



## Međunarodni časopis o transrodnom zdravlju

Stranica časopisa: <https://www.tandfonline.com/loi/wijt21>

---

# Standardi nege zdravlja 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. Einfeld, E. Elaut, L. Erickson-Schroth, J. L. Feldman, A. D. Fisher, M. M. Garcia, L. Gijs, S. E. Green, B. P. Hall, T. L. D. Hardy, M. S. Irwig, L. A. Jacobs, A. C. Janssen, K. Johnson, D. T. Klink, B. P. C. Kreukels, L. E. Kuper, E. J. Kvach, M. A. Malouf, R. Massey, T. Mazur, C. McLachlan, S. D. Morrison, S. W. Mosser, P. M. Neira, U. Nygren, J. M. Oates, J. Obedin-Maliver, G. Pagkalos, J. Patton, N. Phanuphak, K. Rachlin, T. Reed, G. N. Rider, J. Ristori, S. Robbins-Cherry, S. A. Roberts, K. A. Rodriguez-Wallberg, S. M. Rosenthal, K. Sabir, J. D. Safer, A. I. Scheim, L. J. Seal, T. J. Sehoole, K. Spencer, C. St. Amand, T. D. Steensma, J. F. Strang, G. B. Taylor, K. Tilleman, G. G. T'Sjoen, L. N. Vala, N. M. Van Mello, J. F. Veale, J. A. Vencill, B. Vincent, L. M. Wesp, M. A. West i J. Arcelus**

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

**Veza do ovog članka:** <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>



© 2022 Autor(i). Izdavač uz licencu  
Taylor i Francis grupe, LLC.

---



Objavljeno na internetu 15. septembra 2022.

---



Pošaljite svoj članak ovom časopisu. [↗](#)

---

Izdavač: **Talas TIRV**



Godina izdanja: **2024.**

Potpuni uslovi pristupa i korišćenja mogu se pronaći na:  
<https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=wijt21>

## IZVEŠTAJ

# Standardi nege zdravlja transrodnih i rodno raznolikih osoba, osmo izdanje

E. Coleman<sup>1</sup>, A. E. Radix<sup>2,3</sup>, W. P. Bouman<sup>4,5</sup>, G. R. Brown<sup>6,7</sup>, A. L. C. de Vries<sup>8,9</sup>, M. B. Deutsch<sup>10,11</sup>, R. Ettner<sup>12,13</sup>, L. Fraser<sup>14</sup>, M. Goodman<sup>15</sup>, J. Green<sup>16</sup>, A. B. Hancock<sup>17</sup>, T. W. Johnson<sup>18</sup>, D. H. Karasic<sup>19,20</sup>, G. A. Knudson<sup>21,22</sup>, S. F. Leibowitz<sup>23</sup>, H. F. L. Meyer-Bahlburg<sup>24,25</sup>, S. J. Monstrey<sup>26</sup>, J. Motmans<sup>27,28</sup>, L. Nahata<sup>29</sup>, T. O. Nieder<sup>30,31</sup>, S. L. Reisner<sup>32,33</sup>, C. Richards<sup>34,35</sup>, L. S. Schechter<sup>36</sup>, V. Tangpricha<sup>37,38</sup>, A. C. Tishelman<sup>39</sup>, M. A. A. Van Trotsenburg<sup>40,41</sup>, S. Winter<sup>42</sup>, K. Ducheny<sup>43</sup>, N. J. Adams<sup>44,45</sup>, T. M. Adrián<sup>46,47</sup>, L. R. Allen<sup>48</sup>, D. Azul<sup>49</sup>, H. Bagga<sup>50,51</sup>, K. Başar<sup>52</sup>, D. S. Bathory<sup>53</sup>, J. J. Belinky<sup>54</sup>, D. R. Berg<sup>55</sup>, J. U. Berli<sup>56</sup>, R. O. Bluebond-Langner<sup>57,58</sup>, M.-B. Bouman<sup>9,59</sup>, M. L. Bowers<sup>60,61</sup>, P. J. Brassard<sup>62,63</sup>, J. Byrne<sup>64</sup>, L. Capitán<sup>65</sup>, C. J. Cargill<sup>66</sup>, J. M. Carswell<sup>32,67</sup>, S. C. Chang<sup>68</sup>, G. Chelvakumar<sup>69,70</sup>, T. Corneil<sup>71</sup>, K. B. Dalke<sup>72,73</sup>, G. De Cuyper<sup>74</sup>, E. de Vries<sup>75,76</sup>, M. Den Heijer<sup>9,77</sup>, A. H. Devor<sup>78</sup>, C. Dhejne<sup>79,80</sup>, A. D'Marco<sup>81,82</sup>, E. K. Edmiston<sup>83</sup>, L. Edwards-Leeper<sup>84,85</sup>, R. Ehrbar<sup>86,87</sup>, D. Ehrensaff<sup>19</sup>, J. Eisfeld<sup>88</sup>, E. Elaut<sup>74,89</sup>, L. Erickson-Schroth<sup>90,91</sup>, J. L. Feldman<sup>92</sup>, A. D. Fisher<sup>93</sup>, M. M. Garcia<sup>94,95</sup>, L. Gijss<sup>96</sup>, S. E. Green<sup>97</sup>, B. P. Hall<sup>98,99</sup>, T. L. D. Hardy<sup>100,101</sup>, M. S. Irwig<sup>32,102</sup>, L. A. Jacobs<sup>103</sup>, A. C. Janssen<sup>23,104</sup>, K. Johnson<sup>105,106</sup>, D. T. Klink<sup>107,108</sup>, B. P. C. Kreukels<sup>9,109</sup>, L. E. Kuper<sup>110,111</sup>, E. J. Kvach<sup>112,113</sup>, M. A. Malouf<sup>114</sup>, R. Massey<sup>115,116</sup>, T. Mazur<sup>117,118</sup>, C. McLachlan<sup>119,120</sup>, S. D. Morrison<sup>121,122</sup>, S. W. Mosser<sup>123,124</sup>, P. M. Neira<sup>125,126</sup>, U. Nygren<sup>127,128</sup>, J. M. Oates<sup>129,130</sup>, J. Obedin-Maliver<sup>131,132</sup>, G. Pagkalos<sup>133,134</sup>, J. Patton<sup>135,136</sup>, N. Phanuphak<sup>137</sup>, K. Rachlin<sup>103</sup>, T. Reed<sup>138†</sup>, G. N. Rider<sup>55</sup>, J. Ristori<sup>93</sup>, S. Robbins-Cherry<sup>4</sup>, S. A. Roberts<sup>32,139</sup>, K. A. Rodriguez-Wallberg<sup>140,141</sup>, S. M. Rosenthal<sup>142,143</sup>, K. Sabir<sup>144</sup>, J. D. Safer<sup>60,145</sup>, A. I. Scheim<sup>146,147</sup>, L. J. Seal<sup>35,148</sup>, T. J. Sehoole<sup>149</sup>, K. Spencer<sup>55</sup>, C. St. Amand<sup>150,151</sup>, T. D. Steensma<sup>9,109</sup>, J. F. Strang<sup>152,153</sup>, G. B. Taylor<sup>154</sup>, K. Tilleman<sup>155</sup>, G. G. T'Sjoen<sup>74,156</sup>, L. N. Vala<sup>157</sup>, N. M. Van Mello<sup>9,158</sup>, J. F. Veale<sup>159</sup>, J. A. Vencill<sup>160,161</sup>, B. Vincent<sup>162</sup>, L. M. Wesp<sup>163,164</sup>, M. A. West<sup>165,166</sup> i J. Arcelus<sup>5,167</sup>.

<sup>1</sup> Institute for Sexual and Gender Health, Department of Family, Medicine and Community Health, University of Minnesota, Medical school, Minneapolis (MN), SAD; <sup>2</sup> Callen-Lorde Community Health Center, New York (NY), SAD; <sup>3</sup> Department of Medicine, NYU Grossman School of Medicine, New York (NY), SAD; <sup>4</sup> Nottingham Centre for Transgender Health, Nottingham, Velika Britanija; <sup>5</sup> School of Medicine, University of Nottingham, Nottingham, Velika Britanija; <sup>6</sup> James H. Quillen College of Medicine, East Tennessee State University, Johnson City (TN), SAD; <sup>7</sup> James H. Quillen VaMC, Johnson City (TN), SAD; <sup>8</sup> Department of Child and Adolescent Psychiatry, Amsterdam UMC (Vrije Universiteit Amsterdam), Amsterdam, Holandija; <sup>9</sup> Center of Expertise on Gender Dysphoria, Amsterdam UMC (Vrije Universiteit Amsterdam), Amsterdam, Holandija; <sup>10</sup> Department of Family and Community Medicine, University of California—San Francisco, San Francisco, Kalifornija, SAD; <sup>11</sup> UCSF, Gender-affirming Health Program, San Francisco, Kalifornija, SAD; <sup>12</sup> New Health Foundation Worldwide, Evanston, IL, SAD; <sup>13</sup> Weiss Memorial Hospital, Chicago, IL, SAD; <sup>14</sup> Samostalna praksa, San Francisco, Kalifornija, SAD; <sup>15</sup> Memory University Rollins School of Public Health, Atlanta (GA), SAD; <sup>16</sup> Samostalni istraživač, Vancouver (Wa), SAD; <sup>17</sup> The George Washington University, Washington (DC), SAD; <sup>18</sup> Department of Anthropology, California State University, Chico, Kalifornija, SAD; <sup>19</sup> University of California, San Francisco, San Francisco, Kalifornija, SAD; <sup>20</sup> Samostalna praksa, na stranici dankarasic.com; <sup>21</sup> University of British Columbia, Vancouver, Kanada; <sup>22</sup> Vancouver Coastal Health, Vancouver, Kanada; <sup>23</sup> Ann i Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago, Chicago, IL, SAD; <sup>24</sup> New York State Psychiatric Institute, New York (NY), SAD; <sup>25</sup> Department of Psychiatry, Columbia University, New York (NY), SAD; <sup>26</sup> Ghent University Hospital, Gent, Belgija; <sup>27</sup> Transgender Infopunt, Ghent University Hospital, Gent, Belgija; <sup>28</sup> Centre for Research on Culture and Gender, Ghent University, Gent, Belgija; <sup>29</sup> Department of Pediatrics, The Ohio State University College of Medicine, Columbus (OH), SAD; <sup>30</sup> Endocrinology and Center for Biobehavioral Health, The Abigail Wexner Research Institute at Nationwide Children's Hospital, Columbus (OH), SAD; <sup>31</sup> University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Interdisciplinary Transgender Health Care Center Hamburg, Institute for Sex Research, Sexual Medicine and Forensic Psychiatry, Hamburg, Nemačka; <sup>32</sup> Harvard Medical school, Boston (MA), SAD; <sup>33</sup> Harvard T. H. Chan School of Public Health, Boston (MA), SAD; <sup>34</sup> Regents University, London, Velika Britanija; <sup>35</sup> Tavistock and Portman NHS Foundation Trust, London, Velika Britanija; <sup>36</sup> Rush University Medical Center, Chicago, IL, SAD; <sup>37</sup> Division of Endocrinology, Metabolism and Lipids, Department of Medicine, Emory University School of Medicine, Atlanta (GA), SAD; <sup>38</sup> Atlanta VA Medical Center, Decatur (GA), SAD; <sup>39</sup> Boston College, Department of Psychology and Neuroscience, Chestnut Hill (MA), SAD; <sup>40</sup> Bureau GenderPro, Beč, Austrija; <sup>41</sup> University Hospital lilienfeld—St. Pölten, St. Pölten, Austria; <sup>42</sup> School of Population Health, Curtin University, Perth (WA), Australija; <sup>43</sup> Howard Brown Health, Chicago, IL, SAD; <sup>44</sup> University of Toronto, Ontario Institute for Studies in Education, Toronto, Kanada; <sup>45</sup> World Professional Association for Transgender Health (WPATH); <sup>46</sup> Asamblea Nacional de Venezuela, Caracas, Venezuela; <sup>47</sup> DIVERLEX, Diversidad e Igualdad a Través de la Ley, Caracas, Venezuela; <sup>48</sup> University of Nevada, Las Vegas (NV), SAD; <sup>49</sup> La Trobe Rural Health School, La Trobe University, Bendigo, Australija; <sup>50</sup> Monash Health Gender Clinic,

## KONTAKT

Dr. Eli Coleman, Institut za seksualno i rodno zdravlje, Odsek za porodičnu medicinu i zdravlje zajednice, Medicinski fakultet Univerziteta u Minesoti, Mineapolis (MN), SAD.

© 2022 autor(i). Uz licencu objavila grupa Taylor & Francis, LLC.

Ovo je članak s otvorenim pristupom koji se distribuira pod uslovima *Creative Commons* licence, s obavezom navođenja autorstva, kao i nekomercijalne i nederivativne upotrebe (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>). Licenca dopušta ponovljenu nekomercijalnu upotrebu, distribuciju i reprodukciju u bilo kojem mediju, pod uslovom da je izvorno delo ispravno citirano te da nije izmenjeno, transformisano ili nadograđeno na bilo koji način.

Melbourne, Victoria, Australija; <sup>51</sup> Monash University, Melbourne, Victoria, Australija; <sup>52</sup> Department of Psychiatry, Hacettepe University, Ankara, Turska; <sup>53</sup> Samostalna praksa, Bathory International PLLC, Winston-Salem (NC), SAD; <sup>54</sup> Durand Hospital, Guemes Clinic and Urological Center, Buenos Aires, Argentina; <sup>55</sup> National 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), SAD; <sup>56</sup> Oregon Health and Science University, Portland (OR), SAD; <sup>57</sup> NYU Langone Health, New York (NY), SAD; <sup>58</sup> Hansjörg Wyss Department of Plastic Surgery, New York (NY), SAD; <sup>59</sup> Department of Plastic Surgery, Amsterdam UMC (Vrije Universiteit Amsterdam), Amsterdam, Nizozemska; <sup>60</sup> Lcahn School of Medicine, Mount Sinai, New York (NY), SAD; <sup>61</sup> Mills-Peninsula Medical Center, Burlingame, Kalifornija, SAD; <sup>62</sup> GRS Montreal, Complexe CMC, Montreal, Quebec, Kanada; <sup>63</sup> Université de Montreal, Quebec, Kanada; <sup>64</sup> University of Waikato/te Whare Wānanga o Waikato, Hamilton/Kirikiri-roa, Novi Zeland/Aotearoa; <sup>65</sup> The Facial Team Group, Marbella International Hospital, Marbella, Španija; <sup>66</sup> Samostalni istraživač; <sup>67</sup> Boston's Children's Hospital, Boston (MA), SAD; <sup>68</sup> Samostalna praksa, Oakland, Kalifornija, SAD; <sup>69</sup> Nationwide Children's Hospital, Columbus (OH), SAD; <sup>70</sup> The Ohio State University, College of Medicine, Columbus (OH), SAD; <sup>71</sup> School of Population and Public Health, University of British Columbia, Vancouver (BC) Kanada; <sup>72</sup> Penn State Health (PA), SAD; <sup>73</sup> Penn State College of Medicine, Hershey (PA), SAD; <sup>74</sup> Center for Sexology and Gender, Ghent University Hospital, Gent, Belgija; <sup>75</sup> Nelson Mandela University, Gqeberha, Južna Afrika; <sup>76</sup> University of Cape Town, Cape Town, Južna Afrika; <sup>77</sup> Department of Endocrinology, Amsterdam UMC (Vrije Universiteit Amsterdam), Amsterdam, Holandija; <sup>78</sup> University of Victoria, Victoria (BC), Kanada; <sup>79</sup> ANOVA, Karolinska University Hospital, Stockholm, Švedska; <sup>80</sup> Department of Medicine Huddinge, Karolinska Institutet, Stockholm, Švedska; <sup>81</sup> UCTRANS—United Caribbean Trans Network, Nassau, Bahami; <sup>82</sup> D'Arco Organization, Nassau, Bahami; <sup>83</sup> University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh (PA), SAD; <sup>84</sup> Pacific University, Hillsboro (OR), SAD; <sup>85</sup> Samostalna praksa, Beaverton (OR), SAD; <sup>86</sup> Whitman Walker Health, Washington (DC), SAD; <sup>87</sup> Samostalna praksa, Maryland, SAD; <sup>88</sup> Transvisie, Utrecht, Holandija; <sup>89</sup> Department of Clinical Experimental and Health Psychology, Ghent University, Gent, Belgija; <sup>90</sup> The Jed Foundation, New York (NY), SAD; <sup>91</sup> Hetrick-Martin Institute, New York (NY), SAD; <sup>92</sup> Institute for Sexual and Gender Health, Department of Family, Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical School, Minneapolis (MN), SAD; <sup>93</sup> Andrology, Women Endocrinology and Gender Incongruence, Careggi University Hospital, Firenca, Italija; <sup>94</sup> Department of Urology, Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, Kalifornija, SAD; <sup>95</sup> Departments of Urology and Anatomy, University of California-San Francisco, San Francisco, Kalifornija, SAD; <sup>96</sup> Institute of Family and Sexuality Studies, Department of Neurosciences, KU Leuven, Leuven, Belgija; <sup>97</sup> Mermaids, London/ Leeds, Velika Britanija; <sup>98</sup> Duke University Medical Center, Durham (NC), SAD; <sup>99</sup> Duke Adult Gender Medicine Clinic, Durham (NC), SAD; <sup>100</sup> Alberta Health Services, Edmonton, Alberta, Kanada; <sup>101</sup> Macewan University, Edmonton, Alberta, Kanada; <sup>102</sup> Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston (MA), SAD; <sup>103</sup> Samostalna praksa, New York (NY), SAD; <sup>104</sup> Northwestern Feinberg School of Medicine, Chicago, IL, SAD; <sup>105</sup> RMIT University, Melbourne, Australija; <sup>106</sup> University of Brighton, Brighton, Velika Britanija; <sup>107</sup> Department of Pediatrics, Division of Pediatric Endocrinology, Ghent University Hospital, Gent, Belgija; <sup>108</sup> Division of Pediatric Endocrinology and Diabetes, Zna Queen Paola Children's Hospital, Antwerp, Belgija; <sup>109</sup> Department of Medical Psychology, Amsterdam UMC (Vrije Universiteit Amsterdam), Amsterdam, Holandija; <sup>110</sup> Department of Psychiatry, Southwestern Medical Center, University of Texas, Dallas (TX), SAD; <sup>111</sup> Department of Endocrinology, Children's Health, Dallas (TX), SAD; <sup>112</sup> Denver Health, Denver (CO), SAD; <sup>113</sup> University of Colorado School of Medicine, Aurora (CO), SAD; <sup>114</sup> Malouf Counseling and Consulting, Baltimore, (MD), SAD; <sup>115</sup> WPATH Global Education Institute; <sup>116</sup> Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Emory University School of Medicine, Atlanta (GA), SAD; <sup>117</sup> Jacobs School of Medicine and Biomedical Sciences, University of Buffalo, Buffalo (NY), SAD; <sup>118</sup> John R. Oishei Children's Hospital, Buffalo (NY), SAD; <sup>119</sup> Professional Association for Transgender Health, Južna Afrika; <sup>120</sup> Gender Dynamix, Cape Town, Južna Afrika; <sup>121</sup> Division of Plastic Surgery, Seattle Children's Hospital, Seattle (WA), SAD; <sup>122</sup> Division of Plastic Surgery, Department of Surgery, University of Washington Medical Center, Seattle, (WA), SAD; <sup>123</sup> Gender Confirmation Center, San Francisco, Kalifornija, SAD; <sup>124</sup> Saint Francis Memorial Hospital, San Francisco, Kalifornija, SAD; <sup>125</sup> Johns Hopkins Center for Transgender Health, Baltimore (MD), SAD; <sup>126</sup> Johns Hopkins Medicine Office of Diversity, Inclusion and Health Equity, Baltimore (MD), SAD; <sup>127</sup> Division of Speech and Language Pathology, Department of Clinical Science, Intervention and Technology, Karolinska Institutet, Stockholm, Švedska; <sup>128</sup> Speech and Language Pathology, Medical Unit, Karolinska University Hospital, Stockholm, Švedska; <sup>129</sup> La Trobe University, Melbourne, Australija; <sup>130</sup> Melbourne Voice Analysis Centre, East Melbourne, Australija; <sup>131</sup> Stanford University School of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Palo Alto, Kalifornija, SAD; <sup>132</sup> Department of Epidemiology and Population Health, Stanford, Kalifornija, SAD; <sup>133</sup> Samostalna praksa, Thessaloniki, Grčka; <sup>134</sup> Military Community Mental Health Center, 424 General Military Training Hospital, Thessaloniki, Grčka; <sup>135</sup> Talkspace, New York (NY), SAD; <sup>136</sup> Cyti Psychological IIC, San Diego, Kalifornija, SAD; <sup>137</sup> Institute of HIV Research and Innovation, Bangkok, Tajland; <sup>138</sup> Gender Identity Research and Education Society, Leatherhead, Velika Britanija; <sup>139</sup> Division of Endocrinology, Boston's Children's Hospital, Boston (MA), SAD; <sup>140</sup> Department of Reproductive Medicine, Karolinska University Hospital, Stockholm, Švedska; <sup>141</sup> Department of Oncology-Pathology, Karolinska Institute, Stockholm, Švedska; <sup>142</sup> Division of Pediatric Endocrinology, UCSF, San Francisco, Kalifornija, SAD; <sup>143</sup> UCSF Child and Adolescent Gender Center; <sup>144</sup> FTM Phoenix Group, Krasnodarskij Kraj, Rusija; <sup>145</sup> Mount Sinai Center for Transgender Medicine and Surgery, New York (NY), SAD; <sup>146</sup> Epidemiology and Biostatistics, Dornsife School of Public Health, Drexel University, Philadelphia (PA), SAD; <sup>147</sup> Epidemiology and Biostatistics, Schulich School of Medicine and Dentistry, Western University, Ontario, Kanada; <sup>148</sup> St George's University Hospitals NHS Foundation Trust, London, Velika Britanija; <sup>149</sup> Irandi, Johannesburg, Južna Afrika; <sup>150</sup> University of Houston, Houston (TX), SAD; <sup>151</sup> Mayo Clinic, Rochester (MN), SAD; <sup>152</sup> Children's National Hospital, Washington (DC), SAD; <sup>153</sup> George Washington University School of Medicine, Washington (DC), SAD; <sup>154</sup> Atrium Health Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery, Charlotte (NC), SAD; <sup>155</sup> Department for Reproductive Medicine, Ghent University Hospital, Gent, Belgija; <sup>156</sup> Department of Endocrinology, Ghent University Hospital, Gent, Belgija; <sup>157</sup> Samostalna praksa, Campbell, Kalifornija, SAD; <sup>158</sup> Department of Obstetrics and Gynaecology, Amsterdam UMC (Vrije Universiteit Amsterdam), Amsterdam, Holandija; <sup>159</sup> School of Psychology, University of Waikato/te Whare Wānanga o Waikato, Hamilton/Kirikiri-roa, Novi Zeland/Aotearoa; <sup>160</sup> Department of Psychiatry and Psychology, Mayo Clinic, Rochester (MN), SAD; <sup>161</sup> Division of General Internal Medicine, Mayo Clinic, Rochester (MN), SAD; <sup>162</sup> Trans Learning Partnership, <https://spectra-london.org.uk/trans-learning-partnership>, Velika Britanija; <sup>163</sup> College of Nursing, University of Wisconsin-Milwaukee, Milwaukee (WI), SAD; <sup>164</sup> Health Connections Inc., Glendale (WI), SAD; <sup>165</sup> North Memorial Health Hospital, Robbinsdale (MN), SAD; <sup>166</sup> University of Minnesota, Minneapolis (MN), SAD; <sup>167</sup> Bellvitge Biomedical Research Institute (IDIBELL), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Španija.

## REZIME

**Kontekst:** Transrodna zdravstvena nega je interdisciplinarno područje koje se brzo razvija. U posljednjoj deceniji došlo je do naglog porasta broja 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. Svetska strukovna organizacija za zdravlje transrodnih osoba (engl. *World Professional Association for Transgender Health*, WPATH) međunarodna je, multidisciplinarna stručna organizacija čija je misija promocija nege, obrazovanja, istraživanja, javnih politika i poštovanja zdravlja transrodnih osoba utemeljenih na dokazima. Jedna od glavnih funkcija WPATH-a jeste promocija najviših standarda zdravstvene brige o TiRR osobama kroz Standarde nege (SN). Standardi nege su prvobitno razvijeni 1979, a ranija verzija (SN-7) objavljena je 2012. S obzirom na sve veći broj naučnih dokaza, WPATH je naručio novu verziju Standarda nege, SN-8.

**Cilj:** Opšti cilj SN-a 8 jeste pružanje kliničkih smernica zdravstvenim radnicima kako bi podržali TiRR osobe u pristupu sigurnim i delotvornim putevima za postizanje trajnog ličnog zadovoljstva svojim rodnom identitetom, a radi optimizacije njihova ukupnog fizičkog zdravlja, psihičke dobrobiti i samoispunjenja.

**Metode:** Osmo verzija SN-a temelji se na najboljim dostupnim naučnim postignućima i stručnom konsenzusu o zdravlju transrodnih osoba. Međunarodni stručnjaci i donosioci odluka odabrani su da služe u odboru za pripremu osme verzije SN-a. Preporuke su razvijene na osnovu sistematičnog i nezavisnog pregleda literature, tamo gde je ona dostupna, pregleda opšteg stanja i stručnih mišljenja. Ocenjivanje preporuka zasnivalo se na dostupnim dokazima koji podržavaju intervencije, raspravi o rizicima i štetama, kao i na izvodivosti i prihvatljivosti u različitim kontekstima i državama.

**Rezultati:** U sklopu osme verzije SN-a izrađeno je ukupno 18 poglavlja. Ona sadrže preporuke za zdravstvene radnike koji pružaju negu i tretmane TiRR osobama. Svaku od preporuka prati objašnjenje s relevantnim referencama. Opšta područja vezana za zdravlje transrodnih osoba obrađena su u poglavljima Terminologija, Globalna primenljivost, Procene stanovništva i Obrazovanje. Poglavlja razvijena za raznoliku populaciju TiRR osoba uključuju procenu odraslih, adolescenata, dece, nebinarnih osoba, evnuha i interpolnih osoba te ljudi koji žive u ustanovama. Naposljetku, poglavlja koja se odnose na rodno-afirmišući tretman su: Hormonska terapija, Hirurgija i postoperativna nega, Glas i komunikacija, Primarna zdravstvena zaštita, Reproduktivno zdravlje, Seksualno zdravlje i Mentalno zdravlje.

**Zaključci:** Smernice osme verzije SN-a trebalo bi da budu prilagodljive kako bi zadovoljile različite potrebe TiRR osoba širom sveta za zdravstvenom negom. Iako su prilagodljive, one nude standarde za promovisanje optimalne zdravstvene nege i smernice za podršku osobama s iskustvom rodne nepodudarnosti. Kao i u svim prethodnim verzijama SN-a, kriterijumi za rodno-afirmišuće medicinske intervencije postavljeni u ovom dokumentu jesu kliničke smernice; pojedinačni zdravstveni radnici i programi mogu ih modifikovati u dogovoru s TiRR osobom.

## KLJUČNE REČI

adolescenti; deca; endokrinologija; evnuh; glas; institucionalna okruženja; interpolna osoba; procena; hirurgija; komunikacija; mentalno zdravlje; nebinarne osobe; obrazovanje; populacija; postoperativna nega; primarna zdravstvena zaštita; reproduktivno zdravlje; rodno raznolike osobe; seksualno zdravlje; SN-8; Standardi nege; terminologija; transrodna osoba; zdravstveni radnik

### **Napomena o jeziku prevoda:**

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

<b>SADRŽAJ</b>		<b>Stranica</b>
	Uvod	5
Prvo poglavlje	Terminologija	11
Drugo poglavlje	Globalna primenljivost	15
Treće poglavlje	Procene populacije	23
Četvrto poglavlje	Obrazovanje	27
Peto poglavlje	Procena odraslih osoba	31
Šesto poglavlje	Adolescenti	43
Sedmo poglavlje	Deca	67
Osmo poglavlje	Nebinarnost	80
Deveto poglavlje	Evnusi	88
Deseto poglavlje	Interpolnost	93
Jedanaesto poglavlje	Institucionalna okruženja	104
Dvanaesto poglavlje	Hormonska terapija	110
Trinaesto poglavlje	Hirurgija i postoperativna nega	128
Četrnaesto poglavlje	Glas i komunikacija	137
Petnaesto poglavlje	Primarna zdravstvena zaštita	143
Šesnaesto poglavlje	Reproduktivno zdravlje	156
Sedamnaesto poglavlje	Seksualno zdravlje	163
Osamnaesto poglavlje	Mentalno zdravlje	171
	Literatura	177
	Prilog A – Metodologija	273
	Prilog B – Pojmovnik	280
	Prilog C – Rodno-afirmišuće hormonske terapije	282
	Prilog D – Sažetak kriterijuma za hormonske i hirurške postupke kod odraslih i kod adolescenata	284
	Prilog E – Rodno-afirmišući hirurški zahvati	286

## UVOD

### *Svrha i primena Standarda nege*

Krajnji cilj osme verzije Standarda nege (SN-8) Svetske strukovne organizacije za zdravlje transrodnih osoba (engl. *World Professional Association for Transgender Health*, WPATH) jeste da se zdravstvenim radnicima daju kliničke smernice, kako bi pomogli transrodnim i rodno raznolikim (TiRR) osobama da pristupe sigurnim i delotvornim putevima za postizanje trajnog zadovoljstva sobom kao rodnim bićima, težeći optimizaciji njihova celokupnog 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 negu za TiRR osobe: v. drugo poglavlje – Globalnu primenljivost, preporuku 2.1.

WPATH je međunarodna, multidisciplinarna strukovna organizacija, čija je misija promovisanje na dokazima utemeljenih nege, obrazovanja, istraživanja i javnih politika te poštovanja u domenu zdravlja transrodnih osoba. WPATH je osnovan 1979. godine, a trenutno okuplja više od 3.000 zdravstvenih radnika, društvenih naučnika i pravnih stručnjaka, koji se bave kliničkom praksom, istraživanjima, obrazovanjem i zagovaranjem koji utiču na živote TiRR osoba. WPATH ima viziju sveta u kojem ljudi svih rodnih identiteta i rodni izražavanja imaju pristup zdravstvenoj nezi i socijalnim uslugama zasnovanim na dokazima, pravdi i ravnopravnosti.

Jedna od glavnih delatnosti WPATH-a jeste promocija najviših standarda zdravstvene nege kroz Standarde nege (SN) zdravlja TiRR osoba. SN-8 zasniva se na najboljem dostupnom naučnom i stručnom konsenzusu. Standardi nege inicijalno su razvijeni 1979. godine, a poslednja verzija objavljena je 2012.

Većina istraživanja i iskustava u ovome polju potiče iz severnoameričke i zapadnoevropske perspektive. Zbog toga su u drugim delovima sveta nužna prilagođavanja SN-a. Ova verzija dokumenta uključuje predloge za pristup kulturnoj relativnosti i kompetenciji.

WPATH prepoznaje da zdravlje ne zavisi samo od visokokvalitetne kliničke nege nego

se oslanja i na društvenu i političku klimu koja obezbeđuje društvenu toleranciju, ravnopravnost i puna prava zajamčena državljanstvom. Zdravlje se promoviše kroz javne politike i zakonske reforme koje podstiču toleranciju i ravnopravnost za rodnu raznolikost, što doprinosi odbacivanju predrasuda, diskriminacije i stigme. WPATH je predan zagovaranju tih politika i zakonskih promena. U skladu s time, pozivamo zdravstvene radnike koji TiRR osobama pružaju negu da zagovaraju bolji pristup sigurnoj i regulisanoj rodno-afirmišućoj nezi, pri čemu će poštovati autonomiju osobe.

Iako je ovaj dokument prvenstveno namenjen zdravstvenim radnicima, SN-8 može biti koristan i pojedincima, njihovim porodicama i društvenim ustanovama da bi razumeli kako on doprinosi promociji optimalnog zdravlja za pripadnike i pripadnice ove raznolike populacije.

SN-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 Procena odraslih osoba i Adolescenti). Sažetak preporuka i kriterijuma za rodno-afirmišuće medicinske ili/i hirurške tretmane nalazi se u Dodatku D.

### *Populacije uključene u osmu verziju Standarda nege*

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 sveta, čiji se rodni identitet ili izražavanje razlikuju od roda koji se društveno dodeljuje polu koji im je pripisan po rođenju. To uključuje ljude s kulturno i/ili jezički specifičnim iskustvima, identitetima ili izražavanjima, koji mogu, ali i ne moraju biti zasnovani ili obuhvaćeni zapadnjačkim konceptualizacijama roda ili jezikom koji se koristi za njihovo opisivanje.

WPATH-ov SN-8 proširuje opseg ljudi uključenih u kategoriju TiRR osoba, kao i okruženja u kojima te smernice treba primenjivati radi promocije ravnopravnosti i ljudskih prava.

TiRR osobe u celini obuhvataju široku lepezu rodni identiteta i izražavanja te imaju različite potrebe za rodno-afirmišućom negom tokom svog životnog veka, što je povezano s

individualnim ciljevima i karakteristikama, dostupnim zdravstvenim resursima, kao i sa sociokulturnim i političkim kontekstima. Vakuum koji nastaje kada nema standarda nege za određene grupe može rezultirati velikim brojem terapijskih pristupa, uključujući i one koji mogu da budu kontraproduktivni ili štetni. SN-8 donosi preporuke za promovisanje zdravlja i dobrobiti rodno raznolikih grupa koje su često zanemarene i/ili marginalizovane, a to uključuje nebinarne osobe, evnuhe i interpolne osobe.

SN-8 nastavlja da razvija konture odgovarajuće nege za mlade TiRR osobe, što uključuje, kada je indikovano, supresiju puberteta i, kada je indikovano, korišćenje rodno-afirmišućih hormona. U potrazi za zdravstvenim uslugama, TiRR osobe širom sveta često doživljavaju transfobiju, stigmatizaciju, neznanje i uskraćivanje nege, što doprinosi značajnom zdravstvenom disparitetu. TiRR osobe često navode da moraju da podučavaju pružaoce medicinske nege kako bi trebalo da se staraju o njima s obzirom na neadekvatna znanja i nedovoljnu sposobnost. Interseksionalni oblici diskriminacije, društvena marginalizacija i zločini iz mržnje protiv TiRR osoba dovode do manjinskog stresa. Manjinski stres povezan je s disparitetom u mentalnom zdravlju, na primer, s povećanim stopama depresije, suicidalnosti i nesuicidalnog samopovređivanja u odnosu na relevantne stope u cisrodnoj populaciji. Stručnjaci iz svih disciplina trebalo bi da uzmu u obzir izrazitu ranjivost mnogih TiRR osoba. WPATH podstiče zdravstvena tela, tvorce javnih politika i lekarska udruženja da među zdravstvenim radnicima obeshrabruju transfobiju i bore se protiv nje, kao i da čine sve što je u njihovoj moći kako bi TiRR osobe uputili iskusnim stručnjacima koji su voljni da im pruže rodno-afirmišuću negu.

#### ***Fleksibilnost u Standardima nege***

Smernice u osmoj verziji SN-a namenjene su da budu fleksibilne kako bi zadovoljile različite potrebe za zdravstvenom zaštitom TiRR osoba širom sveta. Iako su prilagodljive, one nude standarde za promovisanje optimalne zdravstvene zaštite i usmeravanje tretmana osoba koje doživljavaju rodnu inkongruenciju. Kao i u svim prethodnim verzijama SN-a, kriterijumi za rodno-afirmišuće intervencije koje ovaj dokument donosi jesu kliničke smernice; uključeni zdravstveni radnici i pojedini programi mogu

ih prilagoditi u dogovoru s TiRR osobom. Do kliničkih odstupanja od SN-a može doći zbog pacijentove jedinstvene anatomske, društvene ili psihološke situacije, zbog promene metode rešavanja neke uobičajene situacije iskusnog zdravstvenog radnika, zbog istraživačkog protokola, nedostatka resursa u raznim delovima sveta ili potrebe za specifičnim strategijama smanjenja štete. Ta odstupanja treba prepoznati, te ih objasniti pacijentu i dokumentovati radi kvalitetne nege pacijenta i pravne zaštite. Ta je dokumentacija takođe vredna za prikupljanje novih podataka, koji se mogu retrospektivno istražiti kako bi se omogućio razvoj zdravstvene nege, kao i Standarda nege.

SN-8 podržava informisano donošenje odluka i vrednost pristupa usmerenog prema smanjenju štete. Dodatno, ova verzija SN-a jednako prepoznaje i afirmiše različita izražavanja roda koja možda i ne zahtevaju psihološke, hormonske ili hirurške tretmane. Zdravstveni radnici mogu koristiti SN kako bi pomogli pacijentima da razmotre celi raspon zdravstvenih usluga koje su im dostupne, u skladu s vlastitim kliničkim potrebama vezanim za rodno izražavanje.

#### ***Raznolikost nasuprot dijagnozi***

Izražavanje rodni karakteristika, uključujući identitete koji nisu stereotipno povezani sa polom pripisanim po rođenju, uobičajena je i kulturno raznovrsna pojava koju ne treba smatrati inherentno negativnom ili patološkom. Nažalost, rodna nenormativnost i raznolikost rodni identiteta i izražavanja stigmatizovane su u mnogim društvima širom sveta. Takva stigma može dovesti do predrasuda i diskriminacije, što rezultira „manjinskim stresom“. Manjinski stres je jedinstven (dodaje se opštim stresorima, koje doživljavaju svi ljudi), društveno utemeljen i hroničan, pa zbog njega TiRR osobe mogu biti ranjivije i podložnije razvoju tegoba mentalnog zdravlja, kao što su anksioznost i depresija. Osim predrasudama i diskriminaciji u društvu, stigma može doprineti zlostavljanju i zanemarivanju u međuljudskim odnosima, što može dovesti do daljnjih 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 mentalne poremećaje (engl. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5-TR*) Američkog



psihijatrijskog udruženja (engl. *American Psychological Association*, APA) još uvek smatra duševnim poremećajem, u svetskoj medicinskoj zajednici „rodna inkongruencija“ više se ne smatra patološkim ili duševnim poremećajem. U jedanaestoj verziji Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (engl. *International Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Edition*, ICD-11) Svet-ske zdravstvene organizacije (engl. *World Health Organization*, WHO) „rodna inkongruencija“ prepoznata je kao stanje. Zbog istorijske i aktuelne stigme, TiRR osobe mogu doživeti teskobu ili disforiju, koje se mogu tretirati različitim rodno-afirmišućim tretmanima. Dok je nomenklatura podložna promenama, a razne zdravstvene organizacije i administrativna tela usvajaju novu terminologiju i klasifikacije, jasno je prepoznata nužnost podrške i medicinske nege za mnoge osobe koje doživljavaju nesklad između pola pripisanog po rođenju i rodnog identiteta.

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

### **Usluge zdravstvene zaštite**

Cilj rodno-afirmišuće nege jeste partnerstvo s TiRR osobama kako bi se holistički pristupilo njihovim društvenim, mentalnim i medicinskim potrebama i dobrobiti, uz uvažavajuću afirmaciju njihova rodnog identiteta. Rodno-afirmišuća nega podržava TiRR osobe tokom celog života – od prvih znakova rodne inkongruencije u detinjstvu preko odraslog do starijeg doba – kao i osobe koje osećaju zabrinutost i nesigurnost s obzirom na svoj rodni identitet, bilo pre bilo posle tranzicije.

Zdravstvena zaštita usmerena na zdravlje TiRR osoba više je od zbira svojih delova, a oslanja se na holističku, interdisciplinarnu i multidisciplinarnu negu koja uključuje endokrinologiju, hirurgiju, glas i komunikaciju, primarnu zdravstvenu zaštitu, reproduktivno zdravlje, seksualno zdravlje, discipline vezane za mentalno zdravlje kako bi se podržale rodno-afirmišuće intervencije, kao i preventivnu zdravstvenu negu i tretman hroničnih bolesti. Rodno-afirmišuće intervencije uključuju, između ostalog, supresiju puberteta, rodno-afirmišuće 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 smernice podstiču primenu modela nege usmerene na pacijenta prilikom započinjanja rodno-afirmišućih intervencija i ažuriraju mnoge uslove kako bi se smanjile prepreke u pristupu nezi. U idealnom slučaju, pružaoci usluga trebali bi međusobno komunicirati i koordinirati se kako bi se postigli najbolji rezultati, tempirale rodno-afirmišuće intervencije usmerene na potrebe i želje pacijenta te smanjila moguća šteta. U okruženjima koja imaju dovoljne resurse, multidisciplinarnе konsultacije i koordinacija nege često se odvijaju rutinski, ali u mnogim delovima sveta ne postoje ustanove posvećene nezi TiRR osoba. Ako je moguće, preporučuje se da pojedinačni pružaoci nege u tim delovima sveta stvore mrežu kako bi omogućili transrodnu zdravstvenu zaštitu, inače nedostupnu na lokalnom nivou.

Članovi porodica ili verskih zajednica TiRR osobe širom sveta katkada prisiljavaju da se podvrgnu konverzionoj terapiji. WPATH se izričito protivi primeni svih reparativnih ili konverzionih terapija (v. preporuke 6.5 i 18.10).

### **Okruženja zdravstvene zaštite**

SN-8 smjernice ukorenjene su u temeljnim pravima TiRR osoba i primenjuju se na sva okruženja u kojima se pruža zdravstvena zaštita, bez obzira na društvene ili zdravstvene okolnosti pojedinca. To podrazumeva i preporuku za primenu Standarda nege i u slučaju TiRR osoba koje su u zatvoru ili žive u drugim ustanovama.

Zbog manjka stručnih pružalaca usluga, neblagovremenog pristupa, troškova i/ili prethodnih stigmatizujućih iskustava sa zdravstvenom zaštitom, mnoge TiRR osobe uzimaju nepropisanu hormonsku terapiju. To povlači zdravstvene rizike povezane s uzimanjem terapije bez nadzora u potencijalno supraterapijskim dozama i s potencijalnom izloženošću bolestima koje se šire kontaktom s krvlju, ako se dele igle. Međutim, za mnoge je to jedina mogućnost pristupa nužnom rodno-afirmišućem medicinskom tretmanu, koji im je u protivnom nedostupan. Nepropisanoj upotrebi hormona treba pristupiti iz perspektive smanjenja štete kako bi se osiguralo da se te osobe povežu s

pružaocima usluga koji mogu propisati sigurnu hormonsku terapiju pod nadzorom.

U nekim zemljama prava TiRR osoba sve se više priznaju, pa se osnivaju rodne klinike koje mogu poslužiti kao model nege. Međutim, u nekim zemljama takvih ustanova nema, a nega može biti fragmentisana i odvijati se bez dovoljnih resursa. Uprkos tome, uvode se različiti modeli nege, što uključuje napore da se rodno-afirmišuća nega u primarnoj zdravstvenoj zaštiti decentralizuje i da se uspostave telemedicinske usluge kako bi se smanjile prepreke i unapredio pristup. Bez obzira na metod pružanja nege, principi rodno-afirmišuće nege koje donosi SN-8 treba da se usklade s lokalnim sociokulturnim, političkim i medicinskim kontekstom.

### **Metodologija**

U odnosu na prethodne verzije, osma verzija SN-a zasniva se na pristupu koji je rigorozniji i metodološki utemeljen na dokazima. Ti se dokazi ne zasnivaju samo na objavljenoj literaturi (direktni, kao i indirektni dokazi) nego i na konsenzusu stručnjaka. Smernice utemeljene na dokazima uključuju preporuke namenjene optimizaciji nege pacijenata, zasnovane na temeljitom pregledu dokaza, proceni prednosti i štete, vrednostima i preferencijama pružalaca usluga i pacijenata, kao i na korišćenju i mogućnosti operacionalizacije resursa.

Iako istraživanje zasnovano na dokazima pruža osnov preporukama i smernicama za dobru kliničku praksu, ono mora biti u skladu sa stvarnošću i izvodljivošću pružanja nege u različitim okruženjima. U pripremu osme verzije SN-a integrisane su i preporuke za razvoj smernica za kliničku praksu koje su iznele nacionalne medicinske akademije i Svetska zdravstvena organizacija, a odnose se na transparentnost, politiku sukoba interesa, sastav komisija i grupni proces rada.

Komisija za izradu smernica za osmu verziju SN-a bila je multidisciplinarna i sastojala se od stručnjaka u ovom području, zdravstvenih radnika, istraživača i aktera s različitim perspektivama i različite geografske zastupljenosti. Metodolog za smernice pomagao je u planiranju te razvoju pitanja i sistematičnog pregleda dokaza, uz dodatne doprinose međunarodnog savetodavnog odbora i komentara u javnoj raspravi. Svi članovi i članice komisije dali su izjave o nepostojanju sukoba interesa. Preporuke osme

verzije SN-a temelje se na dostupnim dokazima koji podržavaju intervencije, raspravi o rizicima i štetama, kao i na izvodivosti i prihvatljivosti u različitim kontekstima i shodno prilikama u pojedinim zemljama. Konsenzus o konačnim preporukama postignut je primenom Delfi procesa, koji je uključivao sve članove i članice komisije za smernice i zahtevao da preporuke odobri najmanje 75% članova i članica. Detaljan pregled metodologije osme verzije SN-a nalazi se u Dodatku A.

### **Sažetak poglavlja u osmoj verziji Standarda nege**

Osma verzija Standarda nege predstavlja značajan napredak u odnosu na prethodne verzije. Promene u ovoj verziji zasnivaju se na bitno drugačijoj metodologiji, značajnim kulturnim pomacima, napretku u kliničkim saznanjima i uvažavanju mnogih zdravstvenih problema s kojima se TiRR osobe mogu suočiti mimo hormonske terapije i operacije.

Ove ažurirane smernice nastavljaju proces započet sedmom verzijom Standarda nege iz 2011. godine, kako bi se proširio obuhvat i da bi se, s usko postavljenog fokusa na psihološke uslove za „dijagnostikovanje transrodnosti“ i medicinske tretmane za ublažavanje rodne disforije, prešlo na negu kojom se afirmišu celokupno iskustvo roda neke osobe. WPATH-ov SN-8 proširuje smernice koje specifikuju ko je uključen u kategoriju TiRR osoba, šta bi trebalo, a šta ne bi trebalo nuditi uz rodno-afirmišuću negu, kao i okruženja u kojima bi te smernice trebalo primenjivati u cilju promovisanja ravnopravnosti i ljudskih prava.

SN-8 sadrži nekoliko novih poglavlja, kao što su Procena odraslih osoba, Obrazovanje, Evnusi i Nebinarnost. Poglavlje koje se u SN-7 odnosilo na decu i adolescente sada je podeljeno na dva zasebna poglavlja. Uopšteno govoreći, SN-8 je znatno duži od prethodnih verzija i daje detaljniji uvod i detaljnije preporuke za zdravstvene radnike. U nastavku slede sažetci poglavlja osme verzije SN-a:

### **Poglavlje 1 — Terminologija**

Ovo novo poglavlje ucrtava pojmovni okvir jezika koji se koristi u SN-8 i nudi konsenzualno kreirane preporuke za korišćenje pojedinih izraza. Poglavlje sadrži (1) pojmove i definicije, kao i (2) primere njihove adekvatne upotrebe.

Ovom dokumentu je priključen i glosar uobičajenih pojmova (v. Dodatak B) kao okvir za primenu i tumačenje osme verzije SN-a.

### ***Poglavlje 2 — Globalna primenljivost***

Ovo poglavlje upućuje na relevantnu literaturu koja se odnosi na razvoj i pružanje zdravstvenih usluga, proširenje zagovaranja nege TiRR osoba na područja van zapadne Evrope i Severne Amerike te daje preporuke za prilagođavanje i implementaciju osme verzije SN-a u različitim kontekstima.

### ***Poglavlje 3 — Procene populacije***

Ovo poglavlje donosi aktualne procene zastupljenosti TiRR osoba u društvu. Na osnovu trenutnih dokaza, njihov udeo može varirati od nekoliko desetinki procenata do nekoliko procentnih poena, u zavisnosti od kriterijuma uključivanja, starosne grupe i geografske lokacije.

### ***Poglavlje 4 — Obrazovanje***

Ovo novo poglavlje daje opšti pregled literature koja se odnosi na obrazovanje u oblasti zdravstvene nege usmerene na potrebe TiRR osoba. Nudi preporuke na nivou države i nevladinog sektora, kao i drugih institucija i pružalaca usluga, kako bi se što više povećao pristup kompetentnoj i saosećajnoj zdravstvenoj nezi. Cilj je da se stvore uslovi za taj oblik nege u području obrazovanja i da se podstakne što obuhvatnija i promišljenija rasprava među pedagozima i zdravstvenim radnicima.

### ***Poglavlje 5 — Procena odraslih osoba***

Ovo novo poglavlje donosi smernice za procenu odraslih TiRR osoba koje traže rodno-afirmišuće medicinske i hirurške tretmane. Ono opisuje i osavremenjuje procenu kao deo pristupa usmerenog na pacijenta i kriterijume koje zdravstveni radnici mogu slediti kada preporučuju medicinske i hirurške tretmane odraslim TiRR osobama.

### ***Poglavlje 6 — Adolescenti***

Ovo novo poglavlje posvećeno je TiRR adolescentima, a razlikuje se od poglavlja o deci. Pripremljeno je za osmu verziju Standarda nege s

obzirom na (1) eksponencijalni rast upućivanja adolescenata stručnjacima, (2) porast dostupnih istraživanja specifičnih za negu povezanu s rodno raznolikošću adolescenata i (3) jedinstvene probleme razvojne i rodno afirmišuće nege te uzrasne grupe. Poglavlje donosi preporuke povezane s procesom procene adolescenata kojima su potrebni rodno-afirmišući tretmani, kao i preporuke za rad s mladim TiRR osobama i njihovim porodicama.

### ***Poglavlje 7 — Deca***

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

### ***Poglavlje 8 — Nebinarnost***

Ovo novo poglavlje osme verzije SN-a sadrži obuhvatniji opis pojma „nebinarnost” i njegove upotrebe iz biopsihosocijalne, kulturne i interseksijske perspektive. U njemu se raspravlja o potrebi za pristupom rodno-afirmišućoj nezi, specifičnim rodno-afirmišućim medicinskim intervencijama, kao i odgovarajućem nivou podrške.

### ***Poglavlje 9 — Evnusi***

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

### ***Poglavlje 10 — Interpolnost***

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

### ***Poglavlje 11 — Institucionalna okruženja***

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

**Poglavlje 12 — Hormonska terapija**

U ovom poglavlju opisuju se primena rodno-afirmišuće hormonske terapije, preporučeni režimi, skrining zdravstvenih problema, pre i za vreme hormonske terapije, kao i posebna razmatranja u vezi s hormonskom terapijom pre operacije. Poglavlje uključuje proširenu raspravu o sigurnosti agonista hormona koji oslobađa gonadotropin (GnRH) u mladosti, različitim hormonskim režimima, posmatranju koje uključuje praćenje razvoja mogućih zdravstvenih problema povezanih s terapijom te o smernicama za saradnju pružalaca hormona s hirurzima.

**Poglavlje 13 — Hirurški zahvati i postoperativna nega**

U ovom se poglavlju opisuje spektar rodno-afirmišućih hirurških zahvata za raznoliku i heterogenu zajednicu osoba koje se identifikuju kao TiRR. Ono sadrži raspravu o optimalnoj hirurškoj obuci za rodno-afirmišuće hirurške postupke, postoperativnu negu i postoperativno praćenje, kao i pristupu hirurškim zahvatima za odrasle i adolescente i individualnim prilagodbama operacija.

**Poglavlje 14 — Glas i komunikacija**

U ovom poglavlju govori se o stručnoj podršci prilagođavanju glasa i komunikacije, kao i o intervencijama koje obuhvataju sve aspekte raznolikosti, osetljive su na njih 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 vezane za kardiovaskularno i metaboličko zdravlje, skrining raka i sisteme primarne zdravstvene nege.

**Poglavlje 16 — Reproktivno zdravlje**

Ovo poglavlje navodi skorašnje podatke o perspektivama plodnosti i ciljevima roditeljstva kod mladih i odraslih TiRR osoba, napretku u metodama očuvanja plodnosti (uključujući krioprezervaciju tkiva), smernice za negu pre

začeca i tokom trudnoće, prenatalno savetovanje i dojenje. Ono 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 negu TiRR osoba.

**Poglavlje 18 — Mentalno zdravlje**

U ovom poglavlju raspravlja se o principima nege u kontekstu mentalnog zdravlja odraslih TiRR osoba i povezanosti brige o mentalnom zdravlju i nege tokom tranzicije. Psihoterapija može biti korisna, ali ne bi trebalo da bude uslov za rodno-afirmišući tretman, dok konverzijski tretman ne bi trebalo ni da se nudi.

## PRVO POGLAVLJE

### Terminologija

Ovo poglavlje donosi pojmovni okvir jezika koji se koristi u osmoj verziji Standarda nege (SN-8) i preporuke za korišćenje pojedinih izraza. Ono sadrži (1) pojmove i definicije, kao i (2) primere njihove adekvatne upotrebe. Uz dokument je priložen i glosar uobičajenih pojmova i izraza koji pruža okvir za primenu i tumačenja osme verzije SN-a (v. Prilog B za glosar pojmova).

#### Terminologija

U ovom dokumentu koristimo izraz "transrodne i rodno raznolike osobe" (srp. TiRR) kako bismo što detaljnije i sveobuhvatnije opisali članove mnogih zajednica u svetu koje uključuju ljude različitih rodnih identiteta i izražavanja različitih od roda koji društvo dodeljuje polu pripisanom po rođenju. To uključuje osobe koje imaju kulturno i/ili jezički specifična iskustva, identitete ili izražavanja i/ili iskustva koja nisu obuhvaćena zapadnjačkim koncepcijama roda ili rečima kojima se te koncepcije opisuju. TiRR se koristi kao prikladna skraćenica za "transrodne i rodno raznolike osobe".

Odluka o upotrebi termina „transrodne i rodno raznolike osobe“ rezultat je aktivnog sagledavanja koje je uključivalo protivrečne stavove. Fokus rasprava bio je na izbegavanju preteranog isticanja pojma „transrodnost“, integraciji nebinarnih rodnih identiteta i iskustava, prepoznavanju globalnih varijacija u razumevanju roda, izbegavanju termina „rodna nenormativnost“ i prihvatanju promenjive prirode jezika, s obzirom na to da se termini koji se trenutno upotrebljavaju možda neće koristiti i u budućnosti. Izraz „transrodne i rodno raznolike osobe“ odabran je s namerom da bude što inkluzivniji, odnosno da bi se istakli različiti rodni identiteti, izražavanja, iskustva i zdravstvene potrebe TiRR osoba. U procesu je korišćena metoda Delfi, a autori poglavlja osme verzije SN-a više su puta anonimno anketirani, u nekoliko krugova, kako bi se postigao konsenzus o pojmovima. SN-8 predstavlja standarde nege koji se globalno primenjuju na TiRR osobe, bez obzira na to kako osoba samu sebe identifikuje ili izražava svoj rod.

#### Kontekst

Izrazi korišćeni u ovom poglavlju možda neće biti (niti mogu biti) primenjivi 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, a da istovremeno bude pristupačan zdravstvenim radnicima i pružaocima usluga, kao i javnosti, odnosno svima koji će se ovim dokumentom služiti. Načelno, pristup zdravstvenoj nezi vezanoj za tranziciju treba da se zasniva na pružanju adekvatnih informacija i dobijanju informisanog pristanka osobe, a ne na izboru reči koje TiRR osobe ili oni koji im pružaju uslugu koriste za opisivanje njihova identiteta. Upotreba izraza i pojmova koji odaju poštovanje i kulturološki su odgovarajući osnova je za pružanje rodno-afirmišuće nege, kao i za redukovanje stigme i štete koju mnoge TiRR osobe trpe u sistemu zdravstvene zaštite. 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. Umesto upotrebe posebnih termina u medicinskim, pravnim i zagovaračkim krugovima, cilj je podsticati zajednički jezik i razumevanje 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 primeniti 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 meri* odražava uvažavanje, inkluzivnost ili zbog kojih su neki pojmovi prihvaćeniji, što uključuje prisustvo ili odsustvo reči koje opisuju te koncepte izvan engleskog jezika; strukturni odnos pola i roda; pravni kontekst na lokalnom, nacionalnom i međunarodnom nivou; kao i posledice istorijske i savremene stigme s kojom se TiRR osobe suočavaju.

**Lista preporuka:**

- 1.1 - Preporučujemo da zdravstveni radnici prilikom primene Standarda nege u različitim globalnim kontekstima upotrebljavaju kulturno relevantne izraze (uključujući pojmove koji opisuju TiRR osobe).
- 1.2 - Preporučujemo da zdravstveni radnici prilikom pružanja nege 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 koja se stalno pojavljuju pri kontekstualizaciji terminologije. Prvi je problem što u engleskom postoje reči koje ne postoje u drugim jezicima (npr. za „pol“ i „rod“ u urdskom i mnogim drugim jezicima postoji samo jedna reč). Drugi su problem reči 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 frekventnost pojedinih pojmova, kao i to koje se osobe ili identiteti tim pojmovima najviše zastupaju ili afirmišu. Reči koje se koriste takođe oblikuju narative koji doprinose formiranju uverenja i percepcije. Dok je u prethodnim verzijama Standarda nege Svetska strukovna organizacija za zdravlje transrodnih osoba (engl. *World Professional Association for Transgender Health, WPATH*) koristila „transrodnost“ kao obuhvatan krovni pojam, u osmoj verziji Standarda nege jezik se proširuje pojmom „TiRR osobe“, koristeći se kao krovni pojam u celom dokumentu (v. drugo poglavlje – Globalnu primenjivost).

Osim toga, jezik, koji se po svojoj prirodi ne prestano razvija, jeste pod uticajem spoljašnjih faktora, kao i društvenih, strukturnih i individualnih pritisaka i nasilja koje se sprovodi nad TiRR osobama i njihovim telima. Mnogi pojmovi i izrazi koji su se ranije koristili ukaljeni 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 neki preferiraju pojmove koji su za druge uvredljivi. Neki žele da ovi Standardi nege osiguraju koherentan skup opšteprihvaćenih termina za opisivanje TiRR osoba, identiteta i povezanih zdravstvenih usluga. Takva lista, međutim, ne postoji i ne može postojati bez isključivanja nekih osoba i učvršćivanja strukturnog ugnjetavanja s obzirom na rasu, nacionalno

poreklo, starosedelački i socioekonomski status, veru, jezik(e) i etničku pripadnost, među ostalim interseksionalnostima. Vrlo je verovatno da će barem deo terminologije korišćene u osmoj verziji Standarda nege zastareti do izrade sledeće verzije. Neke će ta činjenica frustrirati, no nadamo se da će pojedinci i zajednice to shvatiti kao priliku da razviju i usavrše svoje rečnike, kao i da će ljudi razviti istančaniju predstavu o životu i potrebama TiRR osoba, uključujući njihovu otpornost i otpor ugnjetavanju.

Naposletku, ovi Standardi nege uzimaju u obzir zakone i rad pravnih stručnjaka. Ovaj priručnik obuhvata jezik koji se najčešće koristi u međunarodnom pravu kako bi se doprinelo razvoju funkcionalnih definicija pojmova i kako bi se podstakla njihova upotreba u pravnom kontekstu umesto zastarelih i/ili uvredljivih termina. Trenutno najpotpuniji međunarodni dokument o ljudskim pravima koristi termin „rodno raznolike osobe“ [1].

Sve preporuke u ovom poglavlju proizilaze iz detaljne analize dokaza, procene koristi i štete, vrednosti i preferencija pružalaca usluga i pacijenata, kao i mogućnosti korišćenja resursa i izvodivosti. U nekim slučajevima uviđamo da su dokazi ograničeni i/ili da usluge možda nisu dostupne ili poželjne.

**Preporuka 1.1**

**Preporučujemo da zdravstveni radnici prilikom primene Standarda nege u različitim globalnim kontekstima upotrebljavaju kulturno relevantne izraze (uključujući pojmove koji opisuju TiRR osobe)..**

Kulturno relevantni pojmovi koriste se za opisivanje TiRR osoba u različitim globalnim kontekstima. Na primer, 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 prilikom nege TiRR osoba na Tajlandu razlikovaće se od onih u Nigeriji. U globalnoj primeni

Standarda nege, preporučujemo zdravstvenim radnicima da koriste lokalne izraze i termine pri pružanju nege u svom kulturnom i/ili geografskom prostoru.

Afirmacija roda odnosi se na proces prepoznavanja ili uvažavanja rodnog identiteta TiRR osoba – u društvenom, medicinskom, pravnom, bihevioralnom smislu 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 nega TiRR osobama. Rodno-afirmišuća nega ne podrazumeva isto što i nega vezana za proces tranzicije. Pružanje nege u procesu tranzicije, kao što je medicinska afirmacija roda putem hormonske terapije ili operacije, samo po sebi ne osigurava pružanje rodno-afirmišuće nege, 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 prilikom pružanja 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 prilikom nege TiRR osoba koriste jezik i terminologiju koji podržavaju ta ljudska prava. Mnoge TiRR osobe doživele su stigmatu, diskriminaciju i loše ophođenje u zdravstvenim ustanovama, što je dovelo do nezadovoljavajuće zdravstvene zaštite 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 ili uskraćivanje usluga u slučaju bolesti ili povrede i primoranost da edukuju zdravstvene radnike kako bi dobili adekvatnu negu (James et al., 2016). Upravo zbog toga mnoge TiRR osobe se ne osećaju sigurno kada pristupaju zdravstvenoj zaštiti. Katkada izbegavaju zdravstveni sistem i traže druge načine da zadovolje svoje zdravstvene potrebe, kao što je uzimanje hormona bez lekarskog recepta i nadzora, odnosno

oslanjaju se na medicinske savete vršnjaka. Osim toga, prethodna negativna iskustva TiRR osoba u zdravstvenim okruženjima povezana su s budućim izbegavanjem pristupa zdravstvenoj nezi.

Mnoge TiRR osobe susreću se s nepravdom, predrasudama, nepoštovanjem ili omalovažavanjem zdravstvenih radnika, a nedostatak poverenja često je prepreka za pristup zdravstvenoj nezi. Upotreba jezika utemeljenog na principima sigurnosti, dostojanstva i poštovanja u zdravstvenim okruženjima ključna je za osiguranje zdravlja, dobrobiti i prava TiRR osoba na globalnom nivou. Jezik je važna komponenta rodno-afirmišuće nege, ali sam jezik ne rešava niti ublažava sistemsko zlostavljanje, a ponekad i nasilje, s kojima se TiRR osobe susreću u zdravstvenim okruženjima širom sveta. Jezik je samo jedan od važnih koraka na putu prema pravednoj zdravstvenoj zaštiti TiRR osoba, usmerenoj na pacijenta/klijenta. Druge konkretne radnje koje zdravstveni radnici mogu da preduzmu uključuju dobijanje informisanog pristanka i suzdržavanje od stvaranja pretpostavki o potrebama osobe na osnovu 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 prilikom pružanja zdravstvene nege 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 zamenica, kako se identifikuje s obzirom na rod i koje izraze treba koristiti za opisivanje delova njenog tela. Korišćenje rodno-afirmišućih jezika ili terminologije ključna je komponenta nege koja potvrđuje rodni identitet TiRR osoba (Lightfoot et al., 2021; Vermeir et al., 2018). Takvi razgovori takođe mogu pomoći u izgradnji odnosa i smanjenju nepoverenja koje mnoge TiRR osobe osećaju prema zdravstvenim radnicima i doživljavaju u zdravstvenim sistemima. Razgovor i upotreba odgovarajućeg jezika ili prikladne terminologije mogu da doprinesu povezivanju i održavanju odnosa s pacijentom pri pružanju nege 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 nege, umesto isključivog oslanjanja na pol pripisan po rođenju i/ili oznaku rodnog identiteta.

Zdravstveni radnici i zdravstvena okruženja mogu implementirati standardizovane procedure za olakšavanje tih razgovora kao što su: korišćenje obrazaca za unos podataka koji nude mogućnost odabira odgovarajućih zamenica i imena, podstičući osoblje (bez obzira na rod, tj. cisrodne i TiRR osobe) da prilikom predstavljanja naznače odabrane zamenice 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 poverljivost, uključujući i kada će otkriti da su transrodne i rodno raznolike osobe, odnosno da li to treba i kako prikladno zabeležiti. Na primer, politika klinike može biti da se ti podaci zabeleže kao privatni i poverljivi između zdravstvenih radnika i pacijenata/klijenata i da se smeju otkriti isključivo kada je to nužno.

[1] A/73/152, Izveštaj Nezavisnog stručnjaka za zaštitu od nasilja i diskriminacije na osnovu seksualne orijentacije i rodnog identiteta.



