristikama koje ne odgovaraju binarnim definicijama žena ili muškaraca.

NEBINAROST se odnosi na one čiji se rodni identitet nalazi izvan rodne binarnosti. Osobe s nebinarnim rodnom identitetom mogu da se identifikuju kao djelimično muškarci, djelimično žene ili da se ponekad identifikuju kao muškarac, a ponekad kao žena, ili pak mogu da se identifikuju s rodom koji nije ni muški ni ženski, ili da odbacuju identitet, kao da uopšte nemaju rod. Nebinarne osobe mogu da koriste zamenice "oni"/"njihov" umjesto "on"/"njegov" ili "ona"/"njen". Neke nebinarne osobe sebe smatraju transrodnima ili trans; neke ne, jer i transrodnost smatraju delom rodne binarnosti. Skraćenice NB i *enby* ponekad se koriste kao opis nebinarnosti. Primeri nebinarnih rodni identiteta su *genderqueer*, rodna raznolikost, rodna fluidnost, demirodnost, birodnost i arodnost.

OBRAĆANJE U POGREŠNOM RODU (engl. *misgendering*) odnosi se na situacije kada jezik koji se upotrebljava ne odražava ispravno rod kojim se osoba identifikuje. To mogu biti zamjenice ("on"/"njegov", "ona"/"njen", "oni"/"njihov"), način oslovljavanja (gospodin, gđin.) ili neki drugi orodnjeni jezični oblik.

OSOBA KOJA SE IDENTIFIKUJE KAO EVNUH: pojedinac koji autentičnost svoga iskustva najbolje izražava izrazom „evnuh”. Pojedinci koji se identifikuju kao evnusi uglavnom žele da im se reproduktivni organi hirurški uklone ili da se učine nefunkcionalnim.

POL PRIPISAN PO ROĐENJU odnosi se na status osobe kao muškarca, žene ili interpolne osobe na osnovu fizičkih karakteristika. Pol se obično određuje po rođenju na osnovu izgleda spoljašnjih polnih organa. AFAB je skraćenica za "dodijeljen ženski pol po rođenju" (engl. *assigned female at birth*). AMAB je skraćenica

za "dodijeljen muški pol po rođenju" (engl. *assigned male at birth*).

PONOVNA TRANZICIJA odnosi se na drugu ili narednu promjenu pola, koja može biti društvena, medicinska ili pravna. Ponovna tranzicija može biti iz jednog binarnog ili nebinarnog roda u drugi binarni ili nebinarni rod. Ljudi mogu ulaziti u višestruke tranzicije. Do ponovne tranzicije može doći iz mnogo razloga, uključujući razvoj rodni identiteta, zdravstvene probleme, porodične/društvene probleme i finansijske probleme.

ROD: U zavisnosti od konteksta, rod se može odnositi na rodni identitet, rodno izražavanje i/ili društvenu rodnu ulogu, uključujući shvatanja i očekivanja koja su kulturološki vezana za osobe kojima je po rođenju pripisan muški ili ženski pol. Rodni identiteti, osim onih koji su muški ili ženski (koji mogu biti cisrodni ili transrodni), uključuju, između ostalih, i transrodne, nebinarne, *genderqueer*, rodno neutralne, arodnne, rodno fluidne osobe i osobe "trećeg" roda; kao i mnoge druge rodove prepoznate širom svijeta.

RODNA AFIRMACIJA odnosi se na priznavanje ili afirmaciju rodni identiteta osobe. Obično se konceptualizuje kroz socijalnu, psihološku, medicinsku i pravnu dimenziju. "Rodna afirmacija" koristi se i kao termin umesto "tranzicije" (kao u "medicinskoj rodnoj afirmaciji"), a može se preobraziti i u pridjev ("rodno-afirmišuća njega").

RODNA BINARNOST odnosi se na ideju da postoje dva i samo dva roda, muškarci i žene, očekivanje da svako mora biti ili jedno ili drugo i da su sve osobe muškog pola muškarci, a sve osobe ženskog pola žene.

RODNA DISFORIJA opisuje stanje uznemirenosti ili nelagode koje se može doživjeti jer se rodni identitet osobe razlikuje od onog koji se tjelesno i/ili društveno dodeljuje polu koji joj je pripisan po rođenju. "Rodna disforija" takođe je dijagnostički pojam u petom izdanju DSM-a, koji označava nepodudarnost između pola pripisanog po rođenju i doživljenog roda, pri čemu je ta nepodudarnost praćena stresom. Ne doživljavaju sve transrodne i rodno raznolike osobe rodnu disforiju.