## DRUGO POGLAVLJE

### Globalna primenljivost

Ljudi koji prkose kulturološkim granicama pola i roda postojali su u kulturama diljem sveta 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 srp. *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 Svetska strukovna organizacija za zdravlje transrodnih osoba (WPATH) ističe da ih treba ceniti 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 svetu doživljavaju stigmatu, predrasude, diskriminaciju, uznemiravanje, zlostavljanje i nasilje, što rezultira društvenom, ekonomskom i pravnom marginalizacijom, lošim mentalnim i fizičkim zdravljem, pa čak i smrću – procesom 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 Meyer (2003) opisao kao manjinski stres (v. takođe 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 psihološkim (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, široko je 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 posledicama, jesu alarmantne. U svetu je između januara 2008. i septembra 2021. bilo više od 4.000 dokumentovanih ubistava, što je statistički podatak koji se uveliko smatra manjkavim zbog nedovoljnog prijavljivanja (TGEU, 2020).

Od objavljivanja sedme verzije Standarda nege (SS-7), došlo je do dramatičnih promena u perspektivama o TiRR osobama i njihovoj zdravstvenoj nezi. Glavna struja globalne medicine više ne klasifikuje TiRR identitete kao mentalni poremećaj. U petoj verziji Dijagnostičkog i statističkog priručnika (DSM-5) Američkog psihijatrijskog udruženja (APA, 2013) dijagnoza „rodne disforije“ usredsređuje se na bilo kakvu teskobu i nelagodu 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 Svetske zdravstvene organizacije (WHO, 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 mogla da proizađe iz tog identiteta. Takva kretanja, koja uključuju depatologizaciju (ili tačnije depsihopatologizaciju) transrodnih identiteta, temeljno su važna zbog niza razloga. U području zdravstvene zaštite, moguće je da su pomogla da se podrži model nege koji naglašava aktivno učešće pacijenta u donošenju odluka o vlastitoj zdravstvenoj nezi, uz podršku stručnjaka primarne zdravstvene zaštite (Baleige et al., 2021). Razumno je pretpostaviti da bi ove tendencije mogle da promovišu i društveno uključive politike, kao što je zakonodavna reforma koja omogućava priznanje roda podstičući pristup utemeljen na poštovanju ljudskih prava, bez nametanja zahteva za dijagnozom, hormonskom terapijom i/ili operacijom. TiRR osobe koje su promenile 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 pridoneti opštem zdravlju i dobrobiti TiRR osoba (Aristegui et al., 2017).

Prethodna izdanja SN-a otkrila su da veliki deo zabeleženih kliničkih iskustava i znanja u ovom području potiče iz severnoameričkih i zapadnoevropskih izvora. Usredsredila su se na rodno-afirmišuću zdravstvenu negu u zemljama s visokim dohotkom koje imaju sistem zdravstvene nege s relativno dobrim resursima (uključujući one s obučanim pružaocima usluga mentalnog zdravlja, endokrinolozima, hirurzima i drugim stručnjacima) i gde se usluge

često finansiraju javno ili (barem za neke pacijente) putem privatnog osiguranja.

U mnogim zemljama pružanje zdravstvene nege TiRR osobama nešto je čemu one mogu samo da teže; s ograničenim ili nepostojećim resursima u ovom području, te često nedostupnim, neprikladnim, teško pristupačnim i/ili uslugama koje ne mogu da si priušte. Malo je zdravstvenih radnika na raspolaganju (primarnih ili specijalista), ako ih uopšte ima. Finansiranje rodno-afirmišuće zdravstvene nege 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 ovih razloga i zbog istorijskog gledišta glavne struje „zapadne“ medicine na TiRR osobe kao na mentalno poremećene (perspektiva koja se tek nedavno promenila), TiRR osobe su često (bile) obespravljene kao korisnice zdravstvene zaštite.

Pružaoци zdravstvenih usluga otkrili su da je relevantna literatura većinom severnoamerička i evropska, što predstavlja posebne izazove za osobe koje rade u sistemima zdravstvene nege s naročito neadekvatnim sredstvima. Nedavne inicijative, koje često uključuju donosioce odluka iz TiRR populacije kao partnere, donekle menjaju ovu situaciju pružajući bazu znanja o dobroj praksi u drugim regijama, uključujući znanje o pružanju delotvorne, kulturno kompetentne zdravstvene nege TiRR osobama u zemljama s niskim i srednjim prihodima izvan globalnog severa. U toj oblasti je posljednjih godina razvijen širok raspon vrednih izvora zdravstvene nege. Dahlen et al. (2021) nude osvrt na dvanaest međunarodnih smernica za kliničku praksu; više od polovine prikaza potiče iz profesionalnih udruženja sa sedištem u Severnoj Americi (npr. Hembree et al., 2017) ili Evropi (npr. T'Sjoen et al., 2020). Tri su iz WHO-a (pri čemu je najnovija WHO-ova smernica iz 2016). Danas postoje brojni drugi izvori, koji nisu na popisu Dahlen et al., a izričito se oslanjaju na stručnost iz regija izvan Severne Amerike i Evrope. Primeri 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, usmeren na zadovoljavanje lokalnih potreba na kulturno siguran i kompetentan način, takođe može imati široku međunarodnu važnost. Neke od ovih publikacija mogu biti posebno vredne onima koji planiraju, organizuju i pružaju usluge u zemljama s niskim prihodima i resursima. Verovatno postoje i drugi izvori objavljeni na jezicima mimo engleskog kojih nismo svesni.

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 činilaca, zakona, potražnje i pružanja rodno-afirmišuće zdravstvene nege, SN-8 treba tumačiti kroz objektiv koji je prikladan za kontekst i u kontekstu individualne prakse svakog zdravstvenog radnika, zadržavajući usklađenost s temeljnim načelima koja ga podupiru (APTN i UNDP, 2012; Health Policy Project et al., 2015; PAHO, 2014).

Upravo u ovom kontekstu i oslanjajući se na iskustva TiRR osoba i pružalaca zdravstvenih usluga na međunarodnom nivou, razmatramo globalnu primenljivost osme verzije SN-a u ovom poglavlju. Iznosimo ključna razmatranja za zdravstvene radnike i zaključujemo preporukom ključnih načela i praksi utemeljenih za savremenu zdravstvenu negu TiRR osoba, bez obzira na to gde žive ili postoje li resursi dostupni onima koji žele pružiti takvu zdravstvenu negu.

### Preporuka 2.1

**Preporučujemo da sistemi zdravstvene nege osiguraju medicinski nužnu rodno-afirmišuću zdravstvenu negu za transrodne i rodno raznolike osobe.**

Medicinska nužnost je pojam uobičajen za mogućnost pokrivanja troškova zdravstvene zaštite i polise osiguranja na globalnom nivou. Uobičajena definicija medicinske nužnosti koju koriste osiguratelji ili osiguravajuća društva glasi: „Zdravstvene usluge koje bi lekar i/ili zdravstveni radnik, sprovodeći razboritu kliničku procenu, pružio pacijentu u svrhu prevencije, evaluacije, dijagnostikovanja ili tretmana

**Lista preporuka:**

- 2.1 - Preporučujemo da sistemi zdravstvene nege osiguraju medicinski nužnu rodno-afirmišuću zdravstvenu negu za transrodne i rodno raznolike osobe.
- 2.2 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima i drugim korisnicima osme verzije Standarda nege (SN-8) da primenjuju preporuke na načine koji zadovoljavaju potrebe lokalnih transrodnih i rodno raznolikih zajednica, pružanjem kulturno osetljive nege koja uvažava stvarne okolnosti zemalja u kojima obavljaju lekarsku 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 sveta.
- 2.4 - Preporučujemo da se prevodi SN-a usredsređe na međukulturnu, konceptualnu i praktičnu jednakost kako bi se osigurala usklađenost s temeljnim načelima koja podupiru SN-8.
- 2.5 - Preporučujemo da zdravstveni radnici i tvorci javnih politika uvek primenjuju temeljna načela osme verzije SN-a u svom radu s transrodnim i rodno raznolikim osobama kako bi osigurali poštovanje ljudskih prava i pristup odgovarajućoj i kompetentnoj zdravstvenoj nezi, uključujući sledeće:

*Opšti principi*

- Budite osnažujući i uključivi. Radite na smanjenju stigme i olakšajte pristup odgovarajućoj zdravstvenoj nezi 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 telesni 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 nege*

- Uključite TIRR osobe u razvoj i implementaciju usluga.
- Osvestite društvene, kulturne, ekonomske i pravne činioce koji mogu uticati na zdravlje (i potrebe za zdravstvenom negom) transrodnih i rodno raznolikih osoba, kao i na spremnost i sposobnost osobe da pristupi uslugama.
- Pružite zdravstvenu negu (ili se obratite iskusnim kolegama) koja afirmiše rodne identitete i rodna izražavanja, uključujući zdravstvenu negu koja smanjuje teskobu povezanu s rodnom disforijom (ako je prisutna).
- Odbacite pristupe kojima je cilj ili ishod konverzija i izbegavajte 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 za zdravstvenom negom transrodnih i rodno raznolikih osoba, uključujući koristi i rizike rodno-afirmišuće nege.
- Uskladite pristup tretmanu sa specifičnim potrebama klijenata, posebno njihovim ciljevima vezanim za rodni identitet i rodno izražavanje.
- Usredsredite se na promociju zdravlja i dobrobiti, a ne samo na smanjenje rodne disforije, koja može, ali i ne mora biti prisutna.
- Posvetite se pristupima smanjenja štete, gde 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 nege.

*Načela za rad na poboljšanju zdravlja u kontekstu šire zajednice*

- Povežite ljude sa zajednicama i mrežama podrške.
- Podržavajte i zastupajte korisnike u njihovim porodicama i zajednicama (škole, radna mesta i druga okruženja) gde je to prikladno.

oboljenja, povreda, bolesti ili njenih simptoma, a koje su: (a) u skladu s opšteprihvaćenim standardima medicinske prakse; (b) klinički prikladne, u smislu vrste, učestalosti, opsega, mesta i trajanja, a koje se smatraju delotvornim za pacijentova oboljenja, povrede ili teškoće; te koje nisu (c) primarno samo pogodnost za pacijenta, lekara ili drugog pružaoca zdravstvene nege i skuplje od alternativne usluge ili niza usluga za koje je barem jednako verovatno da će proizvesti ekvivalentne terapijske ili dijagnostičke rezultate u pogledu dijagnoze ili tretmana oboljenja, povrede ili teškoće 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 zasnivaju na verodostojnim naučnim dokazima objavljenim u recenziranoj medicinskoj literaturi, koju širom sveta priznaju relevantna medicinska zajednica, imenovana specijalizovana medicinska društva i/ili pravovaljane preporuke medicinskih fakulteta i gledišta lekara i/ili zdravstvenih radnika koji rade u relevantnim kliničkim područjima.

Medicinska nužnost ključna je za plaćanje,

subvenciju i/ili povraćaj novca za zdravstvenu negu u delovima sveta. Zdravstveni radnik može potvrditi i dokumentovati da je određeni tretman medicinski nužan za prevenciju ili tretman nekog stanja. Ako zdravstvene politike i prakse dovode u pitanje nužnost medicinske podrške, moguće je obratiti se vladinoj agenciji ili drugom telu za nezavisnu medicinsku proveru.

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

Postoje čvrsti dokazi koji pokazuju blagodat rodno-afirmišućih medicinskih postupaka, uključujući pravilno utvrđene i izvedene endokrine i hirurške postupke, kako su opisani u osmoj verziji Standarda nege, 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, savetovanje i druge medicinske postupke potrebne za delotvornu afirmaciju rodnog identiteta pojedinca i smanjenje rodne nepodudarnosti i disforije. Osim toga, i zakonske promene imena i pola ili roda u dokumentima mogu biti korisne, a u nekim jurisdikcijama zavise od medicinske dokumentacije, koju pacijenti mogu zatražiti od lekara. Rodno-afirmišuće intervencije zasnivaju se na decenijama kliničkih iskustava i istraživanja, stoga se ne smatraju eksperimentalnim ili kozmetičkim ili pak pukom pogodnošću za

pacijenta. Sigurne su i delotvorne 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; Marin-ković 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 ove medicinski nužne tretmane i eliminišu bilo kakva izuzeća iz svojih pravilnika i medicinskih smernica koja bi se odnosila na izuzetke od pokrića medicinski nužnih postupaka ili tretmana za zdravlje i dobrobit TiRR pojedinaca. Drugim rečima, vlade bi trebalo da osiguraju uspostavljanje, proširenje ili poboljšanje usluga zdravstvene nege za TiRR osobe (prema potrebi) u svakoj univerzalnoj zdravstvenoj zaštiti, javnom zdravstvu, sistemima koje dotira država ili privatnim sistemima koje reguliše vlada. Sistemi zdravstvene zaštite trebalo bi da osiguraju da stalna zdravstvena nega, i rutinska i specijalizovana, bude lako dostupna i cenovno pristupačna svim građanima na ravnopravnoj osnovi.

SN-8 razmatra medicinski nužne rodno-afirmišuće intervencije. To uključuje, ali nije ograničeno na histerektomiju i/ili bilateralnu salpingo-ooforektomiju, bilateralnu mastektomiju, rekonstrukciju prsnog koša ili feminizirajuću mamoplastiku, promenu 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, tela i genitalnog područja radi rodne afirmacije ili u sklopu predoperativne pripreme, rodno-afirmišuću hirurgiju lica i oblikovanje tela, glasovnu terapiju i/ili hirurški zahvat prilagođavanja glasa, lekove koji suzbijaju pubertet i rodno-afirmišuće hormone, kao i savetovanje ili psihoterapijski tretman prilagođen pacijentu na osnovu procene njegovih individualnih okolnosti i potreba.

### Preporuka 2.2

**Preporučujemo zdravstvenim radnicima i drugim korisnicima osme verzije Standarda nege (SN-8) da preporuke primenjuju na načine koji zadovoljavaju potrebe lokalnih transrodnih i rodno raznolikih zajednica, pružanjem kulturno osjetljive nege koja uvažava stvarne okolnosti zemalja u kojima obavljaju lekar-sku praksu.**

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

Drugde identiteti uključuju, ali nisu ograničeni na: *travesti* (u većem delu Latinske Amerike), *hijra* (u većem delu južne Azije), *khwaja sira* (u Pakistanu), *achout* (u Mjanmaru), *maknyah, pak-nyah* (u Maleziji), *waria* (u Indoneziji), *kathoey, phuying kham phet, sao praphet song* (na Tajlandu), *bakla, transpinay, transpinoy* (na Filipinima), *fa'afafine* (na Samoju), *mahu* (u Francuskoj Polineziji, na Havajima), *leiti* (u Tongi), *fakafifine* (na otoku Nijue), *pinapinaaine* (na otocima Tuvalu i Kiribati), *vakasalewalewa* (na Fidžiju), *palopa* (Papua Nova Gvineja), *brotherboys* i *sistergirls* (kod Aboridžina i Ostrvljana Toresovog moreuza u Australiji) i *akava'ine* (na Kukovim ostrvima) (npr. APTN i UNDP, 2012; Health Policy Project et al., 2015; Kerry, 2014). Širom Severne Amerike takođe postoji velik broj identiteta koji se opisuju kao utelovljenje dva duha (engl. *two-spirit*) (npr. *nadleehi* u kulturi Navaho (Diné)) (Sheppard i Mayo, 2013). Identiteti na koje se svaki od ovih 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 leže izvan rodne binarnosti (npr. Graham, 2010; Nanda, 2014; Peletz, 2009). Neki TiRR identiteti slabije su utvrđeni od drugih. U mnogim delovima

sveta vidljivost transrodnih muškaraca i nebinarnih transmuskulinih identiteta relativno je nova, te postoji malo ili nimalo primenjivih tradicionalnih izraza na lokalnim jezicima (Health Policy Project et al., 2015). Bez obzira na to gde ili s kim rade (uključujući zdravstvene radnike koji rade s pripadnicima etničkih manjina, migrantima i izbeglicama), zdravstveni radnici moraju biti svesni kulturnog konteksta u kojem su ljudi odrasli i žive, te kako to utiče na zdravstvenu negu.

Širom sveta dostupnost, pristupačnost, prihvatljivost i kvalitet zdravstvene negei uveliko se razlikuju, što rezultira nejednakostima 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 nege (WHO, 2019a). Zdravstveni radnici trebalo bi da budu svesni tradicije i stvarne situacije u kojoj je zdravstvena nega dostupna i da pružaju podršku koja uvažava lokalne potrebe i identitete TiRR ljudi, obezbeđujući kulturno kompetentnu i sigurnu negu.

### 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 sveta.**

Proživljena iskustva TiRR osoba uveliko se razlikuju u zavisnosti od niza činilaca, između ostalog, društvenih, kulturnih (uključujući duhovne), pravnih, ekonomskih i geografskih. Kada TiRR osobe žive u okruženjima koja uvažavaju 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 im se uskraćuju opšteprihvaćena međunarodna humanitarna prava. To uključuje prava 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 postupanje dok je osoba u pritvoru i zaštitu od mučenja,

nečovečnog 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; WHO, 2015). Stoga ovde ponovno potvrđujemo važnost navedenih prava za TiRR osobe i upućujemo na dosadašnje zagovaranje tih prava u WPATH-u, uključujući brojne dokumente usmerene na javne politike (npr. WPATH, 2016, 2017, 2019). Zdravstveni radnici mogu imati važnu ulogu pri zagovaranju prava, uključujući pravo na kvalitetnu rodno-afirmišuću zdravstvenu negu koja je primerena, povoljna i dostupna.

Velik broj studija širom sveta 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 stigmu i predrasude, kao i diskriminaciju i uznemiravanje, zlostavljanje i nasilje, ili žive u iščekivanju i strahu od takvih postupaka. Društvene vrednosti 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. Yadegarfarid 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 negu). Krajnji rezultat je to da su TiRR osobe obično lišene širokog spektra mogućnosti koje su dostupne njihovim cisrodnim pandanima i gurnute na margine društva, bez podrške porodice. Da stvari budu još gore, u velikom delu sveta pristup TiRR osoba zakonskom priznavanju roda ograničen je ili uopšte ne postoji (npr. ILGA World, 2020a; TGEU, 2021; UNDP i APTN, 2017). U nekim zemljama takve prepreke danas imaju podršku „rodno kritičkih teoretičara“ (o čemu raspravljaju npr.

Madrigal-Borloz, 2021; Zanghellini, 2020).

Akcije za promenu rodnog identiteta (programi rodne reparacije ili rodne konverzije usmereni na to da osoba postane cisrodna) široko su rasprostranjene, nanose štetu TiRR osobama (npr. APTN, 2020a, 2020b, 2020c, 2021; Bishop, 2019; GIREs et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020) i (poput akcija usmerenih na seksualnu orijentaciju) smatraju se neetičkim (npr. APS, 2021; Trispiotis i Purshouse, 2021; Various, 2019, 2021). Ove akcije mogu se smatrati oblikom nasilja. Nezavisni stručnjak UN-a za zaštitu od nasilja i diskriminacije na osnovu 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 činilaca, uključujući ekonomske okolnosti i vrednosti na kojima se zasniva sistem zdravstvene zaštite, posebno u pogledu naglaska koji se stavlja na javno i privatno finansiranje, kao i samofinansiranje zdravstvene nege. Nedostupnost odgovarajuće i pristupačne zdravstvene nege može dovesti do većeg oslanjanja na neformalne sisteme znanja. To uključuje informacije o samostalnoj primeni 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 dijelovima sveta veliki broj transrodnih žena koristi silikon kao sredstvo za modifikovanje svojih tela oslanjajući se na usluge „pumpača“ silikona i/ili posećujući „zabave“ napumpavanja, često u svojim zajednicama. 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 su 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 je HIV-a kod transrodnih žena, prijavljena kliničkim organizacijama u metropolitanskim područjima, oko 19% u celom svetu, 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 SN-a usredsrede na međukulturnu, konceptualnu i praktičnu jednakost, kako bi se osigurala usklađenost s temeljnim načelima koja podupiru SN-8.**

Velik deo istraživačke literature o TiRR osobama nastaje u zemljama s visokim dohotkom i u zemljama engleskog govornog područja. Perspektive globalnog severa o TiRR ljudima (uključujući i one povezane s potrebama i mogućnostima pružanja zdravstvene nege) dominiraju ovom literaturom. Pretražujući bazu podataka *Scopus* u maju 2021, autori Standarda nege uvideli su da 99% literature o zdravstvenoj nezi transrodnih osoba dolazi iz Evrope, Severne 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. Primena izvora izrađenih na globalnom severu 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 SN-u, preporučujemo da sledite smernice najbolje prakse za prevođenje, kako biste osigurali izradu visokokvalitetnih pisanih izvora koji su kulturno i jezički prikladni lokalnoj situaciji. Važno je da prevodioci poseduju znanje o TiRR identitetima i kulturama kako bi proverili jesu li doslovni prevodi kulturološki kompetentni i sigurni za lokalne TiRR osobe. Prevod takođe treba da sledi utvrđene procese za osiguranje kvaliteta (Centers for Medicare i Medicaid Services, 2010; Sprager i Martinez, 2015).

#### Preporuka 2.5

**Preporučujemo da zdravstveni radnici i tvorci javnih politika uvek primenjuju temeljna načela osme verzije SN-a u svom radu s transrodnim i rodno raznolikim osobama, kako bi osigurali poštovanje ljudskih prava i pristup odgovarajućoj i kompetentnoj zdravstvenoj nezi, uključujući sledeće:**

##### *Opšti principi*

- Budite osnažujući i uključivi. Radite na smanjenju stigme i olakšajte pristup odgovarajućoj zdravstvenoj nezi 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 telesni 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 nege*

- Uključite TiRR osobe u razvoj i implementaciju usluga.
- Osvestite društvene, kulturne, ekonomske i pravne činioce koji mogu uticati na zdravlje (i potrebe za zdravstvenom negom) transrodnih i rodno raznolikih osoba, kao i na spremnost i sposobnost osobe da pristupi uslugama.
- Pružite zdravstvenu negu (ili se obratite iskusnim kolegama) koja uvažava rodne identitete i rodna izražavanja, uključujući zdravstvenu negu koja smanjuje teskobu povezanu s rodnom disforijom (ako je prisutna).
- Odbacite pristupe kojima je cilj ili ishod konverzija i izbegavajte 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 transrodnih i rodno raznolikih osoba za zdravstvenom negom, uključujući koristi i rizike rodno-afirmišuće nege.
- Uskladite pristup tretmanu sa specifičnim potrebama klijenata, posebno s njihovim ciljevima vezanim za rodni identitet i rodno izražavanje.
- Usredsredite se na promociju zdravlja i dobrobiti, a ne samo na smanjenje rodne disforije, koja može, ali i ne mora biti prisutna.
- Posvetite se pristupima smanjenja štete gde 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 nege.

### *Načela za rad na poboljšanju zdravlja u kontekstu šire zajednice*

- Povežite ljude sa zajednicama i mrežama podrške.
- Podržavajte i zastupajte korisnike u njihovim porodicama i zajednicama (škole, radna mesta i druga okruženja), gde 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. Mada su inače širom sveta zdravstvene usluge raznovrsne u smislu dostupnosti, pristupačnosti i kvaliteta, usluge koje su dostupne TiRR osobama pretežno su neadekvatne. Brojni izveštaji iz različitih delova sveta pokazuju da, iako TiRR osobe mogu prijaviti pozitivna iskustva zdravstvene nege, 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 negom. 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 odeljenjima 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 to što su zdravstveni radnici u nekim delovima sveta uključeni u akcije za promenu rodnog identiteta, koje su opisane ranije u ovom poglavlju.

Širom sveta postoje mnoge druge prepreke za pružanje rodno-afirmišuće zdravstvene nege. 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 lekari opšte prakse i drugi pružaoci zdravstvenih usluga nemaju pristup jasnim smernicama

na svom jeziku, to ih može odvratiti od pružanja usluga. Čak i u situacijama u kojima je zdravstvena nega dostupna, pacijentima je to nezi možda teško da pristupe zbog udaljenosti, kontrole pristupa i problema s ponudom i potražnjom koji rezultiraju dugim listama čekanja ili povećanjem troškova. Štaviše, rodno-afirmišući zahvati možda nisu ni uključeni u opštu zdravstvenu zaštitu, ni pokriveni privatnim osiguranjem, iako slični zahvati mogu biti pokriveni za cisrodne pacijente.

Zbog svih ovih razloga, mnoge TiRR osobe izbegavaju korišćenje formalnih zdravstvenih usluga kad god mogu. Njihove vlastite zajednice obično ispunjavaju tu prazninu, delujući kao važni resursi za svoje članove. One pružaju društvenu i emocionalnu podršku, neretko u neprijateljskom okruženju. Osim toga, često služe kao riznica zajedničkih informacija o dostupnim opcijama zdravstvene zaštite, uključujući i paralelne i neformalne opcije zdravstvene nege, mimo konvencionalne medicine, koje su povoljnije i kojima je lakše pristupiti. Kao što smo vidjeli ranije u ovom poglavlju, to često uključuje razmenu informacija o silikonima i drugim supstancama za ubrizgavanje namenjenim telesnoj transformaciji, te o hormonima, koje same primjenjuju bez potrebne medicinske kontrole ili nadzora. WHO 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 (WHO, 2021). Pristup tim informacijama može biti deo šireg procesa smanjenja povreda (npr. Idrus i Hyman, 2014).

Sprovođenje navedenih temeljnih načela u praksi može poboljšati iskustvo zdravstvene nege TiRR osoba i promovisati 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 pruža zdravstvena nega), nivo dostupnosti usluga ili TiRR osobe koje traže te usluge.



## TREĆE POGLAVLJE Procene populacije

Svetska strukovna organizacija za zdravlje transrodnih osoba (engl. *World Professional Association for Transgender Health*, WPATH) u prethodnom izdanju, SN-7, identifikovala je manji korpus članaka o proceni broja transrodne i rodno raznolike (TiRR) populacije, pa je trenutni presek naučnih saznanja opisala kao „polaznu tačku” koja zahteva dalje, sistematično proučavanje (Coleman et al., 2012). Otada se literatura o toj temi značajno povećala, o čemu svedoče brojni noviji pregledni radovi u kojima se nastojalo da se objedine 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 izbegavati izraze poput „incidencija” i „prevalencija”. Izbegavanje ovih i sličnih izraza može da spreči neprikladno patologizovanje TiRR osoba (Adams et al., 2017; Bouman et al., 2017). Štaviše, izraz „incidencija” možda nije primenjiv u ovoj situaciji jer pretpostavlja da TiRR status ima lako prepoznatljivo vreme početka, što je preduslov za izračunavanje procene incidencije (Celentano i Szkló, 2019). Zbog navedenih razloga, preporučujemo korišćenje izraza „broj” i „udeo” za označavanje apsolutne i relativne veličine TiRR populacije.

Prilikom pregleda literature bilo bi najvažnije razmotriti varijabilne definicije primenjene na TiRR populaciju (Collin et al., 2016; Meier i Labuski, 2013). Podaci o TiRR osobama u kliničkim ispitivanjima obično su ograničeni na osobe kojima je taj status dijagnostikovano, ili su zatražile savetovanje ili terapiju ili su se podvrgle rodno-afirmišućoj terapiji, dok se istraživanje zasnovano na anketama obično oslanja na širu, inkluzivniju definiciju zasnovanu na izjašnjenim rodnim identitetima.

Drugo metodološko razmatranje o proceni veličine i rasprostranjenosti TiRR populacije proizlazi iz potrebe da se razumeju 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 pre više od deset godina, prvo se procenjivao broj pacijenata pregledanih u određenom kliničkom centru, a zatim se taj broj delio s približnom

veličinom populacije. Time se nije mogla dobiti tačna procena 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 poslednjoj deceniji) koje su koristile proverenu metodologiju za identifikaciju TiRR osoba u dobro definisanom modelu uzorkovanja. Zbog svega navedenog, ovo poglavlje se temelji na istraživanjima koja zadovoljavaju sledeće kriterijume uključivanja: 1.) objavljena su 2009. godine ili kasnije; 2.) koriste jasnu definiciju TiRR statusa; 3.) izračunati udeo TiRR osoba temelji se na dobro definisanom imeniocu populacije i 4.) prošla su stručnu recenziju. Takva istraživanja mogu dati preciznije, savremene procene.

Dostupna istraživanja mogu se podeliti u tri grupe: 1) ona koja su prikazala udeo TiRR osoba među osobama uključenim u velike sisteme zdravstvene zaštite; 2) ona koja su predstavila rezultate demografskih anketiranja pretežno odraslih učesnika i 3) ona koja se temelje na anketama sprovedenim u školama. U nastavku su sažete najinformativnije i metodološki najkvalitetnije studije iz ove tri kategorije. 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 procenjivala 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 američkoga programa zdravstvenog osiguranja *Medicare*, koji primarno osigurava osobe starije od 65 godina. Udeo TiRR osoba prikazan u istraživanjima zasnovanim na dijagnostičkom kodu kretao se od približno 0,02% do 0,03%. Još je jedna novija publikacija koristila podatke *Medicarea*, s podacima o potraživanjima iz komercijalnog osiguranja, za identifikaciju TiRR osoba, primenivši opsežnije kriterijume za uključivanje da

bi dijagnostičke kodove dopunila informacijama o zahvatima i hormonskoj terapiji (Jasuja et al., 2020). Korišćenjem ove metodologije udeo TiRR osoba među svim osobama u uključenim planovima zdravstvene zaštite bio je 0,03%. Šesta studija zasnovana na podacima iz zdravstvenih sistema (Quinn et al., 2017) sprovedena je na planovima *Kaiser Permanente* u američkim državama Džordžiji i Kaliforniji. Ovi planovi obuhvataju negu za približno osam miliona osiguranika, bez obzira na to da li su oni osigurani preko svojih poslodavaca, vladinih programa ili samostalno. TiRR populacija u studiji *Kaiser Permanente* potvrđena je u svim starosnim grupama korišćenjem dijagnostičkih kodova i kliničkih beleški. Udeo TiRR osoba identifikovanih u konzorcijumu *Kaiser Permanente* bio je veći od srazmernog udela izraženog u studijama koje su se oslanjale na Upravu za zdravlje veterana i *Medicare*, s najnovijim procenama u rasponu od 0,04 do 0,08%.

Za razliku od rezultata istraživanja utemeljenih na podacima iz zdravstvenog sistema, rezultati anketa koje su se oslanjale na saopšteni TiRR status dale su mnogo više procene. Dva američka istraživanja su iskoristila Studiju o praćenju bihevioralnih faktora rizika (BRFSS), odnosno godišnju telefonsku anketu koja se sprovodi u svih pedeset 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 država i teritorije Guam. Oba istraživanja donose podatke da je otprilike 0,5% odraslih učesnika (starijih od 18 godina) odgovorilo „da“ na pitanje „Smatrate li se transrodnom osobom?“

Onlajn anketa sprovedena na uzorku holandskog stanovništva uzrasta od 15 do 70 godina (Kuyper i Wijsen, 2014), na Likertovoj lestvici s pet mogućih odgovora, sadržavala je pitanja: „Možete li navesti u kojoj meri psihološki doživljavate sebe kao muškarca?“ i „Možete li navesti u kojoj meri psihološki doživljavate sebe kao ženu?“ Ispitanici su smatrani „rodno ambivalentnim“ ako su dali istu ocenu za obe izjave i „rodno inkongruentnim“ ako su dali nižu ocenu za pol pripisan po rođenju nego za rodni identitet. Udeo ispitanika koji je potvrdio inkongruentan i ambivalentan rodni identitet iznosio je 1,1% odnosno 4,6% za osobe kojima je po rođenju pripisan muški pol (engl. *assigned*

*male at birth*, AMAB), te 0,8% odnosno 3,2% za osobe kojima je po rođenju pripisan ženski pol (engl. *assigned female at birth*, AFAB).

Slično osmišljeno istraživanje dalo je procenu udela TiRR stanovnika u Flandriji (Belgija) koristeći uzorak iz nacionalnog registra (Van Caenegem, Wierckx et al., 2015). Trebalo je da ispitanici ocene izjave „Osećam se kao žena“ i „Osećam se kao muškarac“ na Likertovoj lestvici, birajući između pet ponuđenih odgovora. Na osnovu iste definicije kao i u holandskoj studiji (Kuyper i Wijsen, 2014), udeo rodno inkongruentnih osoba bio je 0,7% za AMAB osobe i 0,6% za AFAB osobe. Procene za rodnu ambivalentnost među AMAB i AFAB osobama bile su 2,2% odnosno 1,9%.

Novija studija, utemeljena na ukupnom broju stanovnika, procenjivala je udeo TiRR osoba na uzorku od oko 50.000 odraslih stanovnika okruga Štokholm (Švedska) (Åhs et al., 2018). Brojilac je određen tako što je ispitanicima postavljeno sledeće pitanje: „Želim hormone ili operaciju da više budem kao neko drugog pola“. Dve dodatne stavke osmišljene su za identifikaciju osoba koje doživljavaju rodnu inkongruenciju: „Osjećam se kao neko drugog pola“ i „Želeo 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 osećaju kao osobe drugog roda i one koje su želele živeti ili biti tretirane kao osobe drugog roda činile su 2,3% odnosno 2,8% ukupnog uzorka.

Podaci o populaciji izvan Severne Amerike i zapadne Evrope ređe su dostupni. Novije istraživanje sadrži vredne podatke iz ankete koja je obuhvatila 6.000 odraslih u Brazilu (Spizzirri et al., 2021). Rodni identitet učesnika je procenjen na osnovu tri pitanja: 1.) „Koja od sledećih opcija najbolje opisuje kako se trenutno osećate?“ (opcije: „Osećam da sam muškarac“, „Osećam da sam žena“ i „Osećam da nisam ni muškarac ni žena“); 2.) „Koji je pol upisan na vašem izvodu iz matične knjige?“ (opcije: „muško“, „žensko“ i „neodređeno“) i 3.) „S kojom od situacija se najviše poistovećujete?“ (opcije: „Rođen/-a sam kao muško, ali se osećam kao žensko od detinjstva“; „Rođen/-a sam kao žensko, ali se osećam kao muško od detinjstva“, „Rođen/-a sam kao muško i osećam se ugodno u svom telu“ i „Rođen/-a sam kao žensko i osećam se ugodno u svom telu“). Na osnovu odgovora

na ova tri pitanja, autori su utvrdili da je među ispitanicima 1,9% TiRR osoba (0,7% ispitanika definisano je transrodnim osobama, a 1,2% – kao nebinarnim osobama).

Literatura o udelima mladih TiRR osoba u populaciji (osobe mlađe od 19 godina) uključuje nekoliko anketnih istraživanja sprovedenih u školama. Nacionalnom presečnom anketom iz 2012. na Novom Zelandu su prikupljeni podaci o TiRR identitetima među učenicima srednjih škola (Clark et al., 2014). Među više od 8.000 učesnika ankete, 1,2% su se samoidentifikovala kao TiRR osobe, a 2,5% je izjavilo da nisu sigurni. Druga studija o deci školskog uzrasta zasnovana je na anketi sprovedenoj na učenicima 9. i 11. razreda (uzrasta od 14 do 18 godina) iz 2016. godine u američkoj državi Minesoti (Eisenberg et al., 2017). Od gotovo 81.000 ispitanika, 2,7% ispitanika je izjavilo da su TiRR osobe. Novija studija (Johns et al., 2019) predstavila je rezultate Ankete o rizičnom ponašanju mladih (YRBS), koja se sprovodi svake dve godine na lokalnim, državnim i nacionalno reprezentativnim uzorcima američkih srednjoškolaca od 9. do 12. razreda (približnog uzrasta od 13 do 19 godina). Ciklus YRBS-a iz 2017. godine sproveden je u deset država i devet velikih urbanih područja i uključivao je sledeće pitanje: „Neki ljudi sebe opisuju kao transrodne osobe kada njihov pol po rođenju ne odgovara onome što misle ili osećaju 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/-a 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 radi identifikovanja rodno raznolike dece i adolescenata na uzorku od nešto više od 6.000 učenika 9–12. razreda (Lowry et al., 2018). Izraz „visoko rodno nenormativna osoba” korišćen je za definisanje AMAB dece koja su izjavila da su vrlo /uglavnom/ donekle žensvena ili AFAB dece koja su izjavila da su vrlo /uglavnom/ donekle muževna. Na osnovu ovih definicija, udeo TiRR osoba među ispitanicima je 13% među AMAB djecom, 4% među AFAB djecom i 8,4% ukupno.

Tek je jedna studija ispitala udeo samoidentifikovane TiRR dece u mlađoj starosnoj grupi. Shields et al. analizirali su podatke iz ankete

sprovedene 2011. godine na uzorku od 2.700 učenika 6–8. razreda (od 11 do 13 godina) u dvadeset i dve javne osnovne škole u San Francisku (Shields et al., 2013). Trideset troje dece se samoidentifikovalo kao TiRR osobama na osnovu pitanja: „Kojeg ste roda?”, gde su mogući odgovori bili „žensko, muško ili transrodna osoba”. Dobijeni udeo transrodnih osoba u anketi iznosio je 1,3%. Međutim, ova definicija bi isključila TiRR osobe koje se samoidentifikuju kao nebinarne i one koje se eksplicitno ne identifikuju kao transrodne osobe.

U celini gledano, podaci iz istraživanja zasnovanih na podacima iz zdravstvenog sistema, koja su se oslanjala na dijagnostičke kodove ili druge dokaze zabeležene 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 udeli TiRR osoba zabeleženi poslednjih godina (2011–2016) kretali od 0,02% do 0,08%. Nasuprot tome, kada je TiRR status utvrđen na osnovu samoidentifikacije, odgovarajući udeli bili su nekoliko puta veći i razumno dosledni ako su istraživanja koristila slične definicije. Kada se anketama konkretno postavilo pitanje o „transrodnom” identitetu, procene su se kretale od 0,3% do 0,5% kod odraslih i od 1,2% do 2,7% kod dece i adolescenata. Kada je definicija proširena da bi uključila šire manifestacije rodne raznolikosti, poput rodne inkongruencije ili rodne ambivalentnosti, odgovarajući udeli bili su nekoliko puta veći: od 0,5% do 4,5% među odraslima i od 2,5% do 8,4% među decom i adolescentima.

Kao što je navedeno drugde (Goodman et al., 2019), još jedno značajno zapažanje je kontinuirano povećanje veličine i sastava TiRR populacije, s trendom rasta udela TiRR osoba u sistemu zdravstvene zaštite, što je zabeleženo u anketama stanovništva, kao i u podacima o pravnom priznanju roda. Više procene uočene u novijoj literaturi podržavaju neke od prethodnih publikacija koje ukazuju na to da je udeo TiRR populacije verovatno bio podcenjen u ranijim istraživanjima (Olyslager i Conway, 2008).

Vremenski trendovi srazmernog odnosa AMAB-a i AFAB-a takođe su zabeleženi u istraživanjima koja analiziraju upućivanje na klinike, kao i podatke iz integrisanih zdravstvenih sistema. Ovaj odnos se promenio od pretežno AMAB statusa u prethodnim decenijama do

pretežno AFAB statusa poslednjih 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 udela TiRR osoba u mladim starosnim grupama, kao i starosne razlike u razmeri AMAB-a i AFAB-a, verovatno predstavljaju „efekat kohorte” koji odražava društveni i politički napredak, promene u uzorcima upućivanja, bolji pristup zdravstvenoj zaštiti i medicinskim informacijama, manje izraženu kulturnu stigmiju i druge promene koje imaju različit uticaj na generacije (Ashley 2019d; Pang et al., 2020; Zhang et al., 2020).

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

Uprkos ovim ograničenjima, najkvalitetniji dostupni podaci jasno ukazuju na to da TiRR osobe predstavljaju znatan i rastući deo opšte populacije. Na osnovu trenutno dostupnih i pouzdanih dokaza, ovaj udeo može varirati od nekoliko desetinki procenata do nekoliko procentnih poena, što zavisi od kriterijuma za uključivanje, starosne grupe i geografske lokacije. Tačne procene udela, rasprostranjenosti i sastava TiRR populacije, kao i predviđanja resursa potrebnih za adekvatnu podršku njihovim zdravstvenim potrebama, trebalo bi da se oslanjaju na sistematično prikupljane i sada sve dostupnije podatke visokog kvaliteta. Potrebno je kontinuirano i rutinski prikupljati podatke da bi se smanjile varijabilnost i prekomerne ili nedovoljne procene rezultata. Na primer, procene će biti daleko tačnije i preciznije kada u popisu stanovništva počnu sistematično da se prikupljaju podaci i izveštaji o polu pripisanom po rođenju i rodnom identitetu, uključujući aseksualne i nebinarne kategorije, koristeći već dobro potvrđenu metodu u dva koraka. Prvu

takvu procenu utemeljenu na popisu stanovništva objavila je kanadska nacionalna kancelarija za statistiku. Na osnovu podataka iz popisa stanovništva 2021. godine, 100.815 od 30,5 miliona Kanađana samoidentifikovalo se transrodnom ili nebinarnom osobom; to je činilo 0,33% stanovništva uzrasta od 15 godina ili više (Statistics Canada, 2022). U skladu s objavljenom literaturom, udeli 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%), *bejbi bumerge* (osobe rođene između 1946. i 1965. godine; 0,15%) te međuratnu i „najveću” generaciju (osobe rođene 1945. ili ranije; 0,12%). Iako ovi rezultati predstavljaju najpouzdanije podatke dostupne do danas, nije poznato kako se udeli stanovništva objavljeni u Kanadi mogu uporediti 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.

## ČETVRTO POGLAVLJE **Obrazovanje**

Ovo poglavlje pružiće opšti pregled literature koja se odnosi na obrazovanje o zdravstvenoj nezi prilagođenoj potrebama transrodnih i rodno raznolikih osoba (TiRR). Preporuke se nude na vladinom, nevladinom i institucionalnom nivou, kao i na nivou pružalaca zdravstvenih usluga, u cilju povećanja pristupa kompetentnoj, saosećajnoj zdravstvenoj nezi. Time bi trebalo da se poboljšaju zdravstveni ishodi u TiRR populaciji. Budući da se radi o poglavlju tek uvrštenom u ovu verziju Standarda nege Svetske strukovne organizacije za zdravlje transrodnih osoba (WPATH), namera je da se postave temelji u oblasti obrazovanja i da se pozove na širu i dublju raspravu među edukatorima i zdravstvenim radnicima.

Zdravstveni radnici uključeni u negu 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 oblasti zdravstvene nege TiRR osoba pretežno je iz Severne Amerike, Evrope, Australije i s Novog Zelanda. Ovo poglavlje ne daje pregled obrazovne literature za svaku disciplinu, potreba specifičnih za svaku disciplinu (koje se mogu pronaći u relevantnim poglavljima) ili potreba specifičnih za sistem zdravstvenog obrazovanja svake zemlje/regije. Potrebno je više razumevanja i istraživanja na preseku sistema zdravstvenog obrazovanja i licenciranja te zdravlja transrodnih osoba širom sveta.

Na globalnom nivou, obrazovanje o zdravstvenoj podršci TiRR osobama imperativ je, ako se žele razrešiti nacionalne i međunarodne zdravstvene razlike. Kulturna kompetencija povezana s TiRR zajednicama i dalje nedostaje. Grupa Svetske banke (The World Bank Group, 2018) izveštava o široko rasprostranjenim 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 mestu, u obrazovanju i zdravstvenoj nezi i dalje je problematična (ibid.).

U svim disciplinama i na svim nivoima nastavnih planova i programa – dodiplomskom i diplomskom, u specijalističkom ili celoživotnom obrazovanju – tokom istorije se ignorisalo kulturno ili kliničko obrazovanje o zdravlju TiRR osoba. Udruženo povereništvo (SAD) preporučilo je zdravstvenim organizacijama da „pruže obrazovne programe i forume koji podržavaju jedinstvene potrebe LGBT zajednice“ i „ponude obrazovne mogućnosti koje se bave zdravstvenim problemima LGBT osoba“ (The Joint Commission, 2011). Međutim, to se ne sprovodi.

Na individualnom nivou, nekoliko pitanja zahteva odgovore. Koja vrsta obrazovnih intervencija najefikasnije može da se suoči s transfobijom i da dovede do dugotrajnih promena stavova? Koje intervencije mogu da proizvedu povećanje broja pružalaca nege u ovom području, kao i broja TiRR osoba koje primaju negu? Da li s vremenom klinička izloženost povećava samouverenost pružalaca 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 da uključuju TiRR zdravlje u obrazovanje koristeći različite modalitete i na različitim nivoima obuke, ta nastojanja se razlikuju u zavisnosti od zdravstvene struke, a nisu ni 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 poniznosti u otvaranju kulturnom znanju i njegovom stjecanju, uz puno uvažavanje interseksionalnosti čovečanstva, krajnji je obrazovni cilj. Ipak, ovaj početni poziv na obrazovanje, usmeren na izgradnju temelja kulturne svesti i kulturne kompetencije, trenutno je slab ili nepostojeći u većem delu sveta.

Sve preporuke u ovom poglavlju iznose se na osnovu temeljitog pregleda dokaza, procene koristi i štete, vrednosti i preferencija pružalaca zdravstvenih usluga i pacijenata, mogućnosti korišćenja resursa i izvodivosti tih preporuka. U nekim slučajevima uvidamo da su dokazi ograničeni i da 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 postupanje prema transrodnim i rodno raznolikim osobama s dostojanstvom i poštovanjem.
- 4.2 - Preporučujemo svoj zdravstvenoj radnoj snazi da, tokom orijentacije ili u sklopu godišnjeg ili celoživotnog 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 u svakom 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 prema transrodnim i rodno raznolikim osobama s dostojanstvom i poštovanjem.**

Član 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 nedostaje. Sve do 2002. godine samo 3% od 500 kompanija na listi časopisa *Fortune* imalo je antidiskriminacijsku zaštitu za TiRR radnike, a nijedna nije nudila osiguranje za rodno-afirmišuću zdravstvenu negu (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% za svoju radnu snagu obezbeđuje bilo kakav oblik kulturnog osposobljavanja u podršci lezbijkama, homoseksualnim, biseksualnim, transrodnim i kvir osobama te osobama koje preispituju svoj rodni i/ili seksualni identitet (LGBTQ osobama) (Human Rights Campaign Foundation, 2022). Nedostatak razumevanja pridonosi sveobuhvatnoj diskriminaciji. Kada se sve uzme u obzir, ove nedoslednosti 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 posvećeno ravnopravnosti TiRR osoba; samo 21% TiRR radnika odlučio bi da prijavi transfobno uznemiravanje na radnom mestu (Stonewall, 2018). Od onih koji su otvoreno TiRR, 34% zlostavljali su njihovi saradnici, 35% su zlostavljali klijenti,

24% je uskraćeno napredovanje zbog rodno identiteta, a 11% njih je dobilo otkaz (Stonewall, 2018). Svetska banka je izjavila da su u jugoistočnoj Evropi rasprostranjeni diskriminacija, uznemiravanje, nasilje i zlostavljanje, a TiRR osobe u toj regiji jesu grupa koja se suočava s najvećim stopama nasilja i diskriminacije (World Bank Group, 2018). Diskriminacija bi često ostala neprijavljena; čak 60% pojedinaca nije podnelo prijavu zbog nedostatka poverenja u rešavanje tužbe, straha od daljnje diskriminacije ili ismevanja i strepnje od autovanja (World Bank Group, 2018). Iako mnoge zemlje u regiji imaju zakone protiv diskriminacije na osnovu rodno identiteta, diskriminacije na radnom mestu, u obrazovanju i zdravstvenoj nezi 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 mere koje bi smanjile diskriminaciju i stigmatu. Jedna od tih mera je obrazovanje. Lokalne kulture koje podstiču stavove protiv TiRR osoba često su prepreka potrebnom obrazovanju. Iako su obuke za sticanje kulturnih kompetencija dovele do dvosmislenih rezultata, Shepherd (2019) preporučuje da kulturno osposobljavanje, koje daje prioritet lokalnim kulturnim pitanjima i usredsređuje se na vrednosti otvorenosti, neosuđivanja i prilagodljivosti, može dovesti do željenih rezultata. Sprovođenje obuke o kulturnom znanju zahteva vodstvo spremno da obuci dâ prioritet i da uloži vreme, novac i ljudski kapital u pružanje početne i celoživotne obuke.

**Preporuka 4.2**

**Preporučujemo svoj zdravstvenoj radnoj snazi da, tokom orijentacije ili u sklopu godišnjeg ili celoživotnog obrazovanja, prođe kulturno osposobljavanje usredsređeno na dostojanstveno ophođenje s transrodnim i rodno raznolikim osobama.**

U svim disciplinama i na svim nivoima nastavnih planova i programa – dodiplomskom i diplomskom, u specijalističkom ili celoživotnom obrazovanju – tokom istorije je ignorisano TiRR kulturno ili kliničko obrazovanje. Činioci koji doprinose ovom nedostatku uključenosti obuhvataju nedostatak znanja nastavnog osoblja, iskustva i lagodnosti s tematikom, pristranost nastavnog osoblja, ograničen prostor u postojećem kurikulumu i nedostatak smernica za integrisanja teme (McDowell i Bower, 2016). Istraživanje o nedostatku takva obrazovanja i potrebi za njime ne bavi se posebno zdravstvenim problemima TiRR osoba. Tačnije, postojeća literatura podvodi zdravstveno obrazovanje o TiRR osobama pod širu raspravu o nedostatku kulturne i kliničke obuke usredsređene na LGBTQ osobe. Na primer, programi mature sestrištva uključivali su u proseku 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 sačinjavala samo njen mali deo.

U širem kontekstu kompetencija za rad s LGBTQ osobama, nedostatak obuke čiji je ishod TiRR kulturna i klinička kompetencija odavno je poznat kao mana obrazovanja o zdravstvenoj nezi (Aldridge et al., 2021). U SAD-u program *Healthy People 2020* Odseka 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 negu. Povereništvo 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 nezi TiRR osoba identifikovan je u SAD-u (Obidin-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 kurikulumu, Shepherd (2022) navodi da su i kliničke i organizacione komponente neophodne za poboljšanje kliničkih susreta i zadovoljstva korisnika. Na organizacionom nivou, to poboljšanje mora biti izvodivo, kao i lokalno i praktično orijentisano (Shepherd, 2022). Na individualnom nivou, osim osposobljavanja, zdravstvenim radnicima više će koristiti generičke osobine koje su usredsređene na vrednosti 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 u svakom od područja kompetencija za svoju specijalnost.**

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

Uprkos sve većoj vidljivosti TiRR osoba, pristup obrazovanju i kulturno kompetentnim zdravstvenim radnicima i dalje je nužnost širom sveta (James et al., 2016; Lerner et al., 2020; Müller, 2017). Nedostatak obrazovanih pružalaca zdravstvenih usluga glavna je prepreka rodno-afirmišućoj nezi 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 nadilazi 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 stižu nakon licenciranja i koja nisu u fokusu većine trenutno proučavanih obrazovnih intervencija (Dubin et al., 2018).

Za uspešno sprovođenje preporuka, možda će biti potrebno da ustanove razmotre razvoj 1.) sistematičnih pristupa razvoju i sprovođenju kompetencija ugrađenih u sistem svake zdravstvene discipline tokom celog radnog veka stručnjaka; 2.) standardizovanog ocenjivanja za studente, uz doprinos TiRR zajednice, i 3.) raspodele resursa nastavnih programa, uključujući obučeno nastavno osoblje, kao i raspodele vremena u skladu s jasnim i sporazumnim ciljevima učenja (Dubin et al., 2018; Pratt-Chapman, 2020). Osim toga, evaluacije ovih intervencija ne bi trebalo da se fokusiraju samo na ishode nego bi takođe trebalo nastojati da se razume kako, kada i zašto se ti ishodi događaju (Allen et al., 2021).



## PETO POGLAVLJE

### Procena odraslih osoba

U ovom poglavlju pružaju se smernice za procenu 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 telo svom rodnom identitetu (v. preporuku 2.1 o medicinskoj nužnosti u drugom poglavlju – Globalnoj primenivosti). Odrasle TiRR osobe su osobe koje su u svojoj zemlji stekle punoletstvo i koje žive neki oblik rodne raznolikosti. Razvojni odlomci poglavlja o adolescentima, uključujući i važnost učešća roditelja/staratelja, takođe mogu biti relevantni za negu mladih osoba, čak i ako su punoletne.

Ovim poglavljem obuhvaćeni su svi oblici rodni 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, svoje biološke, psihološke i socijalne situacije, kao i od svog pristupa zdravstvenoj nezi. Stoga će svaka procena za GAMST morati da se prilagodi naučnoj i kliničkoj bazi znanja, kao i bazi znanja zajednice o prezentovanom rodnom identitetu i lokalnim okolnostima. 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 negu.

Rodni identitet osobe unutrašnja je identifikacija i iskustvo. Uloga procenitelja je da proceni prisutnost rodne inkongruencije i da utvrdi eventualne koegzistirajuće probleme mentalnog zdravlja, da ponudi informacije o GAMST-u, da podrži TiRR osobu u razmatranju efekata/rizika GAMST-a te da proceni da li je TiRR osoba u stanju da razume tretman koji joj se nudi i hoće li joj taj tretman koristiti. Procenitelj takođe može pomoći TiRR osobi da razmotri opcije koje bi mogle poboljšati rezultate GAMST-a. Ovde opisani pristup proceni za GAMST pripisuje značaj proživljenom iskustvu i samospoznaji TiRR osobe, kao i kliničkom znanju zdravstvenog radnika koji vrši procenu. Posledično, ovim pristupom o izboru GAMST-a zajednički odlučuju TiRR osoba i zdravstveni radnik koji vrši procenu,

pri čemu obe strane imaju ključnu ulogu u saradničkom donošenju odluka.

U nekim sistemima koristi se model nege odraslih TiRR osoba koje traže GAMST koji daje prioritet TiRR odrasloj osobi kao donositeljki odluka, dok zdravstveni radnik deluje kao savetnik, 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 procena koja se primarno usmerava na sposobnost TiRR osobe da informisano pristane i da koristi informacije o GAMST-u za donošenje medicinskih odluka. Postoji značajna varijabilnost u takvim modelima među različitim pravosuđima, sistemima i zdravstvenim radnicima (Deutsch, 2011; Morenz et al., 2020). Već neko vrijeme se modeli informisanog pristanka koriste za propisivanje hormona u brojnim lokalnim sredinama.

Cilj ovog poglavlja je da ponudi fleksibilne globalne smernice koje treba prilagođavati lokalnim okolnostima. Zdravstveni radnici trebace da odrede koji pristupi proceni najbolje odgovaraju potrebama u njihovim lokalnim sredinama. Evaluaciju ovih pristupa najbolje je sprovesti u saradnji s TiRR osobama.

Budući da iskustva TiRR osoba obuhvataju širok raspon rodni identiteta i izražavanja, te da TiRR osobe imaju različite potrebe za GAMST-om, ne postoji jedinstvena procena koja će odgovarati svakoj osobi ili svakoj situaciji. Nekim TiRR osobama možda će trebati relativno kratak postupak procene 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 potrebne opsežnije procene, uz uključivanje različitih članova multidisciplinarnog tima. Procene se mogu vršiti lično ili telemedicinskim putem. Iako su u nekim slučajevima korišćeni psihometrijski alati za procenu, oni nisu obavezni deo procene za GAMST. Savetovanje ili psihoterapija mogu biti od pomoći kada to zatraži TiRR osoba. Međutim, savetovanje ili psihoterapija posebno usmereni na TiRR identitet nisu uslov za procenu ni za početak GAMST-a. Genitalni pregledi nisu uslov za početak GAMST-a i treba da se sprovedu samo kada su klinički indikovani.

GAMST se može odvijati u različitim

okruženjima. Okruženje zavisi od dostupnih sistema zdravstvene nege u svakoj zemlji posebno 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 trebalo bi da bude

najvišeg mogućeg kvaliteta. Svetska strukovna organizacija za zdravlje transrodnih osoba (WPATH) zagovara laku dostupnost procene i tretmana. Pristup proceni 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). Smernice u ovom poglavlju

### **Lista preporuka:**

- 5.1 – Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji vrše procene transrodnih i rodno raznolikih odraslih osoba za fizičke tretmane:
- 5.1.a - da imaju licence nadležnih tela i da su završili najmanje diplomске studije ili da su ekvivalentno osposobljeni u kliničkoj oblasti relevantnoj za ovu ulogu, a koju dodeljuje akreditovana nadležna ustanova na nacionalnom nivou;
- 5.1.b – u zemljama koje zahtevaju dijagnozu za pristup nezi, zdravstveni radnik bi trebao kompetentno da koristi najnovije izdanje Međunarodne klasifikacije bolesti (ICD) Svetske zdravstvene organizacije u svrhe dijagnoze. U zemljama koje nisu implementirale najnoviji ICD, mogu se koristiti druge taksonomije; treba se potruditi, što je pre moguće, da se uvede korišćenje najnovijeg ICD-a;
- 5.1.c – da su sposobni da identifikuju koegzistirajuće probleme mentalnog zdravlja ili druge psihosocijalne probleme i da ih razlikuju od rodne disforije, inkongruencije i raznolikosti;
- 5.1.d – da su sposobni da procene sposobnost osobe da pristane na tretman;
- 5.1.e – da su iskusni u proceni 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 procene 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 daljeg upućivanja pacijenata, ako je potrebno.

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

- 5.3 – Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji vrše procene 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 pre pokretanja rodno-afirmišućeg tretmana na područjima gde je dijagnoza neophodna za pristup zdravstvenoj zaštiti;
- 5.3.c – da utvrde i isključe druge moguće uzroke vidne rodne inkongruencije pre početka rodno-afirmišućeg tretmana;
- 5.3.d – da osiguraju procenu svih mentalnih stanja koja bi mogla negativno uticati na ishod rodno-afirmišućih medicinskih tretmana, uz razmatranje rizika i prednosti, pre donošenja odluke o tretmanu;
- 5.3.e – da osiguraju procenu svih fizičkih zdravstvenih stanja koja bi mogla negativno uticati na ishod rodno-afirmišućih medicinskih tretmana, uz razmatranje rizika i prednosti, pre donošenja odluke o tretmanu;
- 5.3.f – da procene sposobnost osobe da pristane na određeni fizički tretman pre početka ovog tretmana;
- 5.3.g – da procene sposobnost odrasle TiRR osobe da razume uticaj rodno-afirmišućih tretmana na reprodukciju i da s tom osobom razmotre reproduktivne mogućnosti pre početka rodno-afirmišućih tretmana.
- 5.4 – Predlažemo da, kao deo procene za rodno-afirmišući postupak, stručnjaci kompetentni za procenu transrodnih i rodno raznolikih osoba koje žele medicinski tretman povezan s rodom 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 na početku ovog tretmana zahtevaju jedinstveno mišljenje stručnjaka kompetentnog za procenu transrodnih i rodno raznolikih osoba koje žele medicinski i hirurški tretman povezan s rodom,.
- 5.6 – Predlažemo da zdravstveni radnici koji procenjuju transrodne i rodno raznolike osobe koje traže gonadektomiju razmotre najmanje 6 meseci hormonske terapije podudarne sa rodnim ciljevima TiRR osobe, pre nego što se TiRR osoba podvrgne nepovratnoj hirurškoj intervenciji (osim kada hormoni nisu klinički indikovani za tu osobu).
- 5.7 – Preporučujemo da zdravstveni radnici koji procenjuju odrasle osobe koje žele detranziciju, i koje traže hormonsku intervenciju povezanu s rodom, hiruršku intervenciju ili obe, koriste sveobuhvatnu multidisciplinarnu procenu koja će uključivati dodatna gledišta iskusnog zdravstvenog radnika u oblasti transrodnog zdravlja i koji će, zajedno s dotičnom osobom, uzeti u obzir ulogu društvene tranzicije kao deo procene.

treba da se prilagode lokalnim, kao i individualnim, kliničkim i društvenim okolnostima.

Preporuke koje slede zasnivaju se na obimnoj literaturi, uključujući i literaturu koja pokazuje značajan pozitivan učinak pristupa GAMST-u, na dostupnim empirijskim dokazima, povoljnoj srazmeri rizika i koristi i konsenzusu najbolje stručne prakse. Baza empirijskih dokaza za procenu odraslih TiRR osoba je ograničena. Prvenstveno uključuje pristup proceni 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 zahteve raspoređivanja pacijenata kojima je potrebna nega u različite grupe za procenu, kao i nedostatak sredstava za istraživanje i drugih resursa za procenu dugoročnih ishoda pristupa proceni.

Priprema ovih smernica bila je složen poduhvat. Kriterijumi u ovom poglavlju značajno su revidirani u odnosu na SN-7 kako bi se smanjili zahtevi i nepotrebne prepreke nezi. Nadamo se da će buduća istraživanja sagledati delotvornost ovog modela, kao i modela procene hormonske terapije i hirurških zahvata koji se razvijaju da bi se postigla stalna poboljšanja.

Sve preporuke u ovom poglavlju donesene su na osnovu temeljitog pregleda dokaza, procene prednosti i štete, vrednosti i preferenci pružalaca usluga i pacijenata, kao i mogućnosti korišćenja resursa i njihove operacionalizacije. U nekim slučajevima uviđamo da su dokazi ograničeni i/ili usluge možda nisu dostupne ni poželjne.

#### Preporuka 5.1

**Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji vrše procene transrodnih i rodno raznolikih odraslih osoba za fizičke tretmane:**

##### Preporuka 5.1.a

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

TiRR osobe, kao i svi drugi ljudi koji traže zdravstvenu zaštitu, treba da dobiju najkvalitetniju dostupnu negu, srazmerno kvalitetu

nege koja se pruža svim ljudima koji koriste zdravstvene usluge (The Yogyakarta Principles, 2017). Kako to varira u različitim delovima sveta, priroda stručnjaka koji vrši procene za GAMST razlikovaće se prema karakteristikama zdravstvene zaštite u lokalnom okruženju, kao i prema normativnim zahtevima nadležnih tela za licenciranje i registraciju. Važno je da pružena zdravstvena nega podrazumeva procenu koju sprovodi kompetentan zdravstveni radnik, čiji je rad regulisan zakonom i koji ima nadležnost da utvrdi rodnu inkongruenciju i stanja koja se mogu pogrešno zameniti s rodnom inkongruencijom. Zdravstveni radnik treba da podrži TiRR osobu tokom celokupnog procesa procene (RCGP, 2019). Procenitelji moraju moći da se obrate zdravstvenim radnicima licenciranim za GAMST.

Zdravstveni radnici bi trebalo da imaju najmanje završene diplomske studije u kliničkoj oblasti povezanoj sa zdravljem transrodnih osoba ili ekvivalentnu dodatnu kliničku obuku, a njihov rad bi trebalo da bude zakonski regulisan; primeri uključuju stručnjaka za mentalno zdravlje, lekara 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 procene za GAMST. Dodatne informacije potražite u četvrtom poglavlju – Obrazovanju.

Pristup kompetentnom zdravstvenom radniku, čiji je rad regulisan zakonom i koji je stručan u proceni za GAMST, ponekad može biti težak. Posledično, osiguravanje kontinuiteta nege i ispravljanje nedostataka u dostupnoj nezi ili značajno odloženoj nezi (npr. zbog duge liste čekanja) može zahtevati da zakonom predviđeni zdravstveni radnik bez stručnog znanja pruža negu TiRR osobama i podršku njihovoj proceni za GAMST. Izbegavanje nepotrebno odlaganja u nezi je izrazito važno. Međutim, TiRR osobe treba podržavati da što je pre moguće pristupe nezi kod iskusnog zdravstvenog radnika (RCGP, 2019).

Ustaljena praksa zahteva 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 redovnim i kontinuiranim edukacijama na temu procene i pružanja nege 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 zahtevaju dijagnozu za pristup nezi, zdravstveni radnik bi trebalo kompetentno da koristiti najnovije izdanje Međunarodne klasifikacije bolesti (ICD) Svetske zdravstvene organizacije u svrhe dijagnoze. U zemljama koje nisu implementirale najnoviji ICD, mogu da se koriste druge taksonomije; treba se potruditi, što je pre moguće, da se uvede korišćenje najnovijeg ICD-a.**

U nekim je zemljama dijagnoza rodne inkongruencije potrebna za pristup GAMST-u (kako je opisano u nastavku). Zdravstveni radnici koji procenjuju TiRR osobe 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 (WHO, 2019a) je sistem klasifikacije koji se fokusira na identitet, u skladu s iskustvom 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 da identifikuju koegzistirajuće probleme mentalnog zdravlja ili druge psihosocijalne probleme i da ih razlikuju od rodne disforije, inkongruencije i raznolikosti.**

Rodna raznolikost prirodna je varijacija kod ljudi i nije inherentno patološka (American Psychological Association, 2015). Međutim, najbolju procenu daje stručnjak u oblasti mentalnog zdravlja, koji utvrđuje stanja koja se mogu pogrešno zameniti s rodnom inkongruencijom. Takva stanja su retka 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 zahteva uključivanje psihologa, psihijatra ili socijalnog radnika u svaku procenu.

Umjesto toga, lekar opšte prakse, medicinski tehničar ili drugi kvalifikovani zdravstveni radnik takođe bi mogli da ispune ovaj zahtev, ako imaju dovoljno stručnog znanja da identifikuju rodnu inkongruenciju i prepoznaju eventualne teškoće s mentalnim zdravljem, kao i da ove teškoće razlikuju od rodne disforije, inkongruencije i raznolikosti. Njihov doprinos može biti važan ako TiRR osobi mogu da pomognu u planiranju nege 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 nezi koja se pruža TiRR osobama. Na primer, 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 tretirati stanja mentalnog zdravlja. Stručnjaci za mentalno zdravlje i zdravstveni radnici sa stečenim znanjima u području mentalnog zdravlja mogu da daju najbolju procenu za GAMST, kao i da podrže TiRR osobe kojima su potrebni komentar ili podrška za mentalno zdravlje tokom tranzicije ili koje to same traže. Dodatne informacije potražite u osamnaestom poglavlju – Mentalnom zdravlju.

#### Preporuka 5.1.d

**Da su sposobni da procene sposobnost osobe da pristane na tretman.**

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

Neke TiRR osobe sposobne su pristati odmah tokom procene. Nekim TiRR osobama, da bi mogle da pristanu, biće potreban kontinuirani razgovor i vežbanje veština donošenja medicinskih odluka. Prisutnost psihijatrijskog oboljenja ili simptoma teškoća s mentalnim zdravljem ne predstavlja prepreku GAMST-u, osim

kada psihijatrijsko oboljenje ili simptomi teškoća s mentalnim zdravljem utiču na sposobnost TiRR osobe da pristane na tretman koji se traži ili kada 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 da pristanu ako odgovarajući zakonski staratelj ili nezavisni donosilac odluka, koga je odobrio nadležni regulator, s ovlaštenjem da odlučuje o zdravstvenom tretmanu, ne pristane i ne potvrdi da je predloženi tretman usklađen s potrebama i željama TiRR osobe.

#### Preporuka 5.1.e

**Da su iskusni u proceni 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 raznolikošću.**

Kao i u svakoj oblasti kliničke prakse, izuzetno je važno da zdravstveni radnici koji vrše procenu za početak GAMST-a imaju znanje i iskustvo u zdravstvenoj nezi TiRR osoba. Ako to nije moguće u lokalnom kontekstu, zdravstveni radnik koji vrši procenu trebalo bi da blisko saraduje sa zdravstvenim radnikom koji ima znanje i iskustvo. U okviru svoje kliničke prakse, zdravstveni radnici trebalo bi da se opredele za kontinuiranu obuku u oblasti zdravstvene nege TiRR osoba, da postanu članovi relevantnih profesionalnih tela, da prisustvuju relevantnim stručnim sastancima, radionicama ili seminarima, da se savetuju sa zdravstvenim radnicima koji imaju relevantno iskustvo i/ili da saraduju s TiRR zajednicom. Ovo je posebno važno u zdravstvenoj nezi TiRR osoba, jer se radi o relativno novom području, a znanje i terminologija se stalno menjaju (American Psychological Association, 2015; Thorne, Yip et al., 2019). Posledično, praćenje novosti u oblastima relevantnim za zdravlje TiRR osoba nužno je za sve koji su uključeni u procenu za GAMST.

#### Preporuka 5.2

**Predlažemo da se zdravstveni radnici koji procenjuju transrodne i rodno raznolike odrasle osobe koje traže rodno-afirmišući tretman povežu sa stručnjacima iz različitih disciplina u oblasti zdravlja transrodnih osoba u svrhu konsultacija i daljeg upućivanja pacijenata, ako je potrebno.**

Ako je potrebno i moguće, procenu 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), čiji su članovi u blagovremenom i adekvatnom međusobnom kontaktu. Tim bi mogao da uključuje stručnjaka za mentalno zdravlje, endokrinologa, pružaoca primarne zdravstvene zaštite, hirurga, stručnjaka za glas i komunikaciju, osobu koja usmerava 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 da kolegama iz različitih disciplina pristupe na vreme kako bi izvršili procenu za GAMST i na najbolji način podržali potrebe TiRR osobe. Takođe je ključno da TiRR osobama budu dostupni naknadni pregledi kod svakog zdravstvenog radnika koji je bio uključen u procenu za GAMST, i to pre, tokom i nakon početka rodno-afirmišućeg tretmana.

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

#### Preporuka 5.3

**Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji vrše procene 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 da uključuje potrebu za GAMST-om i njenu želju da bude prihvaćena kao osoba roda koji doživljava. Posledično, važno je razmotriti

prirodu, dužinu i doslednost rodne inkongruencije. To može uključivati faktore kao što su promena imena i ličnih dokumenata, razgovor s drugima o vlastitom rodu, zdravstvena dokumentacija ili promene 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 promena rodnog identiteta ili manjak upornosti nisu dovoljni za počinjanje rodno-afirmišućeg tretmana, te se preporučuje dodatna procena. U takvim okolnostima, korisna je dugoročnija procena, da bi se osigurala doslednost i trajnost rodne inkongruencije pre pokretanja GAMST-a.

Iako bi trebalo da bude prisutna izražena i trajna rodna inkongruencija, nije potrebno da TiRR osobe dožive ozbiljan nivo teskobe zbog svog rodnog identiteta da bi pristupile rodno-afirmišućim tretmanima. U stvari, pristup rodno-afirmišućem tretmanu može delovati kao profilaktička mera za sprečavanje teskobe (Becker et al., 2018; Giovanardi et al., 2021; Nieder et al., 2021; Nobili et al., 2018; Robles et al., 2016). Odrasla TiRR osoba može da doživljava trajnu rodnu inkongruenciju bez značajnih problema, te će 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 beleški, Jones, Brewin et al. (2017) utvrdili su važnost „stabilnosti rodnog identiteta“ pri planiranju nege. Omogućavanje GAMST-a TiRR osobama s trajnom rodnom inkongruencijom povezano je s niskom stopom kakanja pacijenata i visokom stopom njihovog zadovoljstva (Becker et al., 2018; El-Hadi et al., 2018; Staples et al., 2020; Wiepjes et al., 2018). Međutim, dok se prema jedanaestoj verziji ICD-a (WHO, 2019a) zahteva prisutnost izražene i trajne rodne inkongruencije za postavljanje dijagnoze rodne inkongruencije, malo je specifičnih dokaza za to koliko dugo ona treba da traje za tretman odraslih. Zdravstveni radnici uključeni u procenu TiRR osobe za GAMST podstiču se da uzmu u obzir životnu fazu, istoriju i trenutne okolnosti odrasle osobe koja se procenjuje.

### Preporuka 5.3.b

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

Dijagnoza rodne inkongruencije je na nekim područjima potrebna za pristup nezi povezanoj s tranzicijom. Kada je dijagnoza neophodna za pristup GAMST-u, procena za GAMST uključuje određivanje i dodeljivanje dijagnoze. U tim slučajevima, zdravstveni radnici trebalo bi da kompetentno koriste najnoviju Međunarodnu klasifikaciju bolesti i srodnih zdravstvenih problema (ICD) (WHO, 2019a). Na područjima gde je dijagnoza neophodna za pristup zdravstvenoj zaštiti, dijagnoza HA60 *Rodna inkongruencija u adolescenciji ili odrasloj dobi* treba da se utvrdi pre rodno-afirmišućih intervencija. Rodno-afirmišuće intervencije nakon dijagnoze HA6Z *Rodna inkongruencija, nespecificirana* mogu da se razmotre u kontekstu sveobuhvatnije procene multidisciplinarnog tima.

Postoje dokazi da primena rigidnih alata za procenu „spremnosti za tranziciju“ može da ograniči pristup nezi i nije uvek u najboljem interesu TiRR osobe (MacKinnon et al., 2020). Stoga, u situacijama u kojima je dodela dijagnoze obavezna za pristup nezi, procesu treba pristupiti transparentno i uz poverenje 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 ishodišima (Kattari et al., 2016). Imajući u vidu da se mnoge TiRR osobe boje da će zdravstveni radnici transrodni identitet pogrešno poistovetiti s mentalnim oboljenjem (Ellis et al., 2015), potrebna je osetljivost prilikom dijagnostikovanja kako bi se omogućio najbolji mogući odnos između pružalaca usluga i TiRR osobe.

### Preporuka 5.3.c

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

U retkim slučajevima TiRR osobe mogu imati stanje koje se može pomešati 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 procena. Na primer, može biti potrebna dodatna procena da bi se utvrdilo da li rodna inkongruencija postoji 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 pre pokretanja GAMST-a (Byne et al., 2012, 2018; Hembree et al., 2017). Međutim, važno je shvatiti da TiRR osobe mogu da iskuse 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 samopovređivanje (Arcelus et al., 2016; Claes et al., 2015), češća su među TiRR osobama koje nisu pristupile GAMST-u. Skorije longitudinalne studije ukazuju na to 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 osnovu teškoća s mentalnim zdravljem ili neurorazvojnog stanja. Dodatne informacije potražite u osamnaestom poglavlju – Mentalnom zdravlju.

#### Preporuka 5.3.d

**Da osiguraju procenu svih mentalnih stanja koja bi mogla negativno da utiču na ishod rodno-afirmišućih medicinskih tretmana, uz razmatranje rizika i prednosti, pre donošenja odluke o tretmanu.**

TiRR osobe mogu imati problema s mentalnim zdravljem kao i cisrodne osobe. Tretman tih problema može i treba da se sprovodi zajedno s GAMST-om, kada je potrebna medicinska tranzicija. Izrazito je važno da se rodno-afirmišuća nega ne ometa, osim ako, u nekim izuzetno retkim slučajevima, postoje čvrsti dokazi da je to potrebno da bi se sprečila značajna dekompenzacija s rizikom od povređivanja sebe ili drugih. U tim slučajevima takođe je važno

da se razmotre rizici koje odlaganje 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 ublažavanjem 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, kao i fizički i finansijski stres, koji se mogu povezati s pokretanjem GAMST-a, mogu pogoršati već postojeće probleme mentalnog zdravlja i zahtevati dodatnu podršku uključenog zdravstvenog radnika (Budge et al., 2013; Yang, Wang et al., 2016). Procena simptoma teškoća s mentalnim zdravljem može da poboljša ishode tranzicije, posebno kada se procena koristi za olakšavanje pristupa psihološkoj i društvenoj podršci tokom tranzicije (Byne et al., 2012). Odlaganje tranzicije može se razmotriti u retkim okolnostima kada, na primer, TiRR osoba nije sposobna da se uključi u proces tranzicije ili ako ne bi mogla da se nosi s naknadnom negom, nakon operacije, čak ni uz podršku. Tamo gde se odlaganje GAMST-a, kao poslednja opcija, smatra neophodnim, zdravstveni radnik bi trebalo da ponudi resurse i podršku za poboljšanje mentalnog zdravlja i da olakša ponovno uključivanje u GAMST, što je pre moguće. Treba napomenuti da pristup medicinskoj tranziciji TiRR osobama olakšava društvenu tranziciju i unapređuje sigurnost u javnosti (Rood et al., 2017). Zauzvrat, mera usklađenosti izgleda TiRR osoba s njihovim rodnim identitetom najbolji je prediktor kvaliteta života i ishoda mentalnog zdravlja nakon medicinske tranzicije (Austin i Goodman, 2017). Odlaganje 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 procenu svih fizičkih zdravstvenih stanja koja bi mogla negativno da utiču na ishod rodno-afirmišućih medicinskih tretmana, uz razmatranje rizika i prednosti, pre donošenja odluke o tretmanu.**

U retkim slučajevima GAMST, kao što su hormonske i hirurške intervencije, može imati jatrogene posledice ili može da pogorša 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 pre moguće. Ograničeni podaci i nedosledni 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 verovatnih koristi koje se očekuju od preventivnih mera primenjenih pre i tokom hormonske terapije, važna je pažljiva procena fizičkog zdravstvenog stanja pre početka tretmana. Neka specifična stanja, kao što je istorija raka osetljivog na hormone, mogu zahtevati dodatnu procenu i postupke koji mogu da spreče hormonski tretman (Center of Excellence for Transgender Health, 2016; Hembree et al., 2017).

Slični problemi mogu da budu prisutni kod odraslih TiRR osoba koje žele da pristupe hirurškim intervencijama. Svaka rodno-afirmišuća hirurška intervencija nosi specifične rizike i potencijalno nepovoljne posledice (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 procene 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, procena fizičkog stanja koju vrše zdravstveni radnici ne bi trebalo da bude ograničena na istoriju medicinskih intervencija. Ako TiRR osoba ima telesna zdravstvena stanja, važno je da se ta stanja kontrolišu prilikom pokretanja ili nastavljanja GAMST-a, kad god je to moguće. U svakom prekidu tretmana treba da bude sadržan cilj da se tretman ponovo započne što je pre moguće. Takođe je važno da zdravstveni radnici razviju strategiju postupaka upravljanja fizičkim stanjima koja doprinosi zdravlju i podstiče dosledno pridržavanje plana tretmana.

### Preporuka 5.3.f

#### **Da procene sposobnost osobe da pristane na određeni fizički tretman pre početka ovog tretmana.**

Praksa informisanog pristanka na tretman ključna je za pružanje zdravstvene nege. Informisani pristanak sadržan je u etičkom principu po kojem bi primaoci zdravstvene nege trebalo da razumeju zdravstvenu negu koju primaju i sve posledice koje bi iz nje mogle proisteći. Važnost informisanog pristanka ugrađena je u mnoge zakonodavne i druge normativne prakse kojima se zdravstveni radnici širom sveta rukovode (Jefford i Moore, 2008). Nije moguće znati sve potencijalne posledice zdravstvenog tretmana; umesto 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 zahteva nekoliko složenih kognitivnih procesa.

Pristanak zahteva kognitivni kapacitet da se razumeju rizici i prednosti tretmana, kao i 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 razumevanje koristi za donošenje informisane odluke (American Medical Association, 2021; Applebaum, 2007). Od presudne je važnosti da TiRR osoba i zdravstveni radnik koji vrši procenu *a priori* razmotre prirodu traženog tretmana, kao i potencijalne pozitivne i negativne efekte koje tretman može imati u biološkom, psihološkom i društvenom domenu života te TiRR osobe.

Važno je prepoznati da teškoće s mentalnim zdravljem, posebno simptomi kognitivnog oštećenja ili psihoze, mogu uticati na sposobnost osobe da pristane na GAMST (Hostiuc et al., 2018). Međutim, postojanje takvih simptoma ne mora nužno da znači nemogućnost pristajanja, jer su mnogi ljudi sa značajnim simptomima teškoća u mentalnom zdravlju sposobni razumeti rizike i prednosti tretmana u dovoljnoj meri da donesu informisanu odluku (Carpenter et al., 2000). Umesto toga, važno je sprovesti pažljivu procenu sposobnosti svake TiRR osobe da razume prirodu specifičnog GAMST-a, da razmotri opcije tretmana, uključujući rizike i prednosti, da shvati potencijalne kratkoročne i



dugoročne posledice odluke, te da saopšti svoj izbor kako bi ostvarila pristup tretmanu (Groontens-Wiegers et al., 2017).

Mogući su slučajevi u kojima osoba nema sposobnost pristajanja na zdravstvenu negu, na primer, tokom akutne epizode psihoze ili kada osoba ima dugotrajno kognitivno oštećenje. Međutim, ograničenja sposobnosti pristanka na tretman ne bi trebalo da sprečavaju pristup odgovarajućem GAMST-u. Nekim osobama, da bi shvatile o kojim se rizicima i prednostima radi, potrebno je više puta tokom određenog vremena to objasniti jezikom koji nije previše stručan ili uz korišćenje dijagrama koji bi pojednostavili objašnjenja i pomogli u razumijevanju. Sveobuhvatna i temeljna procena koju sprovodi multidisciplinarni zdravstveni tim može dodatno da doprinese ovom procesu. Za druge će možda biti potrebno da se imenuje alternativni donosilac odluka, poput zakonskog staratelja ili nezavisnog donosioca odluka koga je odobrio nadležni regulator. Te situacije treba razmotriti od slučaja do slučaja, s ciljem da se osigura najafirmativnija i najmanje restriktivna zdravstvena nega za svaku osobu. V. i jedanaesto poglavlje - Institucionalna okruženja.

#### Preporuka 5.3.g

**Da procene sposobnost odrasle rodno raznolike i transrodne osobe da razume uticaj rodno-afirmišućih tretmana na reprodukciju i da s tom osobom razmotre reproduktivne mogućnosti pre početka rodno-afirmišućih tretmana.**

Kako rodno-afirmišuće medicinske intervencije neretko utiču na reproduktivnu sposobnost, zdravstveni radnici bi trebalo da se pobrinu da je TiRR osoba svesna 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 posledice heterogene za ljude svih polova pripisanih po rođenju (Adeleye et al., 2019; Jindarak et al., 2018; Taub et al., 2020). Mogu da postoje individualne razlike i fluktuacije u posledicama po odrasle TiRR osobe. Stoga je ključno da zdravstveni radnici tokom procene, kao i tokom evaluacije sposobnosti osobe da pristane na GAMST, obaveste TiRR osobu o mogućem uticaju tretmana na reproduktivni potencijal. Reproductivne mogućnosti treba razmotriti i raspraviti pre početka

rodno-afirmišućeg tretmana. Kako iz literature nije jasno da li je tokom hormonske terapije moguće začecé, moguće je da će biti potrebno da se osoba informiše o nužnosti korišćenja kontracepcije da bi se izbegla neželjena trudnoća, kao i o različitim dostupnim metodama kontracepcije (Light et al., 2014; Schubert i Carey, 2020).

Studije preseka na kliničkim i nekliničkim uzorcima iz različitih populacija dosledno pokazuju da odrasle TiRR osobe izražavaju želju za roditeljstvom i očuvanjem plodnosti u različitoj meri, u zavisnosti od starosnog doba, roda i trajanja rodno-afirmišuće hormonske terapije (Auer et al., 2018; De Sutter et al., 2002; Defreyne, Van Schuvlenbergh et al., 2020; Wierckx, Stuyver et al., 2012). Na malom uzorku je utvrđeno da informisanje o plodnosti ima uticaja na donošenje odluka u vezi s očuvanjem plodnosti (Chen et al., 2019). Iako grupe koje jesu i one koje nisu dobile savete o plodnosti nisu upoređivane, visoke stope očuvanja plodnosti dogodile su se nakon sveobuhvatnog savetovanja o plodnosti među transrodnim osobama (Amir et al., 2020). Nadalje, jedno istraživanje ukazuje na to da su konsultacije sa stručnjakom smanjile kajanje zbog odluke o tome treba li nastaviti s postupcima očuvanja plodnosti (Vyas et al., 2021). Dodatne informacije potražite u šesnaestom poglavlju – Reproductivnom zdravlju.

#### Preporuka 5.4

**Predlažemo da, kao deo procene za rodno-afirmišući postupak, stručnjaci kompetentni za procenu 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 kroz društvenu tranziciju ili je sve TiRR osobe ne žele (Bränström i Pachankis, 2021; Koehler et al., 2018; Nieder, Eyssel et al., 2020). Posledično, neke TiRR osobe traže rodno-afirmišuće intervencije nakon društvene tranzicije, neke pre, neke tokom, a neke u nedostatku društvene tranzicije.

Društvena tranzicija i saopštavanje rodnog identiteta mogu poboljšati mentalno zdravlje TiRR osobe koja traži rodno-afirmišuće intervencije (Hughto et al., 2020; McDowell et al., 2019). Pored toga, operacije prsa i lica pre

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 deo procene, zdravstveni radnici bi trebali da raspravljaju o tome koja je društvena uloga najprijatnija za TiRR osobu, da li se društvena tranzicija planira i koje je vreme planirane društvene tranzicije (Barker i Wylie, 2008). Imperativ je da tokom procene zdravstveni radnici poštuju široku raznolikost orodnjenih društvenih uloga, uključujući nebinarne i binarne identitete i izražavanja, koje variraju u zavisnosti od kulture, lokalne zajednice i razumevanja pojedinačne osobe.

Neće svi koji zatraže GAMST htjeti ili moći da prođu kroz društvenu tranziciju. Malo je poznato o TiRR osobama koje ne prolaze kroz društvenu tranziciju pre, tokom ili nakon medicinskog tretmana s obzirom na to da ta tema nije sistematično proučavana. Najčešći utvrđeni razlozi za izbegavanje društvene tranzicije jesu 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 je društvena tranzicija neželjena, dodatna procena je važna da bi se utvrdile specifična priroda i celishodnost zahteva za tretmanom, posebno ako se traži hirurški tretman. Dodatna procena može TiRR osobi da pruži priliku da razmotri moguće efekte nesprovođenja društvene tranzicije, dok je još uvek uključena u GAMST. Imajući u vidu nedostatak podataka o zdravstvenim ishodima za TiRR osobe koje ne prolaze kroz 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, na početku ovog tretmana zahtevaju jedinstveno mišljenje stručnjaka kompetentnog za procenu transrodnih i rodno**

#### **raznolikh osoba koje žele medicinski i hirurški tretman povezan s rodom.**

Prethodne verzije smernica SN-a zahtevala su procene dvaju kvalifikovanih zdravstvenih radnika za GAMST. Verovalo se da su dva nezavisna mišljenja najbolja praksa, jer se time pruža sigurnost i TiRR osobama i zdravstvenim radnicima. Na primer, pretpostavljalo se da uključenost dvaju zdravstvenih radnika nudi sigurnost i TiRR osobama i zdravstvenim radnicima koji vrše procenu prilikom nepovratnih medicinskih intervencija.

Međutim, ograničena istraživanja u ovoj oblasti pokazuju da su dva mišljenja uglavnom nepotrebna. Na primer, Jones, Brewin et al. (2017) pregledali su beleške iskusnih zdravstvenih radnika u državno finansiranoj rodnoj nezi 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 zahtev za dvoje nezavisnih procenitelja odražava paternalizam u pružanju zdravstvenih usluga i ukazuje na potencijalno kršenje autonomije TiRR osoba. Autori tvrde da, kada su klijenti adekvatno pripremljeni i procenjeni, pod nadzorom multidisciplinarnog tima, dodatna nezavisna procena nije potrebna.

Dakle, 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 prsne, facijalne i druge rodno-afirmišuće operacije, zahtevaju samo jedno pisano mišljenje/potpis zdravstvenog radnika kompetentnog za nezavisnu procenu 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 procenjuju transrodne i rodno raznolike osobe koje traže gonadektomiju razmotre najmanje 6 meseci hormonske terapije podudarne s rodnim ciljevima TiRR osobe pre nego što se TiRR osoba podvrgne nepovratnoj hirurškoj intervenciji (osim kada hormoni nisu klinički indikovani za tu osobu).**

Smernice za kliničku praksu koje je izradila globalna mreža Endokrinološkog društva (u engl. *Endocrine Society*) savetuju period doslednog hormonskog tretmana pre genitalne

operacije (Hembree et al., 2017). Iako su istraživanja koja podržavaju ovu tezu ograničena, preporuka se smatra dobrom kliničkom praksom, jer omogućuje reverzibilnije iskustvo pre ireverzibilnog iskustva operacije. Na primer, može doći do promena 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 dati vremena da iskusi odsustvo testosterona, nakon čega može odlučiti da li je 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 žlezde nepovratan je zahvat koji dovodi do gubitka plodnosti i gubitka efekata endogenih polnih steroida. Oba efekta moraju se razmatrati kao komponente procene. Dodatne informacije potražite u šesnaestom poglavlju – Reproductivnom zdravlju. Naravno, hormoni nisu klinički indikovani za odrasle TiRR osobe koje ih ne žele ili u slučajevima kada su zbog zdravstvenih razloga kontraindikovani. Dodatne informacije potražite u trinaestom poglavlju – Hirurgiji i postoperativnoj nezi.

#### Preporuka 5.7

**Preporučujemo da zdravstveni radnici koji procenjuju odrasle osobe koje žele detranziciju, i koje traže hormonsku intervenciju povezanu s rodom, hiruršku intervenciju ili obe, koriste sveobuhvatnu multidisciplinarnu procenu koja će uključivati dodatna gledišta iskusnog zdravstvenog radnika u oblasti transrodnog zdravlja i koji će, zajedno s dotičnom osobom, uzeti u obzir ulogu društvene tranzicije kao deo procene.**

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 vreme u određenom rodnom identitetu ili izražavanju pre nego što otkriju da se ne osećaju prijatno u njemu, kasnije ga prilagođavajući ili prelazeći na raniji identitet ili izražavanje (Turban, King et al., 2021). Neke odrasle TiRR osobe takođe mogu s vremenom doživeti promenu rodnog identiteta, tako da se njihove potrebe za medicinskim tretmanima menjaju. Reč je o zdravom i razumnom procesu

za određivanje najudobnijeg i najkongruentnijeg načina života, informisanog rodnim identitetom osobe i kontekstom njenog života. Ovaj proces istraživanja identiteta ne treba nužno poistovećivati s kajanjem, zbunjenošću ili lošim donošenjem odluka, jer se rodni identitet odrasle TiRR osobe može menjati bez obezvređivanja prethodnih odluka o tranziciji (MacKinnon et al., 2021; Turban, Loo et al., 2021). Odraslim TiRR osobama treba pomoći u takvom istraživanju i u svim drugim promenama rodnog identiteta (Expósito-Campos, 2021). Dok istraživanje traje, potrebno je izbegavati nepovratne rodno-afirmišuće tretmane, dok se ne razjasne dugoročni ciljevi i ishodi.

Čini se da su odluke o detranziciji retke (Defreyne, Motmans et al., 2017; Hadje-Moussa et al., 2019; Wiepjes et al., 2018). Procene broja ljudi koji prolaze detranziciju zbog promene identiteta verovatno će biti prenaduvane zbog istraživanja koja spajaju različite kohorte (Expósito-Campos, 2021). Na primer, kohorte istraživanja detranzicije često uključuju odrasle TiRR osobe koje su se odlučile na detranziciju zbog promene svog identiteta, kao i odrasle TiRR osobe koje su se odlučile na detranziciju bez promene identiteta. Iako je malo istraživanja sprovedeno s ciljem da se sistematično ispituju 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 promena u rodnom identitetu (Turban, King et al., 2021). Odrasle TiRR osobe koje nisu doživele promenu identiteta mogu da se odluče na zaustavljanje tranzicije ili da se upuste 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 TiRR osobi najbolje da pomognu u suočavanju s ovim izazovima.

Iako je odabir detranzicije proporcionalno redak, očekuje se da će ukupni porast broja odraslih koji se identifikuju kao TiRR rezultirati povećanjem apsolutnog broja ljudi koji žele da zaustave ili da ponište tranziciju. Međutim,

iako apsolutni brojevi mogu da se povećaju, procenat ljudi koji žele zaustavljanje ili poništavanje trajne fizičke promene trebalo bi da ostane statičan i nizak. Postojanje ovih retkih zahteva ne sme da se koristi kao opravdanje za prekid kritične, medicinski neophodne nege, uključujući hormonske i hirurške tretmane, za veliku većinu odraslih TiRR osoba.

Zbog ograničenih istraživanja u ovoj oblasti, kliničke smernice zasnivaju se prvenstveno na studijama pojedinačnih slučajeva i stručnom mišljenju zdravstvenih radnika koji rade s odraslim TiRR osobama (Expósito-Campos, 2021; Richards i Barrett, 2020). U skladu s time, ako je odrasla TiRR osoba pretrpela trajne telesne promene i želi da ih poništi, zdravstveni radnik koji vrši procenu trebalo bi da bude član sveobuhvatnog multidisciplinarnog tima za procenu. Multidisciplinarni tim omogućuje doprinos dodatnih gledišta zdravstvenih radnika s iskustvom u oblasti zdravlja transrodnih osoba. U saradnji s odraslom TiRR osobom, multidisciplinarni tim podstiče se da temeljno shvati motive za prvobitni tretman i za odluku o detranziciji. Sve nedoumice u vezi s ranijim fizičkim promenama treba pažljivo istražiti i uložiti značajan napor da se slične nedoumice ne ponove u vezi s poništenjem.

Kako bi se osigurala najveća verovatnost zadovoljstva i prijatnosti posle poništavanja trajnih fizičkih promena, odrasla TiRR osoba i multidisciplinarni tim trebalo bi da istraže ulogu društvene tranzicije u proceni i pripremi za poništavanje. U takvim slučajevima vrlo je verovatno da će biti potreban duži period života u ulozi, pre nego što se preporuče dalje fizičke promene. Zdravstveni radnici trebalo bi da podrže odraslu TiRR osobu kroz sve društvene promene, kao i kroz sve osećaje neuspeha, stida, depresije ili krivice zbog donošenja odluke o takvoj promeni. Pored toga, ljude treba podržati u suočavanju sa svim predrasudama ili društvenim poteškoćama koje su možda doživeli, a koje su mogle da dovedu do odluke o detranziciji ili da iz takve odluke proizađu. Takođe je važno da se osobi pomogne da ostane uključena u zdravstvenu negu tokom celog procesa (Narayan et al., 2021).

Iako dostupna istraživanja pokazuju dosledne 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 osoba mogu se dekompenzovati ili pogoršati nakon tranzicije. Sproveden je mali broj istraživanja sa sistematičnim 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 retka (Hall et al., 2021; Wiepjes et al., 2018). U slučajevima kada se zdravlje ljudi dekompenzuje nakon fizičke ili društvene tranzicije i oni se zatim nađu u gorem biološkom, psihološkom ili društvenom stanju nego što su bili pre tranzicije, treba ozbiljno razmotriti da li je tranzicija korisna u tom trenutku, da li je korisna za tu osobu ili i jedno i drugo. U slučajevima kada se tretman više ne podržava, 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 kog razloga krenu u detranziciju. Međutim, treba imati u vidu da je to retka pojava i da literatura dosledno pokazuje pozitivne ishode za veliku većinu odraslih TiRR osoba koje prođu kroz 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).

## ŠESTO POGLAVLJE Adolescenti

### *Istorijski kontekst i promene od posljednjeg izdanja Standarda nege*

Specijalizovana zdravstvena nega za transrodne adolescente započela je 1980-ih, kada je širom sveta osnovano nekoliko specijalizovanih klinika za rodni identitet za mlade, čijim se uslugama koristio mali broj dece i adolescenata. Posljednjih je godina došlo do naglog porasta broja adolescenata koji traže specijalizovanu rodnu negu (Arnoldussen et al., 2019; Kaltiala, Bergman et al., 2020). Otada se osnivaju nove klinike, ali kliničke usluge na mnogim mestima često ne uspevaju da drže korak sa sve većim brojem mladih koji traže takvu vrstu nege, pa zbog toga neretko postoje duge liste čekanja i različite druge prepreke s kojima se susreću mnoge mlade transrodne osobe širom sveta (Tollit et al., 2018).

Informacije vezane za prevalenciju rodne raznolikosti među adolescentima sve donedavno su bile ograničene. Istraživanja sprovedena među srednjoškolcima 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 samoproceni doživljavaju određeni stepen rodne raznolikosti (Eisenberg et al., 2017; Kidd et al., 2021; Wang et al., 2020). Ova istraživanja ukazuju na to da rodnu raznolikost kod mladih ne treba više shvatati kao retku pojavu. Nadalje, u klinikama je primećen neujednačen uzorak s obzirom na pripisani pol, tako da adolescentkinje, kojima je po rođenju pripisan ženski pol (engl. *assigned female at birth*, AFAB), započinju 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 dece i adolescenata prvi put su 1998. godine uključene u Standarde nege Svetske strukovne organizacije za zdravlje transrodnih osoba (engl. *World Professional Association for Transgender Health*, WPATH), u njihovoj petoj verziji (Levine et al., 1998), gde se donose u zasebnom poglavlju. Mladi su se u uzrastu od 16 i više godina smatrali potencijalno kvalifikovanim za specijalizovanu medicinsku, rodno-afirmišuću negu, ali samo u određenim

slučajevima. U sledećim izdanjima Standarda nege, šestom (Meyer et al., 2005) i sedmom (Coleman et al., 2012), rodno-afirmišuća nega adolescenata podeljena je u tri kategorije, uz kriterijum prihvatljivosti prema uzrastu, odnosno fazi puberteta – poput potpuno reverzibilnog odgađanja puberteta uz pomoć hormonskih blokatora na samom početku puberteta, zatim delimično reverzibilne hormonske terapije (testosteron, estrogen) za punoletne adolescente (što je u nekim evropskim državama bilo 16 godina) i ireverzibilne hirurške tretmane u uzrastu od 18 godina i više, osim za „maskulinizujuću“ mastektomiju, za koju je minimalna starosna granica 16 godina. Dodatni kriterijumi prikladnosti za rodno-afirmišuću medicinsku negu uključivali su dugu i istrajnu istoriju rodnog „nekonformizma“ / disforije tokom detinjstva, nastanak disforije ili njeno intenziviranje početkom puberteta; nedostatak ili dodatno bavljenje psihološkim, medicinskim ili socijalnim problemima koji ometaju negu; osiguranu roditeljsku / starateljsku podršku za početak intervencije i informisani pristanak. Poglavlje posvećeno transrodnim i rodno raznolikim (TiRR) adolescentima, odvojeno od poglavlja o deci, napisano je za osmu verziju Standarda nege s obzirom na: 1.) eksponencijalni rast broja adolescenata upućenih na obradu; 2.) povećan broj istraživanja zdravstvene nege vezane za rodnu raznolikost kod adolescenata i 3.) karakteristična pitanja vezana za razvojnu i rodno-afirmišuću negu u toj uzrasnoj grupi.

Neodređeni pojmovi kod pitanja vezanih za rodnu negu (npr. model rodne afirmacije, rodno-istraživački model) izbjegavaju se 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 sazrevanje, prelaz iz detinjstva u odraslo doba (Sanders, 2013). Višestruki razvojni procesi odvijaju se istovremeno, uključujući promene naznačene pubertetom. Kognitivni, emocionalni i društveni sistemi sazrevaju, dok fizičke promene povezane s pubertetom ubrzano napreduju. Ovi procesi ne počinju i ne završavaju se istovremeno, niti se kod svih pojavljuju u istom uzrastu. Zbog toga su donja i gornja granica adolescencije

neprecizne i ne mogu se definisati isključivo prema hronološkom dobu. Na primer, telesne pubertetske promene mogu da počnu u kasnom detinjstvu, dok neurološki sistemi izvršne kontrole nastavljaju da se razvijaju i do sredine 20-ih godina (Ferguson et al., 2021). Države i vlade neujednačeno definišu doba punoletstva, odnosno zakonsku mogućnost donošenja odluka (Dick et al., 2014). Dok većina granicu punoletstva postavlja s navršenih 18 godina, u nekim zemljama je to već s 15 godina (npr. Indonezija i Mijanmar), a kod drugih tek s 21 godinom (npr. Misisipi (SAD) i Singapur).

**Preciznije rečeno, ovo poglavlje se odnosi na adolescente od početka puberteta do uobičajenog zakonskog punoletstva (u većini slučajeva, do navršenih 18 godina), ali se takođe odnosi i na razvojne elemente, kao što je važnost uključenosti roditelja/staratelja, koji su često relevantni za negu mladih punoletnika na prelazu u odraslo doba, pa ih je zbog toga potrebno razmatrati 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 osećanjima u odnosu na to kako ih drugi doživljavaju; Sanders, 2013). Sposobnost promišljanja hipotetičkih situacija omogućuje mladoj osobi konceptualizovanje posledica vlastitih odluka. Adolescencija je, takođe, često povezana s porastom rizičnog ponašanja. Uz navedene značajne promene, u adolescenciji često dolazi i do odvajanja od roditelja i osamostaljivanja. Pažnja je više usmerena na odnose s vršnjacima, što može biti pozitivno ili pak štetno (Gardner i Steinberg, 2005). Adolescenti često doživljavaju osećaj hitnosti, koji proizlazi iz preosetljivosti na nagrađivanje, a pokazalo se i da je njihov osećaj za vreme 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 uvidima (Groten-Wiegers et al., 2017). Kada je reč o TiRR adolescentima koji donose odluku o rodno-afirmišućim tretmanima, čije posledice mogu biti doživotne, izuzetno je važno razumeti uticaj svih razvojnih aspekata, a u okviru specifičnog kulturnog konteksta, na njihovo odlučivanje.

### **Razvoj rodnog identiteta u adolescenciji**

Naše razumevanje razvoja rodnog identiteta kod adolescenata i dalje se proširuje. Prilikom pružanja kliničke nege rodno raznolikim mladim osobama i njihovim porodicama, važno je znati šta se zna, a šta ne zna o rodnom identitetu deteta tokom razvoja (Berenbaum, 2018). Razmatrajući moguće tretmane, porodice mogu imati pitanja u vezi s razvojem rodnog identiteta njihova deteta i da li će deklarirani rod njihova adolescenta ostati isti tokom vremena. U nekim slučajevima, iskazani rodni identitet adolescenata različit od pola pripisanog po rođenju ne predstavlja iznenađenje za roditelje ili staratelje s obzirom na to da istorija djetetova rodno raznolikog izražavanja seže još u detinjstvo (Leibowitz i de Vries, 2016). U drugima će izjašnjavanje o rodu koincidirati s promenama u pubertetu ili čak kasno u adolescenciji (McCallion et al., 2021; Sorbara et al., 2020). Istraživanja socijalnog učenja i kognitivnog razvoja vezana za razvoj rodnog identiteta uobičajeno su se sprovodila prvenstveno na mladima koji po svom identitetu ili izražavanju nisu rodno raznoliki, pod pretpostavkom da je pol u korelaciji s određenim rodom; dakle, razvoju rodnog identiteta nije posvećeno dovoljno pažnje. Osim bioloških činilaca koji utiču na razvoj roda, ova istraživanja su pokazala da psihološki i društveni činoci takođe igraju ulogu (Perry i Pauletti, 2011). Dok se razvoju rodnog identiteta kod TiRR omladine posvećivalo manje pažnje, postojali su brojni razlozi za pretpostavku da su, osim bioloških, uključeni i psihosocijalni činoci (Steensma, Kreukels et al., 2013). Kod nekih mladih razvoj rodnog identiteta čini se stabilnim i često se izražava od ranog uzrasta, dok kod drugih može postojati razvojni proces koji doprinosi razvoju rodnog identiteta tokom vremena.

Neuroimidžin studije, genetske studije i druge studije hormona interpolnih osoba pokazuju biološki doprinos razvoju rodnog identiteta kod nekih osoba čiji se rodni identitet ne podudara sa polom pripisanim po rođenju (Steensma, Kreukels et al., 2013). Budući da porodice često postavljaju pitanja upravo o tome, 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 činilaca

razvoju rodnog identiteta bilo koje mlade osobe, sveobuhvatan klinički pristup je važan i nada sve potreban (v. preporuku 3). Buduća istraživanja sigurno će dodatno razjasniti mnogobrojna pitanja vezana za razvoj rodnog identiteta, naročito ako se budu sprovodila tokom dužih vremenskih razdoblja i s različitim demografskim grupama. Takođe bi trebalo da se proširi i poimanje rodnog identiteta prelaskom s dihotomne (npr. binarne) kategorizacije na muški i ženski pol na dimenzionalni rodni spektar duž kontinuuma (APA, 2013).

Adolescencija može biti kritično razdoblje za razvoj rodnog identiteta za rodno raznolike mlade ljude (Steensma, Kreukels et al., 2013). Holandske longitudinalne kliničke studije koje su pratile adolescente s rodnom disforijom u detinjstvu koji su dobili terapiju za supresiju puberteta, rodno-afirmišuće hormone ili oboje, otkrile su da niko od njih u odraslom dobu nije zažalio zbog odluka donetih tokom adolescencije (Cohen-Kettenis i van Goozen, 1997.; de Vries et al., 2014). To nam govori da su se adolescenti koji su bili sveobuhvatno procenjeni, te za koje se smatralo da su dovoljno emocionalno zreli za donošenje odluke o početku tretmana rodno-afirmišuće medicinske nege, pokazali stabilno vezanima za rodni identitet tokom sprovođenja studija.

Na osnovu rezultata dugoročne, longitudinalne kohortne studije sprovedene u Holandiji na rodno raznolikim adolescentima koji traže negu, nameće se zaključak da je ključno razmotriti društvene promene koje su se dogodile tokom vremena, a utiču na TiRR populaciju. S obzirom na veću društvenu vidljivost osoba koje se identifikuju kao TiRR, važno je razumeti kako rast društvene osvešćenosti može uticati na rodni razvoj na različite načine (Kornienko et al., 2016). Identifikovan je trend porasta broja mladih nebinarnih osoba koji dolaze u klinike za rodni identitet (Twist i de Graaf, 2019). Uočljiv je još jedan fenomen, koji se javlja u kliničkoj praksi, a odnosi se na povećanje broja adolescenata koji traže pomoć. Reč je o pojedincima koji naizgled nisu ni iskusili ni izrazili, ili oboje, rodnu raznolikost tokom djetinjstva. Jedna istraživačica je pokušala da prouči i opiše poseban oblik kasnije izraženog iskustva rodne raznolikosti (Littman, 2018). Međutim, nalazi studije moraju se razmatrati u kontekstu 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 vladaju nepoverenje, sumnja i visoka kritičnost prema nezi za rodnu disforiju. Međutim, ta ispitivanja nisu ponovljena. Podložnost odabrane podgrupe mladih društvenom uticaju na rod važan je diferencijal, koji treba razmotriti (Kornienko et al., 2016). Ipak, potrebni su oprez i izbegavanje pretpostavke 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 da ima društvena povezanost s ljudima koji pružaju podršku (Tuzun et al., 2022) (v. preporuku 4).

S obzirom na nova saznanja o razvoju rodnog identiteta kod adolescenata, individualizovani pristup kliničkoj nezi smatra se i etičnim i nužnim. Kao što je slučaj u svim područjima medicine, svako istraživanje ima metodološka ograničenja i zaključke koji se ne smeju, niti treba da se univerzalno primenjuju na sve adolescente. To jednako važi i kada se uhvatimo ukoštac s uobičajenim roditeljskim pitanjima o stabilnosti i nestabilnosti razvoja rodnog identiteta određene mlade osobe. Dok će buduća istraživanja pomoći u napretku naučnog razumevanja razvoja rodnog identiteta, uvek postoje neke nepoznanice. Nadalje, s obzirom na etiku samoodređenja u nezi, te nepoznanice ne bi trebalo da TiRR adolescenta liše važne i potrebne nege.

#### ***Naučni dokazi o rodno-afirmišućem medicinskom tretmanu za transrodne adolescente***

Glavni izazov u nezi transrodnih adolescenata jeste kvalitet argumentacije koja potvrđuje delotvornost i medicinski opravdanu primenu rodno-afirmišuće medicinske hirurške nege tokom vremena (GAMST) (v. preporuku 2.1 o medicinskoj nužnosti u drugom poglavlju – Globalnoj primenjivosti). S obzirom na celoživotne implikacije medicinskog tretmana i rani uzrast kada on može da počne, adolescenti, njihovi roditelji i pružaoci nege trebalo bi da budu 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 delotvornosti rane medicinske intervencije, broj istraživanja je i dalje mali, a malo je i onih koja prate ishod od mladosti do odraslog

doba. Zbog svega navedenog, sistematični uvid u ishode tretmana adolescenata nije moguć. Umesto toga, donosi se kratak osvrt.

U vreme pisanja ovog poglavlja bilo je tek nekoliko dugoročnih, kohortnih longitudinalnih studija praćenja koje su pokazale pozitivne ishode ranog tretmana (tj. u adolescentskom dobu), 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 rešavanje rodne disforije povezano s poboljšanjem psihičkog funkcionisanja i zadovoljstva vlastitim telom. Većina tih studija sledila je metodološki okvir pre-posle tretmana, te je upoređivala osnovno psihičko funkcionisanje s ishodima nakon pružanja rodno-afirmišućih medicinskih tretmana.

Različita istraživanja procenjuju 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) i 3.) supresiju puberteta i 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, prosečan uzrast – 13,6 godina) do ranog odraslog doba (posle tretmana, prosečan uzrast – 20,7 godina). Radilo se o prvom istraživanju koje je pokazalo da rodno-afirmišući tretman omogućava transrodnim adolescentima razvojne prelaze primerene njihovom uzrastu 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 uverljivi. Treba napomenuti da su učesnici bili deo holandske klinike poznate po multidisciplinarnom pristupu koji uključuje pružanje sveobuhvatne kontinuirane procene i tretmana rodne disforije, kao i podrške usmerene na emocionalnu dobrobit.

Nekoliko nedavno objavljenih longitudinalnih istraživanja pratilo je i procenjivalo učesnike u različitim etapama rodno-afirmišućih tretmana. U tim istraživanjima neki učesnici još nisu započeli rodno-afirmišuće medicinske tretmane, neki su bili na tretmanu supresije

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 metoda, interpretacija rezultata takvih istraživanja nešto je izazovnija. Ipak, u poređenju s osnovnim procenama, podaci dosledno pokazuju poboljšanje ili stabilno psihičko funkcionisanje, kao i zadovoljstvo vlastitim telom i tretmanom, čije trajanje može varirati od tri meseca do dve godine. Studije preseka 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 psihičkim funkcionisanjem cisrodnih srednjoškolskih vršnjaka u dvema različitim vremenskim tačkama. Na početku ispitivanja psihičko funkcionisanje transrodnih mladih osoba bilo je gore, 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 da uzimaju testosteron imali manje internalizovanih psihičkih simptoma (depresija i anksioznost) u poređenju 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 pre početka rodno-afirmišuće hormonske terapije, generalno bili dobro tokom tretmana. Međutim, adolescenti s više psihičkih teškoća na početku studije i dalje su doživljavali manifestacije istih teškoća tokom rodno-afirmišućeg medicinskog tretmana. Nieder et al. (2021) proučavali su zadovoljstvo pacijenata pruženom negom kao meru ishoda i pokazali da su transrodni adolescenti bili zadovoljniji što su više napredovali sa početnim tretmanima. Hisle-Gorman et al. (2021) uporedili su korišćenje zdravstvene nege pre 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 promena, ali je



propisivanje psihotropnih lekova poraslo. Turban et al. (2022) iz velikog neprobabilističkog kvotnog uzorka transrodno identifikovanih odraslih osoba, izdvojili su one koji su izjavili da je dostupnost rodno-afirmišućih hormona u adolescenciji uticala na smanjenje verovatnosti suicida u prethodnoj godini i uporedili ih s transrodnim osobama koje su rodno-afirmišuće hormone počele da uzimaju u odrasloj dobi.

Zdravstveni radnici i ostali stručnjaci treba da razmotre mogućnost da adolescent može da zažali zbog odluka donetih tokom adolescencije, odnosno da će možda želeti da prekine tretmane i vrati se životu u rodnoj ulozi koja mu je pripisana po rođenju. Dve holandske studije pokazuju niske stope adolescenata (1,9% i 3,5%) koji odluče da prekinu terapiju za supresiju puberteta (Brik et al., 2019; Wiepjes et al., 2018). Kao i prethodne, i te su studije sprovedene u klinikama koje slede protokol koji uključuje sveobuhvatnu procenu pre početka rodno-afirmišućeg medicinskog tretmana. Trenutno nema kohornih kliničkih istraživanja koja bi izvestila o profilima adolescenata koji se kaju zbog inicijalne odluke ili se odlučuju na detranziciju nakon već sprovedenog ireverzibilnog rodno-afirmišućeg tretmana. Nedavna istraživanja pokazuju da postoje adolescenti koji se odlučuju na detranziciju, ali se ne kaju zbog odluke da započnu tretman, jer im je to iskustvo pomoglo da osveste svoje potrebe vezane za rodnu negu (Turban, 2018). Ipak, to možda nije dominantna perspektiva onih koji se odlučuju na detranziciju (Littman, 2021; Vandenbussche, 2021).

Neki se adolescenti mogu pokajati zbog koraka koje su preduzeli (Dyer, 2020), pa je transrodne adolescente važno upoznati s celim nizom mogućih ishoda. Pružoci mogu otvoreno da razgovaraju o tome (na primer, kao o „potencijalnom iskustvu ili nečemu što treba uzeti u obzir“) s adolescentom i njegovim roditeljima/starateljima pre nego što započnu rodno-afirmišuće tretmane. Pružaoci bi takođe trebalo da budu spremni da podrže adolescente koji se odluče na detranziciju. Istraživanje sprovedeno prigodnim uzorkovanjem na internetu, obuhvativši 237 osoba (prosečne starosti 25,02 godine) koje su po vlastitom kazivanju u detranziciji (među kojima je bilo 90% AFAB osoba), pokazalo je da je 25% ispitanika prošlo medicinsku tranziciju pre 18. godine, a 14% i detranziciju pre 18. godine (Vandenbussche,

2021). Iako uzorkovanje na internetu podleže izboru ispitanika, dobijeni podaci sugerišu da kod mladih transrodnih osoba može doći do detranzicije, pa zdravstveni radnici toga treba da budu svesni. Mnogi od njih ukazali su na poteškoće u pronalaženju pomoći tokom procesa detranzicije, govoreći da su tokom detranzicije bili prepušteni sami sebi i da nisu dobili ni dovoljnu ni adekvatnu podršku (Vandenbussche, 2021).

U zaključku, iako postojeći uzorci govore o relativno malim grupama mladih (npr. n=22–101 po studiji) i da vreme praćenja varira od studije do studije (od 6 meseci do 7 godina), ova baza podataka u nastajanju ukazuje na opšte poboljšanje životnih okolnosti transrodnih adolescenata koji, nakon pomne procene, primaju medicinski neophodnu rodno-afirmišuću medicinsku negu. Nadalje, stopa onih koji su zažalili zbog odluke donete tokom praćenog razdoblja bila je niska. Podaci u celini pokazuju da rana medicinska intervencija, kao deo šire kombinovane procene, i pristup tretmanima za rodnu disforiju i opštu dobrobit mogu biti delotvorni i korisni mnogim transrodnim adolescentima koji traže takve tretmane.

### ***Etička perspektiva i ljudska prava***

Prilikom formulisanja preporuka SN-a o radu s adolescentima, razmatrana su deontološka pitanja i pitanja ljudskih prava. Na primer, dopuštanje da se pubertet kod adolescenata koji doživljavaju rodnu nepodudarnost odvijuje nije neutralan čin s obzirom na to da može imati neposredne i doživotne štetne učinke na 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 da učestvuju u procesu donošenja odluka o svom zdravlju i životu, uključujući pristup uslugama vezanim za rodno zdravlje (Amnesty International, 2020).

**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 koji 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 razvojnom 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 cijelog ljudskog životnog vijeka;

6.1.d - budu edukovani i stručni za autizam i druge neurorazvojne teškoće ili da sarađuju sa stručnjacima za rad s osobama s teškoćama 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 favoriziranje bilo kojeg identiteta.

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

6.4 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima da rade s porodicama, školama i drugim relevantnim sredinama, kao i da promovišu prihvatanje izražavanja rodno raznolikog ponašanja i identiteta adolescenata.

6.5 - Ne preporučujemo predlaganje reparativne i konverzije terapije kojom se teži postići promene roda i rodno izražavanja osobe zbog njihova 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 propisivanje sredstava za supresiju menstruacije kod adolescenata koji doživljavaju rodnu inkongruenciju, a 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 (probojno krvarenje).

6.8 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima da održavaju odnos s TiRR adolescentima i svim relevantnim pružaocima nege te da pruže podršku adolescentu u odlučivanju tokom celokupnog 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 i 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 pre početka tretmana informišu o reproduktivnim efektima, naročito o potencijalnom gubitku plodnosti 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 procenu i proces, osim u onim slučajevima kada se proceni da bi njihovo učešće bilo štetno za adolescenta ili da nije moguće.

6.12 - Preporučujemo da zdravstveni radnici koji procenjuju 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 bi trebalo preduzeti korake da se najnoviji ICD počne koristiti što je prije moguće.

6.12.b - Iskustvo rodne raznolikosti/inkongruencije izrazito je i postojano tokom vremena.

6.12.c - Adolescent pokazuje emocionalnu i kognitivnu zrelost potrebnu za informisani pristanak na tretman.

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

6.12.e - Adolescent je obavešten o reproduktivnim učincima, uključujući potencijalni gubitak plodnosti, i o dostupnim opcijama za očuvanje plodnosti, a o svemu tome se raspravljalo u kontekstu adolescentske faze pubertetskog razvoja.

6.12.f - Adolescent je dosegao Tannerov 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.

### **Kratak sažetak preporuka i jedinstvenih problema u adolescenciji**

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

*Istraživanje identiteta:* najvažnija karakteristika adolescencije jeste definisanje i učvršćivanje različitih aspekata identiteta, među ostalima i rodnog identiteta. Preporuka 6.2 tiče se istraživanja identiteta u kontekstu razvoja rodnog identiteta. Preporuka 6.12.b tiče se vremena potrebnog da mlada osoba iskusi rodno raznolik identitet, da ga izrazi ili oboje da bi donela suvislu odluku o rodno-afirmišućim medicinskim tretmanima.

*Pristanak i donošenje odluka:* Davanje pristanka i donošenje odluka u adolescentskom uzrastu zahtevaju procenu emocionalnog, kognitivnog i psihosocijalnog razvoja pojedinca. Preporuka 6.12.c neposredno se bavi emocionalnom i kognitivnom zrelošću i opisuje nužne komponente procesa evaluacije koji se koristi za procenu sposobnosti donošenja odluka.

*Uključenost staratelja/roditelja:* Adolescenti obično često zavise od saveta svojih staratelja/roditelja. To naročito važi kada mlada osoba prolazi kroz proces odlučivanja o različitim opcijama tretmana. Preporuka 6.11 tiče se važnosti uključivanja staratelja/roditelja i razmatra njihovu ulogu u procenama i tretmanima. Nijedan skup smernica 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. **poseduju licencu nadležnog tela i diplomu ili njen ekvivalent u relevantnom kliničkom području koji dodeljuje nacionalna agencija za akreditaciju;**
- b. **prođu teorijsko i stručno usavršavanje zasnovano na dokazima i da steknu**

**stručnost u oblasti mentalnog zdravlja dece, adolescenata i njihovih porodica u celom razvojnom spektru;**

- c. **budu edukovani i stručni za pitanja razvoja rodnog identiteta, rodne raznolikosti kod dece i adolescenata, da su sposobni da procene sposobnosti za davanje pristanka/dozvole, kao i da steknu opšte znanje o rodnoj raznolikosti tokom celog ljudskog životnog veka.**
- d. **budu edukovani i stručni za autizam i druge neurorazvojne teškoće ili da sarađuju sa stručnjacima za rad s osobama s teškoćama u razvoju, kada rade s autističnim/neurodivergentnim TiRR adolescentima.**
- e. **da se kontinuirano profesionalno usavršavaju u svim područjima relevantnim za rodno raznolikost decu, adolescente i njihove porodice.**

Prilikom procene i pružanja podrške TiRR adolescentima i njihovim porodicama, zdravstveni radnici i stručnjaci treba da poseduju 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 nege detaljnije opisuju navedene kriterijume za stručnjake koji pružaju rodnu negu (v. peto poglavlje – Procenu odraslih; sedmo poglavlje – Decu i trinaesto poglavlje – Hirurgiju i postoperativnu negu). Stručnjaci koji rade s adolescentima trebalo bi da se informišu o tome šta se o razvoju rodnog identiteta adolescenta zna, a šta ne i po čemu se ta baza znanja razlikuje od onoga što se primenjuje kod odraslih ili dece u pretpubertetu. Specijalisti za mentalno zdravlje u tom su smislu najkompetentniji i imaju najviše namenskog kliničkog vremena da obave procenu i da prioritete i ciljeve objasne mladim transrodnim osobama, uključujući i one koje traže medicinsku/hiruršku rodno-afirmišuću negu. Razumevanje i usmeravanje dinamike porodice, čiji članovi mogu da imaju 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 dece i adolescenata nisu dostupni, drugi zdravstveni radnici

treba da preuzmu obavezu sticanja specijalističkog obrazovanja iz oblasti razvoja adolescenta i porodične dinamike, uključujući razvoj rodnog identiteta. Takođe, s obzirom na to da autistični/neurodivergentni transrodni mladi predstavljaju prilično malu podgrupu mladih koji koriste usluge rodnih klinika širom sveta, važno je da se zdravstveni radnici dodatno edukuju u području autizma i da razumeju jedinstvene elemente nege koju autistični rodno raznoliki mladi mogu da zatraže (Strang, Meagher et al., 2018). Ako takve edukacije nisu dostupne, preporučuje se savetovanje i saradnja sa stručnjacima specijalizovanim za autizam i neuroraznolikost.

#### Preporuka 6.2

**Preporučujemo da zdravstveni radnici koji rade s rodno raznolikim adolescentima otvoreno i s poštovanjem potpomažu istraživanje i izražavanje roda, izbegavajući favorizovanje bilo kojeg identiteta.**

Adolescencija je razvojno doba koje uključuje fizičke i psihičke promene obeležene osamostaljivanjem i sticanjem nezavisnosti u odnosu na staratelje (Berenbaum et al., 2015; Steinberg, 2009). Mladi ljudi tokom tog perioda mogu da istražuju različite aspekte svog identiteta, uključujući i rodni identitet.

Adolescenti se razlikuju s obzirom na to koliko su skloni istraživanju i koliko se posvećuju aspektima svog identiteta (Meeus et al., 2012). Kod nekih je adolescenata tempo postizanja konsolidacije identiteta brz, dok je kod drugih sporiji. Kod nekih se adolescenata telesni, 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). Kod nekih mladih ljudi razvoj rodnog identiteta je jasan proces koji počinje u ranom detinjstvu, dok kod drugih pubertetske promene doprinose doživljaju sopstva u određenom rodu (Steensma, Kreukels et al., 2013). Kod mnogih proces može da počne značajno nakon što su se pubertetske promene završile. S obzirom na te varijacije, ne postoji određeni tempo, proces ili ishod koji se može predvideti za adolescenta koji traži rodno-afirmišuću negu.

Zbog svega navedenog, zdravstveni radnici

koji rade s adolescentima treba da stvore okruženje u kojem će mladima pružati 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 promene ili razvijaju.

#### Preporuka 6.3

**Preporučujemo da zdravstveni radnici koji rade s rodno raznolikim adolescentima osiguraju sveobuhvatnu biopsihosocijalnu procenu adolescenata koji razmatraju rodna pitanja i traže medicinsku ili hiruršku negu povezanu s tranzicijom, kao i da je sprovode u saradnji i uz podršku.**

S obzirom na brojne načine na koje se identitet može razviti tokom adolescencije, preporučujemo korišćenje sveobuhvatne biopsihosocijalne procene za izradu boljih smernica za donošenje odluka o tretmanu i optimizovanje ishoda. Ta bi procena trebalo da teži boljem razumevanju adolescentovih snaga, ranjivosti, dijagnostičkog profila i jedinstvenih potreba, kako bi mu se osigurala individualizovana nega. Kao što je već spomenuto u preporuci 6.1, stručnjaci za mentalno zdravlje imaju najprikladnije obrazovanje, iskustvo i kliničko vreme potrebno za prikupljanje informacija o kojima se ovde govori. Procesu procene treba pristupiti u saradnji s adolescentima i njihovim starateljima, odvojeno i zajedno, kao što je detaljnije opisano u preporuci 6.11. Procenu treba obaviti pre bilo koje zdravstveno potrebne medicinske ili hirurške intervencije koja se razmatra (npr. lekovi za supresiju puberteta, rodno-afirmišući hormoni, operacije). V. preporuku 2.1 o medicinskoj nužnosti u drugom poglavlju – Globalnoj primenljivosti; v. takođe dvanaesto poglavlje – Hormonsku terapiju i trinaesto poglavlje – Hirurške zahvate i postoperativnu negu.

Mladi mogu doživeti 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 za rod (Twist i de Graaf, 2019). Na primer, 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 da pristupe rodno-afirmišućem medicinskom tretmanu, dok za druge to ne mora biti

potrebno. Na primer, proces istraživanja s vremenom možda neće rezultirati time da se mlada osoba samopotvrđi ili zaključi da utelovljuje rod koji se razlikuje od roda pripisanog po rođenju, pa neće posegnuti za medicinskim intervencijama (Arnoldussen et al., 2019).

Najsnažniji longitudinalni dokazi koji potvrđuju dobit od rodno-afirmišućih medicinskih i hirurških tretmana u adolescentskoj dobi dobijeni su u kliničkom okruženju koje je osiguralo detaljnu, sveobuhvatnu dijagnostičku procenu tokom određenog vremena pre uključenja u protokol pružanja nege (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 procena adolescenata zasniva se na dokazima, ali i čuva integritet procesa odlučivanja. U nedostatku potpunog dijagnostičkog profila, drugi mogući problemi vezani za mentalno zdravlje, koji bi možda trebalo da budu prioritetni i tretirani, možda neće biti otkriveni. Nema studija dugoročnih ishoda rodno uslovljenih medicinskih tretmana za mlade koji nisu prošli sveobuhvatnu procenu. Tretman u ovom kontekstu (npr. s ograničenom procenom ili bez nje) nema empirijske potvrde 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 nege globalno razlikuju, često je potrebno da se osmisli poseban proces procene i prilagođavanja postojećim resursima. U nekim slučajevima može biti koristan prošireni proces procene, na primer, u slučaju mladih čija je situacija složena (npr. komplikovana istorija mentalnog zdravlja (Leibowitz i de Vries, 2016)), u slučaju istovremene pojave karakteristika iz spektra autizma (Strang, Powers et al., 2018) i/ili odsutnosti rodne nepodudarnosti u detinjstvu (Ristori i Steensma, 2016). S obzirom na jedinstvene kulturne, finansijske i geografske činioce koji postoje kod određenih populacija, zdravstveni radnici bi trebali da izrade modele procene koji su fleksibilni i omogućuju odgovarajuću i blagovremenu negu, koja bi obuhvatala što više mladih ljudi, garantovala delotvornu procenu i davala informacije o adolescentovoj snazi, ranjivosti, dijagnostičkom profilu i individualnim

potrebama. Psihometrijski potvrđene psihosocijalne i rodne mere takođe se mogu koristiti za pružanje dodatnih informacija. Multidisciplinarna procena za mlade koji traže rodno-afirmišuću medicinsku negu ili hiruršku intervenciju uključuje sledeća područja, koja odgovaraju relevantnim preporukama:

- **Razvoj rodnog identiteta:** Preporuke 6.12.a i 6.12.b detaljno razrađuju činioce koji se prilikom procene TiRR adolescenata povezuju s razvojem rodnog identiteta u specifičnom kulturnom kontekstu.
- **Socijalni razvoj i socijalna podrška, kao i intersekcionalnost:** Preporuke 6.4 i 6.11 detaljno obrazlažu važnost procenjivanja manjinskog stresa vezanog za rod, porodične dinamike i drugih aspekata koji doprinose društvenom razvoju i intersekcionalnosti.
- **Dijagnostička procena mogućeg prisustva razvojnih problema ili teškoća s mentalnim zdravljem:** Preporuka 6.12.d razrađuje važnost razumevanja odnosa, ako on uopšte postoji, između prisutnih problema s mentalnim zdravljem ili razvojnih problema i rodnog identiteta mlade osobe, odnosno njenog izražavanja rodne raznolikosti.
- **Sposobnost donošenja odluka:** Preporuka 6.12.c razrađuje procenu emocionalne zrelosti mlade osobe i relevantnost kada adolescent razmišlja o rodno-afirmišućim medicinskim/hirurškim tretmanima.