RODNA EKSPANZIVNOST je pridjev koji se često koristi za opisivanje ljudi koji se identifikuju ili izražavaju na načine koji proširuju društveno i kulturno definisana ponašanja ili uvjerenja povezana s određenim polom. Ponekad se koristi i termin "rodna kreativnost". Pojam "rodna varijantnost" korišćen je u

prošlosti i nestaje iz stručne upotrebe zbog negativnih konotacija koje se sada povezuju s njim.

RODNA INKONGRUENTNOST je dijagnostički izraz koji se koristi u jedanaestoj verziji ICD-a i opisuje izraženo i trajno iskustvo nekompatibilnosti između rodnog identiteta osobe i roda koji se od nje očekuje na osnovu pola pripisanog po rođenju.

RODNA RAZNOLIKOST izraz je koji se koristi za opisivanje ljudi s rodnim identitetom i/ili rodnim izražavanjem koji se razlikuje od društvenih i kulturnih očekivanja dodijeljenih polu koji im je pripisan po rođenju. To može uključivati, među mnogim kulturno različitim identitetima, ljude koji se identifikuju kao nebinarni, rodno ekspanzivni, rodno nekonformni i ostale osobe koje se ne identifikuju kao cisrodne.

RODNI IDENTITET odnosi se na duboki, unutrašnji, intrinzični osjećaj osobe o vlastitom rodu.

RODNO-AFIRMIŠUĆA OPERACIJA (engl. *gender-affirmation surgery*, GAS) koristi se za opisivanje hirurškog zahvata promjene primarnih i/ili sekundarnih polnih karakteristika kako bi se afirmisao rodni identitet osobe.

RODNO IZRAŽAVANJE odnosi se na način na koji osoba predstavlja ili izražava svoj rod u svakodnevnom životu i u kontekstu svoje kulture i društva. Izražavanje roda fizičkim izgledom može uključivati odblačenje, frizuru, modne dodatke, kozmetiku, hormonske i hirurške intervencije, kao i prilagođavanje držanja, govora, obrazaca ponašanja i imena. Rodno izražavanje osobe može, ali i ne mora biti u skladu s rodnim identitetom osobe.

SEKSUALNA ORIJENTACIJA odnosi se na seksualni identitet osobe, privlačnosti i ponašanja u odnosu na ljude na osnovu sopstvenog roda i/ili polnih karakteristika i karakteristika njenih partnera. Seksualna orijentacija i rodni identitet različiti su pojmovi.

TRANSFOBIJA se odnosi na negativne stavove, uvjerenja i postupke koji se tiču transrodnih i rodno raznolikih ljudi kao grupe. Transfobija se može sprovoditi diskriminatornim politikama i praksama na strukturnom nivou ili na vrlo specifične i lične načine.

Transfobija se takođe može internalizovati, kada transrodne i rodno raznolike osobe prihvate i odražavaju takve predrasude o sebi ili drugim transrodnim i rodno raznolikim osobama. Iako transfobija ponekad može biti rezultat nenamjernog neznanja, a ne direktnog neprijateljstva, njeni učinci nikada nisu benigni. Neki ljudi umjesto transfobije koriste izraz antitransrodna predrasuda.

TRANSRODNE ŽENE ili TRANS ŽENE ili ŽENE S TRANS ISKUSTVOM jesu osobe koje imaju ženski rodni identitet, a po rođenju im je pripisan muški pol. One mogu, ali ne moraju biti se podvrgavaju bilo kakvoj tranziciji. Skraćenica MTF, na osnovu engl. *male-to-female*, stariji je izraz koji izlazi iz upotrebe.

TRANSRODNI MUŠKARCI ili TRANS MUŠKARCI ili MUŠKARCI S TRANS ISKUSTVOM jesu osobe koje imaju muški rodni identitet, a po rođenju im je pripisan ženski pol. Oni mogu, ali ne moraju da se podvrgavaju bilo kakvoj tranziciji. Skraćenica FTM, na osnovu engl. *female-to-male*, stariji je izraz koji izlazi iz upotrebe.