#### Preporuka 6.4

**Preporučujemo zdravstvenim radnicima da rade s porodicama, školama i drugim relevantnim sredinama, kao i da promovišu prihvatanje izražavanja rodno raznolikog ponašanja i identiteta adolescenata.**

Više naučnih istraživanja i konsenzus stručnjaka podržavaju implementaciju pristupa koji promovišu prihvatanje i uvažavanje rodno raznolikih mladih u svim okruženjima, u porodicama, školama, zdravstvenim ustanovama i svim drugim organizacijama i zajednicama s kojima su oni u interakciji (npr. Pariseau et al., 2019; Russell et al., 2018; Simons et al., 2013; Toomey et al., 2010; Travers et al., 2012). Prihvatanje i afirmacija postižu se različitim pristupima, aktivnostima i strategijama koje

preporučujemo da se sprovode putem različitih odnosa i okruženja u kojima mlada osoba živi i funkcionira. Važno je i za članove porodice i za članove zajednice uključene u život adolescenta da saraduju, osim ako se njihovo uplitanje smatra štetnim za adolescenta. Primeri prihvatanja i afirmacije rodne raznolikosti te promišljanja i slobodnog izražavanja identiteta, koje su predložili Pariseau et al. (2019) i drugi, a mogu biti implementirani u porodicama, među osobljem, u organizacijama, uključuju:

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 u vezi sa rodom i istraživanjem roda;
3. korišćenje utvrđenog imena/zamenica mlade osobe;
4. podršku mladima koji nose rodno-afirmišuću odeću/uniformu, frizure i predmete (npr. nakit, šminka);
5. pozitivnu i podržavajuću komunikaciju s mladima o rodu i šta ih u vezi s njime brine;
6. obrazovanje ljudi u neposrednom okruženju mlade osobe (članovi porodice, pružaoci zdravstvenih usluga, društvene mreže podrške), po potrebi, o pitanjima rodne raznolikosti, uključujući informacije o načinima zagovaranja za potrebe rodno raznolikih mladih u zajednici, školi, zdravstvenoj zaštiti i druge teme;
7. podršku rodno raznolikim mladima da se povežu sa zajednicama za podršku (npr. LGBTQ grupe, događanja, prijatelji);
8. pružanje prilika za raspravu, razmatranje i istraživanje opcija medicinskih tretmana, kada su oni potrebni;
9. sprovođenje politika protiv zlostavljanja;
10. uključivanje nebinarnih iskustava u svakodnevni život, materijale za čitanje i nastavne planove i programe (npr. knjige, predavanja o zdravlju i polnom odgoju, zadate teme za esej koje nadilaze binarne, sudjelovanje u LGBTQ i bliskim grupama);
11. rodno inkluzivne prostorije kojima mladi mogu lako da pristupe bez odvajanja od vršnjaka koji nisu rodno raznoliki (npr. toaleti, svlačionice).

Preporučujemo zdravstvenim radnicima da rade s roditeljima, školama i drugim organizacijama/grupama na promovisanju prihvatanja i afirmacije TiRR identiteta i izražavanja, bez obzira na to da li su socijalne ili medicinske intervencije sprovedene ili nisu, jer su društveno prihvatanje i uvažavanje povezani s manje negativnih simptoma, bilo bihevioralnih ili vezanih za mentalno zdravlje i sa više pozitivnih simptoma mentalnog zdravlja i bihevioralnog funkcioniranja (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 et al. (2018) otkrili su da se mentalno zdravlje popravlja što je više prihvatanja i uvažavanja u različitim društvenim okruženjima (npr. kuća, škola, radno mesto i prijatelji). Odbačenost od porodice, vršnjaka, školskog osoblja (na primer, namerno korišćenje imena i zamenice 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 osvestiti da se negativni simptomi pojačavaju s porastom 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 detetu da drugima kaže svoje odabrano ime, ali bez korišćenja tog imena, skrivanje rodnog identiteta od porodice ili prijatelja, nezauzimanje za dete u slučaju da je neprihvaćeno među vršnjacima i u školi, izostanak angažmana i saradnje s drugim mehanizmima podrške (npr. s psihoterapeutima i grupama za podršku)) imaju negativne posledice, poput jačanja simptoma depresije (Pariseau et al., 2019). Zbog toga ne treba ignorisati preispitivanje roda ili odgađati razmatranje potreba mladih za rodnom negom. Posebno su vredni stručnjaci koji prepoznaju potrebe mladih za individualnim pristupom, podrškom i uvažavanjem njihovih potreba vezanih za

rodno izražavanje, identitete i njihovo aktualiziranje tokom vremena, u različitim područjima i odnosima. Mladima može zatrebati pomoć da se lakše nose s tenzijama prihvatanja tuđeg razumevanja i prilagođavanja njihovom istraživanju adolescentskog identiteta i promena (npr. Kuper, Lindley et al., 2019). Važno je da stručni kadar saraduje s roditeljima i ostalima dok razmatraju svoje brige i osećanja i edukuju se o rodnoj raznolikosti, jer ti procesi ne moraju da odražavaju neslaganje ili neutralnost, već mogu biti pokušaj da se zauzme stav i prikupe informacije koje će doprineti prihvatanju (npr. Katz-Wise et al., 2017).

#### Preporuka 6.5

**Ne preporučujemo predlaganje reparativne i konverzije terapije kojom se teži postići promene roda i rodnog izražavanja osobe zbog njihova usklađivanja sa polom pripisanim pri rođenju.**

Neki zdravstvenih radnici, sekularne ili verske organizacije i porodice koje odbijaju da prihvate promene kod svog deteta, mogu preduzeti različite korake da bi osujetili adolescentovo izražavanje rodne raznolikosti ili potvrđivanje rodnog identiteta koji nisu u skladu s polom pripisanim po rođenju. Takvi naponi da se onemogućiti reverzibilno društveno izražavanje ili tranzicija mogu da uključuju nekorišćenje imena i zamenice koje je mlada osoba izabrala i ograničavanje njenog samoizražavanja putem odeće ili frizure (Craig et al., 2017; Green et al., 2020). Cilj tog neafirmišućeg ponašanja obično je učvršćivanje stavova po kojima rodni identitet i izražavanje mlade osobe moraju da odgovaraju rodu koji proizlazi iz pola pripisanog po rođenju ili očekivanjima koja su sa tim polom povezana. Aktivnosti i pristupi koji se ponekad nazivaju „tretmanima“, a nastoje da rodni identitet i izražavanje usklade sa polom pripisanim po rođenju nisu retki, mada je dokazano da ne rezultiraju promenama u rodnom identitetu (Craig et al., 2017; Green et al., 2020). Protivimo se takvim nastojanjima, jer je utvrđeno da nemaju efekta, a povezani su s pogoršanjem mentalnog zdravlja i psihičkog funkcionisanja (Craig et al., 2017; Green et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020).

Velik deo evaluacionih istraživanja „konverzije“ i „reparativne“ terapije bavio se ispitivanjem uticaja nastojanja da se promeni rodno

izražavanje (muževnost ili ženstvenost), mešajući seksualnu orijentaciju s rodnim identitetom (APA, 2009; Burnes et al., 2016; Craig et al., 2017). Neka od tih nastojanja ciljaju i rodni identitet i izražavanje (AACAP, 2018). Konverziona/reparativna terapija povezana je s pogoršanjem simptoma anksioznosti, depresije, suicidalnim idejama, pokušajima samoubistva i izbegavanjem zdravstvene nege (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 apriorni naponi da se promeni identitet osobe klinički i etički neosnovani. Protivimo se svim oblicima konverzija ili pokušaja da se nečiji rodni identitet promeni, zato što 1.) i sekularni i verski naponi da se promeni rodni identitet/izražavanje uvek budu povezani s negativnim psihičkim funkcionisanjem, koje se prenosi u odraslo doba (Turban, Beckwith et al., 2020) i 2.) postoje značajni etički razlozi za naglašavanje poštovanja rodno raznolikih identiteta.

Valja napomenuti da se potencijalni činioци koji pokreću rodno iskustvo mlade osobe i upućuju na rodnu nepodudarnost, u kontekstu podrške adolescentu u samootkrivanju, ne smatraju reparativnom terapijom sve dok nema apriornog cilja promene ili promovisanja bilo kojeg rodnog identiteta ili izražavanja (AACAP, 2018; v. preporuku 6.2). Da bi adolescentska preispitivanja imala terapijski učinak, preporučujemo da se afirmišuće i s razumevanjem pristupi razgovoru o tome koji su postupci isprobani, a koji se razmatraju ili planiraju s obzirom na rodno izražavanje adolescenta. Teme za tu raspravu mogu uključivati pitanje šta osoba smatra korisnim i afirmišućim, a šta beskorisnim ili uznemirujućim i zašto. Preporučujemo korišćenje afirmišućeg pristupa tim temama i raspravama, poput onih koji se ističu u SN-8, v. preporuku 6.4.

#### Preporuka 6.6

**Predlažemo zdravstvenim radnicima da poduče transrodne i rodno raznolike adolescente o podvezivanju grudi i prikrivanju genitalija, kao i da ih informišu o koristima i rizicima tih postupaka.**

TiRR mladi mogu doživljavati nelagodu povezanu s anatomijom grudi i genitalija. Postupci

kao što su podvezivanje grudi, korišćenje jastučića za grudnjak, prikrivanje genitalija ili nošenje suspenzora (engl. *genital packing*) predstavljaju reverzibilne nemedicinske metode koje mogu ublažiti nelagodu (Callen-Lorde, 2020a, 2020b; Deutsch, 2016a; Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2018; Transcare BC, 2020). Važno je proceniti stepen nelagode povezane s telesnim razvojem ili anatomijom, edukovati mlade o mogućim nemedicinskim intervencijama za rešavanje te nelagode i razgovarati o njihovoj sigurnoj primeni.

Vezivanje grudi (engl. *binding*) uključuje kompresiju tkiva dojki kako bi se postigao ravniji izgled grudnog koša. Studije pokazuju da je do 87% transmaskulinih pacijenata koristilo vezivanje (Jones, 2015; Peitzmeier, 2017). Metode vezivanja uključuju upotrebu komercijalnih steznika, sportskih grudnjaka, više slojeva majica, više slojeva sportskih grudnjaka ili elastičnih ili drugih zavoja (Peitzmeier, 2017). Većina mladih danas navodi da se o različitim praksama vezivanja informiše 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 od vezivanja grudi. Osim toga, zdravstveni radnici umeju da posavetuju pacijente o sigurnim praksama vezivanja i da prate moguće negativne učinke na zdravlje. Iako su negativni fizički uticaji vezivanja mogući, mladi koji to redovito praktikuju izveštavaju o mnogim dobrobitima, kao što su veća udobnost, više sigurnosti i znatno ređe pogrešno procenjivanje roda u okolini (Julian, 2019). Uobičajeni negativni uticaji podvezivanja grudi na zdravlje uključuju bolove u leđima ili grudnom košu, zadihanost (kratki dah) i pregrevanje (Julian, 2019). Ozbiljniji negativni uticaji na zdravlje, poput kožnih ili respiratornih infekcija i preloma rebara, nisu uobičajeni i povezuju se s vezivanjem grudi kod odraslih (Peitzmeier, 2017). Ukoliko mladi vezuju grudi treba im savetovati da koriste samo sigurne postupke – kao što su steznici posebno dizajnirani za rodno raznoliku populaciju – da bi se smanjio rizik od ozbiljnijih posledica po zdravlje. Upotreba lepljivih traka, elastičnih zavoja i plastičnih folija smatra se štetnom, jer može da uspori cirkulaciju krvi, ošteti kožu i ometa disanje. Ako mladi prijave negativne posledice podvezivanja grudi, potrebno je obratiti se

zdravstvenom radniku upućenom u rodno-afirmišuće medicinske postupke i s iskustvom u radu s TiRR mladima.

Prikrivanje genitalija (engl. *genital tucking*) praksa je postavljanja penisa i testisa tako da se smanji njihova vidljivost. Metode uključuju uvlačenje penisa i testisa između nogu ili uvlačenje testisa u preponski kanal i povlačenje penisa između nogu. Genitalije se uglavnom fiksiraju donjim rubljem ili suspenzorom, odevnim predmetom koji se može napraviti ili kupiti. Dostupna su ograničena istraživanja o specifičnim rizicima i koristima prikrivanja genitalija kod odraslih, ali nijedno nije sprovedeno na mladima. Prethodne studije pokazale su da je usko donje rublje povezano sa smanjenom koncentracijom i pokretljivošću spermija. Osim toga, povišene temperature skrotuma mogu se povezati s lošim karakteristikama sperme, a prikrivanje genitalija teoretski bi moglo da utiče na spermatogenezu i plodnost (Marsh, 2019), iako ne postoje konačne procene štetnih ishoda takvih postupaka. Potrebna su dalja istraživanja da bi se utvrdile specifične koristi i rizici prikrivanja genitalija u mladosti.

#### Preporuka 6.7

**Preporučujemo zdravstvenim radnicima da razmotre propisivanje sredstava za supresiju menstruacije adolescentima koji doživljavaju rodnu nepodudarnost, a ne žele terapiju testosteronom, kao i onima koji je žele, ali je još nisu počeli, ili u kombinaciji s terapijom testosteronom za menoragiju (probojno krvarenje).**

Kada se s rodno raznolikim mladim ljudima razmatraju dostupne opcije lekova za supresiju menstruacije, pružaoci nege treba da učestvuju u zajedničkom donošenju odluka, da koriste rodno uključiv jezik (npr. da pitaju pacijente koje izraze koriste za označavanje svoje menstruacije, reproduktivnih organa i genitalija) i da obavljaju fizičke preglede na osetljiv, rodno-afirmišući način (Bonnington et al., 2020; Krempasky et al., 2020). Ne postoji službeno istraživanje koje procenjuje kako zaustavljanje menstruacije može da utiče na rodnu nepodudarnost i/ili disforiju. Međutim, ovaj postupak može da bude početna intervencija, koja omogućuje dalje istraživanje ciljeva nege povezanih s rodnom, davanje prioriteta nekoj drugoj nezi vezanoj za mentalno zdravlje ili i jedno i drugo,



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 procenu pre primene terapije za njeno zaustavljanje, da bi se isključili svi osnovni menstrualni poremećaji (Carswell i Roberts, 2017). U okviru razgovora o lekovima za supresiju menstruacije, takođe se treba pozabaviti potrebom za kontracepcijom i informacijama o delotvornosti lekova za supresiju menstruacije kao metode kontracepcije (Bonnington et al., 2020). Trebalo bi ponuditi niz opcija za supresiju menstruacije, kao što su kombinovani lekovi estrogen-progestin, oralni progestini, depo i subdermalni progestin i intrauterine (unutarmaterične) kontracepcijske spirale, da bi se omogućili individualizovani planovi nege, uz pravilno razmatranje dostupnosti i pokrivenosti zdravstvenim osiguranjem, kao i kontraindikacija i neželjenih dejstava (Kanj et al., 2019).

Hormonski lekovi koji sadrže samo progestin jesu opcija, naročito za transmuskulne ili nebinarne mlade nezainteresovane za medicinsku negu koja sadrži estrogen, kao i za mlade izložene riziku od tromboembolijskih incidenata ili s drugim kontraindikacijama za terapiju estrogenom (Carswell i Roberts, 2017). Hormonski lekovi koji sadrže samo progestin uključuju oralni progestin, injekcije depo-medroksiprogesterona, implantate etonogestrela i spirale s levonorgestrelom (Schwartz et al., 2019). Hormonske opcije koje sadrže samo progestin razlikuju se u pogledu delotvornosti 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 trebali da iznose pretpostavke u vezi sa individualnim odabirom terapije kojoj se daje prednost, budući da neki transmuskulni mladi preferiraju vaginalne prstenove ili intrauterine spirale (Akgul et al., 2019). Iako hormonski lekovi zahtevaju praćenje potencijalne labilnosti i naglih promena raspoloženja, depresivnih dejstava ili i jednog i drugog, dobiti i rizici od netretirane supresije menstruacije u okruženju

rodne disforije zahtevaju individualnu procenu. Neki pacijenti mogu da se odluče na kombinovanu oralnu kontracepciju, koja uključuje različite kombinacije etinilestradiola s različitim dozama i različitim generacijama progestina (Pradhan i Gomez-Lobo, 2019). Niže doze komponenti etinilestradiola u kombinovanim oralnim kontraceptivnim tabletama povezane su s pojačanim probojnim krvarenjem. Kontinuirani kombinovani oralni kontraceptivi mogu da se koriste za kontinuiranu supresiju menstruacije i da se primjenjuju u obliku transdermalnih ili vaginalnih prstenova.

Korišćenje analoga hormona koji oslobađa gonadotropin (GnRH) takođe može da rezultira supresijom menstruacije. Međutim, preporučuje se da rodno raznoliki mladi ispunjavaju kriterijume prikladnosti (kao što je istaknuto u preporuci 6.12) pre nego što im se propiše ovaj lek (Carswell i Roberts, 2017; Pradhan i Gomez-Lobo, 2019). Konačno, lekovi za supresiju menstruacije mogu biti indikovani kao pomoćna terapija za probojno krvarenje iz materice, koje se može pojaviti tokom uzimanja egzogenog testosterona, ili kao premošćujuća terapija dok se čeka na supresiju menstruacije terapijom testosteronom. Kada se egzogeni testosteron koristi kao rodno-afirmišući hormon, supresija menstruacije obično se postiže u prvih šest meseci terapije (Ahmad i Leinung, 2017). Međutim, od izuzetne je važnosti da se adolescenti informišu da ovulacija i trudnoća još uvek 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 nege te da pruže podršku adolescentu u odlučivanju tokom celokupnog tretmana za supresiju puberteta, hormonske terapije i rodno povezanih hirurških zahvata sve do odraslog doba.**

Zdravstveni radnici specijalizovani za razvoj dece i adolescenata, kao što je opisano u preporuci 6.1, imaju važnu ulogu u kontinuiranom pružanju nege mladima tokom svih potreba i tretmana vezanih za rod. Podrška adolescentima i njihovim porodicama zahteva da se nezi pristupa iz razvojne perspektive, koja omogućava da se tokom vremena razumeju razvoj emocionalne zrelosti mlade osobe i njene

potrebe za negom. Budući da se pravci rodno-afirmišućih tretmana razlikuju u zavisnosti od individualnih potreba i iskustava TiRR adolescenata, odluke o tretmanima (supresija puberteta, estrogeni/androgeni, rodno-afirmišuće operacije) mogu da se donose u različitim momentima perioda od nekoliko godina. Longitudinalno istraživanje koje pokazuje prednosti supresije puberteta i rodno-afirmišućeg hormonskog tretmana sprovedeno je u okruženju u kojem je osiguran stabilan klinički odnos između adolescenata/porodica i multidisciplinarnog tima (de Vries et al., 2014).

Klinička okruženja koja nude dugotrajnije tretmane adolescentima i njihovim starateljima daju mogućnost da podele važne psihosocijalne aspekte emocionalne dobrobiti (npr. porodična dinamika, škola, ljubavna i seksualna iskustva) koji kontekstualizuju potrebe za individualizovanim rodno-afirmišućim tretmanom i odlukama, kako je opisano u ovom poglavlju. Klinički odnos može da se odvija u različitim okruženjima, u okviru multidisciplinarnog tima ili s različitim pružaocima usluga koji saraduju jedni s drugima. S obzirom na velika odstupanja u dostupnosti specijalizovanih centara za rodnu negu, naročito za marginalizovane grupe koje su u tom smislu izložene nejednakosti, važno je da zdravstveni radnici budu svesni svih prepreka za dobijanje nege, kao i da zadrže fleksibilnost prilikom definisanja kliničkog odnosa i njegovog posebnog konteksta.

Razvijen klinički odnos koji doprinosi jačanju otpornosti mladih i pruža podršku roditeljima/starateljima, koji možda imaju svoje potrebe za negom, može u krajnjoj liniji da doprinese roditeljskom prihvatanju – u slučaju da je ono izostajalo – što je povezano s boljim ishodom 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 i 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 nepodudarnošću koji traže rodno-afirmišuće medicinske i hirurške tretmane. Nega TiRR adolescenata uključuje:

1) dijagnostička razmatranja (v. preporuke 6.3, 6.12.a i 6.12.b) koja sprovodi zdravstveni radnik specijalizovan za rodnu negu (kako je definisano u preporuci 6.1), kad god je to moguće i potrebno;

2) razmatranja mogućnosti pri propisivanju, vođenju i praćenju tretmana u okviru rodno-afirmišuće medicinske i hirurške nege, koja uključuju specijaliste u relevantnim medicinskim i hirurškim oblastima. Spisak ključnih specijalizacija uključuje, ali nije ograničen na adolescentnu medicinu / primarnu zdravstvenu zaštitu, endokrinologiju, psihologiju, psihijatriju, logopediju, socijalni rad, hirurgiju i prateće tehničko osoblje.

Novi dokazi pokazuju da mlade TiRR osobe imaju kliničku korist od pristupa rodno-afirmišućim tretmanima u multidisciplinarnim rodnim klinikama (de Vries et al., 2014; Kuper et al., 2020; Tollit et al., 2019). Na kraju, adolescenti koji traže rodno-afirmišuću negu u multidisciplinarnim klinikama, s obzirom na značajnu složenost tretmana, zahtevaju blisku saradnju stručnjaka za mentalno zdravlje i 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 gde im je dostupna multidisciplinarna nega, nedostatak specijalista ne bi smeo da sprečava mladu osobu da pristupi potrebnoj nezi na vrijeme. Kada je specijalistička nega dostupna, naročito u centrima u kojima postoje multidisciplinarni timovi, preporučuje se da timovi uključe sve stručnjake relevantne za pružanje rodne nege. To, međutim, ne znači da su sve specijalizacije neophodne da bi se mladoj osobi i njenoj porodici pružila adekvatna nega.

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. Ono treba da sadrži procenu i mišljenje tima koji uključuje zdravstvene radnike, psihologe i psihijatre (APA, 2015; Hembree et al., 2017; Telfer et al., 2018). Rezultati daljih procena i pisana mišljenja mogu da se zatraže kada za tim postoji

posebna klinička potreba ili u slučaju kada su članovi tima na različitim lokacijama ili odluče da sastave svoju procenu. Za više informacija v. peto poglavlje – Procenu odraslih, preporuku 5.5.

#### Preporuka 6.10

**Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji rade s TiRR adolescentima, koji traže rodno-afirmišući medicinski ili hirurški tretman, da ih pre početka tretmana informišu o reproduktivnim efektima, naročito o potencijalnom gubitku plodnosti i dostupnim opcijama za očuvanje plodnosti u kontekstu faza pubertetskog razvoja.**

Procenjujući adolescente koji traže rodno-afirmišuće medicinske ili hirurške tretmane, zdravstveni radnici bi trebali da razgovaraju i o specifičnim načinima na koje odabrani tretmani mogu da utiču na reproduktivno zdravlje. Pitanja plodnosti i specifične mogućnosti za njeno očuvanje detaljnije su obrađena u dvanaestom poglavlju – Hormonskoj terapiji i šesnaestom poglavlju – Reproductivnom zdravlju.

Važno je da zdravstveni radnici razumeju postojeće opcije za očuvanje plodnosti kako bi mogli adekvatno da prenesu informacije adolescentima. Roditeljima se savetuje da se uključe u taj proces i shvate prednosti i nedostatke različitih opcija. Zdravstveni radnici treba da budu svesni da adolescenti i roditelji mogu da imaju različite stavove o reproduktivnoj sposobnosti i da stoga mogu doneti različite odluke (Quain et al., 2020), zbog čega im zdravstveni radnici mogu pomoći savetom.

Zdravstveni radnici u svakom pojedinačnom slučaju treba da obrate posebnu pažnju na razvojne i psihološke aspekte očuvanja plodnosti i na sposobnost donošenja odluka. Iako adolescenti mogu misliti da su se odlučili u vezi sa svojom reproduktivnom sposobnošću, moguće je da se njihovo mišljenje o tome da imaju biološku decu s vremenom promeni, pa je o tome potrebno ozbiljno prodiskutovati sa zdravstvenim radnikom koji ima dovoljno iskustva, poznaje razvoj adolescenata i ima iskustva u radu s roditeljima.

Tretiranje dugoročnih posledica koje rodno-afirmišući medicinski tretmani mogu da imaju na plodnost i osiguravanje da očekivanja TiRR adolescenata budu realna s obzirom na opcije za očuvanje plodnosti ili usvajanja ne

mogu se rešiti jednokratnom raspravom, već bi trebalo da budu deo kontinuiranih razgovora. Oni bi trebalo da se odvijaju ne samo pre početka svake medicinske intervencije (supresija puberteta, hormoni ili operacije), nego i tokom narednih tretmana i tranzicije.

Trenutno postoje samo preliminarni rezultati retrospektivnih evaluacionih istraživanja odraslih transrodnih osoba i njihovih mladalačkih odluka vezanih za posledice 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 detinjstvu preživele rak pokazalo je da među njima ima i onih koji priznaju da žale zbog propuštenih prilika za očuvanje plodnosti, te izjavljuju da osećaju tugu i žaljenje zbog neplodnosti (Armuand et al., 2014; Ellis et al., 2016; Lehmann et al., 2017). Nadalje, osobe obolele od malignih oboljenja kojima pre lečenja nije bilo prioritetno da imaju biološku decu, izveštavaju o tome da su promenile mišljenje nakon ozdravljenja (Armuand et al., 2014).

S obzirom na složenost različitih opcija za očuvanje plodnosti i izazove s kojima se zdravstveni radnici mogu sresti razgovarajući o plodnosti s adolescentom i porodicom (Tishelman et al., 2019), savetovanje o plodnosti važno je za svakog transrodnog adolescenta koji se odluči za rodno-afirmišuće medicinske tretmane, osim u slučaju kada savetovanje o plodnosti nije pokriveno zdravstvenim osiguranjem ili nije 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 procenu i proces, osim u onim slučajevima kada se proceni da bi njihovo učešće 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 procene preporučuje se u gotovo svim situacijama (Edwards-Leeper i Spack, 2012; Rafferty et al., 2018). Izuzeci od toga mogu da uključuju situacije

kada je adolescent u porodičnom smeštaju, pod nadležnošću službe za zaštitu dece ili oboje, a starateljstvo i učešće roditelja nije moguće ili je neprikladno ili štetno. Podrška roditelja i porodice TiRR mladih primarni je pokazatelj blagostanja 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 procene, s obzirom na podsticanje sve većeg roditeljskog razumevanja i pružanja podrške, jedna od najkorisnijih dostupnih praksi.

Roditelji/staratelji mogu kliničkom timu da pruže ključne podatke o rodnoj pripadnosti mlade osobe, kao i njenoj celokupnoj razvojnoj, zdravstvenoj ili mentalnoj istoriji teškoća, da daju uvid u njeno funkcionisanje i blagostanje, kao i u nivo podrške koju dobija. Podudarnosti ili razlike u izjavama adolescenta i njihovih roditelja/staratelja mogu da budu važna informacija za tim koji obavlja procenu i da pomognu 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 činioce otpornosti i izazove, može da pomogne u prepoznavanju posebnih oblika podrške koji će biti neophodni tokom pružanja nege. Uključenost roditelja/staratelja takođe je važna zbog edukovanja članova porodice o različitim pristupima nezi, kontinuiranom praćenju i potrebama, kao i o mogućim komplikacijama. Psihološka edukacija o kliničkim opcijama rodne nege i učešće u procesu procene, što se tokom vremena može razvijati, pomažu roditeljima/starateljima da bolje razumiju rodna iskustva i potrebe svog deteta u adolescentskoj dobi (Andrzejewski et al., 2020; Katz-Wise et al., 2017).

Zabrinutost roditelja/staratelja ili njihova pitanja o stabilnosti rodne potrebe u nekom periodu, kao i o implikacijama različitih rodno-afirmišućih intervencija, uobičajeni su i ne treba ih odbacivati. Poželjno je da roditelji/staratelji postavljaju pitanja, a u nekim slučajevima su njihova pitanja ili nedoumice naročito korisne za informisanje donošenje odluka i planova. Na primer, njihov iskaz može da pruži bitan kontekst u situacijama kada je mlada osoba nedavno ili iznenada razvila samosvest o rodnoj raznolikosti i potrebu za rodno-afirmišućom

negom, ili kada se sumnja na preterani uticaj vršnjaka i društvenih medija na trenutnu predstavu mlade osobe o sopstvenom 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 istaći da rodna istorija roditeljima/starateljima može da bude nepoznata, jer rod može biti unutrašnje iskustvo mladih, nepoznato drugima, ako se o njemu ne razgovara. Zbog toga je izveštaj adolescenta o sopstvenoj rodnoj istoriji i sopstvenom rodnom iskustvu ključan u procesu procene.

Stavovi nekih roditelja o TiRR identitetima i/ili kliničkoj nezi mogu da odražavaju manjak podrške ili protivljenje (Clark et al., 2020). Takve su perspektive predmet ciljane porodične terapije. Iako takve suprotstavljene perspektive roditelja mogu u nekim slučajevima da deluju rigidno, zdravstveni radnici ne bi trebalo da pretpostavljaju da je tako. Postoje mnogi primeri roditelja/staratelja koji su s vremenom, uz podršku i psihološku edukaciju, počeli da prihvataju rodnu raznolikost i potrebe svog TiRR deteta za negom.

Primarni cilj pomoći mladima i roditeljima/starateljima jeste da se zajednički donesu odluke o rodnoj nezi. Međutim, u nekim slučajevima kada roditelji/staratelji odbacuju svoje adolescentsko dete i njegov rod, ta činjenica treba da bude uključena u proces kliničke procene. U takvim situacijama, mladi mogu da zahtevaju veći angažman sistema zaštite i podrške za početak tretmana kako bi dobili potrebnu podršku i negu (Dubin et al., 2020).

#### Preporuka 6.12

**Preporučujemo da zdravstveni radnici koji procenjuju TiRR adolescente daju preporuku za 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 bi trebalo preduzeti korake da**

se najnoviji ICD uvede u upotrebu što je pre moguće.

Kada rade s TiRR adolescentima, zdravstveni radnici treba da shvate da, iako klasifikacija može da omogući pristup nezi, patologizovanje transrodnih identiteta može da se doživi kao stigmatizujuće (Beek et al., 2016). Kritikuju se procene povezane s rodnim zdravljem i rodnom raznolikošću, a kontroverzni su i dijagnostički sistemi (Drescher, 2016).

Zdravstveni radnici bi trebali da procene ukupnu istoriju teškoća vezanih za rod i potrebe mladih u vezi sa rodnom negom. Kroz taj proces procene, zdravstveni radnici mogu da postavljaju dijagnozu, kada je to potrebno, da bi transrodnoj osobi omogućili pristup odgovarajućoj nezi.

„Rodna inkongruencija” i „rodna disforija” dva su dijagnostička pojma koja se koriste u ICD-u Svetske zdravstvene organizacije i u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje (DSM) Američkog psihijatrijskog udruženja. Od ova dva naširoko 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 tih dvaju sistema, DSM-5 i ICD-11, odraz su duge istorije rekonceptualizacije i depsiropatologizacije dijagnoza povezanih s rodom (APA, 2013; WHO, 2019a). U poređenju s prethodnom verzijom, DSM-5 je „poremećaj rodnog identiteta” zamenio pojmom „rodne disforije”, priznajući time tegobe proistekle iz nepodudaranja doživljenog rodnog identiteta i pola pripisanog po rođenju koje neki ljudi doživljavaju. U najnovijoj reviziji, DSM-5-TR, nema promena u dijagnostičkim kriterijumima za rodnou disforiju. Međutim, terminologija je prilagođena najprikladnijem dostupnom jeziku (npr. „pol pripisan po rođenju” umjesto „pol pri rođenju” i „rodno-afirmišući tretman” umjesto „promena pola”, APA, 2022). U poređenju s prethodnim izdanjem, u ICD-11 „rodna inkongruencija” premeštena je iz poglavlja Mentalno zdravlje u poglavlje Stanja povezana sa seksualnim zdravljem. U poređenju s „DSM” 5, u ICD-11 klasifikacija „rodne disforije” donosi važnu promenu, a to je da nelagoda više nije indikator rodne inkongruencije (WHO, 2019a). Uostalom, odrastanje u okruženju koje podržava i prihvata pojedinca poništava kriterijume nelagode i neprilagođenosti, koji

su inherentni svim mentalnim teškoćama, pa možda nisu primenjivi (Drescher, 2012). Klasifikacija rodne inkongruencije navedena u ICD-11 bolje obuhvata celinu iskustava rodne raznolikosti i povezanih kliničkih rodni potreba.

Prema ICD-11, kriterijumi za klasifikaciju rodne inkongruencije u adolescenciji ili odrasloj dobi zahtevaju izrazitu i postojanu nepodudarnost iskustvenog roda pojedinca i pola pripisanog po rođenju, što često dovodi do potrebe za „tranzicijom”, koja će osobi omogućiti da živi i bude prihvaćena u iskustvenom rodu. Kod nekih to može da uključuje i hormonsku terapiju, operacije ili druge usluge zdravstvene nege da bi se telu pojedinca omogućilo usklađivanje s iskustvenim rodom. Relevantan pokazatelj za adolescente jeste da se klasifikacija ne može sprovesti pre početka puberteta. Na kraju, napominje se „da rodno raznoliki ponašanje i sklonosti sami po sebi nisu osnov za dodelu TiRR klasifikacije” (WHO, ICD-11, 2019a).

Kriterijumi za klasifikaciju rodne disforije u adolescenciji i odrasloj dobi u DSM-5 i DSM-5-TR označavaju se kao „izražena nepodudarnost između nečijeg doživljenog/izraženog roda i pripisanog pola, u trajanju od najmanje šest mjeseci” (kriterijum A, ispunjen kada su dva od šest potkriterijuma očita; DSM-5, APA, 2013; DSM 5-TR, APA, 2022).

Iako je klasifikacija povezana s rodom jedan od uslova za dobijanje rodno-afirmišuće medicinske nege, valja napomenuti da takva klasifikacija sama po sebi ne znači da je osobi takva nega i potrebna. Raspon iskustava rodne nepodudarnosti kod mladih zahteva od stručnjaka da pružaju niza tretmana ili intervencija na temelju individualnih potreba. Savetovanje, istraživanje roda, procena mentalnog zdravlja i, po potrebi, zdravstveni i specijalistički tretmani psihijataru i psihologu, kao i rodni razvoj mogu biti indikovani uz sprovođenje ili bez sprovođenja rodno-afirmišuće medicinske nege.

#### 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). Istraživanje identiteta tokom adolescencije može da uključuje proces samootkrivanja roda i rodnog identiteta (Steensma, Kreukels et al.,

2013). Malo se zna o tome na koji način procesi koji deluju tokom konsolidacije rodnog identiteta u adolescenciji (npr. proces priklanjanja određenim identitetima) mogu da utiču na iskustva ili potrebe mlade osobe tokom vremena.

Zbog toga bi trebalo da se pre početka tretmana u obzir uzme i stepen reverzibilnosti rodno-afirmišuće medicinske intervencije, zajedno s trajanjem iskustva rodne nepodudarnosti kod mlade osobe. S obzirom na potencijalne promene u rodnom iskustvu i rodnim potrebama tokom adolescencije, važno je utvrditi da je mlada osoba iskusila nekoliko godina postojane rodne raznolikosti/nepodudarnosti pre no što se započnu ireverzibilni tretmani kao što su hormonske terapije ili operacije. Tretman za supresiju puberteta, koji mlađim adolescentima daje više vremena da ojačaju svoje kapacitete za donošenje odluka, takođe otvara važna pitanja (v. preporuku 6.12.f i dvanaesto poglavlje – Hormonsku terapiju) koja sugerišu važnost dugotrajnog iskustva rodne nepodudarnosti/raznolikosti pre početka bilo kakvih tretmana. Međutim, u ovoj uzrasnoj grupi mlađih adolescenata, nekoliko godina nije uvijek praktično ni potrebno, s obzirom na pretpostavku da tretman može biti sredstvo kojim se kupuje vrijeme, dok se izbegavaju problemi koji nastaju s nepovratnim promenama u pubertetu. Mladima čije je iskustvo rodne nepodudarnosti kraće, podrška povezana s društvenom tranzicijom i/ili medicinskom negom (npr. supresija menstruacije/supresija androgena) takođe može doneti izvesno olakšanje, ali ona i kliničkom timu može da pruži dodatne informacije vezane za puni opseg potreba za rodnom negom (v. preporuke 6.4, 6.6 i 6.7).

Utvrđivanje dokaza o postojanoj rodnoj raznolikosti/nepodudarnosti obično zahteva pažljivu procenu mlade osobe tokom vremena (v. preporuku 6.3). Kad god je to moguće i prikladno, proces procene i odlučivanja takođe treba da uključuje roditelje/staratelje (v. preporuku 6.11). Dokazi koji pokazuju rodnu raznolikost/nepodudarnost koja se održava tokom vremena, mogu da se obezbede direktno od adolescenta i roditelja/staratelja, ako već nisu zabeleženi u medicinskoj dokumentaciji.

Naučna literatura o kontinuitetu i diskontinuitetu potreba/zahteva za rodno-afirmišućom medicinskom negom složena je i donekle ju je teško tumačiti. Niz istraživanja sprovedenih

tokom poslednjih nekoliko decenija, uključujući i neka s problematičnim metodologijama (kao što su primetili Temple Newhook et al., 2018; Winters et al., 2018), sugeriše da iskustvo rodne nepodudarnosti nije dosledno za svu decu na prelazu u period adolescencije. Na primer, podskup mladih koji su rodnu nepodudarnost ili socijalnu tranziciju iskusili pre puberteta s vremenom može pokazati smanjivanje ili čak potpuni nestanak rodne nepodudarnosti (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 usmereno 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 procena tokom vremena, deo adolescenata sa rodnom inkongruencijom ipak ne odlučuje da zatraži rodno-afirmišuću medicinsku negu (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 procene tokom određenog vremenskog razdoblja, pokazali trajnu neusklađenost roda i pripadajućih rodni potreba i dobili preporuke za rodnu medicinsku negu, sugerišu niske stope žaljenja u vezi s odlukom o rodno-afirmišućoj nezi (de Vries et al., 2014; Wiepjes et al., 2018). Treba pritom napomenuti da se takvi rezultati trenutno mogu primeniti samo na mlade koji su tokom vremena pokazali postojanu rodnu nepodudarnost i specifične rodne potrebe, kako je utvrđeno sveobuhvatnom i iterativnom procenom (v. preporuku 6.3).

#### Preporuka 6.12.c

#### **Adolescent pokazuje emocionalnu i kognitivnu zrelost potrebnu za informisani pristanak na tretman.**

Proces informisanog pristanka uključuje komunikaciju između pacijenta i pružalaca usluga koja se zasniva na potpunom razumevanju potencijalne intervencije kao i, u krajnjoj liniji, pacijentove odluke o tome da li želi da se tretman započne. U većini maloletničkih slučajeva, prisustvo zakonskog staratelja sastavni je deo procesa informisanog pristanka, odnosno u

slučaju da je tretman nužno započeti, zakonski staratelj daje informisani pristanak. U mnogim slučajevima, davanje pristanka je paralelni proces tokom kojeg maloletnik i zdravstveni radnik raspravljaju o medicinskoj nezi, dok zdravstveni radnik procenjuje da li je osoba razumela traženi postupak i kakve su njene namere.

Nužan korak u procesu informisanog pristanka za razmatranje rodno-afirmišuće medicinske nege jeste pažljivo vođen razgovor s kvalifikovanim zdravstvenim radnicima edukovanim za procenu emocionalne i kognitivne zrelosti adolescenata. Reverzibilni i ireverzibilni učinci tretmana, mogućnosti za očuvanje plodnosti (kada je to moguće) i svi potencijalni rizici i dobiti važne su komponente tog razgovora. Ti su razgovori potrebni prilikom dobijanja informisanog pristanka. Procena kognitivne i emocionalne zrelosti je važna jer pomaže stručnom timu da razume sposobnost adolescenta da bude informisan.

Kvalifikacije potrebne za davanje pristanka na bilo koju medicinsku intervenciju ili tretman uključuju 1.) sposobnost razumevanja prirode tretmana; 2.) razgovor o mogućnostima tretmana, uključujući rizike i prednosti; 3.) poštovanje prirode odluke, uključujući dugoročne posledice, i 4.) mogućnost da se iskaže odluka (Grootens-Wiegers et al., 2017). U slučaju rodno-afirmišućih medicinskih tretmana, mlada osoba treba da bude dobro informisana o tome šta se tretmanom može, a šta ne može postići, koji su vremenski okviri za pojavu promena (npr. rodno-afirmišućom hormonskom terapijom) i o svim implikacijama prekida tretmana. Rodno raznoliki mladi trebalo bi da u potpunosti razumeju reverzibilne, delimično reverzibilne i ireverzibilne aspekte tretmana, kao i granice saznanja o određenim tretmanima, poput uticaja supresije puberteta na razvoj mozga (Chen i Loshak, 2020). Rodno raznoliki mladi takođe bi trebalo da razumeju da, iako mnogi od njih započinju rodno-afirmišuće tretmane i dugoročno ih doživljavaju kao dobre, postoje i grupe pojedinaca koji s vremenom otkrivaju da takva nega ne odgovara njihovim potrebama (Wiepjes et al., 2018). Mladi bi trebali da znaju da su takvi pomaci katkada povezani s promenom rodnih potreba tokom vremena, a u nekim slučajevima i s pomacima u shvatanju vlastita rodnog identiteta. S obzirom na sve navedeno, TiRR mladi moraju biti sposobni da podrobno razmisle o

mogućnostima tretmana, uzimajući u obzir implikacije izbora koji im se nude. Nadalje, ključna za davanje informisanog pristanka mora biti i sposobnost mlade TiRR osobe da jasno iskaže svoj izbor.

Kvalifikacije potrebne za davanje informisanog pristanka možda se same po sebi neće pojaviti u određenom uzrastu (Grootens-Wiegers et al., 2017). Moguća je varijabilnost povezana s razvojnim razlikama i odlikama mentalnog zdravlja (Shumer i Tishelman, 2015) i zavisna od prilika kroz koje je mlada osoba mogla da uvežba te veštine (Alderson, 2007). Nadalje, procena emocionalne i kognitivne zrelosti mora da se sprovede zasebno za svaku pojedinačnu odluku o rodno-afirmišućoj nezi (Vrouenraets et al., 2021).

U proceni emocionalne i kognitivne sposobnosti mlade osobe za davanje informisanog pristanka za početak rodno-afirmišućeg tretmana, korisno bi bilo da se razmotre i sledeća pitanja:

Može li mlada osoba pomno da razmišlja o budućnosti i da razmotri implikacije delimično ili potpuno ireverzibilne intervencije?

Ima li mlada osoba sposobnost uvida da razmotri mogućnost da se potrebe i prioritete vezani za rod mogu s vremenom razviti, te da se u određenom trenutku mogu i promeniti?

Da li je mlada osoba, u određenoj meri, razmislila o implikacijama onoga što bi mogla da učini ako se njeni prioritete vezani za rod u budućnosti promene?

Da li je mlada osoba sposobna da razume svakodnevne, kratkoročne i dugoročne aspekte specifičnog medicinskog tretmana i da njima upravlja (npr. pridržavanje propisane terapije, administrativni zahtevi i neophodne lekarske kontrole)?

S vremenom se može obaviti kvalitetna procena emocionalne i kognitivne zrelosti kroz kontinuirani razgovor o mogućnostima tretmana između tima stručnjaka koji vodi tretman i mlade osobe, koja time dobija priliku da razmisli dok tim za negu nastavlja fleksibilno da razmatra opcije i implikacije. Mladi s neurorazvojnim razlikama i/ili nekim razlikama u mentalnom zdravlju mogu da imaju slabije razvijene veštine razmišljanja o budućnosti, planiranja, razmišljanja o „široj slici“ i samo-refleksiji (Dubbelink i Geurts, 2017). U tim slučajevima može biti potreban pažljiviji pristup procesu informisanog pristanka, što može da

uključuje dodatno vreme i strukturisane prilike za mladu osobu da razvije veštine potrebne za donošenje medicinskih odluka (Strang, Powers et al., 2018).

U specifičnim situacijama kada maloletni 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 zahtevati viši nivo angažmana i saradnje među zdravstvenim radnicima koji rade s adolescentom da bi mladoj osobi pružili odgovarajuću kognitivnu i emocionalnu podršku prilikom razmatranja opcija, procene dobiti i potencijalnih izazova/troškova i razvoja plana podrške tokom tretmana, bez obzira na to da li je on počeo ili nije.

#### Preporuka 6.12.d

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

Dokazi upućuju na to da su TiRR adolescenti izloženi povećanom riziku od problema mentalnog zdravlja, često povezanih s odbijanjem porodice/staratelja, neafirmišućim okruženjem u zajednici i drugim činiocima povezanim s neuroraznolikošću (primjerice 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 njevu konceptualizaciju istorije rodnog razvoja i potreba povezanih s rodnim identitetom, kao i na sposobnost davanja informisanog pristanka i uključivanja u medicinski program i tretman. Osim toga, poput cisrodnih mladih, TiRR mladi mogu da imaju probleme s mentalnim zdravljem bez obzira na prisustvo rodne disforije ili rodne nepodudarnosti. Depresija i samopovređivanje mogu da budu od posebnog značaja; mnoga istraživanja otkrivaju simptome depresije, kao i emocionalne probleme i probleme u ponašanju uporedive s onima koji su prijavljeni u populaciji upućenoj u klinike za mentalno zdravlje (Leibowitz i de Vries, 2016). Kod TiRR mladih takođe su zabeležene veće stope suicidalnih ideja, pokušaja samoubistva i samopovređivanja (de Graaf et al., 2020). Osim toga, poremećaji ishrane javljaju se češće nego što se očekivalo (Khatchadourian et al., 2013; Ristori et al., 2019; Spack et al., 2012). Važno je istaći 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 za mentalno zdravlje poput ADHD-a, smanjenih intelektualnih sposobnosti i psihotičnih poremećaja (de Vries, Doreleijers et al., 2011; Meijer et al., 2018; Parkes i Hall, 2006).

Treba da se napomene da mnogi transrodni adolescenti dobro funkcionišu i imaju malo ili nimalo problema s mentalnim zdravljem. Na primer, pubertetski adolescenti u socijalnoj tranziciji koji primaju rodno-afirmišući medicinski tretman u specijalizovanim rodnim klinikama mogu da dožive ishode mentalnog zdravlja jednake onima njihovih cisrodnih vršnjaka (de Vries et al., 2014; van der Miesen et al., 2020). Ključni je zadatak pružaoca usluga da kod mlade osobe proceni saodnos između rizika za mentalno zdravlje i samorazumevanja potreba rodne nege, pa da potom odredi prioritete.

Teškoće s mentalnim zdravljem mogu na različite načine da predstavljaju izazov za procenu i rodni tretman TiRR adolescenata:

Prvo, kada su kod TiRR adolescenta primećeni akutna suicidalnost, pojava samopovređivanja, poremećaji ishrane ili druge krize mentalnog zdravlja, koje prete i fizičkom zdravlju, prioritet mora biti sigurnost pojedinca. U skladu s lokalnim kontekstom i postojećim smernicama, odgovarajućom negom trebalo bi nastojati da se pretnje ili kriza ublaže pre procene i donošenja odluka vezanih za rod. Na primer, aktivno suicidalni adolescent verovatno nije emocionalno sposoban da donese informisanu odluku u vezi s rodno-afirmišućim medicinskim/hirurškim tretmanom. Ako su indikovane, intervencije povezane sa sigurnošću ne bi trebalo da odlože početak rodno-afirmišuće nege.

Drugo, mentalno zdravlje takođe može da oteža procenu rodnog razvoja i potreba povezanih s rodnim identitetom. Na primeri, ključno je razlikovati rodnu nepodudarnost od specifičnih oblika mentalnog zdravlja kao što su opsesije i kompulzije, posebna interesovanja kod autizma, rigidno razmišljanje, širi problemi identiteta, poteškoće u interakciji roditelja i deteta, ozbiljne razvojne teskobe (npr. strah od odrastanja i pubertetskih promena koje nisu



povezane s rodnim identitetom), traume ili psihotične misli. Prioritet treba dati rešavanju problema mentalnog zdravlja koji ometaju razgovetnost razvoja identiteta i odlučivanja povezanog s rodom.

Treće, donošenje odluka u vezi s rodno-afirmišućim medicinskim tretmanima koji imaju doživotne posledice zahteva promišljeno, prema budućnosti usmereno razmišljanje adolescenta i roditelja/staratelja, kao što je prethodno navedeno (v. preporuku 6.11). Da bi mogao da donese informisanu odluku, adolescent bi trebao da bude u stanju da razume probleme, može da izrazi svoj izbor, da ceni podršku koju ima i pažljivo razmisli o želji za rodno-afirmišućim medicinskim tretmanom (v. preporuku 6.12c). Neurorazvojne razlike, poput autističnih karakteristika ili poremećaja iz autističnog spektra (v. preporuku 6.1.d, npr. komunikacijske razlike; sklonost konkretnom ili rigidnom razmišljanju; razlike u samosvesti, razmišljanju o budućnosti i planiranju), mogu predstavljati izazov prilikom procene i odlučivanja; neurodivergentni mladi mogu da zahtevaju dodatnu podršku, strukturu, psihološku edukaciju i dugotrajniji proces procene (Strang, Powers et al., 2018). Druge manifestacije mogućih problema mentalnog zdravlja koji uključuju slabiju komunikaciju i slabo samozastupanje, poteškoće u proceni, poteškoće s pamćenjem i koncentracijom, osećaj beznada i poteškoće u razmišljanju o budućnosti mogu da zakomplikuju procenu i odlučivanje. U takvim slučajevima često je potrebno više vremena da se donesu bilo kakve odluke vezane za rodno-afirmišuću medicinsku negu.

Konačno, dok je tokom tretmana važno i rešavanje problema mentalnog zdravlja, to ne znači da svi problemi mentalnog zdravlja mogu ili treba u potpunosti da se reše. Međutim, važno je da nega mentalnog zdravlja postojeće probleme reši u meri dovoljnoj da osoba može da dobije optimalnu rodno-afirmišuću medicinsku negu (npr. pridržavanje propisane terapije lekovima, odlazak na potrebne lekarske preglede i briga o sebi, naročito u postoperativnom periodu).

#### Preporuka 6.12.e

**Adolescent je obavešten o reproduktivnim učincima, uključujući potencijalni gubitak plodnosti, i o dostupnim opcijama za očuvanje plodnosti, a o**

**svemu tome se raspravljalo u kontekst u adolescentske faze pubertetskog razvoja. Za smernice u vezi s kliničkim pristupom, naučnom podlogom i obrazloženjem, v. 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. Kod nekih on doprinosi intenziviranju njihove rodne nepodudarnosti, a kod drugih može da vodi prema rodnoj fluidnosti (npr. prelazak iz binarnog u nebinarni rodni identitet) ili čak slabljenju prethodno potvrđenog rodnog identiteta (Drummond et al., 2008; Steensma et al., 2011, Steensma, Krukels et al., 2013; Wallien i Cohen-Kettenis, 2008). Korišćenje lekova za supresiju puberteta, kao što su GnRH analozi, ne preporučuje se dok deca ne dosegnu minimalno Tanerov stadijum 2 puberteta, s obzirom na to da iskustvo fizičkog puberteta može da bude kritično za dalji razvoj rodnog identiteta kod nekih TiRR adolescenata (Steensma et al., 2011). Zbog toga blokatori puberteta ne bi trebalo da se primenjuju kod pretpubertetske rodno raznolike omladine (Waal i Cohen-Kettenis, 2006). Za neke mlade osobe GnRH agonisti mogu da budu prikladni u kasnim stadijumima ili u postpubertetskom periodu (npr. Tannerov stadij 4 ili 5), što zahteva potpuno individualizovan pristup. Za opsežniji pregled upotrebe GnRH agonista, v. dvanaesto poglavlje – Hormonsku terapiju.

Varijacije u vremenu početka puberteta uzrokovane su višestrukim činiocima (npr. pol pripisan po rođenju, genetika, ishrana itd.). Tane-rova skala odnosi se na pet faza pubertetskog razvoja, u rasponu od pretpuberteta (Tane-rov stadijum 1) do postpubertetskog perioda i odrasle polne zrelosti (Tanerov stadijum 5) (Marshall i Tanner, 1969, 1970). Za AFAB osobe početak puberteta (npr. gonadarha) definisan je pupljenjem dojki (Tannerov stadij 2), a za AMAB osobe postizanjem volumena testisa od 4 ml ili više (Roberts i Kaiser, 2020). Potrebno je lekarsko iskustvo da bi se početak puberteta mogao razlikovati od fizičkih promena, kao što su pojava stidnih dlaka i apokrinog telesnog mirisa uzrokovanog polnim steroidima

koje luči nadbubrežna žlijezda (npr. adrenarha), jer adrenarha ne opravdava farmakološku supresiju puberteta (Roberts i Kaiser, 2020). Edukacija roditelja i porodica o razlici između adrenarhe i gonadarhe pomaže porodicima da razumeu kada bi trebalo da, zajedno s multidisciplinarnim timom, odlučuju o medicinskim rodno-afirmišućim tretmanima.

Važnost bavljenja drugim rizicima i dobrobitima supresije puberteta, hipotetičnim i stvarnim, ne može se preceniti. Dokazi podržavaju postojanje hirurških implikacija za transrodne devojke 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 (Bunger et al., 2020). Studija o ishodima hirurških zahvata laparoskopske intestinalne vaginoplastike (izvedeni zbog manjka genitalnog tkiva nakon supresije puberteta) kod transrodnih žena otkrila je da je većina doživela orgazam nakon operacije (84%), iako studija nije uključivala neposrednu korelaciju ishoda seksualnog užitka i uzrasta u kojem je započeta supresija puberteta (Bouman, van der Sluis et al., 2016), niti je primenjiva na one koji bi se odlučili na drugi hirurški zahvat. To naglašava važnost uključivanja članova porodice u raspravu o budućim nepoznicama vezanim za hirurške i seksualne zdravstvene ishode.

#### Preporuka 6.12.g

**Adolescent je prošao najmanje 12 mjeseci rodno-afirmišuće hormonske terapije, ako je ona 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 promena. Anatomske efekti (npr. rast klitorisa, rast dojki, atrofija vaginalne sluznice) mogu početi da se ispoljavaju ubrzo nakon početka terapije, dok se završno dejstvo očekuje za godinu do dve (T'Sjoen et al., 2019). Kako bi se osiguralo dovoljno vremena za psihičko prilagođavanje fizičkim promenama tokom razvojnog perioda

važnog za adolescenta, predlaže se 12 meseci hormonske terapije. U zavisnosti od potrebnog hirurškog rezultata, period hormonske terapije može da bude i duži (npr. dovoljna virilizacija klitorisa pre metoidioplastike/faloplastike, rast grudi i širenje kože pre povećanja grudi, omekšavanje kože i promene u raspodeli masnoće na licu pre operacija lica (de Blok et al., 2021).

U slučaju pojedinaca koji ne primaju hormonske terapije pre 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 zamenu hormona može da se napravi pre operacije.

#### **Razmatranje uzrasta za početak rodno-afirmišuće medicinske i hirurške nege adolescenata**

Uzrast je u značajnoj, iako nepotpunoj korelaciji s kognitivnim i psihosocijalnim razvojem i može da bude koristan objektivni pokazatelj prilikom određivanja potencijalnog termina za intervencije (Ferguson et al., 2021). Stariji (tj. napredniji) uzrast može da bude potreban za ireverzibilnije ili složenije tretmane. Takav pristup omogućuje kontinuirano kognitivno/emocionalno sazrevanje, 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 nege rodno raznolikim mladima 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 se jedine postojeće longitudinalne evaluacione studije rezultata rodno raznolikih mladih i odraslih zasnivaju na specifičnom modelu (tzv. holandski pristup), koji je uključivao sveobuhvatnu početnu procenu s praćenjem. Po tom modelu, supresija puberteta se razmatrala u uzrastu od 12 godina, rodno-afirmišuća hormonska terapija – u uzrastu od 16 godina, a hirurške intervencije – nakon 18. godine, uz izuzetke u nekim slučajevima. Nije jasno da li bi odstupanja od tog modela dovela do istih ili različitih ishoda. Trenutno su u toku longitudinalne studije koje treba bolje da

definišu ishode, kao i sigurnost i delotvornost dugoročnih rodno-afirmišućih tretmana kod mladih (Olson-Kennedy, Garofalo et al., 2019; Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2019). Iako dugoročni efekti rodno-afirmišućih tretmana započelih u adolescenciji nisu u potpunosti poznati, treba uzeti u obzir i moguće negativne zdravstvene posledice odlaganja tretmana (de Vries et al., 2021). Budući da se baza dokaza o rezultatima rodno-afirmišućih intervencija kod mladih neprestano povećava, preporuke o uzrastu i spremnosti za intervencije mogu da se ažuriraju.

Prethodne smernice za rodno-afirmišuću negu adolescenata preporučivale su da primena delimično reverzibilne rodno-afirmišuće hormonske terapije može da se inicira u uzrastu od otprilike 16 godina (Coleman et al., 2012; Hembree et al., 2009). Novije smernice sugerišu da bi mogli postojati uverljivi razlozi za početak rodno-afirmišuće hormonske terapije pre 16. godine, iako postoje ograničena istraživanja o mladima koji su hormonsku terapiju započeli pre 14. godine (Hembree et al., 2017). Uverljiv razlog za raniji početak rodno-afirmišuće hormonske terapije može da bude, na primer, izbegavanje 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 period značajnog razvoja mozga i kognitivnog razvoja. Potencijalni neurorazvojni efekat produžene supresije puberteta kod rodno raznolikih mladih posebno je prepoznat kao područje koje treba i dalje proučavati (Chen et al., 2020). Iako se pokazalo da su analozi GnRH sigurna terapija u slučaju preuranjenog puberteta, postoji zabrinutost da odlaganje izlaganja polnim hormonima (endogenim ili egzogenim), u vreme najintenzivnije mineralizacije kostiju može da dovede do smanjene mineralne gustine kostiju. Potencijalno smanjenje mineralne gustine kostiju i klinička važnost svakog smanjenja zahtevaju nastavak istraživanja (Klink, Caris et al., 2015; Lee, Finlayson et al., 2020; Schagen et al., 2020). Potencijalno negativne psihosocijalne implikacije puberteta koji ne počinje kada i pubertet vršnjaka mogu dodatno da opterete rodno raznolike mlade, iako to nije eksplicitno proučavano. Prilikom

razmatranja termina za uvođenje hormonske rodno-afirmišuće nege, zdravstveni radnici treba da uporede potencijalne fizičke i psihičke koristi i rizike od započinjanja tretmana, s potencijalnim rizicima i koristima od njegova odgađanja. Ovaj proces takođe može da pomogne u prepoznavanju presudnih činilaca na kojima može da se zasniva individualizovani pristup.

Studije sprovedene s transmaskulinim mladima pokazale su da je disforija zbog prsa povezana s višim stopama teskobe, depresije i stresa, kao i da može da dovede do funkcionalnih ograničenja, poput izbegavanja vežbanja 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 grudnog dela dugoročno rešenje za neke pojedince. Studije o mladima koji su tražili hiruršku maskulinizaciju grudnog dela tela da bi ublažili disforiju, pokazale su dobre hirurške ishode, zadovoljstvo rezultatima i minimalno žaljenje tokom perioda praćenja (Marinkovic i Newfield, 2017; Olson-Kennedy, Warus et al., 2018). Hirurška maskulinizacija grudnog dela kod maloletnika može da se razmotri kada je to klinički i razvojno prikladno po proceni multidisciplinarnog tima iskusnog u oblasti razvoja adolescenata i roda (v. relevantne preporuke u ovom poglavlju). Trajanje terapije ili tekuća terapija testosteronom ne bi trebalo da isključuje operaciju, ako je ona inače indikovana. Potrebe nekih TiRR mladih mogu da se zadovolje samo hirurškom maskulinizacijom grudnog dela tela. Mladim transženama možda će biti potrebno povećanje grudi, iako ima manje podataka o tom postupku kod mladih, verovatno zbog manjeg broja pojedinaca koji ga traže (Boskey et al., 2019; James, 2016). Primena rodno-afirmišućih hormona, posebno estrogena, može da potpomogne razvoj tkiva dojke, a mladima se preporučuje minimalno 12 meseci hormonske terapije pre povećanja grudi, ili duže, ako je hirurški indikovano, osim kada hormonska terapija nije klinički indikovana ili je medicinski kontraindikovana.

Podaci o optimalnom vremenu za početak drugih rodno-afirmišućih hirurških tretmana kod adolescenata još su ograničeni. To je delimično posledica 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 povećan je i broj TiRR mladih koji traže vaginoplastiku (Mahfouda et al., 2019; Milrod i Karasic, 2017). Studija podataka dvadeset hirurga povezanih s WPATH-om u SAD-u, sprovedena 2017, izvestila je da je nešto više od polovine njih izvršilo vaginoplastiku kod maloletnica (Milrod i Karasic, 2017). Dostupni su ograničeni podaci o ishodima za mlade podvrgnute vaginoplastici. Manje studije izvestile su o boljem psihosocijalnom funkcionisanju i smanjenoj rodnoj disforiji kod adolescenata podvrgnutih vaginoplastici (Becker et al., 2018; Cohen-Kettenis i van Goozen, 1997; Smith et al., 2001). Iako je reč o istraživanjima na malom uzorku, ona sugeriraju da bi za neke adolescente moglo biti korisno da se ti postupci izvedu pre 18. godine. Činoci koji mogu da podrže sprovođenje tih postupaka kod mladih od 18 godina uključuju sve veću podršku članova porodice, lakše vođenje postoperativne nege pre ulaska u rano odraslo doba, koje sa sobom nosi nove životne izazove (kao što je upis na fakultet ili stupanje 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 procena sposobnosti adolescenta da se pridržava preporuka za postoperativnu negu i da shvati dugoročna dejstva tih postupaka na reproduktivnu i polnu funkciju (Boskey et al., 2019). S obzirom na složenost faloplastike i aktualne visoke stope komplikacija te operacije u poređenju s drugim rodno-afirmišućim hirurškim tretmanima, zasa da se ne preporučuje njeno razmatranje kod mladih od 18 godina (v. trinaesto poglavlje – Hirurgiju i postoperativnu negu).

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

## SEDMO POGLAVLJE **Deca**

Ovi Standardi nege se odnose na prepubertetsko doba rodno raznolike dece i zasnivaju se na istraživanjima, etičkim načelima i stečenom stručnom znanju. Temeljna načela Standarda uključuju sledeće uvide: 1.) rodna raznolikost u detinjstvu je očekivani aspekt opšteg ljudskog razvoja (Endocrine Society i Pediatric Endocrine Society, 2020; Telfer et al., 2018); 2.) rodna raznolikost u detinjstvu nije oboljenje, a ni mentalna teškoća (Endocrine Society i Pediatric Endocrine Society, 2020; Oliphant et al., 2018; Telfer et al., 2018); 3.) ne može da se pretpostavlja da rodno raznoliko izražavanje dece nužno odražava transrodni identitet ili rodnu nepodudarnost (Ehrensaft, 2016; Ehrensaft, 2018; Rael et al., 2019); 4.) smernice stručnjaka za mentalno zdravlje specijalizovanih za rodnu negu dece mogu da podrže pozitivna prilagođavanja, kao i da pomognu u prosuđivanju potreba povezanih s rodnom tokom vremena (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; Telfer et al., 2018); 5.) konverziona terapije za rodno raznoliku djecu (tj. bilo koji „terapijski“ pokušaj prisile rodno raznolikog deteta putem reči, postupaka ili na oba načina da se identifikuje i ponaša u skladu sa polom pripisanim po rođenju) štetne su za dete 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 decom. Za razliku od pubertetske omladine i odraslih, prepubertetska rodno raznolika deca ne ispunjavaju kriterijume za pristup medicinskim postupcima (Pediatric Endocrine Society, 2020), stoga će stručni doprinos ili mišljenje najverovatnije dati zdravstveni radnik dodatno školovan za psihosocijalnu podršku i rodni razvoj. Dakle, ovo je poglavlje specifično usmereno na razvojno prikladne psihosocijalne prakse, iako su i drugim zdravstvenim radnicima, poput pedijatara i porodičnih lekara, ti standardi takođe korisni kada se angažuju u stručnom radu s rodno raznolikom decom i njihovim porodicama.

U ovom se poglavlju koristi izraz „rodna raznolikost“ s obzirom na to da se razvoj roda kod prepubertetske dece ne može predvideti, odnosno da se on može s vremenom prilagođavati

(Steensma, Kreukels et al., 2013). Ovo poglavlje istovremeno prepoznaje da će se neka deca stabilno zadržati u rodnom identitetu artikulisanom rano u životu, a različitom od pola pripisanog po rođenju (Olson et al., 2022). Izraz „rodno raznoliko dijete“ uključuje transrodnu binarnu i nebinarnu decu, kao i rodno raznoliku decu koja se kasnije u životu neće identifikovati kao transrodna. Terminologija je inherentno kulturno određena i menja se s vremenom. Stoga je moguće da ovde korišćeni izrazi izađu iz upotrebe kako se budu pronalazile adekvatnije opisne konstrukcije.

Ovo poglavlje opisuje aspekte nužne medicinske nege namenjene potrebama dece s obzirom na rodnu negu i unapređenje njihove opšte dobrobiti (v. preporuku 2.1 o medicinski nužnoj zdravstvenoj nezi u poglavlju Globalna primenljivost). Ovo poglavlje se zalaže da svi zdravstveni radnici u najvećoj mogućoj meri koriste ove standarde. Moguće su situacije ili mesta gde preporučeni resursi nisu u potpunosti dostupni. Zdravstveni radnici ili timovi kojima nedostaju resursi treba da rade na ispunjavanju ovih standarda. Ipak, ako neizbežna ograničenja isključuju komponente ovih preporuka, to ne bi trebalo da ih spreči da pruže najbolje trenutno dostupne usluge. Biranjem da se ne implementiraju potencijalno korisne usluge nege tamo gde postoje neke, ali ne i sve preporučene usluge, rizikuje se da se detetu nanese šteta (Murchison et al., 2016; Telfer et al., 2018; Riggs et al., 2020). Uopšte, nužno je dati prioritet detetovom najboljem interesu.