TRANSRODNOST ili TRANS su krovni pojmovi koji se koriste za opisivanje osoba čiji rodni identiteti i/ili rodno izražavanje nisu ono što se obično očekuje za pol koji im je pripisan po rođenju. Ove riječi uvijek treba koristiti kao pridjeve („trans osobe“), a nikada kao imenice (kao u engl. *transgenders*) i nikada kao glagole (kao u engl. *transgendered*).

TRANZICIJA se odnosi na proces tokom kojeg osobe obično mijenjaju rodno izražavanje povezano sa polom pripisanim po rođenju u rodno izražavanje koje više odgovara njihovom rodnom identitetu. Ljudi mogu da prođu kroz društvenu tranziciju metodama poput promjene imena, zamjenica, odjeće, frizure i/ili načina na koji se kreću i govore. Tranzicija može, ali ne mora da uključuje hormone i/ili operacije za promenu fizičkog izgleda. Tranzicija se može koristiti za opisivanje procesa promjene nečijeg rodnog izražavanja iz bilo kojeg roda u drugi rod. Ljudi mogu proći kroz tranziciju više od jedanput u životu.

Prilog C Rodno-afirmišuće hormonske terapije

Tabela 1. Očekivano vrijeme fizičkih promjena kao odgovor na rodno-afirmišuću hormonsku terapiju

Režim zasnovan na testosteronu		
Dejstvo	Početak djelovanja	Maksimum
masnoća kože/akne	1–6 mjeseci	1–2 godine
maljavost lica/tijela	6–12 mjeseci	>5 godina
gubitak kose na vlasištu	6–12 mjeseci	>5 godina
povećanje mišićne mase/snage	6–12 mjeseci	2–5 godina
preraspodjela masti	1–6 mjeseci	2–5 godina
prestanak menstruacije	1–6 mjeseci	1–2 godine
povećanje klitorisa	1–6 mjeseci	1–2 godine
vaginalna atrofija	1–6 mjeseci	1–2 godine
produbljanje glasa	1–6 mjeseci	1–2 godine
Režim zasnovan na estrogenu i snižavanju testosterona		
Dejstvo	Početak djelovanja	Maksimum
preraspodjela masti	3–6 mjeseci	2–5 godina
smanjenje mišićne mase/snage	3–6 mjeseci	1–2 godine
zaglađivanje/smanjenje masnoće kože	3–6 mjeseci	nepoznato
smanjenje seksualne želje	1–3 mjeseci	nepoznato
smanjenje spontane erekcije	1–3 mjeseci	3–6 mjeseci
smanjenje proizvodnje sperme	nepoznato	2 godine
rast dojki	3–6 mjeseci	2–5 godina
smanjenje volumena testisa	3–6 mjeseci	varijabilno
smanjenje rasta terminalnih dlaka	6–12 mjeseci	> 3 godine
povećan rast kose na vlasištu	varijabilno	varijabilno
promjene glasa	nema	

Prilagođeno prema Hembree et al., 2017.

Tabela 2. Rizici rodno-afirmišuće hormonske terapije (Podebljani dijelovi su klinički značajni) (Ažuriran tekst sedme verzije SNJ-e)

NIVO RIZIKA	Režim zasnovan na estrogenu	Režim zasnovan na testosteronu
vjerovatno povećan rizik	venska tromboembolija neplodnost hiperkalemija ^c hipertrigliceridemija porast tjelesne težine	policitemija neplodnost akne androgena alopecija hipertenzija apneja u snu porast tjelesne težine opadanja HDL- holesterola i porast LDL- holesterola
vjerovatno povećan rizik uz prisustvo dodatnog rizičnog faktora	kardiovaskularna bolest cerebrovaskularna bolest meningeomija ^c poliurija/dehidracija ^c kolelitijaza	kardiovaskularna bolest hipertrigliceridemija
mogući povećani rizik	hipertenzija erektilna disfunkcija	
mogući povećani rizik uz prisustvo dodatnog rizičnog faktora	dijabetes tipa 2 niska koštana masa/ osteoporoza hiperprolaktinemija	dijabetes tipa 2 kardiovaskularna bolest
nema povećanog rizika ili je nejasno	karcinom dojke i prostate	niska koštana masa/ osteoporoza karcinom dojke, grlića materice, jajnika, materice

^crežim zasnovan na ciproteronu

^srežim zasnovan na spironolaktonu

Tabela 3. Režimi rodno-afirmišuće hormonske terapije za transrodne i rodno raznolike mlade osobe (Prilagođeno prema smjernicama organizacije *Endocrine Society*; Hembree et al., 2017)

Indukcija ženskog puberteta (režim zasnovan na estrogenu) oralnim 17β-estradiolom

Započeti sa 5 μg/kg/d i povećavati svakih 6 mjeseci za 5 μg/kg/d do

20 μg/kg/d prema nivou estradiola

Doza za odrasle osobe = 2-6 mg/dan

Kod postpubertetskih TiRR adolescenata, dozu 17β-estradiola moguće je brže povećavati:

po 1 mg/d tokom 6 mjeseci, nakon toga po 2 mg/d, u skladu sa nivoom estradiola

Indukcija ženskog puberteta (režim zasnovan na estrogenu) transdermalnim 17β-estradiolom

Početna doza iznosi 6,25-12,5 μg/24 h (rezanje flastera od 24 g na ¼ pa na ½)

Povećavati svakih 6 mjeseci za 12,5 μg/24 h prema nivou estradiola

Doza za odrasle osobe = 50-200 μg/24 sata

Za alternative kada se postigne doza za odrasle v. tabelu 4

Indukcija muškog puberteta (režim zasnovan na testosteronu) esterima testosterona

25 mg/m²/2 nedelje (ili alternativno pola ove doze nedjeljno)

Povećavati za 25 mg/m²/2 nedelje svakih 6 mjeseci do doze za odrasle i ciljnog nivoa testosterona. V. alternative za testosteron (tabela 4).

Tabela 4. Režimi hormonske terapije za transrodne i rodno raznolike odrasle osobe*

Režim zasnovan na estrogenu (transfeminine osobe)

Estrogen

oralni ili sublingvalni
estradiol 2,0-6,0 mg/dan

transdermalni

transdermalni flaster estradiola 0,025-0,2 mg/dan

razni gelovi estradiola ‡ dnevno na kožu

parenteralno

estradiol valerat ili cipionat 5-30 mg IM svake 2 nedjelje

2-10 IM svake nedjelje

Antiandrogeni

spironolakton 100–300 mg/dan

ciproteron acetat 10 mg/dan**

GnRH agonist 3,75–7,50 mg SC/ IM mjesečno

depo preparat GnRH agonista 11,25/22,5 mg SC/ IM 3/6

‡ Primijenjeni nivo zavisi od formulacije i jačine

Režim zasnovan na testosteronu (transmaskuline osobe)

Testosteron

parenteralno

testosteron enantat/ 50–100 IM/SC nedjeljno ili

cipionat 100–200 IM svake 2 nedjelje

testosteron undekanoat 1000 mg IM svakih 12 nedjelja

ili 750 mg IM svakih 10 nedjelja

transdermalni testosteron

testosteron u gelu 50-100 mg/dan

transdermalni flaster 2,5–7,5 mg/dan

testosterona

*Doze se povećavaju ili smanjuju dok se ne postignu terapijski nivoi polnih hormona. Režimi hormonske terapije ne odražavaju sve formulacije dostupne u apotekama širom svijeta, te ih treba prilagoditi onima koje su dostupne u lokalnim apotekama.

**Kuijpers et al (2021).

Tabela 5. Praćenje nivoa hormona kod transrodnih i rodno raznolikih osoba uključenih u rodno-afirmišuću hormonsku terapiju (Prilagođeno prema smjernicama organizacije *Endocrine Society*)

Transrodni muškarci ili transmaskuline osobe (uključujući rodno raznolike/nebinarne osobe)

1. Evaluirati pacijenta približno svaka 3 mjeseca (uz prilagođavanje doze) tokom prve godine te, potom, 1–2 puta godišnje, kako bi se pratile fizičke promjene uz primjenu testosterona.
2. Mjeriti ukupni testosteron u serumu svaka 3 mjeseca (uz prilagođavanje doze) do postizanja ciljnih nivoa.
 - a. Za parenteralni testosteron, ukupni testosteron u serumu potrebno je određivati u sredini intervala između dvije primjene. Ciljni nivo je 400–700 ng/dL. Kao alternativa, izmjeriti najviše i najniže nivoe kako bi se osiguralo da nivoi ostanu u rasponu referentnih vrijednosti za muškarce.
 - b. Za parenteralni testosteron undekanoat, nivo testosterona potrebno je određivati prije primjene. Ako je nivo <400 ng/dL, prilagoditi interval primjene.
 - c. Za transdermalni testosteron, nivo testosterona potrebno je određivati ne prije perioda od nedjelju dana svakodnevnog nanošenja (najmanje 2 sata nakon nanošenja).
3. Određivati koncentraciju hematokrita ili hemoglobina na početku i nakon otprilike 3 mjeseca (uz prilagođavanje doze) tokom prve godine, a potom 1–2 puta godišnje.