Poveća empirijska psihološka literatura upućuje na to da su iskustva iz ranog detinjstva često podloga celoživotnim obrascima rizika i/ili otpornosti i da doprinose načinu razvoja koji u manjoj ili većoj meri vodi dobrobiti i kvalitetnom životu (Anda et al., 2010); Masten i Cicchetti, 2010; Shonkoff i Garner, 2012). Dostupna istraživanja uopštenito 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 zlostavljanje 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 pretpubertetska deca koja su dobro prihvaćena u svojim rodno raznolikim identitetima uopštenito dobro prilagođena (Malpas et al., 2018; Olson et al., 2016). Prilikom procene i tretmana dece obično se naglašava ekološki pristup, jer deca treba da budu sigurna i negovana 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 saznanja o jedinstvenim rizicima za rodno raznoliku decu i naglašava integraciju ekološkog pristupa u razumevanje njihovih potreba i omogućavanje njihova mentalnog blagostanja u svim vrstama rodne nege. Ta perspektiva prioritet daje podsticanju dobrobiti i kvaliteta života deteta tokom njegova razvoja. Osim toga, ovo poglavlje obuhvata i stav – potkrepljen citiranim, obimnim psihološkim istraživanjima – da psihosocijalna rodno-afirmišuća nega (Hidalgo et al., 2013) pretpubertetskoj deci omogućava otvaranje razvojnih puteva koji će im dugoročno osigurati dobrobit, a onda i tokom prelaza u adolescenciju. Ovaj pristup potencijalno može da ublaži 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 usmerena su na razumevanje različitih aspekata rodnog razvoja u najranijim godinama detinjstva, na osnovu opšte populacije pretpubertetske dece. Ta su se istraživanja obično oslanjala na pretpostavku da su deca koja učestvuju u njima cisrodna (Olezeski et al., 2020), a upućuju na to da se stabilnost rodnog identiteta kod opšte populacije dece, od kojih većina verovatno nije rodno raznolika, uspostavlja u predškolskim godinama (Kohlberg, 1966; Steensma, Kreukels et al., 2013). Nedavno istraživanje razvoja roda kod dece pokazalo je da se rodna raznolikost može uočiti i prepoznati kod pretpubertetske dece (Fast i Olson, 2018; Olson i Gülgöz, 2018; Robles et al., 2016). Uprkos tome, empirijska su istraživanja u ovom području ograničena i trenutno

ne postoje proverene psihometrijske mere koje bi mogle pouzdano i/ili u potpunosti da utvrde način na koji pretpubertetska deca razumeju vlastiti rod i/ili potrebe i preferencije vezane za pol (Bloom et al., 2021). Stoga ovo poglavlje ističe važnost nijansiranog i individualizovanog kliničkog pristupa proceni roda, u skladu s preporukama iz različitih sistematičnih smernica i literature (Berg i Edwards-Leeper, 2018; de Vries i Cohen-Kettenis, 2012; Ehrensaft, 2018; Steensma i Wensing-Kruger, 2019). Istraživanja i klinička praksa su pokazali da rodna raznolikost kod pretpubertetske dece u nekim slučajevima može da bude promenjiva; ne postoje pouzdani načini predviđanja detetovog individualnog rodnog razvoja (Edwards-Leeper et al., 2016; Ehrensaft, 2018; Steensma, Kreukels et al., 2013), što znači da potrebe deteta vezane za rod mogu varirati tokom detinjstva.

Važno je razumeti značenje pojma „procena“ (ponekad se koristi kao sinonim za izraz „evaluacija“). Procene se vrše u mnogim kontekstima (Krishnamurthy et al., 2004), uključujući brzu procenu, koja se primenjuje tokom neposrednih kriza (npr. sigurnosna procena da li je dete suicidalno), ili fokusiranu procenu u situacijama kada porodica može da ima konkretno pitanje, neretko u kontekstu relativno kratkih konsultacija (Berg i Edwards-Leeper, 2018). Izraz „procena“ takođe se često koristi u značenju „dijagnostičke procene“, koja se može nazvati i „unos“ (engl. *intake*), a služi da se utvrdi da li postoji problem koji se može prepoznati i/ili bi se mogao rešiti terapijom. Ovo se poglavlje usredsređuje na sveobuhvatne procene koje su korisne za razumevanje potreba i ciljeva deteta i porodica (APA, 2015; de Vries i Cohen-Kettenis, 2012; Srinath et al., 2019; Steensma i Wensing-Kruger, 2019). Ta vrsta psihosocijalne procene nije potrebna za svu rodno raznoliku decu, ali različiti razlozi za nju mogu da postoje. Procene mogu da budu korisna prilika za pokretanje podrške rodno raznolikom detetu i njegovoj porodici, uz razumevanje da rodno raznolika deca imaju koristi kada porodična dinamika uključuje prihvatanje njihove rodne raznolikosti i savete roditelja, ako ih zatraže. Sveobuhvatne procene prikladne su u slučajevima kada porodica nastoji da što potpunije razumije detetov rod i potrebe mentalnog zdravlja u kontekstu rodne raznolikosti.

**Lista preporuka:**

- 7.1 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji rade s rodno raznolikom decom da se obučavaju i stiču stručna znanja o rodno uslovljenom razvoju i rodnoj raznolikosti kod dece, kao i da usvajaju znanja o dinamici rodne raznolikosti tokom životnog veka.
- 7.2 - Preporučujemo specijalistima koji rade s rodno raznolikom decom da se obučavaju savlađujući teorijski deo i usvajajući uvide zasnovane na dokazima, kao i da razvijaju stručna znanja u oblasti dečjeg i porodičnog mentalnog zdravlja s obzirom na celi razvojni spektar.
- 7.3 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji rade s rodno raznolikom decom da prođu obuku i steknu stručna znanja i o autizmu i o drugim neurodivergentnostima ili da u radu s autističnom ili drugom neurodivergentnom rodno raznolikom decom sarađuju sa stručnjakom koji poseduje relevantna stručna znanja.
- 7.4 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji rade s rodno raznolikom decom da se uključe u celoživotno obrazovanje vezano za rodno raznoliku decu i njihove porodice.
- 7.5 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji sprovode procenu rodno raznolike dece da u sklopu te procene prikupe i integrišu informacije iz različitih izvora.
- 7.6 - Preporučujemo specijalistima koji sprovode procenu rodno raznolike dece da uzmu u obzir relevantne razvojne činioce, neurokognitivno funkcionisanje i jezičke veštine.
- 7.7 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji sprovode procenu rodno raznolike dece da uzmu u obzir činioce koji mogu da spreče tačno izveštavanje deteta i njegove porodice ili staratelja o rodnom identitetu i rodnom izražavanju.
- 7.8 - Preporučujemo specijalistima da za rodno raznoliko dete i njegovu porodicu ili staratelje razmotre savetovanje, psihoterapiju ili oboje kada porodica i zdravstveni stručnjaci veruju da bi to doprinelo blagostanju i razvoju deteta i/ili porodice.
- 7.9 - Preporučujemo specijalistima koji savetuju rodno raznoliku decu i njihove porodice ili staratelje, pružaju im psihoterapiju ili oboje da rade i u drugim okruženjima, s drugim pojedincima koji su detetu važni, kako bi podsticali detetovu psihološku otpornost i emocionalno blagostanje.
- 7.10 - Preporučujemo specijalistima koji savetuju rodno raznoliku decu i njihove porodice ili staratelje, podržavaju ih psihoterapijom ili oboje da obema stranama pruže adekvatnu psihološku edukaciju o rodnom razvoju, primerenu uzrastu.
- 7.11 - Preporučujemo da zdravstveni radnici rodno raznolikoj deci koja se približavaju pubertetu, kao i njihovim porodicama ili starateljima, pruže informacije o mogućim rodno-afirmišućim medicinskim intervencijama, efektima tih tretmana na buduću plodnost i opcijama za njeno očuvanje.
- 7.12 - Preporučujemo roditeljima ili starateljima i zdravstvenim radnicima da pruže podršku deci koja žele priznanje roda koji odgovara njihovom unutrašnjem osećaju rodnog identiteta.
- 7.13 - Preporučujemo specijalistima ili pak roditeljima ili starateljima da podrže dete da nastavi da istražuje svoj rod tokom celog prepubertetskog perioda, 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 radi promovisanja dobiti rodno raznolike dece i smanjivanja teškoća s kojima se suočavaju.

U tim okolnostima, treba uzeti u obzir teškoće s mentalnim zdravljem u porodici, ako postoje, porodičnu dinamiku, društveni i kulturni kontekst, što sve utiče na rodno raznoliko dete (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 decom nastoje da razumeju različite aspekte identiteta i iskustva deteta i porodice: njihov rasni, etnički, migrantski ili izbeglički status, verski, geografski i socioekonomski položaj. Isto tako, važno je da i u kliničkim interakcijama budu puni poštovanja i osetljivi u odnosu na kulturni kontekst (Telfer et al., 2018). Mnogi činioći mogu biti relevantni

za kulturu i rod, uključujući verska uverenja i očekivanja vezana za rod, kao i stepen do kojeg je rodna raznolikost prihvaćena (Oliphant et al., 2018). Prožimanja rodne raznolikosti, sociokulturne raznolikosti i statusa manjina mogu biti izvori snage, društvenog stresa ili i jednog i drugog (Brown i Mar, 2018; Oliphant et al., 2018; Riggs i Treharne, 2016).

Svako dete, svaki član porodice i svaka porodična dinamika jedinstveni su i potencijalno obuhvataju više kultura i uverenja. Stoga bi zdravstveni radnici, bez obzira na specijalizaciju, trebalo da izbegavaju stereotipe zasnovane na unapred stvorenim predstavama koje mogu biti netačne ili pristrasne (npr. da se porodica praktičnih vernika protivi uvažavanju rodne raznolikosti i da neće podržati rodnu raznolikost svog deteta) (Brown i Mar, 2018). Naprotiv,

važno je da se svakoj porodici pristupiti otvoreno i da se svaki član porodice i svaki porodični odnos posebno razume.

Sve preporuke u ovom poglavlju donete su nakon temeljitog pregleda dokaza, procene koristi i štete, vrednosti i preferencija pružalaca usluga i pacijenata i procene mogućnosti korišćenja resursa i njihove operacionalizacije. U nekim slučajevima prepoznamo da su dokazi ograničeni i / ili da usluge možda nisu dostupne ili poželjne.

### Preporuka 7.1

**Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji rade s rodno raznolikom decom da se obučavaju i stiču stručna znanja o rodno uslovljenom razvoju i rodnoj raznolikosti kod dece, kao i da usvajaju znanja o dinamici rodne raznolikosti tokom životnog veka.**

Zdravstveni radnici koji rade s rodno raznolikom decom treba da steknu i da nastave da stiču potrebne obuke i kvalifikacije relevantne za sve što obuhvata uloga stručnjaka. To uključuje diplome, certifikate ili oboje, koje izdaju odgovarajuća nacionalna i / ili regionalna akreditaciona tela. Svesni smo da se specifičnosti izdavanja diploma i donošenje propisa za stručnjake razlikuju širom sveta. Ipak, važno je razumeti da su osnovna licenca, diploma ili oboje sami po sebi možda nedovoljni da osiguraju kompetencije u radu s rodno raznolikom decom, s obzirom na to da osposobljavanje zdravstvenih radnika o rodnom razvoju u detinjstvu i rodnoj raznolikosti iziskuje sveobuhvatno obrazovanje i stručnu praksu pod mentorstvom da bi se obezbedila odgovarajuća nega.

### Preporuka 7.2

**Preporučujemo specijalistima koji rade s rodno raznolikom decom da se obučavaju savlađujući teorijski deo i usvajajući uvide zasnovane na dokazima, kao i da razvijaju stručna znanja u oblasti dečjeg i porodičnog mentalnog zdravlja s obzirom na celi razvojni spektar.**

Zdravstveni radnici bi trebali da se osposobljavaju i da pod nadzorom stiču stručnost u oblasti opšteg dečjeg i porodičnog mentalnog zdravlja, a s obzirom na celi razvojni spektar – od deteta koje je tek prohodalo do adolescencije – uključujući procenu zasnovanu na dokazima i intervencijske pristupe. Rodna raznolikost

nije mentalni poremećaj; međutim, kao što je navedeno, znamo da mentalno zdravlje rodno raznolike dece može biti izloženo izrazito štetnom uticaju (npr. rodnom manjinskom stresu) (Hendricks i Testa, 2012), što se može ublažiti razmatranjem i podrškom. Stoga, izrazito preporučujemo obrazovanje u području mentalnog zdravlja. Rad s decom je složen posao koji uključuje razumevanje detetovih razvojnih potreba u različitom uzrastu, sposobnost shvatanja uticaja koji deluju na detetovo blagostanje u porodici i izvan nje (Kaufman i Tishelman, 2018), kao i sposobnost da se u potpunosti proceni da li je dete nesrećno ili ima značajne mentalne teškoće, povezane ili nepovezane s rodnom. Istraživanje je pokazalo visok nivo nepovoljnih iskustava i trauma kod rodno raznolike dece, 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 svesni mogućih nepovoljnih iskustava i sposobni da pokrenu delotvorne intervencije za sprečavanje štete i promovisanje dobrobiti deteta.

### Preporuka 7.3

**Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji rade s rodno raznolikom decom da prođu obuku i steknu stručna znanja i o autizmu i o drugim neurodivergentnostima ili da u radu s autističnom ili drugom neurodivergentnom rodno raznolikom decom saraduju sa stručnjakom koji poseduje relevantna stručna znanja.**

Iskustvo rodne raznolikosti kod autistične dece, kao i kod dece s drugim oblicima neurodivergencije, može predstavljati dodatne kliničke komplikacije (de Vries et al., 2010; Strang, Meagher et al., 2018). Na primer, autističnoj deci može da bude teško da samostalno zastupaju vlastite potrebe vezane za rod i mogu da komuniciraju na krajnje individualne načine (Kuvallanka et al., 2018; Strang, Powers et al., 2018). Mogu da imaju različita tumačenja iskustava povezanih s rodnom, s obzirom na uobičajene razlike u komunikaciji i načinu razmišljanja. Zbog jedinstvenih potreba, rodno raznolika neurodivergentna deca mogu biti izložena velikom riziku da budu pogrešno shvaćena (tj. da njihova komunikacija bude pogrešno protumačena). Stoga stručnjaci koji pružaju podršku



tim grupama dece mogu biti najuspešniji ako se obuče i steknu stručna znanja o autizmu i povezanim neurorazvojnim izražavanjima i/ili ako saraduju sa stručnjacima za autizam (Strang, Meagher et al., 2018). Takvo je osposobljavanje posebno relevantno s obzirom na to da su istraživanja zabeležila 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 decom da se uključe u celoživotno obrazovanje vezano za rodno raznoliku djecu i njihove porodice.**

Kontinuirani profesionalni razvoj u oblasti podrške rodno raznolikoj deci i porodicama može se steći na različite načine, uključujući čitanje (članaka u časopisima, knjiga, internetskih stranica organizacija koje se bave rodnim pitanjima), *onlajn* konsultacije ili konsultacije uživo, kao i priključivanje supervizijskim grupama ili drugim grupama u kojima je moguće potražiti stručni savet i podršku (Bartholomaeus et al., 2021). Kontinuirano obrazovanje uključuje 1.) praćenje dostupnih i relevantnih istraživanja o rodnom razvoju i rodnoj raznolikosti kod pretpubertetske dece, kao i o dinamici rodne raznolikosti tokom životnog veka, i 2.) praćenje aktuelnih saznanja o najboljim praksama u proceni i odgovaranju na potrebe rodno raznolike dece i njihovih porodica, kao i o načinima na koje ih je moguće podržati. Budući da se radi o relativno novim praksama, i zdravstveni radnici moraju da se prilagođavaju novim informacijama koje proizlaze iz istraživanja i drugih izvora (Bartholomaeus et al., 2021).

#### Preporuka 7.5

**Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji sprovode procenu rodno raznolike dece da u sklopu te procene prikupe i integrišu informacije iz različitih izvora.**

Sveobuhvatna procena, na zahtev porodice i/ili zdravstvenog radnika, može biti korisna za razvoj preporuka za intervencije prilagođene detetovim potrebama radi dobrobiti deteta i ostalih članova porodice. Taj oblik procene može da pomogne u različitim situacijama kada dete i/ili njegova porodica ili staratelji, u saradnji sa stručnjacima smatraju da bi neka

vrsta intervencije bila korisna. Ni procene ni intervencije nikada ne smeju da se koriste kao sredstvo prikrivenog ili otvorenog obeshrabrivanja djetetova rodno raznolikog izražavanja ili identiteta. Nasuprot tome, uz odgovarajuće osposobljene stručnjake, procena može da bude delotvorno sredstvo za bolje razumevanje načina na koje se detetu i porodici može pružiti podrška, a da se pritom ne privileguje određeni rodni identitet ili određeno izražavanje. Procena može da bude naročito važna za neku decu i njihove porodice zbog razvoja saradnje na unapređenju detetovog rodnog zdravlja, opšte dobrobiti i samoispunjenja.

Sveobuhvatna procena može da olakša izradu individualizovanog plana podrške rodno raznolikoj pretpubertetskoj deci 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 procena važno integrisati informacije iz različitih izvora kako bi se 1.) najbolje razumele detetove potrebe vezane za rodno zdravlje da bi mogle da se daju najbolje preporuke 2.) identifikovale prednosti i izvori podrške detetu, porodici ili starateljima i zajednici da bi se osnažila podrška vezana za detetov rodni status i razvoj, ali i da bi se procenili rizici i prepoznali pojedini problemi vezani za dete, porodicu ili staratelje i okolinu. Da bi se donela procena ili planirala podrška ili intervencija, moguće je uključiti doprinose deteta, roditelja ili staratelja, članova šire porodice, braće i sestara, pedagoga, zdravstvenih radnika, ljudi iz sredine u kojoj dete živi, šireg kulturnog i pravnog konteksta, kao i druge naznačene izvore (Berg i Edwards-Leeper, 2018; Srinath, 2019).

Zdravstveni radnici koji sprovode procenu rodno raznolike dece trebali bi da istraže rodne teme i da sveobuhvatno posmatraju dete i detetovu okolinu u skladu s već opisanim ekološkim modelom (Bronfenbrenner, 1979) da bi u potpunosti razumeli faktore koji utiču na dobrobit deteta 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 razumevanje izvora otpornosti i izazova s kojima se dete ili porodica susreću i koji su prisutni u okruženju. Savetujemo specijalistima koji sprovode procenu rodno raznolike dece da

razmotre uključivanje perspektiva iz višestrukih domena u procenu, u zavisnosti od deteta, potreba porodice i njenih okolnosti. Iako se neka od područja navedenih u idućem odlomku ne bave direktno detetovim rodom (v. točke 7–12 koje slede), potrebno je da se uzmu u obzir prilikom procene, u skladu sa kliničkim sudom, da bi se u celini razumela složena mreža uticaja na detetovo blagostanje, koje uključuje i rodno zdravlje, a u skladu s najboljim praksama procene (APA, 2015; Berg i Edwards-Leeper, 2018; Malpas et al., 2018), i da bi se, kada je to potrebno, osmislile višestruke intervencije.

Sažimajući uvide relevantnih istraživanja i kliničke prakse, područja procene često uključuju 1.) detetov potvrđeni rodni identitet i njegovo rodno izražavanje, u datom trenutku i ranije; 2.) dokaze disforije, rodne nepodudarnosti ili oboje; 3.) prednosti i izazove povezane s detetovim, porodičnim, vršnjačkim i drugim uverenjima i stavovima o rodnoj raznolikosti, prihvatanju i podršci detetu; 4.) detetova i porodična iskustva rodno manjinskog stresa, odbacivanja ili neprijateljstva ili svega navedenog zbog detetove rodne raznolikosti; 5.) stepen podrške rodnoj raznolikosti u društvenom okruženju (npr. u školi, verskoj zajednici ili široj porodici); 6.) sagledavanje sukoba nastalog zbog detetova rođa i/ili zabrinjavajućeg ponašanja roditelja ili staratelja ili pak braće i sestara povezanog s detetovom rodnom raznolikošću; 7.) mentalno zdravlje deteta, komunikacijske i/ili kognitivne prednosti i izazove, neurodivergenciju i/ili izazove u ponašanju koji uzrokuju značajne funkcionalne teškoće; 8.) relevantnu istoriju oboljenja i razvoja; 9.) područja koja mogu predstavljati rizik (npr. izloženost nasilju u porodici i/ili zajednici, bilo kojem obliku dečjeg zlostavljanja; istoriju traume; stvaranje sigurnih i/ili viktimizujućih 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 i 12.) detetove i porodične prednosti i izazove s kojima se suočavaju.

Temeljna procena koja uključuje različite oblike prikupljanja informacija korisna je za razumevanje potreba, prednosti, zaštitnih faktora

i rizika za određeno dete i njegovu porodicu u različitim okruženjima (npr. u kući ili školi). Metode prikupljanja informacija često uključuju 1.) strukturisane i nestrukturisane razgovore s detetom, članovima porodice i drugim ljudima u životu deteta (npr. učiteljima); 2.) starateljevo i detetovo rešavanje standardizovanih testova vezanih za rod, opšte blagostanje deteta, detetove kognitivne i komunikacijske veštine, razvojne teškoće ili invaliditete, prihvaćenost i podršku koje detetu pružaju roditelji/staratelji, braća i sestre, šira porodica i vršnjaci, roditeljski stres, istoriju teškoća i nesreća u detinjstvu i/ili druge probleme, po potrebi (APA, 2020; Berg i Edwards-Leeper, 2018; Kaufman i Tishelman, 2018; Srinath, 2019).

U zavisnost od karakteristika porodica i razvojnog profila deteta ili od oboje, metode prikupljanja informacija mogu se unaprijediti i 1.) strukturisanim ili nestrukturisanim posmatranjem deteta i/ili obitelji te 2.) strukturisanim i vizualnim tehnikama procenjivanja (radni listovi, autoportreti, porodični crteži itd.) (Berg i Edwards-Leeper, 2018).

#### Preporuka 7.6

**Preporučujemo specijalistima koji sprovode procenu rodno raznolike dece da uzmu u obzir relevantne razvojne činioce, neurokognitivno funkcionisanje i jezičke veštine.**

S obzirom na složenost procene dece, koja se, za razliku od odraslih, još razvijaju u različitim sferama (kognitivnoj, društvenoj, emocionalnoj, fiziološkoj), važno je da se razvojni status deteta uzme u obzir i da se načini procene i interakcije prilagode individualnim sposobnostima deteta. To uključuje prilagođavanje procenjivanja razvojnoj fazi i sposobnostima deteta (predškolsko doba, školsko doba, rani pubertet), ali i korišćenje jezika i evaluacionih pristupa koji vode računa o detetovoj udobnosti, jezičkim veštinama i načinima samoizražavanja (Berg i Edwards-Leeper, 2018; Srinath, 2019). Tako, na primer, tokom procenjivanja u obzir treba uzeti relevantne razvojne činioce, kao što su neurokognitivne razlike (npr. stanja u okviru autističnog spektra) i receptivne i izražajne jezičke veštine. Zdravstvenim radnicima će možda biti potrebno da se konsultuju sa stručnjacima oko smernica, u slučajevima kada sami ne posjeduju specijalistička znanja (Strang et al., 2021).

### Preporuka 7.7

**Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji sprovode procenu rodno raznolike dece da uzmu u obzir činioce koji mogu da spreče tačno izveštavanje deteta i njegove porodice ili staratelja o rodnom identitetu i rodnom izražavanju.**

Zdravstveni radnici koji sprovode procenu rodno raznolike dece i porodica treba da uzmu u obzir razvojne, emocionalne i spoljašnje činioce koji mogu na bilo koji način da ograniče spremnost deteta, staratelja, braće i sestara ili drugih na otvoreni razgovor ili da utiču na njihove stavove o rodu (Riggs i Bartholomaeus, 2018). Kao i kod svih psiholoških obrada dece, reakcije okoline i porodice/staratelja (npr. kazne) i/ili kognitivni i društveni činioci mogu uticati na detetov osećaj udobnosti i opuštenosti i/ili sposobnosti da direktno razgovara o određenim temama, uključujući rodni identitet i povezana pitanja (Srinath, 2019). Isto tako, članovima porodice može biti neugodno da otvoreno izraze svoje brige i ideje, u zavisnosti od porodične dinamike i sukoba i/ili drugih uticaja (npr. kulturni/verski uticaji, pritisak šire porodice) (Riggs i Bartholomaeus, 2018).

### Preporuka 7.8

**Preporučujemo specijalistima da za rodno raznoliko dete i porodicu ili staratelje razmotre savetovanje, psihoterapiju ili oboje kada porodice i zdravstveni stručnjaci veruju da bi to doprinelo blagostanju i razvoju deteta i/ili obitelji.**

Modifikovanje detetova rodno rodno identiteta, bio on prikriven ili otvoren, nikada ne sme da bude cilj psihoterapije (APA, 2021; Ashley, 2019; Paré, 2020; SAMHSA, 2015; UN Human Rights Council, 2020). Pomoć i vođstvo psihologa i psihijataru nisu potrebni svoj rodno raznolikoj deci ili njihovim porodicama, 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 deteta poboljša, odnosno da se spreče dalji problemi (APA, 2015). Psihoterapija za rodno raznoliko dete i porodicu obično se razmatra zbog sledećih razloga: 1.) dete pokazuje značajno neslaganje, zbunjenost, stres ili uznemirenost i patnju u vezi sa vlastitim

rodnom identitetom ili mu je potreban siguran prostor za istraživanje svog roda (Ehrensaft, 2018; Spivey i Edwards-Leeper, 2019); 2.) dete trpi spoljašnji pritisak da izrazi svoj rod na način koji se kosi s njegovom samospoznajom, željama i uverenjima (APA, 2015); 3.) dete se muči s problemima koji se tiču mentalnog zdravlja, bilo da su oni povezani s rodom ili nezavisni od njega (Barrow i Apostle, 2018); 4.) detetu bi koristilo da ojača otpornosti prema negativnim reakcijama okoline na njegov rodni identitet ili izražavanje (Craig i Auston, 2018; Malpas et al., 2018); 5.) moguće je da je dete zabrinuto u vezi sa mentalnim zdravljem i/ili okruženjem, što uključuje zabrinutosti oko odnosa u porodici koji se mogu pogrešno protumačiti kao rodna podudarnost ili nepodudarnost (Berg i Edwards-Leeper, 2018) i 6.) dete sâmo izražava želju za susretom sa specijalistom za mentalno zdravlje kako bi dobilo podršku vezanu za pitanja svog rodno rodno identiteta. U tim situacijama, psihoterapija će se usredsrediti na podršku detetu, a podrazumeva se da će detetov(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 je iz nekog razloga kontraindikovano, izuzetno je korisno da roditelji ili staratelji na neki način učestvuju u psihoterapiji koja uključuje prepubertetsku decu jer su porodični faktori često ključni za dobrobit deteta. Iako je relativno neobrađeno u stručnim istraživanjima koja uključuju rodno raznoliku decu, moglo bi biti važno obratiti pažnju i na odnos između braće i sestara i rodno raznolikog deteta (Pariseau et al., 2019; Parker i Davis-McCabe, 2021).

Zdravstveni radnici bi trebalo da postupke prilagode individualnim potrebama deteta radi 1.) podsticanja zaštitnih socijalnih i emocionalnih veština suočavanja, kako bi se unapredila otpornost u slučaju mogućih negativnih reakcija na detetov rodni identitet, izražavanje ili na oboje (Craig i Austin, 2016; Malpas et al., 2018; Spencer, Berg et al., 2021); 2.) zajedničkog rešavanja društvenih izazova da bi se smanjio manjinski rodni stres (Barrow i Apostle, 2018; Tishelman i Neumann-Mascis, 2018); 3.) jačanja podrške okoline detetu i/ili članovima uže i šire porodice (Kaufman i Tishelman, 2018) te 4.) obezbeđivanja prilike za detetovo dalje razmatranje proživljenih rodno rodno iskustava (APA, 2015; Barrow i Apostle, 2018; Ehrensaft, 2018; Malpas

et al., 2018; McLaughlin i Sharp, 2018). Korisno je da zdravstveni radnici s rodno raznolikim detetom i porodicom razviju odnos koji bi, po potrebi, bio dugoročno održiv. To detetu ili porodici omogućava da uspostavi dugotrajan odnos poverenja tokom detinjstva, a zdravstvenom radniku da podrži i prati dete dok sazreva, posebno u slučaju pojavljivanja novih izazova ili potreba deteta ili porodice (Spencer, Berg et al., 2021; Murchison et al., 2016). Uz navedeno i u granicama dostupnih resursa, u slučaju kada je dete neurodivergentno, najprikladniji je zdravstveni radnik koji istovremeno vlada veštinama tretiranja i neurorazvojnih razlika i pitanja roda (Strang et al., 2021).

Kako literatura pokazuje, postoje brojni razlozi zbog kojih roditelji ili negovatelji ili pak braća ili sestre i šira porodica pretpubertetskog deteta mogu i sami da zatraže psihoterapiju (Ehrensaft, 2018; Malpas et al., 2018; McLaughlin i Sharp, 2018). Uobičajeni katalizatori za traženje psihološke pomoći jesu situacije kada jedan ili više članova porodice 1.) želi da sazna više o rodnom razvoju (Spivey i Edwards-Leeper, 2019); 2.) doživljava značajnu zbunjenost ili stres zbog detetovih rodnog identiteta, izražavanja ili oboje (Ashley, 2019; Ehrensaft, 2018); 3.) ima potrebu za smernicama vezanim za emocionalne i bihevioralne probleme u pogledu rodno raznolikog deteta (Barrow i Apostle, 2018); 4.) ima potrebu za podrškom za izgradnju afirmišućeg okruženja izvan kuće (npr. u školi, na sportskim aktivnostima, u kampovima) (Kaufman i Tishelman, 2018); 5.) traži pomoć da bi doneo informisane odluke o društvenoj tranziciji, uključujući i to kako da se ona sprovede na način koji je optimalan za detetov rodni razvoj i zdravlje (Lev i Wolf-Gould, 2018); 6.) traži podršku da bi mogao da se nosi s osudom drugih, uključujući i političke subjekte i prateće zakonodavstvo, zbog podrške koju daje svom rodno raznolikom detetu (negativne reakcije društvenog okruženja uperene prema roditeljima/starateljima, a izazvane afirmišućim odlukama, ponekad obuhvataju odbacivanje i/ili uznemiravanje ili zlostavljanje (Hidalgo i Chen, 2019); 7.) želi da proradi vlastite emocionalne reakcije i potrebe vezane za rodni identitet svog deteta, uključujući žaljenje zbog detetove rodne raznolikosti i/ili potencijalne strahove i strepnje za detetovo trenutno i buduće blagostanje (Pullen Sansfaçon et al., 2019) i 8.) osjeća emocionalnu

muku i/ili je u sukobu s drugim članovima porodice zbog detetove rodne raznolikosti (zdravstveni stručnjaci mogu da obezbede posebne termine za podršku roditeljima ili starateljima, braći i sestrama i članovima šire porodice, savetovanje 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 savetuju rodno raznoliku decu i njihove porodice ili staratelje, pružaju im psihoterapiju ili oboje da rade i u drugim okruženjima, s drugim pojedincima koji su detetu važni, kako bi podsticali detetovu psihološku otpornost i emocionalno blagostanje.**

U skladu s opisanim ekološkim modelom i prema potrebi, a na osnovu ličnih ili porodičnih okolnosti deteta, zdravstvenim stručnjacima u najvećoj meri može da pomogne prioritizovanje koordinacije s važnim osobama u detetovom životu (npr. učitelji, treneri ili sveštenici) da bi se unapredila detetova emocionalna i fizička sigurnost u svim sredinama (npr. u školskom okruženju, u sportskim i rekreativnim ili verskim aktivnostima) (Kaufman i Tishelman, 2018). Terapijske grupe i/ili grupe za podršku često se porodicama ili starateljima i/ili samoj rodnoj raznolikoj deci preporučuju kao vredan resurs (Coolhart, 2018; Horton et al., 2021; Malpas et al., 2018; Murchison et al., 2016).

#### Preporuka 7.10

**Preporučujemo specijalistima koji savetuju rodno raznoliku decu i njihove porodice ili staratelje, koji ih podržavaju psihoterapijom ili oboje da obema stranama pruže adekvatnu psihološku edukaciju o rodnom razvoju, primerenu uzrastu.**

Roditelji ili staratelji i njihovo rodno raznoliko dete treba da imaju priliku da steknu znanje o načinima na koje porodice najbolje mogu da podrže svoje dete da poveća psihološku otpornost, samosvest i funkcionisanje (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; Malpas, 2018; Spivey i Edwards-Leeper, 2019). Nije uloga zdravstvenih stručnjaka da sa sigurnošću predviđaju krajnji rodni identitet deteta, niti bi to uopšte bilo moguće, nego je zadatak zdravstvenih stručnjaka da kreiraju siguran prostor, u kojem detetov rodni

identitet može da se razvija i oblikuje s vremenom, a da se pritom u pogledu roda ne daje prednost nijednom razvojnom smeru (APA, 2015; Spivey i Edwards-Leeper, 2019). Rodno raznolika deca i mlađi adolescenti imaju drugačije potrebe i iskustva od starijih adolescenata, i u društvenom i u psihološkom smislu, i te bi razlike trebalo da utiču na individualizaciju pristupa zdravstvenih stručnjaka svakom detetu/porodici (Keo-Meir i Ehrensaft, 2018; Spencer, Berg et al., 2021).

Roditelji ili staratelji i njihova deca treba da imaju priliku da steknu znanje o rodnom razvoju i rodnu pismenost kroz psihoedukaciju prilagođenu uzrastu (Berg i Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill i sur, 2019; Spencer, Berg et al., 2021). Rodna pismenost podrazumeva shvatanje razlika između pola pripisanog po rođenju, rodnog identiteta i rodnog izražavanja, uključujući i načine na koje se ta tri činioća jedinstveno povezuju kod određenog deteta (Berg i Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021). Sa sticanjem rodne pismenosti, dete počinje da shvata da njegovi delovi tela ne moraju da definišu rodni identitet ili/i njegovo rodno izražavanje (Berg i Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021). Rodna pismenost podrazumeva i učenje da se raspoznaju društvene poruke i iskustva vezana za rod. Sticanje rodne pismenosti detetu može da omogući pozitivniji doživljaj razvoja vlastita rodnog identiteta i rodnog izražavanja i da poveća psihološku otpornost i samouverenost, a samim time, moguće je smanjiti rizik od poniženja kada se dete 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 detetu važni (Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021).

#### Preporuka 7.11

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

Kako dete sazreva i približava se pubertetu, prioritet zdravstvenih stručnjaka treba da bude rad s decom i njihovim roditeljima ili

starateljima na integraciji znanja koja su stekli edukovanjem o pubertetu i učestvovanje u zajedničkom donošenju odluka o mogućim rodno-afirmišućim medicinskim postupcima, uz razmatranje posledica koje ti medicinski postupci mogu da imaju na plodnost, kao 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 procenila takve intervencije, konsenzus stručnjaka i psihološka literatura posvećena dečjem razvoju uglavnom podržavaju ideju da će otvorena komunikacija s decom o njihovom telu i priprema za psihološke promene u pubertetu, zajedno s rodno-afirmišućim prihvatanjem, pojačati psihološku otpornost i pomoći da se na prelazu u adolescenciju kultivira više pozitivna seksualnost (Spencer, Berg et al., 2019). Sva ta razmatranja mogu da se produže (npr. da počnu ranije) kako bi se obuhvatila neurodivergentna deca, ostavljajući dovoljno vremena za razmišljanje i razumevanje, pogotovo zato što će u budućnosti izbor rodno-afirmišuće nege verovatno biti veći (Strang, Jarin et al., 2018). Ti razgovori bi mogli da uključuju sledeće teme:

- delove tijela i njihove različite funkcije;
- kako se sve dečje telo može menjati 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 primerenog seksualnog vaspitanja pre puberteta.

Tokom ovih diskusija trebalo bi koristiti razvojno primeren jezik i stil podučavanja, prilagođavajući se specifičnim potrebama svakog deteta (Spencer, Berg et al., 2021).

#### Preporuka 7.12

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

Rodna društvena tranzicija odnosi se na proces prihvatanja detetova rodnog identiteta u okruženju i sticanje mogućnosti da dete, bilo u svim bilo u određenim situacijama, javno živi u rodnom identitetu koji potvrđuje kao svoj, pri čemu taj proces ne podrazumeva samo jedan skup parametara ili radnji (Ehrensaft et al., 2018). Rodna društvena tranzicija ranije se često shvatala binarno – devojčica prelazi u dečaka, a dečak u devojčicu. Pojam je proširen da bi uključio decu koja prelaze u nebinarnu ili individualno oblikovanu iteraciju rodnog identiteta (Chew et al., 2020; Clark et al., 2018). Novija istraživanja pokazuju da društvena tranzicija može da ima zaštitnu funkciju za pretpubertetsku decu i da unaprijedi njihovo mentalno zdravlje i blagostanje (Durwood et al., 2017; Gibson et al., 2021; Olson et al., 2016). Dakle, priznanje da detetov rod može da bude fluidan i da se razvija tijekom vremena (Edwards-Leeper et al., 2016; Ehrensaft, 2018; Steensma, Kreukels et al., 2013) nije dovoljno opravdanje za negiranje ili sprečavanje društvene tranzicije deteta kada bi ona bila korisna. Razvoj rodnog identiteta može da se nastavi čak i nakon delimične 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 deca koja su najoptimističnija u pogledu svoje rodne različitosti najverovatnije s vremenom istrajati u različitom rodnom identitetu, uključujući decu koja su društvenu tranziciju prošla pre 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 decu koja dosledno i istrajno izražavaju rodni identitet nepodudaran s rodom koji im je pripisan po rođenju. To uključuje i onu decu koja izričito traže i žele društveno priznanje roda koji bolje odgovara njihovom artikulisanom rodnom identitetu i/ili decu koja pokazuju uznemirenost kada se rod kakav oni znaju doživljava kao nepodudaran s rodom pripisanim po rođenju (Rae et al., 2019; Steensma, Kreukels et al., 2013).

Uprkos nedostatku empirijskih uvida u najbolje prakse vezane za društvenu tranziciju, klinička literatura i struka nude sledeće smernice, koje prednost daju najboljim interesima deteta

(Ashley, 2019e; Ehrensaft, 2018; Ehrensaft et al., 2018; Murchison et al., 2016; Telfer et al., 2018): 1.) društvenu tranziciju treba da inicira dete, a donošenje odluke o njenome pokretanju treba da odražava želje deteta; 2.) zdravstveni radnik može da pomogne 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.) dete može, ali i ne mora, odlučiti da saopšti drugima da je u procesu društvene tranzicije ili može odrediti, obično uz pomoć roditelja/staratelja, određenu grupu ljudi s kojima će podeliti tu informaciju.

Ukratko, kada se dogodi, društvena tranzicija verovatno će najbolje služiti dobrobiti deteta ako se odvija promišljeno i individualno za svako dijete. Društvena tranzicija deteta (kao što je to slučaj i s rodom) mogla bi s vremenom da se razvije i ne treba da bude statična, ali najbolje odražava presek detetove uspostavljene samospoznaje trenutnog rodnog identiteta i svega što dete želi da učini da bi izrazilo svoj identitet (Ehrensaft et al., 2018).

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

- promenu imena;
- promenu zamenice /-a;
- promenu oznake roda (npr. u izvodu iz matične knjige, ličnim dokumentima, pasošu, medicinskoj i školskoj dokumentaciji itd.);
- detetovom rodnom identitetu prilagođeno učešće u rodno podeljenim programima (npr. u sportskim timovima, rekreativnim klubovima i kampovima, aktivnostima u školi itd.);
- upotrebu odgovarajućih toaleta i garderobe;
- lično izražavanje (npr. promene frizure, izbora odeće itd.);
- saopštavanje afirmisanog roda drugima (npr. na društvenim mrežama, u razredu ili putem školskih obaveštenja, u pismima članovima šire porodice ili društvenim kontaktima itd.).

### Preporuka 7.13

**Preporučujemo specijalistima ili pak roditeljima ili starateljima da podrže dete da nastavi da istražuje svoj rod tokom celog prepubertetskog razdoblja, nezavisno od društvene tranzicije.**

Važno je da se deci koja su učestvovala u društvenoj tranziciji pruže jednake prilike kao i ostaloj deci da nastave da razmatraju značenja vezana za rod i rodno izražavanje tokom celog detinjstva (Ashley 2019; Spencer, Berg et al., 2021). Neka istraživanja su ukazala na to da deca mogu da iskuse rodnu fluidnost ili čak detranziciju nakon početne društvene tranzicije. Međutim, iz istraživanja ne proizlazi zaključak o tome kada bi u životu takva detranzicija mogla najverovatnije da se dogodi ili koliki procenat mladih će jednom doživeti rodnu fluidnost i/ili želju za detranzicijom – bilo zbog razvoja roda ili eventualno drugih razloga (npr. zbog zabrinutosti za sigurnost ili manjinskoga rodnog stresa) (Olson et al., 2022; Steensma, Kreukels et al., 2013). Nedavno istraživanje izveštava da se u SAD-u detranzicija događa kod malog procenta mladih, do pet godina nakon binarne društvene tranzicije (Olson et al., 2022); dalje praćenje tih mladih ljudi bilo bi korisno. Takođe je važno videti da li bi se isti rezultati ponovno dobili, s obzirom na to da je istraživanje sprovedeno na ograničenom uzorku samoizabranih učesnika u SAD, pa stoga ne treba nužno da se primenjuje na svu rodno raznoliku decu. Ukratko, imamo ograničenu sposobnost da unapred znamo kako će se detetovi rodni identitet i izražavanje kretati tokom vremena, odnosno da li se i zašto detranzicija događa kod neke dece. Osim toga, ne žele sva rodno raznolika deca da istražuju svoj rod (Telfer et al., 2018). Od cisrodne dece se ne očekuje da se upuste u ovaj oblik istraživanja, pa se stoga pokušaji nametanja rodno raznolikom detetu da to učini, ako nisu indikovana ili dobrodošla, mogu doživeti kao patologizujuća, intruzivna i/ili cisonormativna (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 prepubertetske dece društvena tranzicija se sastoji od niza mogućnosti; može da se odvija tokom vremena i prilagođava se detetovim željama i drugim psihosocijalnim uslovima (Ehrensaft, 2018), a donošenje odluke trebalo bi da prate odmeravanje i razmatranje mogućih prednosti i izazova. Društvena tranzicija može da bude korisna, kao što je naznačeno u kliničkoj literaturi (npr., Ehrensaft et al., 2018) i potkrepljeno istraživanjima (Fast i Olson, 2018; Rae et al., 2019). Ta korist uključuje lakše postizanje rodne podudarnosti, uz istovremeno smanjenje rodne disforije i poboljšavanje psihosocijalne prilagođenosti i blagostanja (Ehrensaft et al., 2018). Istraživanja su pokazala da rodno raznolika deca koja su prošla kroz društvenu tranziciju u velikoj meri odražavaju karakteristike mentalnog zdravlja svojih cisrodnih vršnjaka, braće i sestara (Durwood et al., 2017). Ti nalazi se znatno razlikuju od izazova povezanih s mentalnim zdravljem koji su dosledno zabeleženi u prethodnim istraživanjima rodno raznolike dece i adolescenata (Barrow i Apostle, 2018), upućujući na to da bi uticaj društvene tranzicije mogao da bude pozitivan. Isto tako, društvena tranzicija dece obično može da se odvija samo uz roditeljsku ili starateljsku podršku i prihvatanje, a to, kako se takođe pokazalo, omogućava dobrobit rodno raznolike dece (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 decom i njihovim porodicama 1.) kada postoji dosledna, stabilna artikulacija rodnog identiteta koji nije u skladu s rodnom pripisanim po rođenju (Fast i Olson, 2018), pri čemu se ta artikulacija rodnog identiteta ne sme poistovećivati s rodno različitim izražavanjem, ponašanjem ili interesima (npr. igranje određenim igračkama, izražavanje kroz odevanje i izbor spoljašnjeg izgleda i/ili uključivanje u društveno definisane aktivnosti koje se obično povezuju s drugim rodnom u binarnom modelu rodova) (Ehrensaft, 2018; Ehrensaft et al., 2018); 2.) kada dete 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.) ako će dete biti emocionalno i fizički sigurno tokom i nakon same društvene tranzicije (Brown i Mar, 2018).

Treba uzeti u obzir predrasude i diskriminaciju, naročito tamo gde 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 dete koje ne prolazi kroz društvenu tranziciju mogući rizici, i to 1.) izopštavanje ili zlostavljanje, jer se dete percipira kao neprilagođeno propisanim rodnim ulogama u zajednici i/ili društveno pretpostavljenim obrascima ponašanja, i 2.) život s psihičkim stresom i teskobom, jer se od njega traži da spolja predstavlja rod nepodudaran s njegovim rodnim identitetom.

Da bi se unapredilo rodno zdravlje, zdravstveni stručnjaci treba da razgovaraju s detetom i njegovom porodicom o mogućim izazovima društvene tranzicije. Često je izražavana zabrinutost da će se dete povući iz daljeg razmatranja razvoja svog rodnog identiteta kako sazreva ili oklevati da pokrene drugu rodnu tranziciju, čak i ako više ne oseća 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 dece koja su prošla kroz društvenu tranziciju mogu da razgovaraju sa svojom decom 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 dete moglo da doživi negativne posledice ako se vrati pređašnjem rodnom identitetu koji odgovara rodu pripisanom po 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 svesni razvojnih uticaja koje društvena tranzicija može imati na dete.

Zdravstveni radnici treba da usmeravaju roditelje ili staratelje i da podržavaju dete tokom razmatranja ili sprovođenja društvene rodne tranzicije 1.) savetovanjem, procenama i rodnom podrškom kada je to potrebno i kada roditelji ili staratelji to zatraže; 2.) po potrebi, pomaganjem članovima porodice da razumeju detetovu želju za društvenom tranzicijom i vlastita osećanja u vezi sa željama koje je dete izrazilo; 3.) istraživanjem zajedno s roditeljima i starateljima da bi se pritom od njih saznalo

da li veruju da bi i kako bi društvena tranzicija koristila njihovom detetu u datom trenutku i u njegovom daljem razvoju; 4.) facilitacijom kada se roditelji ili staratelji ne slažu u pogledu same društvene tranzicije i zajedničkim radom na doslednom razumevanju rodnog statusa i potreba deteta; 5.) ukazivanjem na bezbedne i pouzdane načine obelodanjivanja društvene tranzicije svoga deteta drugima i olakšavanja njenog sprovođenja u različitim društvenim okruženjima (npr. u školi ili široj porodici); 6.) olakšavanjem komunikacije deteta s vršnjacima, kada to dete želi, o rodnoj i društvenoj tranziciji, kao i jačanjem pozitivnih odnosa deteta s vršnjacima; 7.) savetovanjem kad tranzicija nije društveno prihvaćena ili bezbedna, bilo uopšte ili u određenim situacijama, ili kada se dete suzdržava da započne tranziciju uprkos želji da to učini; mogu postojati različiti razlozi za suzdržanost, poput straha i teskobe; 8.) saradnjom s članovima porodice i drugim zdravstvenim stručnjacima kako bi olakšali društvenu tranziciju na način koji je optimalan za detetov rodni razvoj, opštu dobrobit, te fizičku i emocionalnu sigurnost i 9.) psihoedukacijom (psihološkim obrazovanjem) o raznim mogućim smerovima detetova rodnog razvoja tokom vremena, ostavljajući otvorenim puteve za sve buduće iteracije detetova roda i naglašavajući da nema potrebe za predviđanjem rodnog identiteta deteta u budućnosti (Malpas et al., 2018).

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

Jedna od uloga zdravstvenih stručnjaka jeste da usmeravaju i pružaju podršku u situacijama kada deca i roditelji ili staratelji žele da nastave društvenu tranziciju, iako društvena sredina ne bi prihvatila takav izbor, i to tako što: 1.) pomažu roditeljima ili starateljima da prepoznaju i prošire bezbedne prostore u kojima dete može slobodno da izrazi svoj autentični rod; 2.) razgovaraju s roditeljima ili starateljima o tome kako u budućnosti povećati verovatnost podrške detetu u društvenoj okolini, ako je to realističan cilj; 3.) uključe se, po potrebi, kako bi se



detetu pomoglo u situaciji u kojoj, zbog bilo kakve povezane nevolje ili osećaja stida i srama, neprestano potiskuje svoj autentični rodni identitet te ima potrebu za tajnovitošću, te 4.) rade na jačanju psihološke otpornosti deteta i porodice, ali i shvatanja da, ako društvena sredina teško prihvata detetovu tranziciju i afirmisani rodni identitet, to nikako nije posledica nekog detetova nedostatka, nego nedovoljne rodne pismenosti u društvenoj sredini (Ehrensaft et al., 2018).

#### Preporuka 7.15

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

Sva deca imaju pravo na podršku i poštovanje njihovih rodnih identiteta (Human Rights Campaign, 2018; Paré, 2020; SAMHSA, 2015). Kao što je navedeno, rodno raznolika deca 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 zagovarača 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, što bi osiguralo podršku detetu i njegovoj porodici (APA, 2015; Malpas et al., 2018). Od nekih se zdravstvenih radnika može tražiti da izađu iz uobičajenih okvira svojih ordinacija i programa rada da bi u široj zajednici zastupali rodno raznoliku decu, 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 napori i te aktivnosti izuzetno su važni za poboljšanje rodno zdravlja dece, kao i za promovisanje njihovih građanskih prava (Lopez et al., 2017).

Glasovi zdravstvenih stručnjaka mogu biti presudni u školama, parlamentarnim telima, na sudovima i u medijima (Kupalanka et al., 2019; Lopez et al., 2017; Whyatt-Sames, 2017; Vanderburgh, 2009). Osim toga, zdravstveni radnici mogu da imaju i širu zagovaračku ulogu u prepoznavanju i isticanju situacija u kojima odrasli, detetovi vršnjaci ili mediji namerno ili nenamerno često negiraju iskustva rodno raznolike djece (Rafferty et al., 2018). Stručnjaci koji imaju potrebni skup veština u takvoj situaciji mogu da ponude jasne depatologizujuće preporuke o potrebama i pravima rodno raznolike dece te o šteti koju uzrokuju diskriminacioni i transfobni pravila, zakoni i norme (Rafferty et al., 2018).

## OSMO POGLAVLJE 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 severa i ponekad može da se koristi za opisivanje starosedelačkih i nezapadnjačkih rodova. Pojam „nebinarni“ uključuje ljude čiji se rodovi sastoje od više od jednog rodnog identiteta istovremeno ili u različito vreme (npr. *bigender*), koji nemaju rodni identitet ili imaju neutralan rodni identitet (npr. arodnost ili *neutrois*), imaju rodne identitete koji obuhvataju ili mešaju elemente drugih rodova (npr. polirodnost, *demiboy*, *demigirl*) i/ili imaju rod koji se menja s vremenom (npr. rodna fluidnost) (Kuper et al., 2014; Richards et al., 2016; Richards et al., 2017; Vincent, 2019). Nebinarni ljudi mogu se u različitoj meri poistovećivati s binarno povezanim rodovima, koristeći npr. pojmove „nebinarni muškarac/žena“, ili s višestrukim rodnim terminima, npr. „nebinarni i rodno fluidni“ (James et al., 2016; Kuper et al., 2012). Nebinarnost takođe funkcioniše 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.

“Rodno kvir” (engl. *genderqueer*), prvi put upotrebljen 1990-ih, kategorija je identiteta nešto starija od nebinarnosti – koja se prvi put pojavila negde u kasnim 2000-im (Nestle et al., 2002; Wilchins, 1995). “Rodno kvir” ponekad se može koristiti kao sinonim za „nebinarnost“ ili može preneti specifičnu, svesno 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, zbog niza razloga, uključujući i to što smatraju da je transrodnost smeštena isključivo unutar rodne binarnosti ili zato što se ne osećaju „dovoljno trans“ da bi se opisali transrodnim (Garrison, 2018). Neki nebinarni ljudi nisu sigurni da li bi se opisali kao transrodni ili su u vezi s time ambivalentni (Darwin, 2020; Vincent, 2019).

U engleskom jeziku nebinarni ljudi koriste zamenice *they/them/theirs* („oni“ / „njih“ / „njihov“) ili neozamenice koje uključuju *e/em/eir, ze/zir/hir, er/ers/erself*, između ostalih (Moser i

Devereux, 2019; Vincent, 2018). Neki nebinarni ljudi kombiniraju zamenice (bilo namerno ih mešajući u upotrebi, dopuštajući slobodan izbor ili menjajući ih s obzirom na društveni kontekst) ili radije izbegavaju u potpunosti rodne zamenice, umesto 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 delovima sveta opisni jezik za nebinarne ljude (još) ne postoji. Izvan engleskog jezika može se uočiti širok raspon kulturno specifičnih jezičkih prilagodavanja i razvoja (Attig, 2022; Kirey-Sitnikova, 2021; Zimman, 2020). Takođe treba napomenuti da neki jezici koriste jednu zamenicu koja nije povezana sa polom ili rodnom, dok drugi dodeljuju rod svim imenicama. Ove varijacije u jeziku verovatno 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 recentnim studijama o odraslim transrodnim osobama, nebinarni ljudi obično su mlađi od transrodnih muškaraca i transrodnih žena, a u studijama koje uključuju mlade i odrasle, verovatnije je da su nebinarnim ljudima po rođenju pripisan ženski pol (engl. *assigned female at birth*, AFAB). Međutim, ove nalaze treba tumačiti s oprezom, jer verovatno postoji niz složenih sociokulturnih činilaca koji utiču na kvalitet, reprezentativnost i tačnost ovih podataka (Burgwal et al., 2019; James et al., 2016; Watson, 2020; Wilson i Meyer, 2021) (v. takođe treće poglavlje – Procene populacije).

### **Razumevanje 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 jezički bilo u odnosu na zapadnjačku paradigmu roda. Kolonijalne interakcije istorijskih doseljenika sa starosedelačkim stanovništvom nezapadnjačkih rodova i dalje su vrlo relevantne, jer kulturno brisanje i isprepletenost rasizma i cisonormativnosti mogu štetno da utiču

na društvene odrednice zdravlja starosedelačkih rodno raznolikih ljudi. Od 1950-ih „rod“ se koristio za označavanje društveno konstruisane kategorizacije ponašanja, aktivnosti, izgleda itd. u odnosu na binarni model „muško“ / „muškarac“ / „muževan“ 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 „androgini“ mogu se zapravo izraziti među ljudima bilo kojeg i svih rodni identiteta, bili oni nebinarni ili ne. Na primer, ako se nebinarna osoba predstavlja na ženstven način, to ne podrazumeva da će se nužno kasnije identifikovati kao žena ili pristupiti intervencijama povezanim s transrodnim ženama, kao što je vaginoplastika. Rodna neusklađenost osobe u odnosu na kulturološka očekivanja ne bi trebalo da se smatra razlogom za zabrinutost niti indikacijom kliničke složenosti – na primer, nebinarna osoba kojoj je po rođenju pripisan muški pol (engl. *assigned male at birth*, AMAB), nosi odeću koja je kodirana kao ženska i koristi zamence „ona“ / „njen“, ali zadržava ime kodirano kao muško.

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 primer, iako je intuitivno pozicionirati „binarne opcije“ („muškarac“ / „muški“, „žena“ / „ženski“) na krajeve takvog kontinuuma, time se „muškost“ postavlja kao opozicija „ženskosti“, ne ostavljajući mesta za rodnu neutralnost, izražavanje muškosti i ženskosti istovremeno, kao ni za rodno kvir ili nezapadnjačke koncepcije roda. Neophodno je da zdravstveni radnici ne gledaju na nebinarne rodove kao na „delimične“ artikulacije transrodne muškosti (kod nebinarnih AFAB ljudi) ili transrodne ženskosti (kod nebinarnih AMAB ljudi) ili kao smeštene „negdje duž spektra „muškosti“ / „ženskosti“; 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 ne bi trebalo da

se upoređuju da bi se pozicionirale duž linearnog spektra. Osim toga, tumačenje rodnog izražavanja je subjektivno i kulturno definisano, a ono što jedna osoba može da doživi ili da smatra izrazito ženstvenim, druga ne mora smatrati takvim (Vincent, 2020). Za zdravstvene radnike je korisno da izbegavaju pretpostavke o tome kako svaki korisnik usluga konceptualizuje svoj rod, kao i da budu spremni da se vode klijentovim ličnim razumevanjem roda i načinom na koji se to razumevanje odražava na klijentov rodni identitet, izražavanje i bilo kakvu potrebu za medicinskom negom.

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

#### **Potreba za dostupnošću rodno-afirmišuće nege**

Neki nebinarni ljudi traže rodno-afirmišuću negu kako bi ublažili rodnu disforiju ili nepodudarnost i povećali zadovoljstvo telom uz pomoć medicinski neophodnih intervencija. (Pogledajte preporuku 2.1 o medicinskoj nužnosti u drugom poglavlju – Globalnoj primenljivosti.) Neki nebinarni ljudi mogu da osećaju da im je potreban određeni tretman; v. također peto poglavlje – Procenu odraslih (Beek et al., 2015; Jones et al., 2019; Köhler et al., 2018), dok drugi ne (Burgwal i Motmans, 2021; Nieder, Eyssel et al., 2020), a udeo nebinarnih ljudi koji traže rodno-afirmišuću negu i specifične ciljeve te nege ostaje nejasan. Uloga zdravstvenog radnika jeste da pruži informacije o postojećim medicinskim opcijama (i njihovoj dostupnosti) koje bi mogle pomoći u ublažavanju rodne disforije ili nepodudarnosti i povećati zadovoljstvo telom bez iznošenja pretpostavki o tome koje bi opcije medicinske nege najbolje odgovarale kojoj osobi.

Motivacije za pristupanje (ili nepristupanje) 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 pre donošenja odluka o fizičkim intervencijama. Potreba pojedinca za pristupom rodno-afirmišućim medicinskim postupcima ne može se predvideti na osnovu njegove rodne uloge, izražavanja ili identiteta. Na primer, neke transrodne žene nemaju potrebu za vaginoplastikom, dok bi nekim nebinarnim AMAB osobama ista intervencija mogla da bude potrebna i korisna. Nadalje, činjenica da neki nebinarni ljudi traže rodno-afirmišuću negu usko povezanu s tranzicijskom putanjom iz njihova pripisanog pola/roda u drugu binarno priznatu kategoriju (npr. estrogensku terapiju i vaginoplastiku za AMAB osobu), ne podriva valjanost njihova nebinarnog identiteta.

Iako su prepreke nezi i dalje široko rasprostranjene za mnoge transrodne osobe, čini se da nebinarni ljudi doživljavaju posebno visoke stope poteškoća u pristupu zdravstvenoj nezi mentalnog zdravlja i rodno-afirmišućoj medicinskoj nezi (Clark et al., 2018; James, 2016). Mnogi nebinarni ljudi navode da su imali iskustva sa zdravstvenim radnicima koji nisu uvažavali njihov nebinarni rod, uključujući iskustva sa zdravstvenim radnicima koji su izrazili uvjerenja da njihov rod nije valjan ili da je njima znatno teže pružiti negu (Valentine, 2016; Vincent, 2020). Nebinarni ljudi mogu da se suoče s pretpostavkama pružalaca zdravstvenih usluga da njima nije potreban ili da ne žele rodno-afirmišući tretman (Kcomt et al., 2020; Vincent, 2020), a opisuju i iskustvo pritiska da se predstave kao transrodni muškarci ili transrodne žene (u binarnom okviru roda) kako bi dobili pristup medicinskoj podršci (Bradford et al., 2019; Taylor et al., 2019). Ponekad se nebinarni ljudi zateknu u situaciji da moraju da edukuju pružaoca zdravstvenih usluga, uprkos tome što je neprikladno da se pružaoci zdravstvenih usluga primarno oslanjaju na svoje pacijente za edukaciju (Kcomt et al., 2020). U poređenju s transrodnim muškarcima i transrodnim ženama, Burgwal i Motmans (2021) otkrili su da nebinarni ljudi više strahuju od predrasuda pružalaca zdravstvenih usluga, imaju manje poverenja u pružene usluge i veće poteškoće

prilikom odlučivanja gde da se obrate za negu. Studije u Europi i SAD-u pokazale su da su nebinarni pojedinci skloniji odgađanju nege od binarnih transrodnih muškaraca ili transrodnih žena, pri čemu je strah od neosetljivog ili nekompetentnog tretmana najčešće navodeni razlog (Burgwal i Motmans, 2021; Grant et al., 2011). Takođe se čini da je manje verovatno da će nebinarni ljudi saopštiti svoj rodni identitet pružaocima zdravstvenih usluga nego druge transrodne osobe (Kcomt et al., 2020).

### ***Potreba za odgovarajućim nivoom podrške***

Pružanje rodno-afirmišuće nege nebinarnim osobama nadilazi obezbeđivanje specifičnih rodno-afirmišućih intervencija, kao što su hormonska terapija ili operacija, i uključuje podršku celokupnim zdravlju i razvoju nebinarnih osoba. Modeli manjinskog stresa su prilagođeni da bi se konceptualizovalo kako su stresori u vezi s rodom koje doživljavaju transrodne osobe povezani s razlikama 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) je izvestio da su iskustva obezvređenosti naročito česta među nebinarnim ljudima, npr. izjave ili radnje koje izražavaju uverenje da nebinarni identiteti nisu „stvarni” ili da su rezultat „hira ili „faze”. Isto tako belježi da je u slučaju nebinarnih ljudi manje verovatno da će drugi koristiti njihove ispravne zamenice nego u slučaju transrodnih muškaraca i transrodnih žena. Slično tome, nebinarni ljudi opisali su da se osećaju „nevidljivim” (Conlin, 2019; Taylor, 2018), a jedno istraživanje je pokazalo da su nebinarni mladi prijavili niže nivoe samopoštovanja u poređenju 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 nasilničko ponašanje u uzorcima mladih ispitanika (Human Rights Campaign, 2018; Witcomb et al., 2019), prevalencija tih iskustava može da varira među grupama i čini se da je pod uticajem dodatnih ukrštenih karakteristika. Na primer, Newcomb (2020) je otkrio 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) je otkrio da su transrodni muškarci i transrodne žene iskusili više nivoe diskriminacije od nebinarnih osoba. Ova interseksionalna složenost verovatno takođe 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 izveštavaju da nema razlika između tih grupa (Scandurra, 2019).

S obzirom na to da su nebinarni narativi identiteta možda manje dostupni nego oni koji su više binarno orijentisani, nebinarni ljudi mogu imati manje dostupnih resursa za istraživanje i artikulisanje osećaja o sebi povezanog s rodom. Na primer, to može da uključuje pristup prostorima zajednice i međuljudskim odnosima u kojima osoba može istraživati nebinarni identitet ili pristup jeziku i pojmovima koji omogućuju nijansiranije razmatranje nebinarnih iskustava (Bradford et al., 2018; Fiani i Han, 2019; Galupo et al., 2019). Kliničke smernice se sada i razvijaju kako bi se pružiocima zdravstvenih usluga pomoglo da rodno-afirmišuću negu prilagode tako da odgovara jedinstvenim iskustvima 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 pre razmatranja intervencije pojedincu pruži pregled dostupnih informacija, uz priznavanje potencijalnih ograničenja znanja. Jednako je važno da se sveobuhvatno rasprave i dokumentuju potrebne fizičke promene i potencijalna ograničenja u postizanju tih karakteristika, kao i implikacija da neka intervencija može, ali i ne mora da poboljša sposobnost pojedinca da izrazi svoj rod.

Što se tiče estrogenske terapije za nebinarne AMAB osobe, važno je napomenuti da se ne može izbeći mogućnost rasta grudi (Seal, 2017). Iako je opseg rasta vrlo varijabilan, to bi trebalo jasno naglasiti, ako nebinarna osoba traži neke druge promene 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 da bi postigli neke promene, ali ne i neke druge, bitno je da uvažavaju da je, ako je potreban rast dlaka na licu, rast genitalija neizbežan (Seal, 2017). Vremenski okvir za uzimanje testosterona znači da će te promene verovatno pratiti i nepovratni pad visine glasa, iako je opseg individualan (Vincent, 2019; Ziegler et al., 2018). Pad visine glasa bez razvoja dlaka na telu još jedan je takav izazov. Za neke nebinarne osobe uklanjanje dlačica vrlo je važan deo njihove rodne afirmacije (Cocchetti, Ristori, Romani et al., 2020).