Transrodne žene ili transfeminine osobe (uključujući rodno raznolike/nebinarne osobe)

1. Evaluirati pacijenta približno svaka 3 mjeseca (uz prilagođavanje doze) tokom prve godine te, potom, 1–2 puta godišnje, kako bi se pratile fizičke promjene uz primjenu estrogena:
 - a. nivo serumskog testosterona treba da bude ispod 50 ng/dL;
 - b. serumski estradiol trebalo bi da bude na nivou od 100–200 pg/mL.
2. Kod osoba koje uzimaju spironolakton potrebno je pratiti serumske elektrolite, prije svega kalijum, kao i bubrežnu funkciju, naročito kreatinin.
3. Slijedite preporuke za primarnu zdravstvenu zaštitu opisane u poglavlju o primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

D SAŽETAK KRITERIJUMA ZA HORMONSKE HIRURŠKE POSTUPKE KOD ODRASLIH I KOD ADOLESCENATA

Smjernice osme verzije SNj-e formulisane su tako da budu fleksibilne, kako bi se zadovoljile raznolike potrebe TiRR osoba za zdravstvenom njegom širom sveta. Iako su prilagodljive, one nude standardizovane kriterijume utemeljene na konsenzusu, proizašle iz najboljih dostupnih naučnih dokaza za promovisanje optimalne zdravstvene njege i vođenje tretmana osoba koje doživljavaju rodnu inkongruenciju. Kao i u svim prethodnim verzijama SNj-e, kriterijumi koji se navode u ovom dokumentu kliničke su smjernice za rodno afirmativne postupke; pojedini zdravstveni stručnjaci i zdravstveni programi, konsultujući se s TiRR osobom, mogu ih modifikovati. Klinička odstupanja od SNj-e mogu se dogoditi zbog jedinstvene anatomske, društvene ili psihološke situacije TiRR osobe; napredne metode rešavanja uobičajene situacije iskusnog zdravstvenog stručnjaka; protokola istraživanja; nedostatka resursa u različitim delovima svijeta ili potrebe za specifičnim strategijama smanjenja štete. Ta odstupanja potrebno je prepoznati, o njima raspraviti s TiRR osobom i dokumentovati ih. Ta dokumentacija takođe je vrijedna za akumulaciju novih podataka, koje je moguće retrospektivno analizirati kako bi se omogućilo razvijanje zdravstvene njege i SNj-e. Ovaj sažetak kriterijuma potrebno je čitati uz poglavlje na koje se odnosi (v. poglavlja o procjenama odraslih i adolescenata).

SAŽETAK KRITERIJUMA ZA ODRASLE

Kriterijumi povezani s postupkom procene

- Zdravstveni radnici koji procjenjuju odrasle TiRR osobe koje traže rodno afirmativne tretmane treba da sarađuju sa stručnjacima iz različitih disciplina u oblasti trans zdravlja u svrhu konsultacija i upućivanja, ako je to potrebno.*
- Ako je potrebna pisana dokumentacija ili pismo preporuke za rodno afirmativne medicinske i hirurške tretmane (GAMST), potrebno je samo jedno pismo procjene zdravstvenog djelatnika kompetentnog za procjenu transrodne i rodno raznolike populacije.

Kriterijumi za hormonsku terapiju

- rodna inkongruencija je izražena i trajna;
- osoba ispunjava dijagnostičke kriterijume za rodnu inkongruenciju prije rodno afirmativne hormonske terapije u regijama gdje je dijagnoza potrebna za pristup zdravstvenoj njezi;
- osoba pokazuje sposobnost pristajanja na određeni rodno afirmativni hormonski tretman;
- identifikovani su i isključeni drugi mogući uzroci vidljive rodne inkongruencije;
- procijenjena su mentalna i fizička stanja koja bi mogla negativno da utiču na ishod tretmana, uz razmatranje rizika i koristi;
- osoba razumije dejstvo rodno-afirmišuće hormonske terapije na reprodukciju i istražila je reproduktivne opcije.