Ako se hormonska terapija prekine, a polne žlezde zadrže, mnoge fizičke promene vратиće se na stanje pre hormonske terapije, jer hormoni polnih žlezda ponovno počnu da deluju, uključujući poništavanje amenoreje i razvoja dlakavosti tela kod nebinarnih AFAB osoba, kao i smanjenje mišićne definicije i erektilnu disfunkciju kod nebinarnih AMAB osoba. Ostale promene bit će 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 zahtevati dalje intervencije da bi se preokrenule, poput elektrolize ili mastektomije, te se ponekad opisuju kao „delimično 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. Međutim, trebalo bi da se implikacije toga rasprave s obzirom na povećani kardiovaskularni rizik, smanjenu mineralizaciju kostiju i rizik od depresije, kao i da se preduzmu mere 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

**Lista preporuka:**

8.1 - Preporučujemo da zdravstveni radnici nebinarnim osobama pruže individualizovanu procenu i medicinsku podršku koja deluje afirmišuće u odnosu na njihova iskustva roda.

8.2 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima da u nedostatku „društvene rodne tranzicije” razmotre medicinske intervencije (hormonska terapija ili operacija) za nebinarne osobe.

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

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

obeju opcija nezavisno jedna od druge, trebalo bi da budu dostupne svima, bilo da je osoba transrodni muškarac, transrodna žena ili nebinarna osoba.

Sve preporuke u ovom poglavlju načinjene su na osnovu temeljitog pregleda dokaza, procene dobrobiti i štete, vrednosti i preferencija pružalaca zdravstvenih usluga i pacijenata, kao i iskoristivosti resursa i izvodivosti. U nekim slučajevima uviđamo da su dokazi ograničeni i/ili usluge možda nisu dostupne ili poželjne.

**Preporuka 8.1**

**Preporučujemo da zdravstveni radnici nebinarnim osobama pruže individualizovanu procenu i medicinsku podršku koja deluje afirmišuće na njihova iskustva roda.**

Individualizovana procena počinje razumevanjem kako nebinarna osoba doživljava vlastiti rod i kako to iskustvo utiče na njene ciljeve u pogledu nege koju traži. Načini na koje pojedinci konceptualizuju svoja iskustva roda verovatno će varirati među grupama i kulturama i mogu uključivati iskustva povezana s drugim aspektima identiteta koji se međusobno presecaju (npr. starosno doba, seksualnost, rasa, etnička pripadnost, socioekonomski status, invaliditet) (Kuper et al., 2014; Subramanian et al., 2016).

Zdravstveni radnici bi trebali da izbegavaju apriorne pretpostavke o rodnom identitetu klijenta, njegovom izražavanju ili potrebama za negom. Takođe bi trebali da imaju na umu da klijentovo nebinarno iskustvo roda može, ali i ne mora, da bude relevantno za medicinsku procenu i medicinske ciljeve. Mera relevantnosti klijentova roda za ciljeve medicinske nege trebalo bi da odredi nivo detalja na kojem se istražuje njegov rodni identitet. Na primer, kada se traži nega za predstavljani problem koji nije

u potpunosti povezan s rodom, može biti dovoljno da se jednostavno ustanovi ispravno ime i ispravna zamenica (Knutson et al., 2019). Prilikom rešavanja 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 treba da budu gostoljubiva, da odražavaju rodnu raznolikost i da deluju afirmišuće na rodna iskustva nebinarnih ljudi da bi bila kulturno kompetentna. Osiguravanjem da informacije o klinici i pružaocu 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 zamenicama uključivije je od korišćenja liste ponuđenih odgovora. Osiguravanje privatnosti na recepciji, omogućavanje alternativa navođenju legalnih imena u digitalnim bazama podataka (u kulturnim kontekstima gde je to potrebno), uvođenje rodno neutralnih toaleta i utvrđivanje alternativa prozivanju legalnog imena u čekaonici dodatni su primeri kulturnih kompetencija u radu s transrodnim i rodno raznolikim osobama (TiRR) (Burgwal et al., 2021). U ustanovama za negu važno je da se pita za preferirana imena, zamenice i druge pojmove koji se odnose na rod i da se te preferencije koriste 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 preterane usredsređenosti zdravstvenih radnika na teškobe povezane s rodom, jer je također važno uzeti u obzir iskustva povećane prijatnosti,

radosti i samoispunjenja, koja mogu proizaći iz samoostvarenja i pristupa nezi (Ashley, 2019a; Benestad, 2010). Uz korišćenje dijagnoza kada / gde je to potrebno da bi se olakšao pristup nezi, zdravstveni radnici se podstiču da zajedno s klijentima istraže ovaj širi raspon potencijalnih iskustava povezanih s rodom i kako se mogu uklopiti u opcije medicinske nege (Motmans et al., 2019). Za sve TiRR osobe, činioci otpornosti, kao što su veze koje pružaju podršku, učestvovanje u zajednicama koje uključuju druge slične osobe i ponos na identitet, jesu ključni, jer su povezani s nizom pozitivnih zdravstvenih ishoda (Bowling et al., 2019; Budge, 2015; Johns et al., 2018).

Svest o ograničenjima sredstava koje su pružaoci zdravstvenih usluga tokom istorije koristili za procenu iskustava transrodnih osoba s disforijom važna je, jer ona mogu biti posebno izražena u slučajevima mnogih nebinarnih osoba. Većina mera povezanih s rodom pretpostavlja da klijenti doživljavaju svoj rod, između ostalog, na binarni način (npr. Skala prisećanog rodnog identiteta (engl. *Recalled Gender Identity Scale*), Utrechtska skala rodne disforije (engl. *Utrecht Gender Dysphoria Scale*)). Iako je razvijeno nekoliko novijih mera, u pokušaju da se bolje zabeleže iskustva nebinarnih ljudi (McGuire et al., 2018; McGuire et al., 2020), otvorena rasprava verovatno će pružiti dublje i tačnije razumevanje svakog jedinstvenog iskustva disforije i pojedinačne potrebe za negom. Slično tome, dok bi trebalo da su novije iteracije dijagnostičkih kategorija (tj. „rodna disforija“ u DSM-5 i „rodna inkongruencija“ u ICD-11) namenjene uključivanju ljudi s nebinarnim iskustvima roda, one možda neće adekvatno obuhvatiti punu raznolikost i puni opseg iskustava rodno uslovljenih teskoba, naročito za nebinarne ljude. Uz teskobe povezane s aspektima sopstvenog tela i njegove prezentacije (uključujući karakteristike koje mogu postojati ili biti odsutne), teskoba može da proizade i iz načina na koji neko doživljava vlastiti rod, kako se nečiji rod percipira u društvenim situacijama i iz iskustava manjinskog stresa povezanih s 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 nezi usmeren na osobu uključuje konkretan razgovor o tome kako

različite intervencije mogu ili ne moraju da promene klijentovo zadovoljstvo vlastitim iskustvom roda i time kako drugi doživljavaju njegov rod. Nebinarni ljudi mogu da se suoče s izazovima u pomirenju svojih individualnih identiteta s ograničenjima dostupnih medicinskih tretmana, a takođe mogu da naiđu na zbuđenost 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 izveštavaju o potrebama za tretmanima koji se obično povezuju s tranzicijskim putanjama transrodnih muškaraca i žena, dok postoje izveštaji i o alternativnim pristupima (npr. niske doze hormonske terapije, operacije bez hormonske terapije), ali i o nezainteresovanosti za medicinske intervencije. Neke osobe su izjavile da se osjećaju nesigurno oko svojih potreba (Burgwal i Motmans, 2021; James et al., 2016). Konceptualizovanje procene kao trajnog procesa posebno je važno s obzirom na to da se rodna iskustva i povezane potrebe mogu menjati tokom životnog veka. S obzirom na stalni razvoj mogućnosti medicinske podrške i znanja o njenim efektima, posebno za nebinarne osobe, klijentima će koristiti pružaocia zdravstvenih usluga koji redovno unapređuju svoje znanje i prenose im stečena saznanja.

### Preporuka 8.2

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

Raniji zahtevi 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 ukorenjenosti rodne binarnosti u većini savremenih zapadnjačkih kultura, osoba se obično može razumeti samo kao muškarac ili žena u većini okruženja (Butler, 1993). Stoga su vidljivost i razumevanje nebinarnih utelovljenja i izražavanja ograničeni, posebno zato što se rodne naznake gotovo uvek shvataju u odnosu na rodnu binarnost (Butler, 1993). U datoj situaciji, rod nebinarnih ljudi teško da se može pouzdano prepoznati na osnovu vizualnih naznaka povezanih s njihovim rodnim izražavanjem (npr. odeća,

kosa). Međutim, androgenost ili rodna nenormativnost mogu se saopštiti mešanjem ili kombinovanjem kulturnih oznaka s tradicionalno muškim ili ženskim konotacijama. Budući da u većini savremenih zapadnjačkih kultura globalnog severa ne postoji opštepriznata „nebinarna kategorija“<sup>1</sup>, nebinarna vidljivost često zahteva eksplicitno izricanje vlastitog roda ili korišćenje znakova koji se mogu protumačiti kao rodna nenormativnost (ali ne nužno nebinarnost).

Zbog toga, uokvirivanje pristupa medicinskoj nezi kontekstom nekoga ko doživljava „društvenu rodnu tranziciju“ i „živi u rodnoj ulozi koja je u skladu s ličnim rodnom identitetom“ nije u skladu s načinom na koji mnoge TiRR osobe razumeju sebe i svoj proces tranzicije. Za neke, „živeti u rodnoj ulozi koja je u skladu s ličnim rodnom identitetom“ ne uključuje promene imena, zamenica ili rodnog izražavanja, čak i ako je medicinska intervencija potrebna. I u slučaju da osoba može da živi na načine koji su u skladu s njenim rodnom identitetom, spoljašnjem posmatraču može biti teško da to proceniti, a da ne sazna neposredno od te osobe kako ona razume sopstveno iskustvo u tom pogledu. Očekivanje „društvene rodne tranzicije“ može da bude beskorisno kada se razmatra podobnost za rodno-afirmišuću negu, kao što su hormoni i operacije, a kruta očekivanja o tome kako „društvena rodna tranzicija“ „treba“ da izgleda mogu za nebinarne ljude da budu prepreka nezi. Nije logičan zahtev da se rodno-afirmišuće medicinske intervencije pružaju samo kada osoba zakonski promeni svoje ime, promeni oznaku roda u ličnim dokumentima ili počne da nosi odnosno da se suzdržava od nošenja određenih odevnih predmeta. Nebinarni ljudi mogu da imaju problema s mogućnošću priznavanja roda u zvaničnoj dokumentaciji, što može negativno da utiče na njihovo mentalno zdravlje ili dobrobit (Goetz i Arcomano, 2021). TiRR osobama može da koristi posebna podrška u pristupanju svojoj preferiranoj rodnoj oznaci ili njenom zadržavanju. Zahtev da se rodni identitet saopšti u svim životnim krugovima (porodica, posao, škola, itd.) kako bi se pristupilo medicinskoj nezi možda nije u skladu s ciljevima TiRR osoba i može da ih izloži opasnosti, ako okolnosti nisu bezbedne.

### Preporuka 8.3

**Preporučujemo zdravstvenim radnicima da u nedostatku hormonske terapije razmotre rodno-afirmišuće hirurške intervencije, 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 tražiće rodno-afirmišuće hirurške zahvate da bi ublažili rodnu nepodudarnost i povećali zadovoljstvo telom (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 udeo nebinarnih ljudi te opcije odnose.

Za nebinarne AFAB osobe koje nisu uzimale testosteron, jedan od specifičnih operativnih zahvata jeste mastektomija. Mada je kod transrodnih muškaraca obično uključen uz mastektomiju, testosteron nije uslov za ovu vrstu operacije, kao što se može primetiti u slučaju cisrodnih žena. Nekim nebinarnim AFAB osobama, umesto mastektomije, možda će biti potrebno smanjenje grudi (McTernan et al., 2020). Metoidioplastika je primer operacije za koju može biti potreban barem period hormonske terapije, kojom se podstiče povećanost klitorisa, nastala testosteronskom terapijom. Pogledajte trinaesto poglavlje – Hirurgiju i postoperativnu negu za više detalja o tome da li je 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 zamenska terapija (bilo estrogenima, testosteronom ili i jednim i drugim) jeste preporučljiva za osobe koje su podvrgnute potpunoj gonadektomiji, kako bi se sprečila štetna dejstva na njihov kardiovaskularni i mišićno-koštani sistem (Hembree et al., 2017; Seal, 2017). Iako nema hirurških uslova *per se* za minimalni period uzimanja testosterona, kod faloplastike virilizacije (ili odsustvo virilizacije) klitorisa i malih usana može uticati na izbor hirurške tehnike i ograničiti hirurške mogućnosti. Za više informacija pogledajte trinaesto poglavlje – Hirurgiju i postoperativnu negu.



Nebinarni AMAB klijenti treba da budu obavješteni da započinjanje terapije estrogenom nakon hirurškog zahvata, a 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 zahtevaju bilateralnu orhidektomiju terapija estrogenom nije potrebna za postizanje boljeg ishoda (Hembree et al., 2017). U tim kontekstima, dobra je praksa informisanje klijenata o rizicima i koristima zamenske hormonske terapije (estrogen, testosteron ili oba) radi sprječavanja štetnih dejstava 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. također deveto poglavlje – Evnuhe, za one koji ne žele zamensku hormonsku terapiju. Kod vaginoplastike pojedince treba upozoriti na to 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 zahtevi za nebinarne AMAB osobe uključuju vaginoplastiku s očuvanjem penisa, vaginoplastiku s očuvanjem jednog ili oba testisa i postupke koji rezultiraju odsustvom spoljašnjih primarnih polnih obeležja (penektomija, skrotektomija, orhiektomija itd.). Hirurgu i pojedincu kojem je potrebna medicinska podrška savetuje se da razgovaraju kako bi razumeli ciljeve i očekivanja pojedinca, kao i prednosti i ograničenja planiranog (ili traženog) postupka i da bi se donele odluke na individualizovanoj osnovi, uz saradnju s drugim potencijalno uključenim pružaocima zdravstvenih usluga.

#### Preporuka 8.4

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

Svim nebinarnim osobama koje traže rodno-afirmišuće hormonske terapije treba ponuditi informacije i smernice o opcijama vezanim za plodnost (Hembree et al., 2017; De Roo et al.,

2016; Defreyne, Elaut et al., 2020; Defreyne, van Schuvlenbergh et al., 2020; Nahata et al., 2017; Quinn et al., 2021). Važno je da se pre uvođenja hormona razgovara o mogućem uticaju hormonske terapije na plodnost. Ova rasprava bi trebalo da uključuje informacije o opcijama za očuvanje plodnosti, stepenu do kojeg se plodnost može ili ne mora vratiti ako se prekine hormonska terapija i činjenici da hormonska terapija sama po sebi nije kontracepcija. Za više informacija pogledajte šesnaesto poglavlje – Reproktivno zdravlje.

Nedavne studije pokazuju da je manje verovatno da će nebinarni pojedinci pristupiti nezi i saopštiti 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 pre uvođenja hormonske terapije, s obzirom na to da izloženost hormonima može da utiče na kvalitet sperme ili jajnih ćelija (Hamada et al., 2015; Payer et al., 1979). Međutim, to ni na koji način ne bi trebalo da spreči naknadno raspitivanje i traženje više informacija, jer postoje dokazi da je plodnost i dalje moguća kod pojedinaca koji uzimaju estrogen i testosteron (Light et al., 2014). Odluka nebinarne ili rodno raznolike osobe da očuvanje plodnosti ili savetovanje na tu temu nije potrebno ne bi trebalo da se koristiti kao osnova za uskraćivanje ili odgađanje pristupa hormonskoj terapiji.

## DEVETO POGLAVLJE Evnusi

Oni koji se identifikuju kao evnusi čine jednu od najmanje vidljivih populacija koje bi mogle imati koristi od rodno-afirmišeće medicinske nege. SN-8 uključuje raspravu o evnusima zbog njihovog jedinstvenog izražavanja i njihove potrebe za medicinski neophodnom rodno-afirmišećom negom (v. drugo poglavlje – Globalnu primenljivost, preporuku 2.1). Evnusi su osobe kojima je po rođenju pripisan muški pol (AMAB), a koje žele da uklone fizičke karakteristike muškarca, muške genitalije ili njihovu funkciju. Tu spadaju i osobe čiji su testisi hirurški uklonjeni ili im je funkcija testisa onemogućena pomoću hemijskih ili fizičkih sredstava i koji se identifikuju kao evnusi. Ova definicija, na osnovu identiteta onih koji prihvataju izraz „evnuh“, ne uključuje osobe kao što su muškarci lečeni zbog uznapredovalog karcinoma prostate koji ne prihvataju taj izraz. Ovde se, u okviru krovnog termina „rodne raznolikosti“, fokusiramo na osobe koje se identifikuju kao evnusi.

Kao i druge rodno raznolike osobe, i evnusi mogu da zatraže kastraciju da bi svoja tela uskladili sa svojim rodnom identitetom. S obzirom na to, evnusi su rodno nenormativne osobe kojima je potrebna medicinski neophodna rodno-afirmišeća nega (Brett et al., 2007; Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008). Evnusi potvrđuju svoj rodni identitet na različite načine. Mnogi svoj status evnuha doživljavaju kao zaseban rodni identitet, bez ikakve druge rodne ili transrodne pripadnosti. Fokus ovog poglavlja je na tretmanu i nezi osoba koje se identifikuju kao evnusi. Zdravstveni radnici će se 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 deo društva već 4.000 godina, najviše informacija o savremenim evnusima može se pronaći unutar velike *onlajn* zajednice za uzajamnu podršku, koja se okuplja na internetskim stranicama kao što je *Eunuch Archive* ([www.eunuch.org](http://www.eunuch.org)), osnovanoj 1998. godine. Moderator i ove stranice pokušavaju da održe medicinsku i istorijsku verodostojnost 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 delova sveta, pri čemu više od 90% onih koji čitaju stranicu čine „gosti“, a ne članovi. Ova stranica sadrži preko 23.000 tema i gotovo 220.000 objava. Na primer, dve 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 posećena više od milion puta. Od 2001. godine zajednica *Eunuch Archive* održala je dvadeset međunarodnih godišnjih skupova u Mineapolisu, uz brojne regionalne skupove drugde. Iako je većina osoba uključenih u rasprave zainteresovana za temu kastracije, mali je broj onih koji kastraciju zaista žele ili su joj se već podvrgli. Mnogi bivši članovi zajednice *Eunuch Archive* postigli su svoje ciljeve i više nisu aktivni.

Zbog pogrešnih shvatanja i predrasuda o evnusima tokom istorije, kao i zbog nevidljivosti savremenih evnuha i društvene stigme koja utiče na sve rodne i seksualne manjine, mali broj njih javno ističe da su evnusi, a mnogi skrivaju svoj identitet. Podeliće ga samo s istomišljenicima u *onlajn* zajednici ili samo sa užom porodicom i prijateljima (Wassersug i Lieberman, 2010). Stereotipi o evnusima neretko su izrazito negativni (Lieberman 2018), pa i oni mogu da dožive 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 da obuhvataju i evnuhe.

Izneti skup preporuka namenjen je stručnjacima koji rade s osobama koje se identifikuju kao evnusi (Johnson i Wassersug, 2016; Vale et al., 2010) i zahtevaju neophodne rodno-afirmišeće medicinske i/ili hirurške tretmane (GAMST). Iako pojam „evnuh“ nije posebna dijagnostička kategorija u ICD-u ili DSM-u, reč je o 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. Reč je o osobama koje žele da telo usklade sa svojim identitetom evnuha – žele telo koje nema potpuno funkcionalne muške genitalije. Neki evnusi osećaju akutnu nelagodu zbog maskulino kodiranih genitalija i moraju da ih uklone da bi se u svome telu osećali prijatno (Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008). Drugi su ravnodušni prema činjenici da imaju maskulino

**Lista preporuka:**

- 9.1 - Preporučujemo da zdravstveni radnici i drugi korisnici smernica iz osme verzije SN-a primenjuju preporuke na načine koji zadovoljavaju potrebe evnuha.
- 9.2 - Preporučujemo da zdravstveni radnici razmotre medicinsku ili hiruršku intervenciju za evnuhe, ili obe, kada postoji veliki rizik da će uskraćivanje medicinske podrške uzrokovati štetu pojedincima, odnosno da bi oni mogli sami da obave operativni zahvat, da se podvrgnu operaciji kod nekvalifikovanih hirurga ili da bez nadzora uzimaju lekove s uticajem na hormone.
- 9.3 - Preporučujemo da zdravstveni radnici koji obavljaju procenu za omogućavanje potrebne nege evnusima budu kompetentni za takvu procenu.
- 9.4 - Predlažemo da zdravstveni radnici u svoju negu za evnuhe uključe i seksualno obrazovanje i savetovanje.

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 da se koriste za suzbijanje proizvodnje androgena, iako orhiektomija predstavlja trajno rešenje za one koji ne žele genitalne funkcije (Wibowo et al., 2016). Neki evnusi žele niže nivoe testosterona koje se postižu orhiektomijom, dok će mnogi izabrati neki oblik hormonske zamene da bi sprečili štetne posledice povezane s hipogonadizmom. Većina osoba koje se odluče za hormonsku terapiju bira potpunu ili delimičnu zamensku dozu testosterona. Manji broj bira estrogen.

Sve preporuke u ovom poglavlju daju se na osnovu detaljnog pregleda dokaza, procene koristi i štete, vrednosti i želja pružalaca usluga i pacijenata, korišćenja resursa i izvodivosti. U nekim slučajevima dokazi su ograničeni, a usluge možda nisu dostupne ili poželjne.

**Preporuka 9.1**

**Preporučujemo da zdravstveni radnici i drugi korisnici smernica iz osme verzije SN-a primenjuju preporuke na načine koji zadovoljavaju potrebe evnuha.**

Evnusi su deo populacije rodno raznolikih osoba koji doživljava rodnu nepodudarnost i takođe mogu da zatraže rodno-afirmišuću negu. Kao i drugim transrodnim i rodno raznolikim (TiRR) osobama, i evnusima je potreban pristup afirmišućoj nezi da bi bili zadovoljni vlastitim rodnom. Svaki dio SN-a bavi se potrebama rodno raznolikih pojedinaca, 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 možda neće imati ulogu kakvu bi imala u društvenoj tranziciji ili tranziciji unutar binarnosti (Wassersug i Lieberman,

2010).

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

Evnusi mogu da potraže medicinsku ili hiruršku negu (suzbijanje hormona, orhiektomiju i, u nekim slučajevima, penektomiju) da bi postigli željene fizičke, psihološke ili seksualne promene (Wassersug i Johnson, 2007). Važno je da svi pacijenti, uključujući i evnuhe i one koji žele kastraciju, sa zdravstvenim radnicima uspostave i održavaju odnos izgrađen na poverenju i međusobnom razumevanju. S obzirom na nedostatak svesti o evnusima unutar opšte medicinske zajednice i zbog straha od neprihvatanja onih koji žele kastraciju, mnogi evnusi ne dobijaju odgovarajuću primarnu negu i testove skrininga (Jäggi et al., 2018). Povišena svest i dalje obrazovanje pružalaca zdravstvenih usluga doprineće informisanosti o potrebi uključivanja evnuha u rasprave o rodnoj raznolikosti (Deutsch, 2016a). Podrazumeva se da evnusi zahtevaju i zaslužuju iste usluge primarne nege kao i opšta populacija. Tema testova za rano otkrivanje malignih oboljenja, kao što su karcinomi prostate i dojke, važna je za raspravu, jer su rizici od karcinoma povezanih s hormonima različiti kod osoba kojima je pripisan muški pol, a nivoi testosterona i estrogena im nisu u granicama očekivanog opsega za muškarce. Zbog nedostatka istraživanja koja se bave prevalencijom i incidencijom karcinoma povezanih s hormonima u populaciji evnuha, nema dokaza koji bi pomogli da se odredi koliko često treba raditi skrining pregledom prostate, merenjem PSA-a, mamografijom itd.

Obimna literatura o pacijentima s karcinomom prostate koji su medicinski ili hirurški

kastrirani pruža informacije o pojedinim efektima postpubertetske kastracije (kao što su potencijalna osteoporoza, depresija ili metabolički sindrom), no evnusi koji su se dobrovoljno podvrgli kastraciji mogu da imaju sasvim drugačije tumačenje od osoba kastriranih iz medicinskih razloga. Cisrodni muškarci s karcinomom prostate kemijsku ili hiruršku kastraciju mogu da dožive kao izvor nelagode, dok isti tretman može biti za evnuhe da bude afirmišući i poželjan. Slično tome, transrodni muškarci koji su se mastektomiji podvrgli da bi bili zadovoljni svojim telom doživljavaju tu operaciju drugačije od cisrodnih žena koje joj se podvrgavaju da bi izlečile karcinom dojke (Koçan i Gürsoy, 2016; van de Griff et al., 2016). Informacije o karcinomu prostate dobro su saželi Wassersug et al. (2021) upućujući na obimnu literaturu o ovoj temi. Takve informacije o posedicama kastracije treba da budu dostupne onima koji je žele.

Nakon procene izvršene u skladu sa SN-8, mogu da se razmotre i propišu medicinske opcije koje pacijent zahteva, kada je to moguće. Ove opcije mogu da se prilagode pojedincu, da bi se izradio plan koji odražava njegove specifične potrebe i želje. Broj i vrsta primenjenih intervencija, kao i redosled po kojem se one odvijaju, mogu da se razlikuju od osobe do osobe. Ove opcije su u skladu s poglavljima o proceni i hirurškim zahvatima u SN-8. Opcije zahvata za evnuhe koje treba da se razmotre uključuju:

- suzbijanje hormona radi istraživanja posledica nedostatka androgena, za evnuhe koji žele da postanu aseksualni, neseksualni ili androgini;
- orhiektomiju za zaustavljanje proizvodnje testosterona u testisima;
- orhiektomiju sa penektomijom ili bez nje, da bi se telo prilagodilo predstavi koju osoba ima o sebi;
- orhiektomiju praćenu hormonskom zamenom testosteronom ili estrogenom.

Prema preporuci 5.6 u petom poglavlju – Proceni odraslih, za evnuhe koji žele da se podvrgnu gonadektomiji, smatra se da je potrebno najmanje šest meseci hormonske terapije za postizanje rodniha ciljeva TiRR osobe pre nego što se ona podvrgne nepovratnoj hirurškoj intervenciji (osim kada hormoni nisu klinički indikovani za pojedinca).

## Preporuka 9.2

**Preporučujemo da zdravstveni radnici razmotre medicinsku ili hiruršku intervenciju za evnuhe, ili obe, kada postoji veliki rizik da će uskraćivanje medicinske podrške uzrokovati štetu pojedincima, odnosno da bi mogli sami da obave operativni zahvat, da se podvrgnu operaciji kod nekvalifikovanih hirurga ili da bez nadzora uzimaju lekove s uticajem na hormone.**

Isti postupak procene preporučen u SN-8 treba da se primenjuje i za evnuhe (v. peto poglavlje – Procenu odraslih). Internetska stranica *Eunuch Archive* sadrži više objava osoba koje su nailazile na velike poteškoće tražeći pružaoce medicinskih usluga voljne da izvrše kastraciju. Postoji velik broj evnuha koji su obavili samohirurški zahvat ili su zahvat prepustili ljudima koji nisu ovlašćeni pružaoce medicinskih usluga (Johnson i Irwig, 2014). Postoje i klinički izveštaji o evnusima koji su se sami kastrirali, kao i izveštaji 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 kvalitetnom medicinskom tretmanu, mogli okrenuti radnjama sa značajnim posledicama, poput krvarenja i infekcija koje mogu zahtevati 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 lekova koji utiču na hormone, važno je da pružaoce zdravstvenih usluga stvore prijatno okruženje i razmotre različite mogućnosti tretiranja potreba evnuha, nakon pažljive procene, da bi se izbegli problemi uzrokovani otežanim pristupom medicinskom tretmanu i uskraćivanjem tog tretmana.

Kastracija se može postići hemijskim ili hirurškim putem. Za neke osobe hemijska kastracija može biti proba pre podvrgavanja hirurškoj kastraciji, da bi se utvrdilo kako se osjećaju kada su hipogonadalni (Vale et al., 2010). Hemijska kastracija obično je reverzibilna, ako se prestanu uzimati lekovi (Wassersug et al., 2021). Najčešće vrste lekova koji se koriste za snižavanje nivoa testosterona su antiandrogeni i estrogen.

Dva najčešće korišćena antiandrogena, ciproteron acetat i spironolakton, namenjeni 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 da snize nivo testosterona do granica ženskog ili kastratnog raspona, a estrogeni koji se uzimaju oralnim putem povećavaju rizik od venske tromboembolije. Iako se zbog cene ne koriste često, agonisti gonadotropin-oslobađajućeg hormona (GnRH) izrazito su delotvorna metoda za suzbijanje proizvodnje polnih steroida i plodnosti (Hembree et al., 2017). Prilikom odabira lekova, savetujemo korišćenje onih koji su proučavani u višestrukim transrodnim populacijama (tj. estrogen, ciproteron acetat, agonisti GnRH) umesto lekova o kojima ima nedovoljno ili pak nema stručno recenziranih naučnih istraživanja (na primeri 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 zamensku terapiju nakon kastracije, jer ne žele potpuno suzbijanje nivoa hormona i posledične probleme poput povećanog rizika od osteoporoze. Dve glavne opcije za zamenu polnih steroida jesu testosteron i estrogen, koji se mogu koristiti u potpunim ili delimičnim zamenskim dozama. Većina bira testosteron, jer se izjašnjavaju kao muškarci i nisu zainteresovani za feminizaciju. Manji deo pak bira doze estrogena dovoljno visoke da spreče osteoporozu, ali i dovoljno niske da se izbegnu feminizacija. Oni se mogu identifikovati kao nebinarni, bezrodni ili drugo (Johnson et al., 2007; Johnson i Wassersug, 2016). Iako nema studija o hormonskoj zamenskoj terapiji kod evnuha, nalazi cisrodnih muškaraca lečenih od karcinoma prostate mogu biti da budu informativni u pogledu dejstava hormonske terapije. U nasumičnom kontrolisanom ispitivanju na uzorku od 1.694 cisrodna muškarca lečena 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. Obe grupe su imale visoku stopu seksualnih nuspojava (91%), a stopa rasta telesne težine bila je gotovo jednaka

u obe grupe. U poređenju s cisrodnim muškarcima koji su primali agonist GnRH, cisrodni muškarci koji su koristili estrogenske flastere, prema sopstvenim procenama, imali su viši kvalitet života, niže stope navale vrućine (35% naspram 86%) i više stope ginekomastije (86% naspram 38%). Metabolički, cisrodni muškarci koji su dobili estrogenske flastere doživeli su pozitivne promene u pogledu niže srednje vrednosti glukoze natašte, ukupnog holesterola natašte, kao i sistoličnog i dijastoličnog krvnog pritiska. Nasuprot tome, cisrodni muškarci koji su primali agonist GnRH imali su suprotne rezultate. Na osnovu ove studije, evnusi mogu da razmotre manju dozu transdermalne terapije estrogenom, da bi izbegli štetne efekte smanjenja estrogena, uključujući navale vrućine, umor, metaboličke efekte 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 procenu za omogućavanje potrebne nege evnusima budu kompetentni za takvu procenu.**

Česta tema na forumu stranice *Eunuch Archive* su poteškoće prilikom pronalaženja lekara koji mogu da razumeju njihove potrebe. Evnusi i oni koji traže kastraciju obično su manje vidljivi od drugih rodni manjina (Wassersug i Lieberman, 2010). Zbog stigme i straha da će ih medicinska zajednica odbiti, često dobrovoljno ne otkrivaju svoj identitet i želje pružiocima medicinskih usluga ili pružiocima usluga vezanih za mentalno zdravlje. U nekim sredinama, pružaoци medicinskih usluga možda nisu svesni da evnusi postoje, a moguće je da i ne znaju da su pružali podršku toj grupi pacijenata.

Poglavljje SN-a o proceni primenjuje se i na evnuhe. Kao i druge rodno raznolike osobe, oni koji traže kastraciju mogu da se uključe u proces informisanog pristanka u kojem kvalifikovani pružaoци usluga rade procene kako bi osigurali da su pojedinci sposobni da daju informisani pristanak pre medicinskih intervencija i da problem mentalnog zdravlja nije etiologija želje. Kao i s drugim seksualnim i rodnim manjinama, rad s evnusima zahteva shvatanje da je reč o heterogenoj populaciji (Johnson et al., 2007). Osobi koja traži usluge pomažu uvažavanje

zdravstvenih radnika, otvorenost tokom razgovora, izostanak osude i fleksibilna očekivanja, uz profesionalnu kompetenciju i stručnost zdravstvenih radnika.

Da bi mogli da osiguraju odgovarajući tretman, pružaoci usluga moraju da uspostave poverenje i poštovanje stvaranjem inkluzivnog okruženja za osobe koje se identifikuju kao evnusi. Idealan prijemni obrazac trebalo bi da sadrži polja za pripisani pol i rod s kojim se osoba identifikuje, uključujući „evnuh“ i „drugo“. Pojedinci se mogu poistovetiti s više opcija i trebaju da imaju mogućnost da odaberu više od jedne.

Zdravstveni radnici mogu da učestvuju u proceni, psihoterapiji (po želji), pripremi i kontrolnim pregledima za rodno-afirmišuće medicinske i hirurške intervencije. Takođe, mogu da pruže podršku partnerima i porodicama. Osobama koje se identifikuju kao evnusi i žele pomoć kvalifikovanog pružaoca usluga vezanih za mentalno zdravlje koristiće podrška iskusnog terapeuta koji ispunjava kriterijume navedene u četvrtom poglavlju – Obrazovanju.

Dok neke osobe koje traže kastraciju ili razmišljaju o njoj dolaze na savetovanje ili terapiju jer žele emocionalnu podršku ili pomoć prilikom donošenja odluka, druge osobe kod pružalaca medicinskih usluga dolaze na procenu u svrhu pripreme za specifične medicinske intervencije (Vale et al., 2010).

#### Preporuka 9.4

**Predlažemo da zdravstveni radnici u svoju negu za evnuhe uključe i seksualno obrazovanje i savetovanje.**

Nekoliko istraživanja je doprinelo 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 evnuha, njihovu sposobnost za seksualnu aktivnost, užitek i odnose, osim kada oni sami 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 i osećaju 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 doživeti seksualni užitek i biti seksualno aktivna. Suprotno uvreženom 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 – Reproduktivno zdravlje.

## DESETO POGLAVLJE Interpolnost

U sedmu verziju Standarda nege (SN-a) uvršteno je poglavlje o primenljivosti Standarda na osobe s fizičkim interpolnim stanjima koje postaju rodno disforične i/ili menjaju 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 uopšte (v. preporuku 2.1. o medicinskoj nužnosti u drugom poglavlju – Globalnoj primenljivosti). Novorođenče s atipičnom polnom diferencijacijom može se odmah suočiti sa kliničkim izazovima, što uključuje potrebu za porodičnom edukacijom i podrškom od ranog doba, a donošenje odluke o pripisivanju roda i naknadna klinička obrada roda u nekim elementima – naročito kada je reč o operaciji genitalija – mogu biti kontroverzni, pa upućuju na kasniji rizik od razvoja rodne disforije i promene roda koji su u izrazitom porastu (Sandberg i Gardner, 2022).

### Terminologija

Pojam „interpolnost“ (lat., doslovni prevod „između polova“) zasniva se na binarnom shvatanju pola koji je u osnovi reprodukcije sisavaca (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 primer u onima koja su bogata resursima, može da nalaze sveobuhvatnu fizičku, endokrinološku i genetsku analizu pre nego što se pol/rod „pripíše“. Poslednjih godina „interpolnost“ postala je 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 stanja su obuhvaćena novim, standardnim medicinskim pojmom „poremećaji polnog razvoja“ (engl. *Disorders of Sex Development*, kratica DSD), koji se definišu kao

„kongenitalna stanja u kojima je razvoj hromozomskog, gonadnog ili anatomskog pola netipičan“ (Hughes et al., 2006). Ta definicija obuhvata mnogo širi spektar stanja od onih koja se tradicionalno svrstavaju u interpolnost, uključujući Turnerov sindrom i Klinefelterov sindrom, čija je prevalencija mnogo veća. Pored toga, mnogi s tim stanjem neskloni su tome da ga se naziva „poremećajem“ i naziv smatraju 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 prihvatljivosti tog pojma također se razlikuju (Miller et al., 2018). Uvreženo alternativno tumačenje, koje govori o „različitostima u polnom razvoju“ (engl. *Differences in Sex Development*) može se smatrati manje patološkim, ali je značenjski 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 očigledno 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 odluka je doneta i zbog tačnosti opisa i zbog istorijskog kontinuiteta te nije odraz namere autora ovih Standarda da zauzmu stranu u aktualnoj raspravi o koncepciji pola/roda kao bipolarnog sistema ili kontinuuma, koji može varirati s obzirom na kontekst i upotrebu (Meyer-Bahlburg, 2019). Koncepti pola i roda u 21. veku u procesu su 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 prevalencija je do 1,7% (Blackless et al., 2000). Iako su ti podaci zbirno visoki, individualna stanja povezana s interpolnim varijacijama obično su mnogo ređa. Na primer, sindrom neosetljivosti na androgene (engl. kratica AIS) javlja se kod otprilike 1 na

100.000 rođenih s kariotipom 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.

### **Obeležja**

Kod osoba s interpolnim karakteristikama obeležja uveliko variraju. Interpolnost može da se prepozna prenatalnim ultrazvukom, iako će se za većinu osoba utvrditi pregledom genitalija po rođenju. U društvima koja su bogata resursima takva će deca u prvim nedeljama života biti podvrgnuta opsežnim dijagnostičkim pretragama. Uzmemo li u obzir specifičnu dijagnozu, fizičke i hormonske nalaze, kao i podatke dobijene dugoročnim longitudinalnim istraživanjima o rodnim ishodima, zajednička odluka tima zdravstvenih radnika i roditelja obično dovodi do toga da se novorođenčetu pripíše muški ili ženski pol/rod. Neke osobe s interpolnim karakteristikama privuku pažnju stručnjaka tek u pubertetu, na primer, kada se adolescentima koji su odgajani u ženskom rodu utvrdi primarna amenoreja.

Zdravstveni radnici koji pomažu interpolnim osobama i osobama koje variraju u telesnim karakteristikama moraju da budu svesni 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 zahtevati ranu hitnu 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 ne u ranom uzrastu, niti ugrožava osobu. Ipak, psihosocijalna stigma povezana s atipičnim izgledom genitalija često dovodi do rane operacije genitalija (koja se zna nazivati „korektivnom operacijom“ ili „normalizacijom“), mnogo pre nego što osoba dosegne doba kada može dati pristanak. Taj pristup je 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). Pored toga, kada je reč o karakteristikama koje neposredno ne utiču na sigurnost, neke osobe se u starijem uzrastu mogu odlučiti na niz medicinskih intervencija kako bi poboljšale funkciju i izgled. Pojednostosti o medicinskim terapijama uveliko nadilaze domete ovoga poglavlja, pa zainteresovani čitaoci treba da posegnu za odgovarajućom literaturom iz oblasti endokrinologije i hirurgije.

Neka interpolna stanja su u dugoročnom ishodu rodnog identiteta varijabilnija od drugih (Dessens et al., 2005). Na primer, učestalost transrodnog identiteta kod osoba s hromozomskim komplementom 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 treba uzeti u obzir kada se interpolnim osobama nude psihosocijalne, medicinske i hirurške intervencije.

Postoje i brojni dokazi da interpolne osobe i njihove porodice mogu da iskuse psihosocijalni stres (de Vries et al., 2019; Rosenwohl-Mack et al., 2020; Wolfe-Christensen et al., 2017), koji je delom 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 menjala se zajedno sa uzastopnim izdanjima Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (engl. DSM). Na primer, u DSM-III (American Psychological Association, 1980), u kategoriju „transpolnost“ Skale-I nisu se mogle svrstati transpolne osobe u odraslom dobu, ali su deca svrstana u kategoriju „poremećaja rodnog identiteta u detinjstvu“, s medicinskim interpolnim stanjem koje će kasnije biti navedeno u Skali III. U DSM-IV-TR-u (American Psychological Association, 2000) interpolne osobe isključene su iz kategorije Skale I „poremećaj rodnog identiteta“ bez obzira na uzrast, pa su, zajedno s drugim stanjima, uvrštene u



**Lista preporuka:**

- 10.1 - Predlažemo da negu interpolnim osobama i njihovim porodicama pruža multidisciplinarni tim sastavljen od stručnjaka koji su dobro upućeni u različitosti rodni identiteta i izražavanja.
- 10.2 - Savetujemo zdravstvenim radnicima koji pružaju negu mladim i odraslim transrodnim osobama da se osposobljavaju i edukuju o aspektima interpolne nege koja je za njih profesionalno relevantna.
- 10.3 - Predlažemo zdravstvenim radnicima da od trenutka postavljanja dijagnoze edukuju i savetuju porodice interpolne dece o njihovom specifičnom interpolnom stanju i njegovim psihosocijalnim implikacijama.
- 10.4 - Savetujemo pružaocima usluga i roditeljima da neprestano i u skladu sa razvojnom fazom komuniciraju s interpolnom decu/interpolnim pojedincima o njihovom interpolnom stanju i njegovim psihosocijalnim implikacijama.
- 10.5 - Predlažemo zdravstvenim radnicima i roditeljima da podržavaju interpolnu decu/pojedince u istraživanju njihovog rodni identiteta tokom celog života.
- 10.6 - Predlažemo zdravstvenim radnicima da promovišu dobrobit i da u saradnji sa medicinskim i nemedicinskim pojedincima/organizacijama doprinesu smanjenju potencijalne stigme vezane za interpolno stanje.
- 10.7 - Savetujemo zdravstvenim radnicima da po potrebi upućuju interpolnu decu/interpolne pojedince i njihove porodice stručnjacima za mentalno zdravlje, kao i da im pruže vršnjačku i drugu psihosocijalnu podršku.
- 10.8 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima da savetuju interpolne osobe i njihove porodice o supresiji puberteta i/ili opcijama hormonske terapije, s obzirom na rodni identitet, uzrast i zdravstveno stanje pojedinca.
- 10.9 - Predlažemo zdravstvenim radnicima da savetuju roditelje i interpolnu decu (kada su dovoljno kognitivno razvijena) da odlože rodno-afirmišuću operaciju genitalija, operaciju gonada ili obe, kako bi detetu omogućili samoodređenje i pružili mu mogućnost da učestvuje u donošenju odluka na temelju informisanog pristanka.
- 10.10 - Savetujemo da samo hirurzi s iskustvom u hirurgiji interpolnih genitalija ili gonada vrše zahvate na interpolnim osobama.
- 10.11 - Preporučujemo da zdravstveni radnici koji propisuju hormonske terapije/operacije ili upućuju na njih savetuju interpolne osobe s reproduktivnim potencijalom i njihove porodice o: a) poznatim posledicama hormonske terapije/operacije na plodnost u budućnosti; b) potencijalnim posledicama terapija koje nisu dovoljno istražene i čija reverzibilnost nije izvesna; c) opcijama za očuvanje plodnosti i d) psihosocijalnim posledicama neplodnosti.
- 10.12 - Savetujemo zdravstvenim radnicima koji pružaju negu interpolnim osobama s kongenitalnom neplodnošću da njih i njihove roditelje od samog početka i postupno upoznavaju s različitim alternativnim opcijama roditeljstva.

kategoriju „neodređenih poremećaja rodni identiteta”. U petom izdanju DSM-a (American Psychological Association, 2013), koji odstupa od višeosnog sistema, „poremećaj rodni identiteta” ponovo je definisan kao „rodna disforija”, što se koristi bez obzira na uzrast i interpolni status, ali je interpolnosti dodata specifikacija „s poremećajem polnog razvoja” (Zucker et al., 2013). Nedavno objavljeni revidirani tekst pete verzije DSM-a (APA, 2022) zadržava termin „rodna disforija”. Međutim, u nedavnoj reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti (ICD-11; World Health Organization, 2019a), „rodna neusklađenost” iz poglavlja Mentalni, bihevioralni ili neurorazvojni poremećaji premeštena je u novo poglavlje Stanja povezana sa seksualnim zdravljem.

Sve preporuke u ovom poglavlju donete su na temelju detaljnog pregleda dokaza, procena koristi i štete, vrednosti i izbora pružalaca usluga i pacijenata, kao i mogućnosti upotrebe resursa i izvodivosti. U nekim je slučajevima utvrđeno da su dokazi ograničeni i/ili da usluge možda nisu dostupne ili poželjne.

**Preporuka 10.1**

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

“Interpolnost”, potkategorija „poremećaja spolnog razvoja”, složeno je kongenitalno stanje koje zahteva angažman stručnjaka iz različitih medicinskih i bihevioralnih područja (Hughes et al., 2006). Sastav i funkcija tima mogu da variraju u zavisnosti od njegove lokacije, lokalnih resursa, dijagnoze i potreba interpolne osobe i njene/njegove/njihove porodice. Idealan tim čine supspecijalisti pedijatrijske endokrinologije, hirurgije i/ili urologije, psihologije/psihijatrije, ginekologije, genetike i, po mogućstvu, osposobljeni socijalni radnik, negovatelj 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 da utiču na funkcionisanje

tima (Sandberg i Mazur, 2014). Stav iz 2006. godine o pristupima interpolnim poremećajima ne navodi koji je model najbolji: multidisciplinarni, interdisciplinarni ili transdisciplinarni, nego samo da modeli „impliciraju različite stepene 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 organizacije *DSD-Translational Network (DSD-TRN)*, a timovi postoje i u jednom delu 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 rešavanju brojnih problema koji narušavaju uspeh nege namenjene interpolnim osobama i njihovim porodicama, kao što su raspršenost usluga ili pak ograničena ili nedovoljna komunikacija među profesionalcima, zbog čega pojedinac dobija fragmentarna objašnjenja koja unose više nejasnoće nego jasnoće.

Većina osoba koje su rođene s interpolnošću biće identifikovane pri rođenju ili ubrzo nakon toga, dok će druge biti identifikovane kasnije, na primer u pubertetu (v. Brain et al., 2010, Tabela 1). Kada se to dogodi, timski se pristup prilagođava dijagnozi i uzrastu osobe. U nekim se slučajevima sastav tima može po potrebi proširiti tako da uključi i druge specijaliste.

Zabeleženo je da su deca koju je pregledao multidisciplinarni tim imala znatno veću šansu da dobiju celi spektar usluga, a ne samo one koje nudi jedan pružalac usluga (Crerand et al., 2019). Roditelji kojima je pružena takva nega 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

**Savetujemo zdravstvenim radnicima koji pružaju negu mladim i odraslim transrodnim osobama da se osposobljavaju i edukuju o aspektima interpolne nege koja je za njih profesionalno relevantna.**

Rezultati intervju sa stažistima (Liang et al., 2017; Zelin et al., 2018), programskih samoprocena i anketa (DeVita et al., 2018; Khalili et al., 2015) pokazuju da programi medicinskog osposobljavanja nisu adekvatni za pripremu lekara za pružanje odgovarajuće nege osobama koje

imaju simptome rodne disforije i interpolnosti. Stručnjaci i učesnici u događanjima posvećenim 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 nege odraslim osobama kojima nedostaju kliničke smernice ili podrška u pomaganju osobama koje prelaze s pedijatrijske nege na negu za odrasle (Crouch i Creighton, 2014).

Međutim, malo je smernica za osposobljavanje ili procenu kompetencija praktičara u pristupu tim temama. Dostupne smernice prvenstveno se odnose na stručnjake za mentalno zdravlje (Hollenbach et al., 2014), a izuzetak je vodič za pružanje primarne nege (National LGBTQIA+ Health Education Center, 2020).

Zdravstveni radnici koji žele da unaprede svoje sposobnosti imaju mogućnost da se konsultuju sa stručnjacima onda kada formalno obrazovanje ili empirijske smernice nisu dostupni. S obzirom na relativno uobičajeno uvođenje multidisciplinarnih timova stručnjaka u tretmane interpolnosti (Pasterski et al., 2010), osobe koje u njima deluju u prilici su da edukuju zdravstvene radnike koji možda nisu prošli adekvatno osposobljavanje i da se konsultuju s njima (Hughes et al., 2006). Zato se preporučuje da osposobljavanje ostalih zdravstvenih radnika bude okosnica u razvoju tima (Auchus et al., 2010) i da članovi multidisciplinarnih timova budu edukovani za timski rad, uključujući 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 savetuju porodice interpolne dece o njihovom specifičnom interpolnom stanju i njegovim psihosocijalnim implikacijama.**

Od trenutka postavljanja dijagnoze i u skladu s međunarodno prihvaćenim smernicama, porodicama interpolne dece kroz edukaciju i savetovanje treba pružiti sve medicinske informacije. Jedan od najvećih izazova za interpolno novorođenče, a posebno za novorođenče s dvo-smislenim polnim organom, jest pripisivanje pola i, iz perspektive roditelja, pol u kojem će odgajati dete (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 procene (Houk i Lee, 2010). Međutim, kriterijumi za donošenje odluka o polu/rodu s vremenom su se promenili. U drugoj polovini 20. veka češće se pripisivao ženski pol, jer se feminizacijska genitalna hirurgija smatrala lakšom i manje podložnom nuspojavama od maskulinizacijske. Ipak, u određenim interpolnim stanjima, na primer u slučaju nedostatka 5 $\alpha$ -RD-2 kod osoba s kariotipom 46,XY, pripisivanje ženskog pola/roda povezano je s visokim stopama rodne disforije i promene roda u budućnosti (Yang et al., 2010). Zato se, od Međunarodne konferencije o postupanju s interpolnim osobama, održane 2005, prilikom pripisivanja pola/roda u obzir uzimaju postupno prikupljeni podaci o dugoročnim rodnim ishodima u različitim interpolnim stanjima.

Informiranjem nastoji se omogućiti što potpunije, informisano donošenje odluka o nezi. 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 faze osobe, interpolna stanja mogu različito da utiču na pojedince i njihove zdravstvene potrebe. Komunikacija o zdravlju interpolnih osoba mora biti kontinuirana i prilagođena pojedincu. Istraživanja o donošenju odluka o nezi interpolnih osoba pokazuju da na porodice utiče način na koji klinički timovi komuniciraju (Timmermans et al., 2018). U skladu sa Standardima nege, ohrabrujemo pružaoce usluga da kroz edukaciju i savetovanje usvoje prihvatljive i afirmišuće terminologiju i stavove. Na primer, opisivanje atipičnih genitalija kao „varijacije“ ili „različitosti“ prihvatljivije je od izraza „urođena mana“ ili „abnormalnost“.

Svi zdravstveni radnici uključeni u negu pojedinca mogu porodicama da pruže osnovnu edukaciju i informacije. Vrsta edukacije u multidisciplinarnim timovima može da se uskladi sa specijalizacijom zdravstvenog radnika; na primer, hirurg može da edukuje pojedinca o anatomiji, endokrinolog o specifičnostima hormonskog razvoja, a psiholog ili psihijatar o spektru rodnih i seksualnih identiteta. Drugi će zdravstveni radnici možda morati da pruže obuhvatniju edukaciju. Porodice treba da

dobiju informacije o specifičnim interpolnim varijacijama te osobe, ako su informacije poznate. Svi zdravstveni radnici mogu da dopune te informacije uslugama namenjenim pacijentima u grupama za podršku. Interpolne osobe takođe se angažuju kao članovi tima da bi edukovale druge na temelju sopstvenog iskustva. Prihvaćene smernice takođe preporučuju da se porodicama ponude kontinuirana vršnjačka i profesionalna psihosocijalna podrška (Hughes et al., 2006), koje mogu da uključe savetovanje u čijem će fokusu biti rešavanje problema i očekivani ishod (Hughes et al., 2006). Na primer, porodice mogu da traže smernice za edukaciju drugih svojih članova – braće i sestara, šire porodice i negovatelja – o specifičnom interpolnom stanju pojedinca. Drugim porodicama biće možda potrebna podrška ili psihološka pomoć kako bi kontrolisale stres zbog tretmana interpolnih stanja. Adolescentima mogu da koriste smernice za deljenje pojedinih informacija sa vršnjacima, kao i podrška da se snađu u ljubavnim vezama i seksu. Savetovanje takođe može da uključuje davanje smernica porodicama i osobama svih uzrasta kroz zajednički proces donošenja odluka o medicinskim ili hirurškim zahvatima. Pružaoci usluga mogu da koriste pomagala za donošenje odluka kako bi olakšali taj proces (Sandberg et al., 2019; Weidler et al., 2019).

#### Preporuka 10.4

**Savetujemo pružaoce usluga i roditeljima da neprestano i u skladu sa razvojnom fazom komuniciraju sa interpolnom decom/interpolnim pojedincima o njihovom interpolnom stanju i njegovim psihosocijalnim implikacijama.**

Pružanje informacija o zdravlju je višesmeran proces, a uključuje prenos informacija od pružalaca usluga do pacijenata, od roditelja do pacijenata, kao i od pacijenata do pružalaca usluga (Weidler i Peterson, 2019). Dok je na komunikacija s roditeljima o dijagnozi i hirurškim zahvatima stavljen priličan naglasak, mladi s „poremećajem u polnom razvoju“ potvrdili su da nailaze na prepreke za interakciju s pružaoce zdravstvenih usluga i možda se neće uvek obratiti roditeljima za podršku (Callens et al., 2021). Kako bi pojedince pripremili da budu u potpunosti angažovani i samostalni tokom sprovođenja tretmana, ključno je da pružaoci

usluga i roditelji kontinuirano komuniciraju s decom/pojedincima.

Pružaoци usluga moraju što pre da odrede da očekuju kontinuiranu, otvorenu komunikaciju između svih strana, naročito s obzirom na stres koji može da pogodi roditelje zbog nesigurnosti povezane s „poremećajem u polnom razvoju“ i potrebe da posegnu za brzim rešenjima (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 porodica/pojedinaca (Karkazis et al., 2010; Sandberg et al., 2019; Siminoff i Sandberg, 2015; Weidler et al., 2019). Osim što očekuju razgovor, pružaoци usluga takođe mogu da odrede i njegov ton. Pružaoци usluga mogu da pomognu roditeljima i pojedincima da se lakše nose s dijagnostičkom neizvesnošću i da ih istovremeno edukuju o anatomskim varijacijama i podstiču na otvorenost prema rodnim i seksualnim identitetima, kao i da motivišu dete/pojedinca da postavlja pitanja. Kako rastu, deca/pojedinci često imaju pitanja ili su im potrebne informacije, primerene njihovom uzrastu, o seksu, menstruaciji, plodnosti, potrebi za hormonskim terapijama (adrenalne/polne), zdravlju kostiju i riziku od raka.

Roditelji takođe imaju ključnu ulogu u edukaciji svoje dece i mogu da budu prvi koji će preneti zdravstvene informacije detetu (Callens et al., 2021). Kao deo očekivane komunikacije, pružaoци usluga treba da pripreme roditelje da edukuju svoje dete i one koji mu pružaju podršku o dijagnozi interpolnosti i istoriji tretmana. Neki roditelji nailaze na poteškoće jer ne znaju koliko treba da otkriju drugima, kao ni vlastitoj deci (Crissman et al., 2011; Danon i Kramer, 2017). Stres koji roditelji doživljavaju tokom odgajanja dece s interpolnim stanjima povećava se kada odluče da što manje otkriju/razgovaraju o dijagnozi svog deteta (Crissman et al., 2011). Nivo stresa takođe varira, u zavisnosti od razvojne faze, pri čemu roditelji adolescenata prijavljuju više stope stresa (Hullman et al., 2011). Zdravstveni radnici zbog toga treba da pomažu roditeljima u osmišljavanju komunikacijskih strategija primerenih razvojnoj fazi njihovog deteta, kako bi razgovarali s njima o psihosocijalnim ili kulturnim pitanjima i vrednostima (Danon i Kramer, 2017; Weidler i Peterson, 2019). Opsežnija istraživanja o seksualnosti i rodnim

varijacijama pokazala su da, uprkos tome što se sram/stigma povezuje s negativnim zdravstvenim ishodima, podrška porodice (uključujući razgovor s decom o njihovom identitetu i povezivanje dece 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 decu/interpolne pojedince u istraživanju njihova rodnog identiteta tokom celog života.**

Psihološki, društveni i kulturni konstrukti ukrštaju se s biološkim faktorima u formiranju rodnog identiteta pojedinca. Interpolne osobe grupno pokazuju višu stopu rodno nenormativnog ponašanja, preispitivanja rodnog identiteta i želje za međurodnim identitetom u detinjstvu, što delom zavisi od nesklada između prenatalne polno-hormonske sredine u kojoj se mozak fetusa diferencirao i pola koji je pripisan po rođenju (Callens et al., 2016; Hines, et al., 2015; Meyer-Bahlburg et al., 2016; Pasterski et al., 2015). Problemi s rodnim identitetom zabeleženi su u različitim razmerama kod osoba s različitim interpolnim stanjima (de Vries et al., 2007). Nedavno je zabeleženo da neke osobe u privatnosti razvijaju nebinarni identitet (Kreukels et al., 2018). Iako većina interpolnih osoba verovatno neće iskusi rodnu disforiju ili osetiti potrebu za rodnom tranzicijom, one se i dalje mogu osećati nesigurno i tražiti odgovore na pitanja u vezi sa svojim rodom (Kreukels et al., 2018). Pitanja o rodnom identitetu mogu proizaći iz faktora kao što su izgled genitalija, pubertetski razvoj i saznanja o temama kao što su dijagnoza njihovog zdravstvenog stanja, hormonalni status i status polnih hromozoma, kao i istorija hirurških zahvata na genitalijama. Zbog toga zdravstveni radnici moraju da budu otvoreni za razgovor s korisnicima o tim pitanjima i osećanjima, rodnoj različitosti, ali i da usvoje manje binaran pristup rodu. Zdravstvenim se radnicima savetuje da podstiču roditelje da podrže svoju decu u istraživanju roda.

Takva podrška takođe ne bi trebalo da bude ograničena samo na period detinjstva. Štaviše, pojedincima treba dati priliku da istražuju svoj rodni identitet tokom celog života, jer se u različitim fazama mogu otvoriti nova pitanja vezana za rod (na primer, pubertet/adolescencija,

reproduktivno doba). Deca generalno mogu da imaju pitanja u vezi sa svojim rodnim identitetom u ključnim trenucima tokom sazrevanja i razvoja. Kada se suoče s dodatnim stresorima, kao što su, na primer, genitalna neodređenost, pregled i zahvati na genitalijama, kao i veza između kulturnih predrasuda i uticaja, interpolnim osobama mogu da budu potrebni podrška i ohrabrenje da, po potrebi, potraže stručnu pomoć i smernice. Isto tako, zdravstveni radnici bi trebalo redovno da proveravaju da li je njihovim interpolnim klijentima potrebna takva podrška. Kada osobe dožive rodnu inkongruenciju, mogu da se razmotre rodno-afirmišuće intervencije. Procedure koje treba primeniti u slučaju takvih intervencija opisane su u drugim poglavljima.

#### Preporuka 10.6

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

Potvrđeno je da interpolne osobe doživljavaju stigmom, osećaj srama, krivice, ljutnje, tuge i depresije (Carroll et al., 2020; Joseph et al., 2017; Schützmann et al., 2009). Zabeleženo 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 sme da zanemari strah roditelja od stigmatizacije i prilagođavanja detetovoj dijagnozi. Roditeljima može da koristi savetovanje koje će im pomoći u donošenju kliničkih odluka (Fleming et al., 2017.; Rolston et al., 2015.; Timmermans et al., 2019), kao i u razumevanju uticaja kliničkih odluka na njihov doživljaj deteta (Crissman et al., 2011; Fedele et al., 2010).

Thyen et al. (2005) utvrdili su da su višestruki pregledi genitalija povezani sa stidom, strahom i bolom i da mogu povećati verovatnost razvoja posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) kasnije u životu (Alexander et al., 1997; Money i Lamacz, 1987). Izloženost višestrukim pregledima genitalija, strah od medicinskih intervencija i činjenica da roditelji i lekari 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 meru v. Tishelman et al. (2017).

U interpolnoj zajednici postoji aktivan pokret koji se bori za ublažavanje stigme i vraćanje ljudskih prava i dostojanstva interpolnim osobama, umesto što se one doživljavaju kao medicinska anomalija 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 skrivanjem. Javna svest o interpolnim stanjima vrlo je ograničena, a izgled i životne priče interpolnih osoba i dalje se predstavljaju kao „neprirodna pojava“. Zbog toga savetujemo zdravstvenim radnicima da aktivno edukuju svoje kolege, interpolne osobe, njihove porodice i zajednice i da podižu javnu svest i proširuju svoja znanja o interpolnosti. Društvena svest i saznanja o interpolnosti mogu da doprinesu ublažavanju diskriminacije i stigmatizacije. Alati i edukativni/informativni materijali takođe mogu da pomognu interpolnim osobama da javno otkriju svoje stanje, ako to žele (Ernst et al., 2016).

Zdravstveni radnici bi trebalo da prepoznaju stigmatizaciju i da o njoj razgovaraju sa svojim korisnicima (Meyer-Bahlburg et al., 2018), kao i da ohrabruju interpolne osobe različitog uzrasta 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

**Savetujemo zdravstvenim radnicima da po potrebi upućuju interpolnu decu/pojedince i njihove porodice stručnjacima za mentalno zdravlje i da im pruže vršnjačku i drugu psihosocijalnu podršku.**

Rođenje interpolnog deteta za gotovo sve roditelje potpuno je neočekivano i predstavlja šok. Njihova nemogućnost da odmah odgovore na uobičajeno pitanje: „Da li je vaša beba dečak ili devojčica?“, nedovoljna znanja o detetovom stanju, neizvesnost vezana za njegovu budućnost, kao i sveprisutna stigma koja prati interpolnost, verovatno 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 deteta (Schweizer et al., 2017). Tokom odrastanja ta deca su 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 svest o neskladu između pripisanog spola i bioloških karakteristika kao što su polni kariotip, gonade, bivši i/ili aktualni hormonski status i struktura reproduktivnog trakta. Ta situacija takođe može negativno da utiče na mentalno zdravlje pojedinaca (Godfrey, 2021; Meyer-Bahlburg, 2022). Nedavno *onlajn* istraživanje sprovedeno 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 retka, roditelji takve dece, a kasnije i sami pojedinci, mogu svoju situaciju da doživljavaju kao jedinstvenu i vrlo teško razumljivu drugima. Stoga, na osnovu kliničkog iskustva zdravstvenih radnika u interpolnoj nezi, postoji konsenzus o socijalnoj podršci kao ključnoj komponenti interpolne nege, 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 zagovaranje, s popisom internetskih stranica, osigurali su Lee, Nordenström et al. (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 negu blisko saraduju s takvim grupama podrške, kako bi se povremena razmimoilaženja u mišljenjima vezanim za specifične aspekte nege mogla rešiti u podrobnoj raspravi. Bliska saradnja zdravstvenih radnika i grupa za podršku takođe olakšava

participativno istraživanje u zajednici, koje koriste obema stranama.

#### Preporuka 10.8

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

Iako je rodni identitet mnogih interpolnih osoba u skladu s njihovim XX ili XY kariotipom, među njima je prisutna dovoljna heterogenost da zdravstveni radnici treba da individualizuju tretmane. Na primer, među XX osobama s virilizirajućom kongenitalnom adrenalnom hiperplazijom, neočekivano velika manjina ima muški rodni identitet (Dessens et al., 2005). Među XY osobama sa sindromom delimične neosetljivosti na androgene, rodni identitet može značajno da varira (Babu i Shah, 2021). Pored toga, veliki dio (56%–63% odnosno 39%–64%) XY osoba s nedostatkom 5 $\alpha$ -reduktaze-2 (5 $\alpha$ -RD-2) i s nedostatkom 17-beta-hidroksisteroidne dehidrogenaze-3 kojima je po rođenju pripisan ženski pol, s godinama se menja iz tipične ženske rodne uloge u tipičnu mušku rodnu ulogu (Cohen-Kettenis, 2005).

Interpolnim osobama na raspolaganju je niz medicinskih mogućnosti, u zavisnosti od njihovog rodnog identiteta i usklađenosti rodnog identiteta s anatomijom. Te opcije uključuju lekove 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 da olakša neophodan protok vremena koji je osobi potreban da istraži rodni identitet i aktivno učestvuje u određivanju pola, posebno kada je reč o stanjima u kojima je promena pola uobičajena (tj. kod osoba koje su odgajane s nedostatkom 5 $\alpha$ -RD-2 u ženskom polu; Cocchetti, Ristori, Mazzoli et al., 2020; Fisher, Castellini et al., 2016).

Zdravstveni radnici mogu neposredno da savetuju osobe i njihove porodice, ako su dovoljno stručni i mogu to da iskoriste za određivanje odgovarajućeg tretmana i logistike u vezi sa primenom odabrane terapije.

### Preporuka 10.9

**Predlažemo zdravstvenim radnicima da savetuju roditelje i interpolnu decu (kada su dovoljno kognitivno razvijena) da odlože rodno-afirmišuću operaciju genitalija, operaciju gonada, ili obe, kako bi detetu omogućili samoodređenje i učešće u donošenju odluka na temelju informisanog pristanka.**

Međunarodne organizacije za ljudska prava sve više izražavaju zabrinutost da operacije koje se izvode pre nego što dete može svojevlasno učestvovati u donošenju odluka mogu da ugroze detetova ljudska prava na autonomiju, samoodređenje i otvorenu 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 odlože kada je to medicinski izvodivo (Dalke et al., 2020; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020). Međutim, važno je napomenuti da neke anatomske varijacije, kao što je opstrukcija urinarnog trakta ili izloženost karličnih 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 posledice. 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 posledice na fizičko zdravlje, odnosno onda kada odlaganje hirurškog zahvata ne predstavlja rizik za fizičko zdravlje.

Hirurška nega koja nije hitna za osobe s tim varijacijama složena je i često osporavana, naročito kada je reč o novorođenčetu ili detetu koje još ne može da učestvuje u procesu donošenja odluka. Starije interpolne osobe potvrdile su da se suočavaju s psihosocijalnim i seksualnim zdravstvenim problemima, uključujući depresiju, anksioznost, seksualnu i društvenu stigmu (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 pre adolescencije (Bennecke et al., 2021). Nedavna

istraživanja upućuju na to da su neki adolescenti i odrasli zadovoljni izgledom i funkcijom genitalija nakon operacije u detinjstvu (Rapp et al., 2021). Genitalna različitost kod deteta takođe može da postane izvor stresa za roditelje, a postoji i istraživanje koje pokazuje 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 ipak može pokajati zbog odluke (Ellens et al., 2017). Shodno tome, neke organizacije preporučuju da se operacija predloži dok su deca jako mala (American Urological Association, 2019; Pediatric Endocrine Society, 2020).

To upućuje na to da postoje različita gledišta u medicini kada je reč o primeni smernica za ranu genitalnu hirurgiju. Autori ovog poglavlja takođe nisu postigli potpuni konsenzus. Neki stručnjaci za interpolna stanja insistiranje na univerzalnom odlaganju rane operacije genitalija zbog genitalnih varijacija bez neposrednih zdravstvenih rizika smatraju potencijalno štetnim. 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 stigmati zbog interpolnosti uveliko su različiti; 3.) rana operacija može doneti 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 pre 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 individualizovani pristup donošenju odluka koje se tiču operacije genitalija i njenog 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 beleže pozitivne ishode, za poređenje nedostaje grupa koja nije bila podvrgnuta hirurškim zahvatima (Dalke, et

al., 2020; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020). Također, 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 da dovedu do značajnih kozmetičkih, urinarnih i seksualnih komplikacija i u odrasloj dobi (Gong i Cheng, 2017; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020). Nedavna istraživanja pokazuju da neke osobe posebno negativna iskustva mogu da imaju 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 verovatnoću od opšte populacije da budu transrodne, rodno raznolike ili da iskuse rodnu disforiju (Almasri et al., 2018; Pasterski et al., 2015). Operacijama genitalija, kada su im podvrgnuta mlađa deca, može se nepovratno ojačati binarno pripisivanje pola koje nije u skladu s budućnošću deteta. Ti nalazi, kao i perspektiva ljudskih prava, govore u prilog odluci da se operacija odloži do časa kada će osoba biti u stanju da sama o tome odlučuje.

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

#### Preporuka 10.10

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

Interpolna stanja su retka, 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 oblasti hirurgije ne priprema stažiste za pružanje takve specijalizovane nege (Grimstad, Kremen et al., 2021). Uvažavajući složenost hirurške nege za životnog veka, prema standardima koje su izradili stručnjaci i oko kojih je postignut međunarodni konsenzus, preporučuje se da tu negu pružaju isključivo multidisciplinarni timovi

stručnjaka (Krege et al., 2019; Lee, Nordenström et al., 2016; Pediatric Endocrine Society, 2020). Savetujemo da se hirurška nega ograniči na multidisciplinarna okruženja specijalizovana za interpolna stanja, koja uključuju hirurge s iskustvom u interpolnoj negi.

#### Preporuka 10.11

**Preporučujemo da zdravstveni radnici koji propisuju hormonske terapije/operacije ili na njih upućuju savetuju interpolne osobe sa reproduktivnim potencijalom i njihove porodice o: a) poznatim posledicama hormonske terapije/operacije na plodnost u budućnosti; b) potencijalnim posledicama tretmana koji nisu dovoljno istraženi i čija reverzibilnost nije izvesna; c) opcijama za očuvanje plodnosti i d) psihosocijalnim implikacijama neplodnosti.**

Osobe s određenim interpolnim stanjima mogu da imaju reproduktivno funkcionalne genitalije, ali da budu neplodne zbog atipičnog razvoja gonada. Druge mogu da imaju funkcionalne gonade s održivim polnim ćelijama, ali da 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 da utiču na plodnost u budućnosti. Zbog toga treba analizirati i razmotriti potencijalne posledice tretmana i opcije za očuvanje plodnosti.

Osobe s funkcionalnim testisima treba obavestiti da produžena terapija estrogenom i supresija testosterona, kako je zabeleženo kod transrodnih i rodno raznolikih osoba bez interpolnih stanja, može da uzrokuje atrofiju testisa i smanjenje broja spermija (Mattawanon et al., 2018). Iako prekid takve hormonske terapije može da poboljša kvalitet sperme, potpuna reverzibilnost oštećenih spermija nije zagarantirana (Sermondade et al., 2021). Glavna opcija za očuvanje plodnosti osoba s funkcionalnim testisima jeste krioprezervacija sperme uz pomoć masturbacije ili stimulacije vibracijom (de Roo et al., 2016). Iako nema podataka o uspešnoj primeni na ljudima, postoji mogućnost da se izvrši testikularna ekstrakcija sperme i krioprezervacija testikularnog tkiva kod adolescenata koji još nisu doživeli spermarhu (Mattawanon et al., 2018).



Osobama sa funkcionalnim jajnicima treba reći da terapija testosteronom obično rezultira izostankom menstruacije i ovulacije, često za nekoliko meseci od početka terapije. O potencijalnom uticaju testosterona na oocite i plodnost nema dovoljno informacija. Istraživanje kod transrodnih osoba pokazalo je da terapija testosteronom može da bude povezana s razvojem policističnih jajnika (Grynberg et al., 2010). Međutim, drugi istraživači nisu pronašli dokaze za sindrom policističnih jajnika (engl. *Polycystic ovary syndrome*, PCOS) kod transrodnih muškaraca koji primaju rodno-afirmišuću hormonsku terapiju na osnovu metaboličkih (Chan et al., 2018) ili histoloških parametara (de Roo et al., 2017). Osobe s očuvanom matericom i funkcionalnim jajnicima mogu da povrate plodnost ako se terapija testosteronom prekine.

Opcije za očuvanje plodnosti kod postpubertetskih interpolnih osoba s funkcionalnim jajnicima uključuju hormonsku stimulaciju za krioprezervaciju zrelih oocita ili krioprezervaciju tkiva jajnika. Jednako je moguća i stimulirana ekstrakcija oocita, čak i kod transrodnog muškaraca koji i dalje prima terapiju testosteronom (Greenwald, 2021). Tako je zabeležena i krioprezervacija oocita nakon stimulacije jajnika kod transrodnog dečaka koji je pod terapijom gonadotropin-oslobađajućeg hormona (Rothenberg et al., 2019). Valja napomenuti da stimulacija jajnika i privremeni prekid korišćenja gonadotropin-oslobađajućeg hormona, terapija testosteronom ili oboje, kao i ginekološki zahvati mogu biti uznemirujući, pri čemu je

stresna reakcija pod uticajem mentalnog zdravlja, rodnog identiteta i ostalog medicinskog iskustva. Primenjivost određenih postupaka može da zavisi od podrške ljudi iz sopstvenog društva, što uključuje i potencijalne partnere.

#### Preporuka 10.12

**Savetujemo zdravstvenim radnicima koji pružaju negu interpolnim osobama sa kongenitalnom neplodnošću da njih i njihove roditelje od početka postupno upoznaju s različitim alternativnim opcijama roditeljstva.**

Kod osoba s interpolnim karakteristikama verovatnost neplodnosti može se ustanoviti u ranom i kasnijem detinjstvu, adolescenciji, kao i u odrasloj dobi, bez prethodnog pokušaja začeća. Kod mnogih osoba dijagnoza neplodnosti prati dijagnozu interpolnog stanja (Jones, 2019). Medicinski potpomognuta heterologna oplodnja (npr. donacija oocita ili sperme) za neke osobe može biti jedna od opcija. Mnogo je načina da se pokrene postupak usvajanja. Neki od njih zahtevaju posvećenost i znatno vreme. One osobe koje nisu zainteresovane za spomenute opcije za postizanje plodnosti, odnosno one koje je ne mogu postići, mogu imati koristi od ranog razmatranja dostupnih mogućnosti za usvajanje i alternativno roditeljstvo. Iako je transplantacija materice imala preliminarni uspeh kod osoba s Milerovom agenezom (Richards et al., 2021), do danas nije utvrđen protokol kojim se izbegava izlaganje fetusa u razvoju rizicima povezanim s lekovima koji se koriste za sprečavanje odbacivanja transplantata.

## JEDANAESTO POGLAVLJE

### Institucionalna okruženja

Ovo poglavlje odnosi se na negu transrodnih i rodno raznolikih osoba (TiRR) koje borave u institucijama. Po definiciji, institucije su objekti ili ustanove u kojima ljudi žive i primaju negu u zajednici ili velikoj grupi, pri čemu pojedinci mogu, ali ne moraju imati slobodu kretanja, dati pristanak i biti radno sposobni. Zatvorene ustanove (kazneno-popravne ustanove, prihvatni centri za strance, zatvori, vaspitni domovi) i otvorene ustanove (domovi za starije i nemoćne, psihijatrijske bolnice, zdravstvena nega u kući, hospicija/palijativna nega, ustanove za profesionalnu rehabilitaciju) rezidencijalne su ustanove koje transrodnim osobama mogu da pružaju zdravstvenu negu. Brojni dokazi o odgovarajućoj nezi TiRR osoba dolaze iz ustanova zatvorenog tipa. Međutim, preporuke koje ovde donosimo odnose se na sve institucije u kojima su smeštene TiRR osobe, bile one zatvorenog ili otvorenog tipa (Porter et al., 2016). Sve preporuke u Standardima nege (SN-u) odnose se jednako na osobe koje su smeštene u oba tipa institucija. Svi bi trebalo da imaju pristup neophodnim medicinskim tretmanima, bez obzira na svoju situaciju u instituciji (Brown, 2009). Kada se staramo za institucionalizovanu osobu, moramo uzeti u obzir da ona nije u mogućnosti jednako da brine o sebi kao

neinstitucionalizovane osobe. Zbog toga institucionalizovane osobe moraju dobiti podršku u osiguravanju SN-a, kako ih definiše Svetska strukovna organizacija za zdravlje transrodnih osoba (eng. World Professional Association for Transgender Health, WPATH).

TiRR osobe koje borave u ustanovama zatvorenog tipa svedoče o nedostatku pristupa nužnoj medicinskoj nezi specifičnoj za transrodne osobe (v. drugo poglavlje – Globalnu primenjivost, preporuku 2.1), što im je najveći problem za vreme boravka u takvim ustanovama (Brown, 2014; Emmer et al., 2011). Sistemska rasna nejednakost svojstvena mnogim zatvorenim institucijama (Sawyer, 2020), rasni disparitet u ishodima lečenja (Nowotny et al., 2017) i natprosečno visoka zastupljenost rasijalizovanih TiRR osoba u nekim ustanovama (Reisner et al., 2014) ukazuju na potrebu da uprave takvih ustanova posvete pažnju pitanjima dostupnosti tranzicijske nege za TiRR osobe. Kontrolisane studije pokazuju značajne klinički 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 negu mahom nisu dovoljno obrazovani, osposobljeni i stručni da bi se starali o rodno raznolikim osobama (Clark et al., 2017). Diskriminacija TiRR osoba u

#### **Lista preporuka:**

- 11.1 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima odgovornim za pružanje rodno-afirmišuće nege osobama koje borave u institucijama (ili su povezane sa institucijama ili službama) da usvoje celu listu preporuka koje ovo izdanje SN-a donosi i podjednako ih primenjuju na osobe koje žive u institucijama.
- 11.2 - Predlažemo institucijama da obezbede 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, a treba im rodno-afirmišuća hormonska terapija, bez odlaganja i u skladu sa ovim izdanjem SN-a, obezbede terapiju.
- 11.4 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima zaduženima za brigu o institucionalizovanim TiRR osobama da preporučie i podrže rodno-afirmišuće hirurške zahvate u skladu s ovim izdanjem SN-a i bez odlaganja, ako dobiju takav zahtev.
- 11.5 - Preporučujemo upravi, zdravstvenim i ostalim radnicima institucija da TiRR osobama, koje to zatraže, omoguće nabavku adekvatne odeće i sredstava za negu koja odgovaraju njihovom rodnom izražavanju.
- 11.6 - Preporučujemo da se institucijsko osoblje TiRR osobama uvek obraća njihovim odabranim imenima i ličnim zamenicama.
- 11.7 - Preporučujemo upravi institucije, zdravstvenim radnicima i drugim službenicima koji odlučuju o smeštaju TiRR korisnika da razmotre njihove pojedinačne preferencije, rodni identitet i rodno izražavanje, kao i pitanja sigurnosti, a ne samo njihovu anatomiju ili pol pripisan po rođenju.
- 11.8 - Preporučujemo institucionalnim telima da uspostave politike stanovanja koje će TiRR osobama garantovati sigurnost, bez segregacije ili izolacije.
- 11.9 - Preporučujemo institucijskim telima da, na zahtev TiRR osoba koje borave u njihovim institucijama, omoguće privatnu upotrebu tuša i sanitarnog čvora.

ustanovama za palijativnu negu je česta, a potrebe TiRR osoba ili njihovih surogata 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 odlučiti sakriti svoj seksualni i/ili rodni identitet, iako su se pre toga javno identifikovali kao LGBT osobe (Carrol, 2017, Serafin et al., 2013).

Sve preporuke u ovom poglavlju temelje se na sistematičnom pregledu dokaza, proceni koristi i štete, vrednosti i preferencija pružalaca nege i pacijenata, kao i potrebnih resursa i izvodivosti. Uviđamo da su u nekim slučajevima dokazi ograničeni, odnosno da sve usluge ne moraju biti dostupne ili poželjne. Većina dostupne literature o institucijama fokusira se na one kazneno-popravnog tipa. Razmatrali smo i literaturu o drugim tipovima institucija i upućivali na nju kada nam je bila dostupna. Nadamo se da će buduća istraživanja nadoknaditi manjak podataka o ustanovama otvorenog tipa. Sve preporuke koje se ovde donose primenjive su u različitim tipovima institucija, čije zajedničke karakteristike uključuju dugotrajni boravak, gubitak sposobnosti delanja ili smanjenu sposobnost i zavisnost od osoblja prilikom zadovoljavanja nekih ili svih osnovnih životnih potreba.

#### Preporuka 11.1

**Preporučujemo zdravstvenim radnicima odgovornim za pružanje rodno-afirmišuće nege osobama koje borave u institucijama (ili su povezane sa institucijama ili službama) da usvoje celu listu preporuka koje ovo izdanje SN-a donosi i podjednako ih primenjuju na osobe koje žive u institucijama.**

Kao što ljudi koji žive u institucijama traže i zaslužuju opštu i specijalističku psihološku i medicinsku negu, valja osvestiti da TiRR osobe u takvim institucijama iziskuju negu koja odgovara njihovim potrebama. Preporučujemo primenu ovog SN-a za institucionalizovane osobe kao temeljnog principa zdravstvene zaštite i etike (Beauchamp i Childress, 2019, Pope i Wasquez, 2016). Pored toga, brojni sudovi već dugo podržavaju potrebu da se i TiRR osobama koje žive u institucijama osigura adekvatna nega, utemeljena na WPATH-ovim Standardima nege (npr. Koselik v. Massachusetts, 2002; Edmo v. Idaho Department of corrections, 2020). Službe

koje pružaju usluge pomoći u kući takođe bi trebalo da budu svesne primenljivosti SN-a.

#### Preporuka 11.2

**Preporučujemo institucijama da obezbede edukaciju o rodnoj raznolikosti za sve svoje radnike.**

Budući da nega TiRR osoba utiče na mali procenat populacije, ona iziskuje specijalizovano osposobljavanje, kao što je istaknuto u osmoj verziji SN-a. Iako će nivo osposobljavanja varirati u zavisnosti od pozicije zaposlenih u instituciji, celokupnom će osoblju biti potrebna edukacija o obraćanju korisnicima, dok će ostatku kliničkog osoblja možda trebati intenzivnije osposobljavanje i/ili konsultacije. Ove preporuke za osposobljavanje odnose se i na pružaocima usluga kućne i dugotrajne nege. Obraćanje institucionalizovanim osobama u pogrešnom rodu, zabrana rodno prikladnog odevanja, kao i upotrebe tuša ili smeštaja, te nekorišćenje izabranog imena pokazuju nedostatak poštovanja prema TiRR osobi, koja ponovljene uvrede može doživeti kao emocionalno traumatične i deprimirajuće, što može da dovede do anksioznosti. Edukacijom osoblja o rodnoj raznolikosti i temeljnim kompetencijama u pitanjima transrodne zdravstvene nege, ta se šteta može izbeći (Hafford-Letchfield et al., 2017). Istraživanja pokazuju da osobe koje rade u institucijama i zatvorenog i otvorenog tipa, poput palijativne nege, imaju značajne rupe u znanju (Stein et al., 2020; White et al., 2016). Hafford Letchfield i saradnici (2017) pokazali su korisnost edukacije radnika u domovima za dugoročnu negu koja bi počinjala „prepoznavanjem problema LGBT osoba” i bila dostupna u domovima. Kada dodeljenim pružaocima zdravstvene zaštite nedostaje stručnosti da procene rodno raznolike osobe o kojima brinu i/ili im osiguraju tretman, trebalo bi da potraže savet profesionalaca iz drugih institucija koji su iskusni u pružanju rodno-afirmišuće zdravstvene nege (Bromdal et al., 2019; Sevelius i Jenness, 2017).

#### Preporuka 11.3

**Preporučujemo zdravstvenim radnicima zaduženima za propisivanje i vođenje hormonske terapije da TiRR osobama koje žive u institucijama a treba im rodno-afirmišuća hormonska terapija, bez odlaganja i u skladu s ovim izdanjem SN-a, obezbede terapiju.**

TiRR osobe mogu biti primljene u institucije tražeći procenu za rodno-afirmišuću hormonsku negu ili se ta potreba može pojaviti nakon kraćeg ili dužeg boravka u instituciji. Često se TiRR osobama mesecima ili godinama nakon što su je zatražile uskraćuje pristup hormonskoj terapiji, propisuje im se nedovoljan tretman ili im se onemogućuje praćenje, čime se odlaže titracija lijekova neophodna za sigurnost i efikasnost terapije (Keohane, 2018; Kosilek v. Massachusetts, 2002; Monroe v. Baldwin et al., 2019). Sve navedeno može rezultirati značajnim posledicama po mentalno zdravlje, koje uključuju depresiju, anksioznost, suicidalnost i rizik od hirurških samotretmana (Brown, 2010). Kao i sva ostala nužna medicinska nega, i rodno-afirmišuća hormonska terapija za TiRR osobe, kada je indikovana, treba da bude pravovremena, bez obzira na to da li se osoba nalazi u zatvorenom ili u otvorenom institucionalnom okruženju. Zdravstveni radnici odgovarajuću titraciju hormona treba da utemelje na laboratorijskim rezultatima i kliničkim ishodima da bi osigurali da rezultati budu u granicama preporučenih endokrinoloških standarda. Laboratorijski uzorci treba da se uzimaju onoliko često koliko je potrebno da se ne odloži adekvatna titracija.

Starije TiRR osobe koje žive u ustanovama za dugoročnu negu imaju jedinstvene potrebe (Boyd, 2019; Carroll, 2017; Porter, 2016). Kada starije osobe zahtevaju hormonsku terapiju, lekari bi trebalo da imaju uvid u anamnezu, mada je ona retko apsolutno kontraindikovana s terapijom u toj populaciji (Ettner, 2013). Ljudi s rodnom inkongruencijom u institucijama mogu, kao i u ostatku populacije, imati uporedne mentalne poteškoće (Brown i Jones, 2015; Cole et al., 1997). Te poteškoće treba razmotriti i pravilno tretirati u sklopu sveobuhvatne procene. Osobe koje uzimaju hormone treba pomno medicinski pratiti da bi se izbegla potencijalna neželjena interakcija s drugim lekovima i polifarmacija (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 se pratiti prema osmoj verziji SN-a. Pristup „zamrznutog kadra“ (od eng. *freeze frame*) nije primeren 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 pre institucionalizacije, čak i u slučaju da je ta doza bila inicijalno mala. TiRR osobe za koje je procenjeno da mogu *de novo* započeti s rodno-afirmišućom hormonskom terapijom trebalo bi da je započnu isto kao i da nisu u instituciji (Adams v. Federal Bureau of Prisons, No. 09-10272, D. MO June 7, 2010; Brown, 2009). Posledice naglog prekida hormonske terapije ili njenog odlaganja, kada je ona medicinski nužna, značajno doprinose verovatnim negativnim ishodima (Brown, 2010; Sundstrom and Fields v. Frank, 2011), kao što su hirurška autokastracija, depresija, pogoršanja rodne disforije i/ili suicidalnosti (Brown, 2010; Maruri, 2011).

Ukoliko institucionalizovana osoba dobije rodno-afirmišuću hormonsku terapiju i/ili se podvrgne rodno-afirmišućem hirurškom zahvatu, možda će zbog njene dobrobiti i sigurnosti biti potrebno razmotriti odluku o njenom smeštaju u polno segregiranu ustanovu (Ministarstvo pravosuđa Ujedinjenog Kraljevstva, 2016).

#### Preporuka 11.4

**Preporučujemo zdravstvenim radnicima zaduženim za brigu o institucionalizovanim TiRR osobama da preporuče i podrže rodno-afirmišuće hirurške zahvate u skladu s ovim izdanjem SN-a i bez odlaganja, ako dobiju takav zahtev.**

TiRR osobe s rodnom disforijom trebalo bi da imaju odgovarajući plan terapije, koji će osigurati medicinski nužne hirurške zahvate, dostupne i 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). Posledice 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). Neretko se institucionalizovanim osobama uskraćuje pristup proceni za rodno-afirmišuće hirurške zahvate, kao što im se uskraćuju i terapije, čak i kada su medicinski nužne (Kosilek v. Massachusetts/Dennexy, 2012; Edmo v.

Idaho Department of Corrections, 2020). Odbijanje medicinski nužne procene za rodno-afirmišuće hirurške zahvate, kao i nedostupnost rodno-afirmišućih hirurških zahvata i obavezne postoperativne nege u suprotnosti su s ovim SN-om.

#### Preporuka 11.5

**Preporučujemo upravi, zdravstvenim i ostalim radnicima u institucijama da TiRR osobama, koje to zatraže, omoguće nabavku adekvatne odeće i sredstava za negu koja odgovaraju njihovom rodnom izražavanju.**

Rodno izražavanje odnosi se na to da se frizura, toaletni pribor, odeća, imena i zamenice osoba u njihovoj kulturi i/ili zajednici povezuju sa njihovim rodnom identitetom (APA, 2015; Hembree et al., 2017). Rodno izražavanje je široko prihvaćena norma u kulturi ili zajednici. Društvena tranzicija je proces tokom kojeg TiRR osobe počinju i nastavljaju da izražavaju 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 dodeljena pri rođenju ili upisana u matične knjige. Reč je o pravnoj oznaci pola koji je osobi dodeljen pri rođenju ili upisan u službenim dokumentima (APA, 2015). Ona se najčešće beleži kao muški ili ženski, ali i kao interpolni ili X u nekim zemljama i zakonodavstvima. TiRR osobama potrebna su ista prava na rodno izražavanje koja imaju cisrodne osobe, bez obzira na to da li žive u institucijama ili van njih. Prihvatanjem društvene tranzicije, osoblje institucija uspostavlja odnos poštovanja i afirmacije koji kod ostatka zajednice u instituciji može podstaći poštovanje i prihvatanje, čime se posledično povećava sigurnost i ublažavaju neki aspekti rodne inkongruencije.

Istraživanja pokazuju da društvena tranzicija i kongruentno rodno izražavanje značajno utiču na kvalitet mentalnog zdravlja TiRR osoba (Bockting i Coleman, 2007; Boedecker, 2018; Devor, 2004; Glynn et al., 2016; Russell et al., 2018). Da bi se osobi omogućilo rodno izražavanje, ove preporuke podrazumevaju rodno kongruentno odevanje 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 da promeni ime u dokumentima), kao i korišćenje ličnih zamenicama u skladu sa rodnom identitetom. Svi ti elementi rodno izražavanja i društvene tranzicije, na pojedinačnom i na kolektivnom nivou, kao i u skladu sa 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 opštem blagostanju i funkcionisanju osobe (Glynn et al., 2016).

#### Preporuka 11.6

**Preporučujemo da se institucijsko osoblje TiRR osobama uvek obraća njihovim odabranim imenima i ličnim zamenicama.**

S obzirom na rast procenta populacije koji se otvoreno identifikuje kao rodno raznolik, postoji potreba da se razviju i implementiraju prakse i politike koje odgovaraju njihovim potrebama, bez obzira na to gde žive (McCauley et al., 2017). Na primer, institucije bi trebalo da za svoje korisnike upotrebljavaju medicinske i administrativne kartone u kojima se prate rodne oznake konzistentne rodnom identitetu, a ne samo polu pripisanom po rođenju. Prilikom izrade ovih preporuka, shvatili smo da rodna ekspanzija može predstavljati izazov za neke od institucijskih normi. Međutim, sve su institucije odgovorne za sigurnost i blagostanje 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 zamenica rodno-afirmišuće za transrodne žene i da je u korelaciji s pozitivnim ishodom mentalnog zdravlja i zdravlja povezanog s HIV-om. Ako je korisnik promenio ime u ličnim dokumentima, institucionalni kartoni trebalo bi da budu usklađeni s tom promenom.

#### Preporuka 11.7

**Preporučujemo upravi institucije, zdravstvenim radnicima i drugim službenicima koji odlučuju o smeštaju TiRR korisnika da razmotre njihove pojedinačne preferencije, rodni identitet i izražavanje, kao i pitanja sigurnosti, a ne samo njihovu anatomiju ili pol pripisan po rođenju.**

Razdvajanje ljudi prema polu koji im je pripisan po rođenju, što je u institucionalnim okruženjima gotovo univerzalna praksa (Brown i Mc DcDuffie, 2009; Routh et al., 2017), može da stvori suštinski 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 nezi (Stohr, 2015). Zato bi institucije trebalo da slede procedure rutinske evaluacije smeštajnih potreba i preferencija TiRR osoba (npr. Federal Bureau of Prisons, 2016). Takođe, Zakon o sprečavanju zatvorskog silovanja (Prison Rape Elimination Act) posebno ističe TiRR osobe kao ranjivu populaciju i upućuje uprave zatvora širom SAD-a da vode računa o tome gde njihovi korisnici žele da budu smešteni (Bureau of Justice Assistance, 2017).

#### Preporuka 11.8

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

Smeštaj TiRR korisnika isključivo na osnovu anatomije njihovih genitalija ili pola koji im je pripisan po 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 smeštaju treba voditi računa o sigurnosti, a zajedničko odlučivanje na osnovu izjave pojedinca treba sprovoditi 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 osećaju sigurnije u onima za žene. S obzirom na to da je raspon rodni identiteta, izražavanja i tranzicijskih statusa među rodno raznolikim osobama vrlo heterogen, da bi se tim osobama garantovala sigurnost, potrebno je fleksibilno odlučivanje (Yona i Katri, 2020). Jedan od strahova starijih LGBGT osoba koje žive u domovima

za dugoročnu negu jeste da će ih cimeri zlostavljati (Jablonski et al., 2013). Pri određivanju smeštaja u domovima za dugotrajnu negu ili ustanovama za profesionalnu rehabilitaciju trebalo bi voditi računa o tome da se starijim TiRR korisnicima soba dodeli na osnovu njihova rodno samoodređenja i u dogovoru s njima, bez obzira na pol koji im je pripisan po rođenja i istoriju hirurških zahvata.

Samice, koje su ponekad mera administrativne segregacije u kazneno-popravnim institucijama, podrazumevaju fizičku izolaciju zatvorenika koji borave u njima oko 23 sata dnevno. Izolacija se koristi u nekim kazneno-popravnim institucijama kao disciplinska mera, ali i kao mera zaštite zatvorenika za koje se smatra da predstavljaju opasnost za sebe ili druge, odnosno da su u opasnosti od seksualnog nasilja. Međutim, izolacija zatvorenika zbog sigurnosnih razloga, kada je to potrebno, treba da bude kratkotrajna, s obzirom na to da može uzrokovati teške psihičke posledice i izrazite poremećaje funkcionisanja (Ahalt et al., 2017; Scharff Smith, 2006). Propisani Standardi nacionalnih zatvora i Ujedinjene nacije navode da je izolacija duža od 15 dana mučenje (NCCHC, 2016; UN, 2015).

#### Preporuka 11.9

**Preporučujemo institucionalnim telima da, na zahtev TiRR osoba koje borave u njihovim institucijama, omoguće privatnu upotrebu tuša i sanitarnog čvora.**

Nužnost i važnost privatnosti su univerzalne bez obzira na rodni identitet. TiRR osobe svedoče o izbegavanju javnih toaleta, o ograničavanju količine hrane i pića da bi mogli da izbegnu 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 sanitarnom čvoru i pri obavljanju lične higijene, što može dovesti do psihičke štete i/ili seksualnog zlostavljanja (Bartels i Lynch, 2017; Brown, 2014; Cook-Daniels, 2016; Mann, 2006). Stoga u institucijama zatvorenog tipa fizičke pretrese, preglede tela i telesnih šupljina treba da obavlja osoblje istog pola, mada je razumljivo da to možda neće biti moguće u izvanrednim slučajevima. Oni koji nisu neposredno uključeni u pretres trebalo bi da budu onemogućeni da ga gledaju (Federal Bureau of Prisons, 2017). Privatna upotreba

tuša i sanitarnog čvora nekim je zakonima propisana za institucionalizovane TiRR osobe, što, na primer, uključuje i Zakon o sprečavanju zatorskog silovanja u SAD-u.

Populacija starijih TiRR osoba kojima je potrebna institucionalna pomoć i nega raste (Carroll, 2017; Witten i Eyley, 2016). Mnoge ustanove za dugoročnu negu, kao i domovi za starije, treba da razmotre potrebe svojih necisrodnih korisnika (Ettner, 2016; Ettner i Wiley, 2016). Istraživanja zdravstvenih radnika koji rade sa starijim osobama smeštenim u hospicijima i ustanovama za palijativnu negu, kao i u domovima za dugoročnu negu, ukazuju na

to da TiRR osobama često nisu zadovoljene osnovne potrebe, da su diskriminisane kada je reč o pristupu medicinskoj nezi ili su fizički i/ili emotivno zlostavljane (Stein et al., 2020). Istraživanje pružalaca nege starijim osobama u Australiji otkrilo je da oni imaju malo iskustva u vezi sa problemima te populacije ili malo razumevanja za njih. Mnogi stariji TiRR korisnici zapravo priznaju da skrivaju svoj rodni identitet iz straha od neosetljivosti ili otvorene diskriminacije (Cartwright et al., 2012; Cook-Daniels, 2016; Grant et al., 2012; Horner et al., 2012; Orel i Fruhauf, 2015).

## DVANAESTO POGHLAVLJE

### Hormonska terapija

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

Od prvog izdanja Standarda nege Svetskog strukovnog udruženja za zdravlje trans osoba (WPATH-a) 1979. godine, kao i u naknadnim ažuriranjima Standarda, uključujući sedmu verziju, rodno-afirmišuća hormonska terapija je potvrđena kao medicinski nužna (Coleman et al., 2012). WPATH je 2009. i 2017. godine podržao smernice organizacije *Endocrine Society* za hormonsku terapiju TiRR osoba (Hembree et al., 2009; Hembree et al., 2017). Stručno udruženje *European Society for Sexual Medicine* takođe je objavilo saopštenje o regulisanju hormonske terapije kod TiRR adolescenata i odraslih (T'Sjoen et al., 2020). Hormonska terapija je 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 posledice (Hembree et al., 2017; Rosenthal, 2021).

Generalno, cilj je uticaj na nivoe polnih hormona u serumu, kako bi se oni podudarali s nivoima povezanim s rodnim identitetom osobe, iako optimalni ciljni rasponi nisu utvrđeni (Hembree et al., 2017). Uvidom u nivoe testosterona i/ili estradiola u serumu, zdravstveni stručnjaci mogu da prate većinu tretmana polnim hormonima. Međutim, upotreba konjugovanih estrogena ili sintetičkog estrogena ne može da se prati. Pretpostavku da razmera estrona i estradiola treba da se prati nije podržala nedavna kohortna studija, s obzirom na to da nije utvrđena veza između koncentracije

estrona i promene u raspodeli telesne 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 viša razmera estrona i estradiola nisu povezane s antagonističkim učincima na feminizaciju (postotak masnog tkiva i razvoj dojki) (Tebbens et al., 2021). Stoga praćenje razmere estrona i estradiola nije podržano do danas objavljenim dokazima. Prethodno korišćeni konjugovani estrogene napušteni su u korist bioidentičnih estrogena. Iako su neke studije pokazale da je kod postmenopauzalnih žena rizik za tromboembolijske i kardiovaskularne komplikacije značajno veći prilikom upotrebe oralnih konjugovanih estrogena u poređenju s oralnim estradiolom, nije sprovedena nijedna randomizovana kontrolisana klinička studija ni kod postmenopauzalnih žena ni transrodnih osoba koje se podvrgavaju terapiji estrogenom (Smith et al., 2014).

Pristup GAHT-u razlikuje se i zavisi o razvojnoj fazi osobe u vreme početka hormonske terapije, kao i o njezinim ciljevima. Hormonska terapija ne preporučuje se za decu kod kojih nije počeo pubertet. Kod mladih osoba koje su dosegle rane faze puberteta (kao što je opisano u šestom poglavlju – Adolescentima), fokus je obično na odlaganju daljnjeg pubertetskog napretka agonistima gonadotropin-oslobađajućeg hormona (GnRH $\alpha$ ) do odgovarajućeg vremena, kada se može uvesti GAHT. U tim se slučajevima supresija puberteta smatra medicinski neophodnom. Odrasle osobe koje ispunjavaju kriterijume, opisane u petom poglavlju – Proceni odraslih, mogu započeti GAHT. Osim toga, zdravstveni radnici treba da razgovaraju o reproduktivnom zdravlju i postupcima za očuvanje plodnosti pre uvođenja GAHT-a. V. šesnaesto poglavlje – Reproductivno zdravlje.

GAHT koji teži feminizaciji obično se sastoji od estrogena i leka za snižavanje nivoa androgena (Hembree et al., 2017). Iako postoje anegdotalni izveštaji o upotrebi progesterona za razvoj dojki i upravljanje raspoloženjem, trenutno ne postoji dovoljno dokaza o tome da bi potencijalne koristi od primene progesterona nadmašivale potencijalne rizike (Iwamoto, T'Sjoen et al., 2019). Maskulinizirajući GAHT obično se sastoji od testosterona. WPATH i organizacija *Endocrine Society* preporučuje praćenje nivoa polnih



**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 promena (Tanerov stadijum 2).
- 12.2 - Preporučujemo zdravstvenim stručnjacima korišćenje GnRH agonista za zaustavljanje lučenja 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 potiskivanje 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 GnRH agoniste za supresiju polnih hormona bez istovremene zamene polnim hormonima propisuju transrodnim i rodno raznolikim adolescentima koji zadovoljavaju kriterijume za taj postupak\* i pritom su značajno zašli u pubertetski razvoj ili su ga završili (nakon Tanerovog stadijuma 3), ali su nesigurni oko hormonske terapije ili je ne žele započeti.
- 12.5 - Preporučujemo da zdravstveni stručnjaci propisuju režime terapije polnim hormonima kao deo rodno-afirmišuće terapije transrodnih i rodno raznolikih adolescenata koji zadovoljavaju kriterijume za taj postupak\* i pritom su barem u drugom Tanerovom stadijumu, uz uključenost roditelja/staratelja, osim ako se utvrdi da je njihova uključenost štetna ili nepotrebna za adolescenta.
- 12.6 - Preporučujemo zdravstvenim stručnjacima merenje nivoa hormona tokom rodno-afirmišuće terapije kako bi se osiguralo da je nivo endogenih polnih hormona suprimiran i da se primenjeni polni hormoni održavaju na nivou primerenom ciljevima 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 nege da uključe stručnjake iz različitih disciplina posvećenih transrodnom zdravlju i koordinaciji nege transrodnih i rodno raznolikih adolescenata.
- 12.9 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima da redovno organizuju kliničke evaluacije radi praćenja fizičkih promena i potencijalnih neželjenih reakcija na polne hormone, uključujući laboratorijsko praćenje polnih hormona svaka tri meseca tokom prve godine hormonske terapije ili, uz promene doze, sve dok se ne dostigne stabilna doza za odrasle, a kada se ona postigne, da se klinički i laboratorijski testovi sprovode jednom ili dvaput godišnje.
- 12.10 - Preporučujemo da zdravstveni radnici informišu i savetuju sve osobe koje traže rodno-afirmišući medicinski tretman o dostupnim mogućnostima za očuvanje plodnosti pre započinjanja supresije puberteta i pre primene hormonske terapije.
- 12.11 - Preporučujemo da, pre početka tretmana namenjenog transrodnim i rodno raznolikim osobama, zdravstveni radnici procene i tretiraju 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 promena izazvanih terapijom polnim hormonima.
- 12.13 - Preporučujemo da zdravstveni radnici ne propisuju etinilestradiol transrodnim i rodno raznolikim osobama kao deo 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\* i pritom su u većem riziku od razvoja venske tromboembolije na osnovu starosti > 45 godina ili prethodne istorije venske tromboembolije.
- 12.15 - Predlažemo da zdravstveni radnici ne propisuju konjugovane estrogene transrodnim i rodno raznolikim osobama kada je estradiol dostupan kao deo rodno-afirmišuće hormonske terapije.
- 12.16 - Preporučujemo da zdravstveni radnici propisuju lekove za snižavanje testosterona (ciproteronacetat, spironolakton ili GnRH agonisti) transrodnim i rodno raznolikim osobama s testisima koje zadovoljavaju kriterijume\* i uzimaju estrogen kao deo plana hormonske terapije, ako je njihov lični cilj približni 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 saraduju sa hirurzima u pogledu upotrebe hormona pre i nakon rodno-afirmišuće operacije.
- 12.19 - Predlažemo da zdravstveni radnici savetuju transrodne i rodno raznolike osobe o različitim mogućnostima koje su dostupne za rodno-afirmišuću operaciju, osim kada operacija nije indikovana ili je medicinski kontraindikovana.
- 12.20 - Preporučujemo da zdravstveni radnici započnu i nastave rodno-afirmišuću hormonsku terapiju transrodnih i rodno raznolikih osoba koje zadovoljavaju kriterijume za taj oblik terapije\*, a ona im je potrebna zbog vidljivog poboljšanja njihova psihosocijalnog funkcionisanja i kvaliteta života.
- 12.21 - Preporučujemo da zdravstveni radnici zadrže postojeću hormonsku terapiju ako se mentalno zdravlje transrodne i rodno raznolike osobe pogorša, procenjujući razlog pogoršanja, osim ako je to kontraindikovano.

\* Za pojašnjenje kriterijuma koji bi trebalo da budu ispunjeni kod adolescenata i odraslih osoba, molimo v. peto poglavlje – Procenu odraslih i šesto poglavlje – Adolescente, kao i Dodatak D.

hormona. Iako se GAHT prilagođava individualnim potrebama TiRR osobe, obično se nivoi hormona održavaju na koncentraciji dovoljnoj za očuvanje zdravlja kostiju i nisu suprafiziološki (Hembree et al., 2017; Rosen et al., 2019).

U većini slučajeva, GAHT se održava tokom celog života. Nije poznato da li je potrebno doze GAHT-a smanjiti kod starijih TiRR osoba. Prekidanje hormonske terapije kod TiRR osoba može da dovede do gubitka koštane mase, a nesumnjivo će do toga dovesti kod osoba čije su gonade uklonjene (Wiepjes et al., 2020). Potrebno je sprovesti rutinsku primarnu zdravstvenu zaštitu (v. petnaesto poglavlje – Primarnu zdravstvenu zaštitu).

Epidemiološke studije izvestile su o povećanoj incidenciji kardiovaskularnih bolesti i venske tromboembolije (VTE-a) 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 efekte, kao što su povećani rizik od infarkta miokarda, povišeni krvni pritisak, sniženi HDL-holesterol i prekomerna težina (Alzahrani et al., 2019; Irwig, 2018; Kyinn et al., 2021). Zdravstveni stručnjaci treba da razgovaraju o životnim navikama i farmakološkoj terapiji s pacijentima koji su u najvećem riziku od 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 osnovu temeljitog pregleda dokaza, procene koristi i štete, vrednosti i preferencija stručnjaka i pacijenata, kao i mogućnosti upotrebe resursa i njihove operacionalizacije. Priznajemo da su u nekim slučajevima dokazi ograničeni i/ili da usluge možda nisu dostupne ili poželjne.

#### ***Rodno-afirmišuća hormonska terapija kod mladih***

U sledećim odeljcima raspravljajući se o hormonskoj terapiji kod mladih TiRR osoba. U zavisnosti od razvojnog doba mlade osobe, ovaj oblik hormonske terapije obično se sastoji od dve faze – suzbijanja puberteta i, nakon njega, uključivanja GAHT-a.

Tokom prve faze, razvoj puberteta je zaustavljen kako bi se mladoj osobi omogućilo da istraži svoj rodni identitet i ciljeve u vezi s vlastitim telom, u svrhu pripreme za sledeću fazu, koja može uključivati GAHT. Ovaj odeljak će raspravljati o preporukama za korišćenje agonista gonadotropin-oslobađajućeg hormona (GnRHa), kao i o alternativnim pristupima potiskivanju puberteta, a zatim slede preporuke za GAHT. Naredni se odeljci odnose 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 promena (Tanerov stadij 2).**

Općenito, cilj primene GnRH agonista kod TiRR adolescenata jeste sprečavanje daljnjeg razvoja endogenih, sekundarnih polnih karakteristika koje odgovaraju polu pripisanom po rođenju. Budući da je ovaj tretman u potpunosti reverzibilan, smatra se produženim vremenom koje se adolescentima otvara za istraživanje sopstvenog rodnog identiteta ranom društvenom tranzicijom (Ashley, 2019e). Tretman GnRH-om takođe ima terapijsku korist jer često dovodi do značajnog smanjenja nivoa teskobe proizašle iz fizičkih promena koje se javljaju kada počne endogeni pubertet (Rosenthal, 2014; Turban, King et al., 2020).

Kod pretpubertetske TiRR dece koja su bila dosledna u svom rodnom identitetu, bilo koji nivo trajnog razvoja sekundarnih polnih karakteristika mogao bi da rezultira značajnom teskobom. Iako neki razmatraju primenu GnRH agonista kao opciju supresije puberteta kod osoba u Tanerovom stadijumu 1, takva upotreba GnRH agonista nije preporučljiva (Hembree et al., 2017). Kada dete dostigne doba u kojem obično počinje pubertet (uglavnom od 7–8 do 13 godina za osobe s jajnicima i od 9 do 14 godina za osobe s testisima), bilo bi prikladno da se češće pregleda, otprilike svaka četiri meseca, i da se posmatra razvoj znakova puberteta (razvoj dojki ili porast volumena testisa > 4 mL). S obzirom na uobičajeni tempo pubertetskog razvoja (potrebne su 3,5–4 godine za završetak), vrlo je malo verovatno da će se trajne pubertetske promene razviti ako osoba prolazi kroz

pubertet samo 4 meseca ili manje. Stoga je moguće da se, uz često praćenje, početak puberteta lako otkrije pre nego što se dogode nepovratne fizičke promene, a terapiju GnRH agonistima moguće je tada započeti s velikom delotvornošću. Važno je napomenuti da nakon početka primene GnRH obično dolazi do regresije Tanerova stadijuma. Stoga, ako dojke počnu da se razvijaju samo do nivoa Tanerova stadijuma 2, taj se razvoj obično potpuno vrati na prepubertetski Tanerov stadijum 1; isto obično vredi i za testise u Tanerovom stadijumu 2 (često pacijentu nevidljiv i nepovezan s razvojem sekundarnih polnih karakteristika). S obzirom na to da GnRH agonisti deluju desenzitizacijom GnRH receptora, ako nema porasta endogene GnRH stimulacije hipofize (prvi biohemijski znak puberteta), nema potrebe ni za desenzitizacijom GnRH receptora. Osim toga, zbog velike varijabilnosti vremena početka puberteta (kao što je gore napomenuto), teško je opravdati korišćenje GnRH agonista koji mogu imati neki nepoznati rizik ako pre početka puberteta nema fiziološke koristi od njih. Upotreba GnRH agonista kod deteta u Tanerovom stadijumu 1 bila bi opravdana samo u slučajevima konstitucijskog kašnjenja u rastu i pubertetu, verovatno zajedno s početkom GAHT-a.

Međutim, primena GnRH agonista može se razmotriti kod deteta koje, zbog konstitucijskog kašnjenja u rastu i pubertetu, započinje GAHT dok je još u Tanerovom stadijumu 1. Zapocinjavanje GAHT-a može aktivirati hipotalamičko-hipofizno-gonadalnu osu na početku, ali takođe može prikriti dejstva ove aktivacije na telo. Kako bi se izbegle telesne promene koje bi mogle pogoršati rodnu inkongruenciju, primenu GnRH agonista moguće je započeti kao dodatnu terapiju uz GAHT, neposredno nakon otpočinjanja GAHT-a, kako bi se omogućio pubertetski razvoj fenotipa u skladu s identitetom.

Osim toga, suzbijanje razvoja sekundarnih polnih karakteristika delotvornije je kada se hormonska terapija započne u ranoj do srednjoj fazi puberteta u poređenju s otpočinjanjem hormonske terapije nakon završetka puberteta (Bangalore-Krishna et al., 2019). U skladu s time, za adolescente koji su već dostigli endogeni pubertet i razmišljaju o početku GAHT-a, GnRH agonisti mogu da se koriste za inhibiranje fizičkih funkcija, poput menstruacije ili erekcije, i mogu da posluže kao prelazno rešenje dok

adolescent, staratelj(i) (ako adolescent nije sposoban da samostalno da saglasnost) 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 procena stadijuma puberteta zasniva se na fizičkim karakteristikama koje odražavaju tu reaktivaciju. Kod osoba s funkcionalnim jajnicima, Tanerov stadijum 2 karakteriše razvoj mlečne žlezde. Razvoj mlečne žlezde nastaje izloženošću estrogenu koji proizvode jajnici. Kod osoba s funkcionalnim testisima, Tanerov stadijum 2 karakteriše povećanje volumena testisa (obično iznad 4 ml). Rast testisa posredovan je gonadotropinima luteinizirajućim hormonom (LH) i folikulostimulišućim hormonom (FSH). U kasnijim fazama, testisi proizvode dovoljno testosterona da bi podstakli maskulinizaciju tela.

#### 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 prpratni tekst, v. preporuku 12.4.**

#### Preporuka 12.3

**Predlažemo zdravstvenim stručnjacima propisivanje progestina (oralni ili injektibilni depo) za potiskivanje puberteta kod transrodnih i rodno raznolikih mladih osoba koje zadovoljavaju kriterijume za taj postupak\* kada GnRH agonisti nisu dostupni ili su skupi. Za prpratni tekst, v. preporuku 12.4.**

#### Preporuka 12.4.

**Predlažemo zdravstvenim stručnjacima da GnRH agoniste za supresiju polnih hormona bez istovremene zamene polnih hormona propisuju transrodnim i rodno raznolikim adolescenatima koji zadovoljavaju kriterijume za taj postupak\* i pritom su značajno zašli u pubertetski razvoj ili 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 dalji razvoj sekundarnih polnih karakteristika (Schagen et al., 2016). Njihova upotreba je generalno 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 sprečavaju 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 koncentracije polnih hormona u krvi padaju na prepubertetski nivo. Terapija GnRH agonistima dovodi do delimične regresije početnih faza već razvijenih sekundarnih polnih karakteristika (Bangalore et al., 2019). TiRR adolescenti s funkcionalnim jajnicima doživjeće 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 sprečiti primenom GnRH agonista kod adolescenata s matericom. Kod TiRR adolescenata s funkcionalnim testisima, volumen testisa će se smanjiti.

Kada se terapija GnRH agonistima kod adolescenata započne u kasnijim fazama pubertetskog razvoja, neke fizičke pubertetske promene, poput poslednjih faza razvoja dojki kod TiRR adolescenata s funkcionalnim jajnicima, kao i dublji glas 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 upotrebljavaju se od 1981. godine za tretiranje centralnog preuranjenog puberteta (Comite et al., 1981; Larson et al., 1981), a koristi od njih su dobro utvrđene (v. također preporuke u šestom poglavlju – Adolescentima). Upotreba GnRH agonista kod osoba s centralnim preuranjenim pubertetom smatra se sigurnom i efikasnom, bez poznatih dugoročnih štetnih učinaka (Carel et al., 2009). Međutim, upotreba GnRH agonista kod TiRR adolescenata smatra se upotrebom koja nije indikovana u konvencionalnoj upotrebi agonista s obzirom na to da oni prvobitno nisu razvijeni u tu svrhu. Ipak, rezultati praćenja adolescenata kojima su propisani GnRH agonisti u sličnoj dozi i sa sličnim načinom primene pokazuju delotvornost kada je reč o odgađanju početka puberteta, iako dugoročni efekti na koštanu masu nisu do kraja utvrđeni (Klink, Caris et al., 2015). Iako su dugoročni rezultati praćenja

TiRR adolescenata ograničeni u odnosu na rezultate praćenja adolescenta s preuranjenim pubertetom, u toku su prikupljanja podataka usredsređena na TiRR populaciju (Klaver et al., 2020; Lee, Finlayson et al., 2020; Millington et al., 2020; Olson-Kennedy, Garofalo et al., 2019).

Svjesni smo da terapija GnRH agonistima može biti nedostupna adolescentima koji ispunjavaju kriterijume za taj oblik terapije, iako je medicinski nužna, zato što u nekim zemljama nije pokrivena zdravstvenim osiguranjem ili je skupa. Stoga u tim slučajevima treba da se razmotre 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 da li GnRH agonisti mogu da se primenjuju kao monoterapija (i koliko dugo), a da pritom ne predstavljaju značajan rizik za zdravlje skeleta. 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 jatrogenim uzrocima poput monoterapije, GnRH agonistima ili pak fiziološkim stanjima poput uslovnog kašnjenja u rastu i razvoju, često je povezano s povećanim rizikom od slabog zdravlja kostiju kasnije u životu (Bertelloni et al., 1998; Finkelstein et al., 1996). Međutim, akumulacija koštane mase je multifaktorijalni proces, koji uključuje složenu interakciju endokrinih, genetskih i životnih činioca (Anai et al., 2001). Pri odlučivanju o trajanju monoterapije GnRH agonistima, treba uzeti u obzir sve činioce koji bi mogli da utiču, uključujući faktore kao što su: početna koštana masa, koštana dob i pubertetska faza iz endokrinološke perspektive, prirast visine i psihosocijalni činioci poput mentalne zrelosti i razvojne faze u odnosu na adolescentsku kohortu i individualnih ciljeva terapije (Rosenthal, 2021). Zato multidisciplinarni tim i kontinuirani klinički odnos s adolescentom i porodicom treba da se održavaju prilikom započinjanja 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, može pomoći u određivanju trajanja monoterapije GnRH agonistima.

### Preporuka 12.5

**Preporučujemo da zdravstveni stručnjaci propisuju režime terapije polnim hormonima kao deo rodno-afirmišuće terapije transrodnih i rodno raznolikih adolescenata koji zadovoljavaju kriterijume za taj postupak\* i pritom su barem u drugom Tanerovom stadijumu, uz uključenost roditelja/staratelja, osim ako se utvrdi da je njihova uključenost štetna ili nepotrebna za adolescenta. Za propratni tekst, v. preporuku 12.6.**

### Preporuka 12.6

**Preporučujemo zdravstvenim stručnjacima merenje nivoa hormona tokom rodno-afirmišuće terapije kako bi se osiguralo da je nivo endogenih polnih hormona suprimiran i da se primenjeni polni hormoni održavaju na nivou primerenom ciljevima terapije transrodnih i rodno raznolikih osoba, a u skladu s Tanerovim stadijumom.**

Terapija polnim steroidnim hormonima obično se sastoji od dvaju terapijskih režima, u zavisnosti od trenutka primene GnRH agonista. Kada terapija GnRH agonistima započne u ranim fazama endogenog pubertetskog razvoja, pubertet koji odgovara rodnom identitetu ili ciljevima telesnog izgleda indukuje se dozama polnih steroidnih hormona sličnim dozama koje se koriste kod adolescenata u peripubertetskom hipogonadizmu. U ovom kontekstu, doze polnih steroidnih hormona za odrasle obično se postižu tokom razdoblja od otprilike dve godine (Chantrapanichkul et al., 2021). Kada se terapija GnRH agonistima kod adolescenata započne u kasnom pubertetu ili u postpubertetskom uzrastu, polni steroidni hormoni mogu da se propišu u višoj početnoj dozi, koja zatim može sve brže da se povećava, sve dok se ne postigne održavajuća doza, slično terapijskim protokolima koji se koriste kod odraslih transrodnih osoba (Hembree et al., 2017). Dodatna prednost tretmana GnRH agonistima u tome je što polni steroidni hormoni ne moraju da se daju u suprafiziološkim dozama, što bi inače bilo potrebno za suzbijanje endogene proizvodnje polnih hormona (Safer i Tangpricha, 2019). Kod TiRR osoba s funkcionalnim testisima, terapija GnRH agonistima (ili drugim lekom koji blokira testosteron) treba da se nastavi sve dok se transrodni adolescent ili mlada odrasla osoba na kraju ne podvrgne gonadektomiji, ako se

ovaj hirurški postupak sprovodi kao medicinski nužni deo rodno-afirmišuće nege. Kada se u radu s TiRR osobama s funkcionalnim jajnicima kojima je lučenje estrogena iz jajnika inicijalno suzbijeno GnRH agonistima dostignu nivou testosterona očekivani za odraslo doba, obično je testosteron u fiziološkim dozama dovoljan za smanjivanje izlučivanja ovarijskih estrogena, pa terapija GnRH agonistima može da se prekine na način koji je opisan u nastavku teksta (Hembree et al., 2017). Kod TiRR adolescenata s funkcionalnim jajnicima koji tek započinju rodno-afirmišuću negu, GAHT se može ostvariti fiziološkim dozama samog testosterona, bez potrebe za istovremenom primenom GnRH agonista (Hembree et al., 2017).

Rodno-afirmišuća hormonska terapija podstiče razvoj sekundarnih polnih karakteristika vezanih za rodni identitet osobe. Takođe, brzina mineralizacije kostiju, koja se smanjuje tokom terapije GnRH agonistima, brzo se obnavlja (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 otpočinjanja terapije polnim hormonima, može doći do naglog rasta, dok kosti nastavljaju sazrevati (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- $\beta$ -estradiola za podsticanje razvoja puberteta preferira se u odnosu na sintetičke estrogene, poput više trombogenog etinil estradiola (v. Dodatak D (Asscheman et al., 2015)). I dalje je potrebno primenjivati GnRH agoniste kako bi se suzbila endogena proizvodnja testosterona ili pak preći na drugu terapiju koja suzbija endogenu proizvodnju testosterona (Rosenthal et al., 2016). Razvoj dojki i raspodela masti očekivana kod osoba kojima je pripisan ženski rod samo su neke od fizičkih promena koje se događaju kao odgovor na terapiju estrogenom. V. Dodatak C – tabelu 1.

TiRR adolescentima koji traže maskulinizirajuću terapiju androgeni su dostupni u obliku injekcijskih ili transdermalnih preparata i potkožnih implantata. Za podsticanje razvoja puberteta primenu injekcije testosteron-estera uglavnom preporučuje većina stručnjaka zbog cene i dostupnosti, kao i na osnovu dosadašnjeg

iskustva (Shumer et al., 2016). Preporučuje se nastavak primene GnRH agonista barem dok se ne postigne nivo testosterona koji bi se mogao održavati. Kao reakcija na androgenu terapiju, dolazi do virilizacije tela, uključujući produbljenje glasa, razvoj mišića, posebno u gornjem delu tela, rast dlaka na licu i telu, kao i povećanje klitorisa (Rosenthal et al., 2016). V. Dodatak C – tabelu 1.

U gotovo svim situacijama, potrebno je dobiti pristanak roditelja ili staratelja. Izuzeci od ove preporuke, pre svega kada je uključenost staratelja ili roditelja utvrđena kao štetna za adolescenta, opisani su detaljnije u šestom poglavlju – Adolescentima (v. preporuku 6.11), gde je takođe moguće pronaći razloge za uključivanje roditelja ili staratelja u proces odluke o terapiji.

#### 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 za menstruaciju ili očekivanje menarhe. Preporuka 6.7 u šestom poglavlju – Adolescentima opisuje to detaljnije. Da bi se postigla amenoreja, potiskivanje menstruacije može da se započne kao samostalna opcija pre otpočinjanja 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 imaju koristi od podsticanja amenoreje (Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2018). Adolescenti koji doživljavaju pogoršanje disforije vezane za početak puberteta mogu da se odluče za terapiju GnRH agonistima za potiskivanje puberteta (v. takođe poglavlje Adolescenti).

Progestageni mogu da budu efikasni kod adolescenata kojima je cilj isključivo potiskivanje menstruacije. Neprekidna primena samo progestinske oralne pilule (uključujući kontracepcijske i nekontracepcijske opcije), medroksiprogesteronskih injekcija ili intrauterinih uređaja s levonorgestrelom može da se koristi

za indukciju amenoreje (Pradhan i Gomez-Lo-bo, 2019). TiRR osobe s funkcionalnim jajnicima koje započnu terapiju testosteronom mogu imati 1–5 menstrualnih ciklusa pre postizanja amenoreje (Taub et al., 2020). Nakon postizanja amenoreje, neke TiRR osobe s funkcionalnim jajnicima takođe mogu odabrati da nastave progestinsku terapiju za kontracepciju, ako je to relevantno u kontekstu njihovih seksualnih praksi.

TiRR osobe koje imaju funkcionalne jajnike i matericu treba da budu informisane o mogućnosti pojave probojnih menstrualnih krvarenja u prvih nekoliko meseci nakon početka potiskivanja menstruacije. Kod terapije GnRH agonistima, probojno krvarenje može da se javi 2–3 nedelje nakon početka primene leka. 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 treba da budu upoznate s mogućim nuspojavama poput razvoja dojki (Schwartz et al., 2019).

#### Preporuka 12.8

**Preporučujemo pružaocima zdravstvene nege da uključe stručnjake iz različitih disciplina posvećenih transrodnom zdravlju i koordinaciji nege za transrodne i rodno raznolike adolescente.**

Kao i kod nege adolescenata, 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 je reč o delimično nepovratnom tretmanu), predlažemo započinjanje tretmana prema planu postupnog povećavanja doza, nakon što je multidisciplinarni tim medicinskih stručnjaka i stručnjaka za mentalno zdravlje potvrdio postojanje rodne disforije/rodne inkongruencije i utvrdio da osoba poseduje mentalnu sposobnost za informisani pristanak na tretman (Hembree et al., 2017). Posebni aspekti koji se odnose na procenu adolescenata, kao i uključivanje njihovih staratelja i multidisciplinarnog tima detaljnije su opisani u šestom poglavlju – Adolescentima.

Ako je moguće, TiRR adolescenti trebalo bi da imaju 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 pojedinačni pružaoci zdravstvene nege da uspostave saradničke radne odnose s pružiocima zdravstvenih usluga iz drugih disciplina kako bi olakšali upućivanja po potrebi pojedinca i njegove obitelji (Tishelman et al., 2015). Međutim, nedostatak dostupnih stručnjaka i resursa ne bi smeo da predstavlja prepreku za pružanje nege (Rider, McMorris et al., 2019). Korisna podrška za adolescente uključuje pristup tačnim, kulturno prilagođenim informacijama o pitanjima rodni i seksualnih identiteta, opcijama tranzicije, uticaju porodične podrške i mogućnostima povezivanja s drugima koji imaju slična iskustva, kao i s TiRR odraslima, putem internetskih grupa i grupa za podršku uživo za adolescente i njihove porodice (Rider, McMorris et al., 2019).

Utvrđeno je da se mnogi TiRR adolescenti suočavaju s većim problemima mentalnog zdravlja, pa je moguće na početku izvršiti preventivni pregled potreba mentalnog zdravlja (npr. PHQ-2, GAD) (Rider, McMorris et al., 2019). Pružaoci zdravstvene nege treba da imaju na umu da transrodnost i preispitivanje vlastita roda ne predstavljaju patologiju ili poremećaj. Stoga osobe ne bi trebalo da se upućuju na tretman teškoća s mentalnim zdravljem isključivo na osnovu transrodnog identiteta. Zdravstveni radnici i stručnjaci za mentalno zdravlje koji pružaju podršku ovim mladim osobama i upućuju ih dalje treba da budu upoznati barem s uticajem traume, rodne disforije i rodnog manjinskog stresora na moguću simptomatologiju teškoća s mentalnim zdravljem, poput poremećaja ishrane, suicidalnih misli i socijalne anksioznosti. Pružaoci zdravstvene nege takođe treba da budu upoznati sa stepenom spremnosti regionalnih zdravstvenih ustanova za mentalno zdravlje s mogućnošću smeštaja pacijenata za pružanje stručne rodno-afirmišuće nege 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 6.12.d 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 odgovor roditelja na to predviđa dugoročne fizičke i mentalne ishode tog deteta, adekvatna uputstva za pružanje mentalne podrške roditeljima mogu da budu izuzetno korisna (Coolhart et al., 2017; Pullen Sansfaçon et al., 2015; Taliaferro et al., 2019).

#### Preporuka 12.9

**Preporučujemo zdravstvenim radnicima da redovno organizuju kliničke evaluacije radi praćenja fizičkih promena i potencijalnih neželjenih reakcija na polne hormone, uključujući laboratorijsko praćenje polnih hormona svaka tri meseca tokom prve godine hormonske terapije ili, uz promene doze, sve dok se ne dostigne stabilna doza za odrasle, a kada se ona postigne, da se klinički i laboratorijski testovi sprovede jednom ili dvaput godišnje.**

Terapija polnim hormonima povezana je s raznolikim fizičkim i psihološkim promenama (Irwig, 2017; Tangpricha i den Heijer, 2017) (v. Dodatak C – tabelu 1). Nakon što se započne hormonska terapija polnim steroidima, zdravstveni stručnjaci trebalo bi da redovno procenjuju napredak i reakciju osobe na terapiju (v. takođe šesto poglavlje – Adolescenti). Ova procena treba da obuhvati ocenu prisustva bilo kakvih fizičkih promena, kao i uticaja terapije na rodnu disforiju (ako je prisutna) i psihološko blagostanje (v. Dodatak C – tabelu 1). Klinički pregledi pružaju značajne prilike za zdravstvene stručnjake da edukuju pacijente o tipičnom protoku vremena potrebnom za manifestaciju fizičkih promena i da podstiču realna očekivanja. Tokom prve godine hormonske terapije, doze polnih hormona često se povećavaju. Važan činičnik koji usmerava dozu jeste nivo odgovarajućeg polnog hormona u serumu. Generalno, cilj je postizanje nivoa polnih hormona u serumu koji odgovara nivoima povezanim s rodnim identitetom osobe, iako optimalni ciljni rasponi nisu utvrđeni (Hembree et al., 2017).