Kriterijumi za hirurški zahvat

- rodna inkongruencija je izražena i trajna;
- osoba ispunjava dijagnostičke kriterijume za rodnu inkongruenciju prije rodno afirmativnih hirurških intervencija u regijama gdje je dijagnoza potrebna za pristup zdravstvenoj nezi;
- osoba pokazuje sposobnost pristajanja na određenu rodno afirmativnu hiruršku intervenciju;
- razumije efekat rodno afirmativnih hirurških intervencija na reprodukciju i istražila je reproduktivne opcije;
- identifikovani su i isključeni drugi mogući uzroci vidljive rodne inkongruencije;
- procijenjena su mentalna i fizička stanja koja bi mogla negativno da utiču na ishod GAS-a, uz razmatranje rizika i koristi;
- osoba je stabilno na svom rodno afirmativnom režimu hormonske terapije (što može uključivati najmanje 6 mjeseci hormonske terapije ili duži period potreban za postizanje željenog hirurškog rezultata, osim ako je hormonska terapija neželjena ili je medicinski kontraindikovana).

*Predloženi kriterijumi

SAŽETAK KRITERIJUMA ZA ADOLESCENTE

Kriterijumi povezani s postupkom procjene

- potrebno je obaviti cjelovitu biopsihosocijalnu procjenu, koja uključuje odgovara-

- juće stručnjake iz područja mentalnog zdravlja i medicine;
- uključiti roditelja ili staratelja u proces procjene, osim ako se utvrdi da bi njihova uključenost bila štetna za adolescenta ili da nije izvodljiva;
 - ako je potrebna pisana dokumentacija ili pismo preporuke za rodno afirmativne medicinske i hirurške tretmane (GAMST), potrebno je samo jedno pismo procjene člana multidisciplinarnog tima. Ovo pismo treba da odražava procjenu i mišljenje tima koji uključuje medicinske stručnjake i stručnjake za mentalno zdravlje.

Inhibitori puberteta

- a. rodna raznolikost/inkongruencija je izražena i trajna;
- b. osoba ispunjava dijagnostičke kriterijume za rodnu inkongruenciju u situacijama u kojima je dijagnoza potrebna za pristup zdravstvenoj njezi;
- c. osoba pokazuje emocionalnu i kognitivnu zrelost potrebnu za pristajanje na terapiju;
- d. zdravstvene mentalne teškoće (ako postoje) koje mogu ometati dijagnostičku jasnoću, sposobnost pristajanja i rodno afirmativne postupke, treba da budu riješene tako da rodno afirmativni medicinski tretman može da se pruži na optimalan način;
- e. osoba je informisana o efektima na reprodukciju, uključujući mogući gubitak plodnosti, kao i o dostupnim opcijama za očuvanje plodnosti;
- f. dosegnut je Tanerov stadijum 2.

Hormonska terapija

- a. rodna raznolikost/inkongruencija je izražena i trajna;
- b. osoba ispunjava dijagnostičke kriterijume za rodnu inkongruenciju u situacijama u kojima je dijagnoza potrebna za pristup zdravstvenoj njezi;

- c. osoba pokazuje emocionalnu i kognitivnu zrelost potrebnu za informisani pristanak na terapiju;
- d. zdravstvene mentalne teškoće (ako postoje) koje mogu ometati dijagnostičku jasnoću, sposobnost davanja suglasnosti i rodno afirmativne postupke, treba da budu riješene tako da rodno afirmativni medicinski tretman može da se pruži na optimalan način;
- e. osoba je informisana o efektima na reprodukciju, uključujući mogući gubitak plodnosti, kao i o dostupnim opcijama za očuvanje plodnosti;
- f. dosegnut je Tanerov stadijum 2.

Hirurški zahvati

- a. rodna raznolikost/inkongruencija je izražena i trajna;
- b. osoba ispunjava dijagnostičke kriterijume za rodnu inkongruenciju u situacijama u kojima je dijagnoza potrebna za pristup zdravstvenoj njezi;
- c. osobe pokazuje emocionalnu i kognitivnu zrelost potrebnu za informisani pristanak na zahvat;
- d. zdravstvene mentalne teškoće (ako postoje) koje mogu ometati dijagnostičku jasnoću, sposobnost davanja suglasnosti i rodno-afirmišuće postupke, treba da budu riješene tako da rodno-afirmišući medicinski tretman može da se pruži na optimalan način.
- e. osoba je informisana o efektima na reprodukciju, uključujući mogući gubitak plodnosti, kao i o dostupnim opcijama za očuvanja plodnosti;
- f. osoba je barem 12 mjeseci uključena u rodno-afirmišuću hormonsku terapiju ili duže, ako je potrebno, da bi se mogli postići željeni hirurški rezultati rodno-afirmišućih postupaka, uključujući povećanje dojki, orhidektomiju, vaginoplastiku, histerektomiju, faloplastiku, metoidioplastiku i hirurške zahvate na licu kao dio rodno afirmativnog tretmana, osim ako je hormonska terapija neželjena ili je medicinski kontraindikovana.

Prilog E RODNO-AFIRMIŠUĆI HIRURŠKI ZAHVATI

Budući da se razumijevanje mnogih aspekata rodne inkongruencije u ovom području proširuje i da napredak

tehnologije omogućava nove zahvate, prijeko je potrebno razumjeti da popis koji slijedi nije iscrpan. To je posebno važno s obzirom na često duga razdoblja između ažuriranja SNJ-e, tokom kojih razumijevanje i modaliteti medicinske podrške mogu evoluirati.

FACIJALNA HIRURGIJA

obrve	<ul style="list-style-type: none"> • redukcija čeonih kostiju/obrva • povećanje čeonih kostiju/obrva • podizanje obrva
pomjeranje prednje linije vlasišta i/ili transplantacija kose <i>facelift</i> /podizanje srednje linije lica (nakon promjene temeljnih koštanih struktura)	<ul style="list-style-type: none"> • platizmoplastika
blefaroplastika rinoplastika (+/- fileri) obraz	<ul style="list-style-type: none"> • lipofiling (transfer vlastitih masnih ćelija)
usna	<ul style="list-style-type: none"> • implantat • lipofiling • skraćivanje gornje usne • povećanje usana (uključuje autologne i neautologne metode)
donja vilica	<ul style="list-style-type: none"> • redukcija mandibularnog ugla • povećanje/augmentacija
oblikovanje brade	<ul style="list-style-type: none"> • osteoplastično • aloplastično (na temelju implantata)
hondrolaringoplastika	<ul style="list-style-type: none"> • hirurgija glasnica (v. četrnaesto poglavlje)

HIRURGIJA DOJKI/GRUDI

mastektomija	<ul style="list-style-type: none"> • mastektomija s očuvanjem/rekonstrukcijom bradavica-areola prema medicinski utvrđenoj potrebi za određenog pacijenta • mastektomija bez očuvanja/rekonstrukcije bradavica-areola prema medicinski utvrđenoj potrebi za određenog pacijenta
liposukcija rekonstrukcija dojke (povećanje)	<ul style="list-style-type: none"> • implantat i/ili ekspander tkiva • autologno (uključuje preklapanje i lipofiling)

GENITALNA HIRURGIJA

faloplastika (sa ili bez skrotoplastike)	<ul style="list-style-type: none"> • sa / bez uretralnog produženja • sa / bez proteze (penilna i/ili testikularna)
metoidioplastika (sa ili bez skrotoplastike)	<ul style="list-style-type: none"> • sa / bez kolpektomije/kolpokleize • sa / bez uretralnog produženja • sa / bez proteze (penilna i/ili testikularna)
vaginoplastika (inverzijska, peritonealna, intestinalna) vulvoplastika	<ul style="list-style-type: none"> • sa / bez kolpektomije/kolpokleize • može uključivati zadržavanje penisa i/ili testisa • može uključivati postupke opisane kao "flat front"

GONADEKTOMIJA

orhiektomija
histerektomija i/ili salpingo-ooforektomija

OBLIKOVANJE TIJELA

liposukcija lipofiling implantati monsplastika / redukcija <i>mons pubisa</i>	<ul style="list-style-type: none"> • pektoralni, za kukove, glutealni, za listove
--	--

DODATNI ZAHVATI

uklanjanje dlačica: uklanjanje dlačica s lica, tijela i genitalnih područja u svrhu afirmacije roda ili kao dio pripremnog procesa za operaciju (v. preporuku 15.14 o uklanjanju dlačica).	<ul style="list-style-type: none"> • elektroliza • laserska epilacija
tetovaža (npr. bradavica-areola)	
transplantacija materice	
transplantacija penisa	