Osim procene pozitivnih promena povezanih s hormonskom terapijom polnim steroidima, zdravstveni stručnjaci treba redovno da procenjuju da li je terapija uzrokovala bilo kakva neželjena dejstva (v. Dodatak C – tabelu 2). Primeri neželjenih znakova i simptoma uključuju androgene akne ili ometajuću seksualnu disfunkciju (Braun et al., 2021; Kerckhof et al., 2019). GAHT takođe može nepovoljno da utiče na nekoliko laboratorijskih testova. Na primer,

spironolakton može da uzrokuje hiperkalemiju, iako je to redak i prolazan fenomen (Millington et al., 2019). Testosteron povećava broj crvenih krvnih ćelija (hematokrit), što može povremeno uzrokovati eritrocitozu (Antun et al., 2020) (v. preporuku 12.17) (Hembree et al., 2017). I estrogen i testosteron mogu menjati lipidne parametre, poput lipoproteina visoke gustine (HDL), holesterola i triglicerida (Maraka et al., 2017). V. Dodatak C – tabele 3 i 4.

Učestalost kliničkih procena treba individualizovati i voditi se odgovorom osobe na terapiju. Predlažemo da se kliničke procene obavljaju otprilike svaka tri meseca tokom prve godine hormonske terapije kod pacijenata koji su stabilni i ne doživljavaju značajna neželjena dejstva (Dodatak C – tabelu 5). Predlažemo, radije nego da preporučujemo, da se tokom prve godine testiranje obavlja svaka tri meseca kako bi se omogućila određena fleksibilnost u intervalima tih testova, jer ne postoji čvrst dokaz ili dokaz iz objavljenih studija koji bi podržao određene intervale testiranja. Ako osoba doživi neželjene posledice, neretko su potrebni češći klinički pregledi i/ili češće laboratorijsko testiranje. S obzirom na štetu koja može biti povezana s nivoima polnih hormona koji premašuju očekivane raspone kod ljudi, snažno preporučujemo redovno testiranje kao standardnu praksu prilikom započinjanja hormonske terapije TiRR osoba polnim steroidima. Nakon što osoba dostigne stabilnu dozu polnih hormona bez značajnih neželjenih dejstava, učestalost kliničkih poseta može se smanjiti na jedanput do dvaput godišnje (Hembree et al., 2017).

#### Preporuka 12.10

**Preporučujemo da zdravstveni radnici informišu i savetuju sve osobe koje traže rodno-afirmišući medicinski tretman o dostupnim mogućnostima za očuvanje plodnosti pre započinjanja supresije puberteta i pre primene hormonske terapije.**

Supresija puberteta i hormonska terapija polnim steroidnim hormonima mogu imati štetna dejstva na buduću plodnost osobe (Cheng et al., 2019) (v. takođe šesto poglavlje – Adolescente i šesnaesto poglavlje – Reproduktivno zdravlje). Iako neke transrodne osobe, u vreme početne procene potrebne za pokretanje medicinske podrške, možda nisu mnogo razmišljale o svom budućem reproduktivnom potencijalu, stručnjak

koji im je propisao hormone treba da razmotri moguće implikacije tretmana i mogućnosti očuvanja plodnosti, kao i da razgovara 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 semena (Adeleye et al., 2018). Pored toga, i dalje postoje velike nepoznanice, a nedosledni su i nalazi u vezi s plodnošću trans žena koje uzimaju estrogen i antiandrogene (Cheng et al., 2019). U jednoj studiji, heterogenost u histologiji testisa bila je očigledna bez obzira na to da li su pacijenti prekidali ili nastavljali terapiju pre orhiektomije (uklanjanja testisa) (Schneider et al., 2015). Na primer, prekid uzimanja estrogena i antiandrogena tokom šest nedelja rezultirao je potpunom spermatogenezom kod 45% osoba, dok je kod ostalih nastao zastoj u spermatogenezi (Schneider et al., 2015). Međutim, nivoi testosterona u serumu za koje je potvrđeno da su u referentnom opsegu za osobe kojima je pripisan ženski rod dovode do potpunog potiskivanja spermatogeneze kod većine transrodnih žena (Verecke et al., 2020). Glavna opcija za očuvanje plodnosti osobe s funkcionalnim testisima jeste krioprezervacija sperme, takođe poznata kao pohranjivanje sperme (engl. *sperm banking*) (Mattawanon et al., 2018). Za osobe u pretpubertetskom uzrastu, supresija puberteta GnRH agonistima zaustavlja sazrevanje spermatogonije (Finlayson et al., 2016). Osobama s funkcionalnim jajnicima treba objasniti da terapija testosteronom obično rezultira prestankom menstruacije i ovulacije, često u roku od nekoliko meseci od početka uzimanja terapije (Taub et al., 2020). Takođe postoje velike nepoznanice u vezi sa potencijalnim efektima testosterona na jajne ćelije i kasniju plodnost transrodnih pacijenata (Eisenberg et al., 2020; Stuyver et al., 2020). Jedno istraživanje je pokazalo da uzimanje testosterona može biti povezano s policističnom morfoloijom jajnika, dok druge studije nisu izvestile 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 studije su 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 neretko ponovno vrata plodnost ako se prekinu terapija testosteronom (Light et al., 2014). Uistinu, zabeleženo je rođenje živog deteta nakon upotrebe potpomognute reproduktivne tehnologije, odnosno nakon hormonski stimulisanog preuzimanja jajne ćelije od transrodne osobe koja nije prekinula terapiju testosteronom (Greenwald et al., 2021; Safer i Tangpricha, 2019). Druge mogućnosti očuvanja plodnosti za transrodne osobe s jajnicima jesu krioprezervacija oocita (jajnih ćelija) i krioprezervacija embriona uz upotrebu sperme partnera ili donora. Navedene opcije zahtevaju hormonsku stimulaciju radi vađenja jajašca i upotrebe potpomognute reproduktivne tehnologije.

Kod transrodnih mladih osobe u ranom pubertetu, supresija puberteta GnRH agonistima odgađa sazrevanje zametnih ćelija, iako je nedavno izvešteno da je stimulacija jajnika transrodne osobe adolescentskog uzrasta na terapiji GnRH agonistima u ranom pubertetu (s nastavljanjem terapije tokom stimulacije jajnika) rezultirala malim brojem zrelih jajnih ćelija koje su bile krioprezervisane (Rothenberg et al., 2019).

Terapija GnRH agonistima kod transrodnih osoba adolescentskog uzrasta ne samo da zaustavlja sazrevanje zametnih ćelija nego i zadržava penis u prepubertetskoj veličini. To će verovatno 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 verovatnoća da će vaginoplastika zahtevati složeniji hirurški zahvat, npr. intestinalnu vaginoplastiku (Dy et al., 2021; van de Griff et al., 2020). Ovakva bi razmatranja trebalo da budu uključena u sve razgovore s pacijentima i porodicama koji promišljaju o upotrebi blokatora puberteta kod osoba adolescentskog uzrasta s funkcionalnim testisima u ranom pubertetu.

#### Preporuka 12.11

**Preporučujemo da, pre početka tretmana namenjenog transrodnim i rodno raznolikim osobama, zdravstveni radnici procene i tretiraju medicinska stanja koja se mogu pogoršati sniženom koncentracijom endogenih polnih hormona i terapijom egzogenim polnim hormonima.**

TiRR ljudi koje traže maskulinizaciju treba da budu informisani o mogućnostima, posledicama, ograničenjima i rizicima povezanim s uzimanjem testosterona. Terapija testosteronom kontraindikovana je tokom trudnoće ili tokom pokušaja začeća s obzirom na moguće jatrogene efekte na fetus. Relativne kontraindikacije za terapiju testosteronom uključuju tešku hipertenziju, apneju za vreme spavanja i policitemiju s obzirom na to da ta stanja mogu biti pogoršana uzimanjem testosterona. Pre i nakon početka testosteroanske terapije potrebno je pratiti krvni pritisak i lipidni profil. Povećanje krvnog pritiska obično se događa u roku od dva do četiri meseca nakon početka terapije testosteronom (Banks et al., 2021). Pacijentima koji razviju hiperholesterolemiju i/ili hipertrigliceridemiju može da bude potrebna medicinska podrška koja uključuje modifikaciju ishrane, lekove ili oboje.

TiRR osobe koje traže feminizirajuću terapiju, a imaju istoriju tromboembolijskih epizoda, poput duboke venske tromboze i plućne embolije, treba da prođu procenu i da razreše zdravstvene teškoće pre 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 sedentarni način života. Kod osoba s nepromenljivim faktorima rizika, kao što su dokumentovana istorija trombofilije, ranija istorija tromboze ili izražena porodična istorija tromboembolije, lečenje transdermalnim estrogenom, istovremeno s antikoagulansima, može smanjiti rizik od tromboembolije. Međutim, postoje ograničeni podaci potrebni za donošenje odluka o tretmanu. Pre početka rodno-afirmišuće hormonske terapije, potrebno je proceniti prisustvo bolesti u anamnezi, kao što su karcinom osetljiv na hormone, bolest koronarnih arterija, cerebrovaskularna bolest, hiperprolaktinemija, hipertrigliceridemija i kolelitijaza, jer se relativni rizici mogu promeniti 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 promena izazvanih terapijom polnim hormonima.**

Dejstva terapije testosteronom su višestruka i mogu da uključuju pojavu pojačane maljavosti tela i lica, maskulino kodirani oblik ćelavosti, povećanje mišićne mase i snage, smanjenje količine masti, produblјivanje glasa, prekid menstruacije (ako je još prisutna), učestalije i ozbiljnije akne, povećanje klitoris 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 promene povezane s testosteronom uključuju povećanu nemasnu telesnu 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. Dodatak C – tabelu 1). Terapija estrogenom podstiče razvoj grudi. Međutim, manje od 20% osoba dosegne Tanerov stadijum razvoja grudi 4–5 nakon dve godine hormonske terapije (de Blok et al., 2021). Dodatne promene uključuju smanjenje volumena testisa, nemasne telesne mase, masnoće kože, seksualne želje, spontane erekcije, dlaka na licu i telu, uz povećanu potkožnu telesnu masnoću (v. Dodatak C – tabelu 1). Kod odraslih osoba, uzimanje estrogena ne menja glas ili visinu (Iwamoto, Defreyne et al., 2019; Wiepjes et al., 2019).

Vremenski tok i opseg fizičkih promena razlikuju se od osobe do osobe i povezani su s faktorima kao što su genetika, uzrast u kojem se započinje terapija i opšte zdravstveno stanje (Deutsch, Bhakri et al., 2015; van Dijk et al., 2019). Saznanja o opsegu i vremenu nastanka promena izazvanih polnim hormonima, ako su dostupna, mogu da spreče štetu i troškove nepotrebnih promena 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 propratni 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\* i pritom su u većem riziku od razvoja venske tromboembolije na osnovu starosti > 45 godina ili beleže prethodnu istoriju venske tromboembolije. Za propratni tekst, v. preporuku 12.15.**

**Preporuka 12.15**

**Predlažemo da zdravstveni radnici ne propisuju konjugovane estrogene transrodnim i rodno raznolikim osobama kada je estradiol dostupan kao deo rodno-afirmišuće hormonske terapije.**

Određivanje najsigurnijeg i najefikasnijeg estrogenskog spoja i načina primene važna je tema za TiRR osobe. Preporučeni režimi bazirani na estrogenu prikazani su u Dodatku C – tabeli 4. Amsterdamski medicinski centar (AMC) prvi je izvestio o 45 epizoda venske tromboembolije (VTE-a) koje su se pojavile kod 816 transrodnih žena, beležeći očekivanu razmeru incidencije VTE-a u referentnoj populaciji kao 20 puta veću od prijavljene (van Kesteren et al., 1997). Nakon ovog izveštaja, 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 antikoagulantna dejstva aktiviranog proteina C (APC) i povišenih koncentracija proteina C i proteina S kao faktora koji bi mogli da utiču na zgrušavanje (Toorians et al., 2013). Druge studije objavljene u poslednjih 15 godina u drugim klinikama izvestile su da su transrodne žene koje su uzimale druge oblike estrogena imale niže stope VTE-a nego transrodne žene koje su uzimale etinilestradiol (Assche-man et al., 2013). Nadalje, sistematičan pregled dostupnih dokaza sproveden 2019. zaključio je da je primena 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).

Smernice organizacije *Endocrine Society* iz 2017. ne preporučuju konjugovane konjske

estrogene (CEE) kao opciju terapije jer se nivoi konjugovanih estrogena u krvi kod transrodnih žena ne mogu meriti, što otežava sprečavanje 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, u uporedbi s rizicima oralnoga estradiolvalerata i oralnog etinilestradiola, otkrivši i do sedmostruko povećanje procenta transrodnih žena u oralnoj CEE grupi koje su razvile VTE u poređenju s transrodnim ženama koje koriste druge oblike estrogena (Seal et al., 2012). U ugneždenoj studiji praćenja slučaja, više od 80.000 cisrodnih žena 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 konjugovanih estrogena, a transdermalni estrogen nije povezan s povećanim rizikom od VTE-a (Vinogradova et al., 2019).

Sistematični pregled istraživanja procenio je nekoliko formulacija estrogena i identifikovao retrospektivnu i presečnu studiju u kojima su rizici povezani s različitim formulacijama neposredno upoređeni (Wierckx, Mueller et al., 2012; Wierckx et al., 2013). Nijedna identifikovana studija koja procenjuje rizik različitih formulacija estrogena nije koristila prospektivni intervencijski dizajn. Retrospektivna studija ispitala je 214 transrodnih žena koje su uzimale transdermalni estradiol (17 $\beta$ -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 mcg – 50 mcg u oralnom kontraceptivu) (Wierckx et al., 2013). U desetogodišnjem periodu posmatranja, 5% kohorte razvilo je VTE, 1,4% (3 od 214) doživelo je infarkt miokarda (MI), a 2,3% (5 od 214) tranzitorni ishemijski atak (TIA) ili cerebrovaskularni insult (CVI). Prevalencija VTE-a, MI-ja i TIA-ja/CVI-ja bila je povećana nakon početka terapije estrogenom. Međutim, autori nisu izvestili o razlikama između pojedinih režima estrogena u pogledu ovih krajnjih ishoda.

Ista grupa istraživača sprovela je presečnu studiju koja je ispitala 50 transrodnih žena (prosječne starosti 43 $\pm$ 10) koje su uzimale oralni estrogen (estradiol valerat 2 mg/dan, estriol 2 mg/dan ili etinilestradiol 50 mcg – 120 mcg/

dan) ili primenjivale transdermalni estradiol (17 $\beta$ -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-u ili CVI. Dve učesnice su uzimale konjugovani estrogen 0,625 mg/d (jedna osoba u kombinaciji s ciproteronacetatom), dve učesnice uzimale su etinilestradiol 20 mcg/d – 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-u ili CVI.

Jedna prospektivna studija ispitala je način primene estrogena kod 53 transrodne žene u multicentričnoj studiji sprovedenoj širom Evrope. Transrodne žene mlađe od 45 godina (n=40) primale su estradiolvalerat 4 mg/dan u kombinaciji s ciproteronacetatom (CPA), koji je iznosio 50 mg/dan, a transrodne žene starije od 45 godina (n=13) primale su transdermalni 17 $\beta$ -estradiol, takođe s CPA-om. Nisu zabeleženi 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 proseku od pet godina (Ott et al., 2010). Na osnovu istorijskih podataka s amsterdamske klinike koji pokazuju smanjenje incidencije VTE-a nakon prekida upotrebe etinilestradiola i nedavnog sistematičnog pregleda dostupnih dokaza koji pokazuju povećan rizik od VTE-a kod transrodnih žena koje uzimaju etinilestradiol, s visokom pouzdanošću možemo preporučiti da se etinilestradiol ne upotrebljava (Weinand i Safer, 2015). Uvereni smo u našu preporuku protiv upotrebe CEE na osnovu studije Seala et al. iz 2012, koja pokazuje povećan rizik od VTE-a kod transrodnih žena koje uzimaju CEE u poređenju s drugim formulacijama estrogena i s podacima prikupljenim tokom praćenja cisrodnih žena na hormonskoj supstitucionoj 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

možda je ograničen na prospektivne, kohortne ili presečne dizajne studija; međutim, viši nivo preporuke temelji se na doslednim dokazima o povezanosti upotrebe etinilestradiola i CEE-a s većim rizikom od VTE-a, MI-ja ili CVI-ja kod transrodnih žena.

Takođe smo uvereni u našu preporuku za primenu transdermalnih preparata estrogena kod starijih transrodnih žena (starost > 45 godina) ili onih s prethodnom istorijom VTE-a. Poverenje u našu preporuku temelji se na smanjenoj incidenciji VTE-a koju je prijavila amsterdamska klinika kada su transrodne žene prelazile na korišćenje transdermalnih preparata 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 uzrastu 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 u vezi sa potencijalnom hepatotoksičnošću), upotreba progestina u režimima hormonske terapije ostaje kontroverzna. Do danas nije bilo kvalitetnih studija koje bi procenjivale ulogu progesterona u hormonskoj terapiji transrodnih osoba.

Svesni smo da neki zdravstveni radnici koji propisuju progestine, uključujući mikronizovani progesteron, smatraju da bi moglo doći do napretka u razvoju dojki i/ili areola, poboljšanja raspoloženja, libida i ukupne pojave 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 sistematičnog pregleda sprovedenih istraživanja, koji smo naručili za ovu verziju SN-a, nije uspeo da identifikuje dovoljno podataka da bi se dala preporuka u korist bilo kojeg progestina. Umesto toga, postojeći podaci sugerišu 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 izbegao rizik od raka endometrijuma povezan s primenom nesuprotstavljenog estrogena. Za

cisrodne žene koje nemaju matericu, progestini se ne koriste. Podaci koji najbolje ukazuju na zabrinutost u vezi sa upotrebom progestina dolaze iz poređenja dvaju navedenih populacija cisrodnih osoba, za koje prepoznajemo da se ne mogu nužno generalizovati na transrodnu populaciju. Iako nije definitivno poznat učinak svih grupa progestina, medroksiprogesteron dodat 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 s 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 utiče na trenutno mentalno zdravlje i kvalitet života, a ne samo na prevenciju rizika (Deutsch, 2016a). Potencijalni štetni učinci progestina uključuju debljanje, depresiju i promene lipida. Mikronizovani progesteron može bolje da se podnese i da ima 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-holesterolom i retkim 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 potvrđuju dobrobit terapije progestinom 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 tokom godinu dana kako bi procenio odgovor na terapiju.

#### Preporuka 12.16

**Preporučujemo da zdravstveni radnici propisuju lekove za snižavanje testosterona (ciproteronacetat, spironolakton ili GnRH agonisti) transrodnim i rodno raznolikim osobama**

**s testisima koje zadovoljavaju kriterijume\* i uzimaju estrogen kao deo plana hormonske terapije, ako je njihov lični cilj približan nivo cirkulišućih polnih hormona kao kod cisrodnih žena.**

Većina klinika za rodni identitet u SAD-u i Evropi propisuje estrogen u kombinaciji s lekovima za snižavanje testosterona (Mamoojee et al., 2017) (v. Dodatak C – tabelu 5).

U SAD-u spironolakton je najčešće propisivan lek 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 i stoga može dovesti do hiperkalemije, češćeg mokrenja i pada krvnog pritiska (Lin et al., 2021). Ciproteronacetat je povezan s razvojem meningeoma i hiperprolaktinemije (Nota et al., 2018). GnRH agonisti, iako vrlo delotvorni u snižavanju nivoa testosterona, mogu da rezultuju osteoporozom ako su istovremeno unesene doze estrogena nedovoljne (Klink, Caris et al., 2015).

Jedan sistematičan pregled literature identifikovao je studiju koja je izvestila o nalazima direktnog poređenja ciproteronacetata i leuprolida, lekova za snižavanje testosterona (Gava et al., 2016). Dve studije su upoređivale grupu transrodnih žena koje su uzimale estrogen uz lekove za snižavanje testosterona s grupom koja je primala samo estrogen. Sistematičan pregled literature nije pružio dovoljno dokaza koji bi sugerisali da bilo koji od tri leka za snižavanje testosterona ima bolji sigurnosni profil u smislu poboljšanih rezultata koji se tiču zdravlja kostiju, nivoa testosterona, nivoa kalijuma ili incidencije hiperprolaktinemije ili meningeoma (Wilson et al., 2020). Stoga nije moguće ponuditi nikakvu preporuku. Pregled je izvestio da su režimi bazirani na spironolaktonu povezani s porastom 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-om (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 holandska studija na 2.555 transrodnih žena koje su primarno uzimale CPA s različitim formulacijama estrogena, izvestila je o povećanoj standardizovanoj razmeri incidencije meningeoma kod osoba koje su godinama nakon gonadektomije koristile ciproteronacetat u poređenju s opštom holandskom populacijom (Nota et al., 2018). Nadalje, u kraćoj studiji u Belgiji, 107 transrodnih žena imalo je prolazni porast nivoa prolaktina nakon hormonske terapije ciproteronacetatom, koji je pao na normalne vrednosti nakon prekida terapije (Defreyne, Nota et al., 2017). Nedavna publikacija, koja nije uključena u sistematski 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 merenja 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, trebalo da donose individualizovane kliničke odluke o potrebi merenja nivoa prolaktina na osnovu vrste hormonskog režima i/ili prisutnosti simptoma hiperprolaktinemije ili tumora hipofize (npr. galaktoreja, promena vidnog polja).

Ciproteron je takođe povezan s meningeomima. U literaturi je zabeleženo devet slučajeva meningeoma 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 lekove objavila je izveštaj u kojem preporučuje da se ograniče proizvodi s ciproteronom u dnevnoj dozi od 10 mg ili više zbog rizika od razvoja meningeoma (European Medicines Agency, 2020). Ova povezanost se najverovatnije odnosi na specifično dejstvo ciproteronacetata i nije ekstrapolirana da

uključiti druge lekove za snižavanje testosterona. U SAD-u, gde ciproteronacetat nije dostupan, baza podataka Severnoameričkog udruženja centralnih 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 razmera rizika od tumora mozga u Kaiserovoj kohorti od 2.791 transrodne žene u poređenju s cisrodnom kontrolnom grupom (Silverberg et al., 2017). Nijedna dugoročna studija nije izvestila o riziku od meningioma i prolaktinoma kod transrodnih žena koje uzimaju GnRH agoniste.

Naša snažna preporuka za upotrebu terapije za snižavanje testosterona kao dela hormonskog režima za transrodne osobe s testisima temelji se na globalnoj praksi korišćenja ovih lekova kao dodatka estrogenskim terapijama, kao i na relativno minimalnom riziku povezanom s tim terapijama. Međutim, u ovom trenutku nismo u mogućnosti da damo preporuku koja jednom leku za snižavanje testosterona daje prednost u odnosu na drugi. Do sada objavljeni podaci izazivaju zabrinutost u vezi sa rizikom od meningioma zbog produžene upotrebe (>2 godine) i zbog upotrebe 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 lečenju raka prostate. Kompetitivno se veže za androgeni receptor, kako bi sprečio vezivanje androgena. Podaci o primeni bikalutamida u transfemininim populacijama vrlo su retki i nedostaju podaci o sigurnosti. Jedna mala studija proučavala je upotrebu bikalutamida od 50 mg dnevno kao blokatora puberteta kod 23 transfeminine adolescentkinje koje nisu mogle da dobiju terapiju GnRH analogom (Neyman et al., 2019). Sve su adolescentkinje doživele razvoj grudi, što se takođe često viđa kod osoba pripisanog muškog roda s rakom prostate koji se leče bikalutamidom. Iako retka, fulminantna hepatotoksičnost koja je rezultirala 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 preporučujemo njegovu rutinsku primenu.

Primena inhibitora 5 $\alpha$ -reduktaze blokira pretvaranje testosterona u snažniji androgen

dihidrotestosteron. Primenu finasterida odobrila je američka Uprava za hranu i lekove (engl. *Food and Drug Administration*, FDA), s indikacijama koje uključuju benignu hipertrofiju prostate i androgensku alopeciju. Podaci o upotrebi inhibitora 5 $\alpha$ -reduktaze u populaciji transfemininim osoba vrlo su oskudni (Irwig, 2021). Nije jasno da li bi ova klasa lekova mogla da bude klinički korisna kod transfemininim osoba čiji su nivoi testosterona i dihidrotestosterona već sniženi estrogenom i antiandrogenom. Stoga ne preporučujemo njihovu rutinsku upotrebu u transfemininim populacijama. Finasterid može da bude prikladna opcija tretmana za transmaskuline osobe koje imaju problematičnu alopeciju kao posledicu viših nivoa dihidrotestosterona. Usprkos tome, lečenje inhibitorom 5 $\alpha$ -reduktaze može da ugrozi rast klitorisa, kao i malja na licu i telu kod transmaskulinih osoba. Potrebne su studije kako bi se procenila delotvornost i sigurnost inhibitora 5 $\alpha$ -reduktaze u populacijama transrodnih osoba.

#### Preporuka 12.17

**Preporučujemo da zdravstveni radnici prate nivo hematokrita (ili hemoglobina) kod transrodnih i rodno raznolikih osoba koje su na terapiji testosteronom.**

Postoje kvalitetni podaci koji sugerišu da je rast hematokrita (ili hemoglobina) povezan s transrodnim osobama koje su bile na terapiji testosteronom (Defreyne et al., 2018). Režimi testosterona u sistematičnom pregledu dostupnih istraživanja uključivali su estere testosterona u rasponu ekvivalenta od 25 mg do 250 mg SC/IM nedeljno, testosteron undekanoata u dozi od 1000 mg svakih 12 nedelja ili testostersonskoga gela od 50 mg koji se svakodnevno nanosio na kožu (Defreyne et al., 2018; Gava et al., 2018; Giltay et al., 2000; Meriggiola et al., 2008; Pelusi et al., 2014; T'Sjoen et al., 2005; Wierckx, van Caenegem et al., 2014; Wierckx, van de Peer et al., 2014). Očekivani porast trebalo bi da bude u skladu s referentnim rasponima kod cisrodnih muškaraca.

#### Preporuka 12.18

**Predlažemo da zdravstveni radnici saraduju s hirurzima u pogledu upotrebe hormona pre i nakon rodno-afirmišeće operacije. Za prpratni tekst, pogledajte preporuku 12.19.**

### Preporuka 12.19

**Predlažemo da zdravstveni radnici savetuju transrodne i rodno raznolike osobe o različitim dostupnim mogućnostima za rodno-afirmišuću operaciju, osim kada operacija nije indikovana ili je medicinski kontraindikovana.**

Uprkos nedostatku dokaza, perioperativni klinički standardi za rodno-afirmišuće operacije uključuju prekid hormonske terapije 1–4 nedelje pre i nakon operacije, najčešće genitalnih operacija (Hembree et al., 2009). Takva praksa trebalo bi da ublaži rizik od VTE-a povezan s primenom egzogenog estrogena (Hembree et al., 2009). Estrogen i testosteron tada bi mogli da se nastave uzimati u nekom postoperativnom trenutku.

Nakon pomnog ispitivanja, istraživači nisu otkrili perioperativno povećanje stope VTE-a kod transrodnih osoba podvrgnutih operaciji koje su sve vreme bile na terapiji polnim steroidima u poređenju sa stopom kod pacijenata čija je terapija polnim steroidima prekinuta pre 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 izbegle posledice 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 trebalo da edukuju pacijente o potrebi za kontinuiranom egzogenom hormonskom terapijom nakon gonadektomije.

Kako bi mogli da edukuju pacijente i da služe kao zagovornici kliničkog tretmana, zdravstveni radnici trebalo bi da budu upoznati s rizicima i dobrobitima rodno-afirmišućih operacija i s uspešnošću i ishodima operacija hirurga kojima bi mogli da upute pacijente (Beek, Kreukels et al., 2015; Colebunders et al., 2017; Wiepjes et al., 2018). Uopšteno, može se smatrati da većina medicinski neophodnih procedura uključuje tri regije: lice, prsa/dojke i genitalije (unutrašnje i spoljašnje). Dodatni potrebni medicinski postupci uključuju oblikovanje tela i operaciju prilagodavanja glasa (v. preporuku 2.1 o medicinskoj nužnosti u drugom poglavlju – Globalnoj primenljivosti). Postoje brojni postupci za rodno-afirmišuće operacije lica, uključujući ali se ne ograničavajući na hondrolanringoplastiku, rinoplastiku, oblikovanje ili povećanje čeljusti, brade i čela, podizanje lica, uklanjanje dlaka i

transplantaciju kose (v. trinaesto poglavlje – Hirurgiju i postoperativnu negu).

Postupci operacija 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 jeste maskulinizirajuća 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, kožnog grafta (presadak kože), njihove kombinacije ili od segmenta creva. Uklanjanje materice/jajnika može da se izvede pojedinačno ili odjednom (histerektomijom, salpingo-ooforektomijom i kolpektomijom). Ako se radi kolpektomija, mora da se uradi i histerektomija. Jajnici mogu ostati *in situ*, na zahtev osobe koja se podvrgava operaciji. Potencijalna korist od ostavljanja jednog ili obaju jajnika jeste očuvanje plodnosti, dok je loša strana mogućnost razvoja patologije jajnika, uključujući rak (De Roo et al., 2017).

Postupci spoljne genitalne hirurgije uključuju, ali nisu ograničeni na vulvoplastiku, metoidioplastiku i faloplastiku (Djordjevic et al., 2008; Frey et al., 2016). Uklanjanje dlačica uopšteno je potrebno pre izvođenja zahvata na spoljašnjim polnim organima (Marks et al., 2019). Vulvoplastika može da uključuje izradu monsa, stidnih usana, klitorisa i otvora uretre. Produženje uretre je opcija i u metoidioplastici i u faloplastici, ali je povezano sa znatno većom stopom komplikacija (Schechter i Safa, 2018). Nega rana i fizikalna terapija neophodne su za zbrinjavanje rana nastalih na donorskim mestima za faloplastiku (van Caenegem, Verhaeghe et al., 2013). Fizikalna terapija karlice takođe može da bude važna pomoćna intervencija nakon operacije da bi se regulisali mokrenje i seksualne funkcije (Jiang et al., 2019). Dijalog, međusobno razumevanje i jasna komunikacija na zajedničkom jeziku između pacijenata, hirurga i drugih zdravstvenih radnika doprineće promišljenim odlukama o dostupnim hirurškim zahvatima.

**Preporuka 12.20**

**Preporučujemo da zdravstveni radnici započnu i nastave rodno-afirmišuću hormonsku terapiju transrodnih i rodno raznolikih osoba koje zadovoljavaju kriterijume za taj oblik terapije\*, a ona im je potrebna zbog vidljivog poboljšanja psihosocijalnog funkcionisanja i kvaliteta života. Za prpratni tekst, vidite preporuku 12.21.**

**Preporuka 12.21**

**Preporučujemo da zdravstveni radnici zadrže postojeću hormonsku terapiju ako se mentalno zdravlje transrodne i rodno raznolike osobe pogorša, procenjujući razlog pogoršanja, osim kada je to kontraindikovano.**

U transrodnoj populaciji dokumentovan je određen broj dispariteta 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 obezbeđuje dokaze o nekoliko medijatora i moderatora ovih dispariteta (Hendricks i Testa, 2012; Meyer, 2003). Medijatori i moderatora dispariteta u mentalnom zdravlju jedinstvenih za transrodne osobe uključuju iskustva diskriminacije, viktimizacije, oslovljavanja pogrešnim rodnom, porodičnog odbacivanja i internalizovane transfobije (Hendricks i Testa, 2012). Faktori koji imaju pozitivno dejstvo na mentalno zdravlje uključuju porodično prihvatanje, podržavajuće društvene i romantične odnose, povezanost transrodne zajednice, zaštitu putem afirmišućih i inkluzivnih politika, politike afirmacije i uključivanja, posjedovanje ažuriranog pravnog imena, odnosno odgovarajuće rodne dokumentacije, i postizanje fizičke rodne tranzicije na osnovu individualizovanih ciljeva koje bi osoba htela da utelovi (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 spasava 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), ublažavanje teskobe 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 ublažavanje 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 tri meseca uzimanja testosterona (Keo-Meier et al., 2015). Iako su stope simptoma autizma veće u transrodnoj populaciji, nije utvrđeno povećanje tih simptoma nakon početka hormonske terapije (Nobili et al., 2020).

Kako smanjenje simptoma depresije može da bude u korelaciji sa smanjenjem rizika od samoubistva, uskraćivanje hormonske terapije na osnovu prisustva depresije ili suicidalnosti može da uzrokuje štetne posledice (Keo-Meier et al., 2015; Levy et al., 2003). Turban, King et al. (2020) utvrdili su manju verovatnoću suicidalnih ideja tokom života kod adolescenata koji su tražili supresiju puberteta i imali pristup ovom tretmanu u poređenju s onima sa sličnom željom, ali bez pristupa tretmanu (Turban, King et al., 2020). Nedavni sistematski pregled literature otkrio je da je supresija puberteta kod transrodnih osoba adolescentskog uzrasta povezana s poboljšanim društvenim životom, smanjenom suicidalnošću u odraslom dobu, kao i sa poboljšanim psihološkim funkcionisanjem i kvalitetom života (Rew et al., 2020). Budući da dokazi upućuju na to da je hormonska terapija neposredno povezana sa smanjenjem simptoma depresije i anksioznosti, smatra se da



praksa uskraćivanja hormonske terapije, dok se ti simptomi ne reše tradicionalnom psihijatrijom, ima jatrogene učinke (Keo-Meier et al., 2015). Ako je psihijatrijska podrška indikovana, moguće ju je započeti ili prilagoditi uz hormonsku terapiju, bez prekidanja te terapije.

*\* Za pojašnjenje kriterijuma koje bi adolescenti i odrasli trebalo da ispunjavaju, molimo v. peto poglavlje – Procenu odraslih i šesto poglavlje – Adolescente, kao i Dodatak D.*

## TRINAESTO POGLAVLJE

### Hirurgija i postoperativna nega

Medicinski nužni rodno-afirmišući hirurški zahvati odnose se na skup postupaka osmišljenih da bi se telo osobe uskladilo s njenim rodnim identitetom (v. drugo poglavlje – Globalnu primenljivost, preporuku 2.1). U ovom poglavlju opisuju se preporuke za hirurške zahvate i postoperativnu negu transrodnih i rodno raznolikih (TiRR) odraslih i adolescenata. Za kriterijume procene v. delove petog poglavlja – Procenu odraslih i šestog poglavlja – Adolescenata koji se odnose na hirurgiju za odrasle, odnosno adolescente. Sažetak preporuka i kriterijuma procene dostupan je u Dodatku D.

Imamo li 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 po rođenju pripisan muški (AMAB) odnosno ženski pol (AFAB).

Aktuelna literatura potkrepljuje dobrobiti rodno-afirmišućih hirurških zahvata kod TiRR osoba koje ispunjavaju kriterijume za njih. Iako se nakon rodno-afirmišućih hirurških zahvata javljaju komplikacije, one su u najvećem broju manje ili se mogu lečiti lokalno na izvanbolničkom osnovu (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 drugačije dijagnoze (tj. postupci koji ne spadaju u rodno-afirmišuće).

Kod AFAB pojedinaca rodno-afirmišuća operacija prsa 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 presečnim 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).

Delotvornost gornje operacije dokazana je u više domena, uključujući dosledno i neposredno povećanje zdravstvenog kvaliteta života, značajno smanjenje rodne disforije i dosledno

povećanje zadovoljstva telom i izgledom. Isto tako, stope kajanja ostaju vrlo niske i variraju od 0 do 4%. Iako učinak gornje operacije na dodatne mere ishoda kao što su depresija, anksioznost i seksualna funkcija takođe upućuje na korist, studije nisu bile dovoljno opsežne da bi se doneli konačni zaključci. Premda su potrebna dalja istraživanja kako bi se doneli čvršći zaključci, dokazi ukazuju na to da je gornja operacija sigurna i efikasna intervencija.

Manje je studija vezanih za rodno-afirmišući hirurški zahvat dojki („povećanje grudi”) objavljeno za AMAB pojedince, što uključuje dve prospektivne (Weigert et al., 2013; Zavlin et al., 2018), jednu retrospektivnu kohortnu (Fakin et al., 2019) i tri presečne kohortne studije (Kanhai et al., 2000; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018). Sve te studije govore u prilog doslednom i neposrednom poboljšanju zadovoljstva pacijenata, uključujući opšte zadovoljstvo, kao i zadovoljstvo telom i predstavom 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 izvršeno statističko poređenje između pojedinaca koji su se podvrgli gornjoj operaciji i bilo koje druge grupacije.

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), 15 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; Thalaivirithan et al., 2018) i tri presečne kohortne studije (Castellano et al., 2015; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018).

Iako su korišćene različite procene merenja, rezultati svih studija dosledno ukazuju na visoke stope zadovoljstva pacijenata (78%–100%) i zadovoljstva seksualnom funkcijom (75%–100%).

**Lista preporuka:**

- 13.1 - Preporučujemo da hirurzi koji izvode rodno-afirmišuće hirurške zahvate imaju sledeće 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 pre zahvata povećanja grudi ili mastektomije procene rizične faktore 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 zahtevima postoperativne nege, putovanju i smeštaju, kao i o važnosti postoperativnog praćenja.
- 13.4 - Preporučujemo hirurzima da pre gonadektomije kod transrodnih i rodno raznolikih osoba utvrde da su razmotrene reproduktivne mogućnosti.
- 13.5 - Savetujemo hirurzima da razmotre gonadektomiju kod transrodnih i rodno raznolikih odraslih osoba koje ispunjavaju kriterijume\* kada postoje dokazi da su najmanje šest meseci uzimale hormonsku terapiju (osim kada hormonska supstituciona terapija ili gonadalna supresija nisu klinički indikovane, odnosno kada postupak ne odgovara željama, ciljevima ili izražavanju individualnog rodnog identiteta pacijenta).
- 13.6 - Savetujemo 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 lečenja (što može uključivati najmanje šest meseci hormonske terapije ili duže razdoblje potrebno za postizanje željenog hirurškog rezultata, osim ako je hormonska terapija neželjena ili je medicinski kontraindikovana).
- 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 oblasti 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 - Savetujemo da hirurzi podstiču transrodne muškarce i rodno raznolike osobe podvrgnute metoidioplastici/faloplastici na celoživotno urološko kontrolisanje.
- 13.10 - Preporučujemo hirurzima koji brinu o transrodnim ženama i rodno raznolikim osobama podvrgnutim vaginoplastici da ih podstiču na kontrole kod njihovog primarnog hirurga, lekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ili ginekologa.
- 13.11 - Preporučujemo da pacijente koji se kaju zbog rodni hirurgijskih intervencija vodi stručni multidisciplinarni tim.

*\*Za pojašnjenje kriterijuma koji bi adolescenti i odrasle osobe trebalo da ispune, v. poglavlja Procena odraslih i Adolescenti, kao i Dodatak D.*

To je bilo naročito vidljivo prilikom korišćenja novijih hirurških tehnika. Rodno-afirmišuća vaginoplastika takođe je povezana s niskom stopom komplikacija i niskom incidencijom kakanja (0%–8%).

Novija literatura pokazuje 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), 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 presečne 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 dobiti od tih intervencija.

Što se urinarne funkcije tiče, između 75% i 100% učesnika studije moglo je da mokri stojeći. Što se tiče seksualne funkcije, između 77% i 95% učesnika studije izjavilo je da je zadovoljno svojom seksualnom funkcijom. Većina tih studija izveštava o visokim ukupnim stopama postoperativnog zadovoljstva (u rasponu od 83% do 100%), s višim stopama zadovoljstva u studijama koje uključuju novije hirurške tehnike. Dve prospektivne i dve retrospektivne kohortne studije iznele su posebnu procenu kakanja posle operacije i otkrile da se nijedan transrodni muškarac nije pokajao. Iako su utvrđena ograničenja studije, objavljeni rezultati su dosledni i direktni.

Facijalna rodno-afirmišuća hirurgija u poslednje vreme je privukla povećanu pažnju, a aktuelna literatura izveštava o njenoj korisnosti.

Osam novih publikacija uključuje prospektivnu kohortnu studiju (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) i dve presečne 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 periodu (Morrison et al., 2020). Rezultati su bili direktni i dosledni, ali donekle neprecizni, zbog izvesnih ograničenja studije. Iako je rodno-afirmišuća hirurgija za AFAB osobe područje u nastajanju, aktuelni 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 je uklanjanje dlačica (pre hirurgije lica i/ili genitalne hirurgije). V. petnaesto poglavlje – Primarnu zdravstvenu zaštitu. Pre i posle operacije može biti važno (ili potrebno) razmotriti fizikalnu terapiju mišića karličnog dna.

### **Reprezentativne hirurške intervencije uključuju (za celi popis v. Dodatak E i kraj ovog poglavlja):**

AMAB: hiruršku feminizaciju lica (uključujući kondrolaringoplastiku / hirurgiju glasnica), rodno-afirmišuću hirurgiju grudi, postupke oblikovanja tela, orhidektomiju, vagino/vulvoplastiku (sa dubinom ili bez nje), estetske zahvate i zahvate namenjene pripremi osoba za operacije (npr. uklanjanje dlačica).

AFAB: hiruršku maskulinizaciju lica, rodno-afirmišuću hirurgiju prsišta, histerektomiju / ooforektomiju, metoidioplastiku (uključujući postavljanje testikularnih proteza), faloplastiku (uključujući postavljanje testikularnih/penilnih proteza), postupke oblikovanja tela, estetske zahvate i zahvate namenjene pripremi osoba za operacije (npr. uklanjanje dlačica).

Važno je da hirurzi razumeju 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, koji uključuje: 1.) multidisciplinarni pristup, 2.) razumevanje ciljeva i očekivanja pacijenta, 3.) raspravu o hirurškim opcijama i povezanim rizicima i prednostima i 4.) informisani plan za naknadnu negu (v. peto poglavlje – Procenu odraslih). Ove su preporuke osmišljene kako bi olakšale individualizovani pristup nezi.

Odgovarajuća naknadna nega ključna je za optimizaciju rezultata (Buncamper et al., 2015; Lawrence, 2003), a važno je da pacijenti budu informisani o postoperativnim potrebama (uključujući lokalnu negu rane, potrebu za mirovanjem, izostajanje s posla ili iz škole itd.). Isto tako, važno je da hirurg bude dostupan za pružanje i olakšavanje postoperativne nege, da upućuje specijalistima na daljnju obradu ili oboje, po potrebi. To može uključivati potrebu za kontinuiranom podrškom (npr. negovatelja i pružalaca primarne zdravstvene zaštite, stručnjaka za mentalno zdravlje ili i jednih i drugih), kao i potrebu za rutinskom primarnom zdravstvenom zaštitom (npr. skriningom raka dojke/prsa, urološkom/ginekološkom negom itd.). S obzirom na povećanje javnog interesa i broja rodno-afirmišućih hirurških postupaka (Canner et al., 2018; Ross, 2017; Shen et al., 2019), nužno je dodatno osposobljavanje, odnosno praćenje ishoda i kontinuirano medicinsko usavršavanje hirurga (Schechter et al., 2017).

Sve preporuke u ovom poglavlju donesene su na osnovu sistematičnog pregleda dokaza, procene koristi i štete, vrednosti i želja pružalaca usluga i pacijenata, kao i potrebnih resursa i izvodivosti. U nekim se slučajevima prepoznaje 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 sledeće 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 negu TiRR osobama imaju dokumentovano specijalističko usavršavanje u rodno-afirmišućim zahvatima, kao i teorijska i praktična znanja o rodno-afirmišućoj nezi (Schechter et al., 2017; Schechter i Schechter, 2019). Potonje uključuje, ali nije ograničeno na poznavanje rodno raznolikih identiteta i izražavanja i njihova 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 pribavljanju informisanog pristanka. Ako hirurzi ne nude traženi postupak, mogu da upute pacijenta da potraži drugo stručno mišljenje. Očekuje se da se hirurzi koji izvode rodno-afirmišuće zahvate pohađaju tečajeve trajnog stručnog usavršavanja u području rodno-afirmišuće hirurgije (npr. sastanke, konferencije, seminare itd.) kako bi bili u toku s aktuelnim saznanjima. Nadalje, preporučujemo praćenje pacijenata i razgovor s njima o hirurškim ishodima u sklopu informisanog pristanka (Schechter et al., 2017).

Takođe, osoblje bolnica, ustanova i lekarskih ordinacija koje pružaju rodno-afirmišuće zahvate mora da barata kulturološkim kompetencijama (jezikom, terminologijom itd.). To može iziskivati kontinuiranu i redovnu edukaciju osoblja.

### Preporuka 13.2

**Preporučujemo hirurzima da pre zahvata povećanja grudi ili mastektomije procene rizične faktore povezane s rakom dojke kod transrodnih i rodno raznolikih osoba.**

Pre povećanja grudi ili mastektomije osobe treba da budu informisane i procenjene s obzirom na rizične faktore za rak dojke, što uključuje genetske mutacije (npr. BRCA1, BRCA2),

porodičnu anamnezu, uzrast, 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, pretraga i postupaka. Trenutno ne postoje specifične smernice za rano otkrivanje raka dojke za transrodne i rodno raznolike osobe (Salibian et al., 2021), ali je American College of Radiology nedavno predložio smernice (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), treba slediti postojeće smernice za rano otkrivanje raka dojke (Brown i Jones, 2015; Gooren et al., 2013; Salibian et al., 2021; Weyers et al., 2010). Budući da su te smernice podložne promenama, stručnjaci treba da prate njihova ažuriranja. Osobe koje se podvrgavaju rodno-afirmišućim operacijama prsnog koša treba da obavljaju kontinuirane preventivne preglede za rak dojke, što bi trebalo da nadziru njihovi lekari u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

### Preporuka 13.3

**Preporučujemo hirurzima da tokom preoperativnog procesa informišu transrodne i rodno raznolike osobe koje se podvrgavaju rodno-afirmišućim hirurškim zahvatima o zahtevima postoperativne nege, putovanju i smeštaju, kao i o važnosti postoperativnog praćenja.**

Detalje o tempiranju, tehnici i trajanju postoperativne nege treba podeliti s pacijentima u preoperativnom razdoblju kako bi mogli 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 pre operacije pacijentima treba da daju raspored postoperativnog praćenja. Hirurg bi s pacijentom trebalo da razgovara 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

smeštaja, promene u planu nege trebalo bi podeliti s pacijentom što je prije moguće. Hirurzi bi trebalo da pacijentu osiguraju kontinuitet nege s lokalnim pružaocem po povratku kući.

Naknadna nega i postoperativno praćenje su važni. Rodno-afirmišući hirurški postupci često uključuju specifične potrebe naknadne nege, kao što su postoperativni resursi (stalan i siguran smeštaj; sredstva za putovanje i postoperativnu negu), uputstva o zdravim navikama (npr. o ličnoj higijeni, zdravom životu, prevenciji infekcija mokraćnog sistema i polno prenosivih bolesti (Wierckx, Van Caenegem et al., 2011)), postoperativne mere opreza ili ograničenja u svakodnevnim aktivnostima (npr. kupanje, telesna aktivnost, vežbanje, plan ishrane, nastavak seksualne aktivnosti) (Capitán et al., 2020), povratak lekovima nakon operacije (npr. antikoagulansima, hormonima itd.) i detaljne aktivnosti samopomoći nakon operacije (npr. postvaginoplastični režimi dilatacije i ispiranja, aktivacija penilne proteze, strategije za optimizovanje postfaloplastičnog mokrenja, preporuke za negu presađene kose) (Capitán et al., 2017; Falcone et al., 2018; Garcia, 2018; Hoebeke et al., 2005). Neki aspekti samozbrinjavanja nakon operacije mogu da se uvedu pre operacije, pa da se pojačaju nakon nje (Falcone et al., 2018). Budući da se mogu pojaviti komplikacije kao što su odloženo zaceljivanje rane, teškoće s dilatacijom i infekcije mokraćnog sistema (Dy et al., 2019), period praćenja pruža priliku za intervenciju, ublažavanje i sprečavanje komplikacija (Buncamper et al., 2016; Garcia, 2021).

#### Preporuka 13.4

**Preporučujemo hirurzima da pre gonadektomije kod transrodnih i rodno raznolikih osoba utvrde da su razmotrene reproduktivne mogućnosti.**

Budući da je neplodnost česta posledica rodno-afirmišuće hormonske terapije (privremena) i rodno-afirmišuće hirurgije (trajna), o očuvanju plodnosti treba razgovarati pre medicinskih i hirurških intervencija (Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Jahromi et al., 2021; Jones et al., 2021). Hirurški zahvati kojima se menja anatomija ili funkcija reproduktivnih organa mogu da ograniče buduće reproduktivne mogućnosti u različitoj meri (Nahata et al., 2019). Zbog toga je s transrodnim osobama i njihovim

porodicama ključno razgovarati o riziku od neplodnosti i mogućnosti očuvanja plodnosti pre otpočinjanja 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

**Savetujemo hirurzima da razmotre gonadektomiju kod transrodnih i rodno raznolikih odraslih osoba koje ispunjavaju kriterijume\* kada postoje dokazi da su najmanje šest meseci uzimali hormonsku terapiju (osim kada hormonska supstitucionna terapija ili gonadalna supresija nisu klinički indikovane, odnosno kada postupak ne odgovara željama, ciljevima ili izražavanju individualnog rodnog identiteta pacijenta). Za prateći tekst, v. preporuku 13.6.**

#### Preporuka 13.6

**Savetujemo zdravstvenim radnicima da razmotre rodno-afirmišuće genitalne zahvate za transrodne i rodno raznolike odrasle osobe koje ih žele i koje ispunjavaju kriterijume\* kada postoje dokazi da pojedinac ima stabilan kontinuitet u trenutnom režimu lečenja (što može uključivati najmanje šest meseci hormonske terapije ili duže razdoblje potrebno za postizanje željenog hirurškog rezultata, osim ako je hormonska terapija neželjena ili je medicinski kontraindikovana).**

GAHT (rodno-afirmišuća hormonska terapija) dovodi do anatomskih, fizioloških i psiholoških promena. Pojava anatomskih učinaka (npr. rasta klitorisa, atrofije vaginalne sluznice) može se dogoditi brzo nakon otpočinjanja terapije, a maksimalni efekat se očekuje za 1–2 godine (T'Sjoen et al., 2019). U zavisnosti od željenog hirurškog rezultata, određeni period hormonske terapije može biti potreban (npr. dovoljna virilizacija klitorisa prije metoidioplastike/faloplastike) ili željen iz psiholoških, anatomskih ili iz oba razloga (rast dojki i širenje kože pre povećanja grudi, omekšavanje kože i promene u raspodeli masnog tkiva lica pre facijalnog rodno-afirmišućeg zahvata) (de Blok et al., 2021).

Kod osoba koje ne uzimaju hormone pre hirurških intervencija, važno je da hirurzi razmotre uticaj neuzimanja hormona na planiranu operaciju.

Za osobe koje su podvrgnute gonadektomiji, a ne uzimaju hormone, pre operacije sa stručnjakom koji im propisuje lekove može da se razvije plan za hormonsku supstitucionu terapiju.

#### 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 (Esteve de Antonio et al., 2013; Frey et al., 2017; Hadj-Moussa et al., 2019; Pan i Honig, 2018), uspostavljene smernice (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 nezi za transrodne osobe.

Multidisciplinarni pristup posebno je važan za rešavanje poteškoća vezanih za mentalno zdravlje, ako ih TiRR osoba koja se podvrgava rodno-afirmišućoj hirurgiji doživljava (de Freitas et al., 2020; Dhejne et al., 2016; van der Miesen et al., 2016). Takođe, lekari opšte/porodične medicine i specijalisti mogu da pomognu prilikom donošenja 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 procenu adolescenata pre hirurškog zahvata v. šesto poglavlje – Adolescente.

#### Preporuka 13.8

**Preporučujemo hirurzima da se konsultuju sa svestranim, multidisciplinarnim timom stručnjaka u oblasti 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 da se predstave u vidu spektra, dok lična izražavanja identiteta mogu prilično da variraju među pojedincima (Beek et al., 2015; Koehler et al., 2018). Iako je obično opšti cilj svakog postupka smanjenje rodne disforije (van de Grift, Elaut et al., 2017), odnosno postizanje rodne kongruentnosti, različiti rodni izražaji mogu da iziskuju individualno prilagođene hirurške zahteve koje neki mogu smatrati „nestandardnima“ (Beek et al., 2015; Bizic et al., 2018). Individualno prilagođeni hirurški zahtevi mogu da se definišu kao 1.) postupak promene rodnog izraza osobe koji ne teži nužno izražavanju alternativnog, binarnog identiteta; 2.) „nestandardna“ kombinacija dobro proverenih postupaka; ili 3.) oboje.

Ta podela je osmišljena da bi se olakšalo savetovanje i informisanje pacijenta i utvrdilo da li su ciljevi dostižni. Pacijent i njegov hirurg moraju zajedničkim snagama da utvrde da li su pacijentova očekivanja realna i ostvariva i da li su predloženi zahvati sigurni i tehnički izvodiivi. Pacijent i njegov hirurški tim moraju da se uključe u proces donošenja odluka (Cavanaugh et al., 2016). U 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

**Savetujemo da hirurzi podstiču transrodne muškarce i rodno raznolike osobe podvrgnute metoidioplastici/faloplastici na celoživotno urološko kontrolisanje.**

Postoperativne komplikacije kod metoidioplastike/faloplastike odnose se na urinarni trakt 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 strikturu uretre u 35%–58% slučajeva, uretralne fistule u 15%–70% slučajeva (Monstrey et al., 2009; Santucci, 2018; Schardein et al., 2019), divertikule, mukokele rezidualnog 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 osetljivost, 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 je 8%–12%), disfunkciju, eroziju uretre, otoke 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 posle zahvata i u srednjem postoperativnom periodu, komplikacije se mogu javiti u bilo kojem trenutku. Njihovo rano otkrivanje može smanjiti morbiditet (npr. strikture uretre koje dovode do fistula, moguća erozija penilne proteze koja dovodi do infekcije i zahteva potpuno uklanjanje) (Blecher et al., 2019).

Redovito praćenje zbog ranog otkrivanja znakova suženja mokraćne cevi (ili drugih problema sa mokraćnim sistemom) uključuje merenje volumena rezidualnog urina nakon mokrenja ultrazvukom bešike (za prepoznavanje i procenu suženja neouretre), fluoroskopsku uretrografiju (za identifikaciju i procenu suženja neouretre, fistula i divertikula) i cistouretroskopiju za pregled mokraćne cevi i bešike. TiRR muškarci takođe mogu da imaju i urološke probleme nepovezane s promenom pola (mokraćne kamence, hematuriju/krv u mokraći i zloćudne tumore genitourinarnog trakta; potrebe povezane uz očuvanje plodnosti) (Sterling i Garcia, 2020a, 2020b).

#### Preporuka 13.10

**Preporučujemo hirurzima koji brinu o transrodnom ženama i rodno raznolikim osobama koje su bile podvrgnute vaginoplastici da ih podstiču na kontrolu kod njihovog primarnog hirurga, lekara 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 lečiti 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 te stenozu i atreziju vaginalnog otvora (Ferrando, 2020; Kloer et al., 2021). Iako su te komplikacije obično samolimitirajuće, mogu da utiču na blagostanje pacijenta nakon operacije. Osim toga, ti se problemi mogu dijagnostikovati pogrešno ako pacijenti ne mogu da pristupe nezi koju pružaju stručnjaci za transrodno zdravlje.

Preporučujemo da pacijente u redovnim intervalima uživo prate njihovi primarni hirurzi – npr. svake dve nedelje, tri meseca, šest meseci i godinu dana nakon operacije – iako nekima mogu biti potrebne i dodatne kontrole.

Dodatna ginekološka nega sprovodi se tokom celog života TiRR osobe, a može se sprovoditi u mnogim okruženjima. Lekar porodične/opšte medicine, ginekolog ili hirurg stručan u rodno-afirmišućim zahvatima mogu da uvedu spekulum kako bi proverili da li ima 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 lečiti u skladu s relevantnim smernicama osmišljenim za cisrodnu populaciju (Hooton, 2012; Sherrard et al., 2018). Ručni pregled prostate sprovodi se prema relevantnim smernicama formuliranim za cisrodnu 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 lečenje potrebna je kombinacija hirurškog i nehirurškog tretmana uz konsultacije i moguće ponovno upućivanje primarnom hirurgu i drugim specijalistima (npr. kolorektalnom hirurgu), ako je potrebno. Budući da disfunkcija karličnog dna može da utiče na 30%–40% pacijenata pre i nakon vaginoplastike, dostupnost fizioterapeuta za mišiće karličnog dna 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 Verduyck, 2009; Defreyne, Motmans et al., 2017; Hadj-Moussa et al., 2019; Hadj-Moussa, Agarwal et al., 2018; Hadj-Moussa, Ohl et al., 2018; Landén et al., 1998; Narayan et al., 2021; van de Griff, Elaut et al., 2018; Wiepjes et al., 2018). Najveća incidencija kajanja datira iz vremena kada su



hirurške tehnike bile manje sofisticirane, uloga multidisciplinarnog pristupa manje razrađena, a Standardi nege nisu postojali ili nisu bili opšte poznati (Landén et al., 1998). Kajanje može biti privremeno ili trajno i može se klasifikovati kao socijalno žaljenje (Narayan et al., 2021) (uzrokovano teškoćama u porodičnom, verskom, društvenom ili profesionalnom životu), medicinsko žaljenje (zbog dugotrajnih medicinskih komplikacija, razočaranja u hirurške rezultate ili neadekvatnog preoperativnog odlučivanja) i stvarno žaljenje povezano s rodnom (uglavnom zasnovano na pacijentovim iskustvima pogrešne dijagnoze, nedovoljnom istraživanju rodnog identiteta ili oboje). Ta klasifikacija je u skladu s već opisanim pozitivnim i negativnim prediktivnim faktorima (De Cuypere i Vercruyse, 2009; Gils i Brewaeys, 2007; Pfäfflin i Junge, 1998).

Multidisciplinarni tim može da pomogne u prepoznavanju uzroka žaljenja, kao i stabilnosti hirurškog zahteva (Narayan et al., 2021). Nakon te procene i uz uvažavanje individualnih okolnosti, medicinske i/ili hirurške intervencije radi nastavka tranzicije ili izvođenja hirurških zahvata radi usklađivanja anatomije sa polom pripisanim po rođenju mogu biti indikovane. Za više informacija v. peto poglavlje – Procenu odraslih.

*\*Za pojašnjenje kriterijuma koje adolescenti i odrasle osobe treba da ispune v. poglavlja Procena odraslih, Adolescenti i Dodatak D.*

## RODNO-AFIRMIŠUĆI HIRURŠKI ZAHVATI

Budući da se razumevanje mnogih aspekata rodne inkongruencije u ovom području proširuje i da napredak tehnologije omogućuje nove

zahvate, preko je potrebno razumeti da popis koji sledi nije iscrpan. To je posebno važno s obzirom na često duga razdoblja između ažuriranja SN-a, tokom kojih razumevanje i modaliteti lečenja mogu da evoluiraju.

### Facijalna hirurgija

obrve	<ul style="list-style-type: none"> <li>• redukcija čeonih kostiju/obrva</li> <li>• povećanje čeonih kostiju/obrva</li> <li>• podizanje obrva</li> </ul>
pomeranje prednje linije vlasništva i/ili transplantacija kose facelift/podizanje srednje linije lica (nakon promene temeljnih koštanih struktura)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• platizmostoplastika</li> </ul>
blefaroplastika	<ul style="list-style-type: none"> <li>• lipofiling (transfer vlastitih masnih ćelija)</li> </ul>
rinoplastika (+/- fileri)	
obraz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• implantat</li> <li>• lipofiling</li> </ul>
usna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• skraćivanje gornje usne</li> <li>• povećanje usana (uključuje autologne i neautologne metode)</li> </ul>
donja vilica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• redukcija mandibularnog kuta</li> <li>• povećanje/augmentacija</li> </ul>
oblikovanje brade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• osteoplastično</li> <li>• aloplastično (na temelju implantata)</li> </ul>
hondrolaringoplastika	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hirurgija glasnica (v. četrnaesto poglavlje)</li> </ul>

### Operacija dojke/grudi

mastektomija	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mastektomija s očuvanjem/rekonstrukcijom bradavica-areola po medicinski utvrđenoj potrebi za određenog pacijenta</li> <li>• mastektomija bez očuvanja/rekonstrukcije bradavica-areola po medicinski utvrđenoj potrebi za određenog pacijenta</li> </ul>
liposukcija	
rekonstrukcija dojke (povećanje)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• implantat i/ili ekspander tkiva</li> <li>• autologno (uključuje preklapanje i lipofiling)</li> </ul>

### Genitalna operacija

faloplastika (sa skrotoplastikom ili bez skrotoplastike)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• s uretralnim produženjem ili bez uretralnog produženja</li> <li>• s protezom (penilnom i/ili testikularnom) ili bez proteze</li> <li>• s kolpektomijom/kolpokleizom ili bez kolpektomije/kolpokleize</li> </ul>
metoidioplastika (sa skrotoplastikom ili bez skrotoplastike)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• s uretralnim produženjem ili bez uretralnog produženja</li> <li>• s protezom (penilnom i/ili testikularnom) ili bez proteze</li> <li>• s kolpektomijom/kolpokleizom ili bez kolpektomije/kolpokleize</li> </ul>
vaginoplastika (inverzijska, peritonealna, intestinalna)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Može uključivati zadržavanje penisa i/ili testisa.</li> </ul>
vulvoplastika	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Može uključivati postupke opisane kao "flat front".</li> </ul>

### Gonadektomija

orhiektomija	
histerektomija i/ili salpingo-ooforektomija	
Oblikovanje tijela	
liposukcija	
lipofiling	
implantati	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pektoralni, za kukove, glutealni, za listove</li> </ul>
monsplastika/redukcija mons pubisa	

### Dodatni zahvati

Uklanjanje dlačica: uklanjanje dlačica s lica, tela i genitalnih područja radi afirmacije roda ili kao deo pripremnog procesa za operaciju (v. preporuku 15.14 o uklanjanju dlačica).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• elektroliza</li> <li>• laserska epilacija</li> </ul>
tetovaža (npr. bradavica-areola)	
transplantacija materice	
transplantacija penisa	

## ČETRNAESTO POGLAVLJE

### Glas i komunikacija

Ljudska bića učestvuju u komunikacijskim praksama ne samo da bi razmenila ideje o spoljašnjem svetu nego i da bi se predstavila kao društvena i kulturna bića, pregovarajući oko formi obraćanja, upućivanja i tretiranja koje im omogućavaju da se osećaju sigurno i poštovano (Azul et al., 2022). Ljudski glas široko je prepoznat kao jedan od ključnih modaliteta koji doprinosi komuniciranju roda kao jedne od dimenzija ljudske raznolikosti. Međutim, drugi aspekti i načini komunikacije (npr. artikulacija, izbor reči, gestikulacija, percepcija i tumačenje slušaoca) takođe treba da se uzmu u obzir (Azul, 2015; Azul i Hancock, 2020). U ovom se poglavlju sintagma „glas i komunikacija“ koristi kao fraza koja obuhvata prakse proizvodnje značenja u koje se svaki akter društvene interakcije uključuje u skladu sa svojim potrebama, željama, identifikacijama i kapacitetima.

Mada je binarno razumevanje 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 transfeminina, transmaskulina, rodno fluidna, nebinarna, rodno kvir (engl. *genderqueer*) ili arodna), kao i razumevanje da rod ne postoji izolovano, već se ukršta s drugim aspektima ljudske različitosti (npr. sa starosedelačkim iskustvom na nekom području, etnicitetom/rasom, seksualnošću, invaliditetom, verom/religijom/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 decu, adolescente, mlađe i starije odrasle, među njima kako ljude koji žele tranziciju tako i one koji žele detranziciju, nezavisno od izbora intervencija.

Ne suočava se svaka TiRR osoba s izazovima vezanim za glas i komunikaciju niti svaka TiRR osoba želi stručnu podršku vezanu za glas i komunikaciju, ali oni kojima je ona potrebna, često nailaze na barijere prilikom pristupanja tom obliku nege. Iako procenat varira u zavisnosti 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 generalno je veći od procenta ljudi koji su već prošli ove intervencije. S retkim izuzecima, pristupačnost glasovnih i komunikacijskih terapijskih postupaka 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 marginalizovanog etniciteta, doživljavaju diskriminaciju i ograničen pristup nezi u još većem broju (James et al., 2016; Xavier et al., 2005).

Cena, neupućenost u to gde su usluge dostupne, kao i nedostupnost usluga najčešće su barijere koje su učesnici istraživanja navodili. Po istraživanjima u SAD-u (Hancock i Downs, 2021; Kennedy i Thibeault, 2020), u Turskoj (Oguz et al., 2021) i na Novom Zelandu (starosedilačkog naziva Aotearoa) (Veale et al., 2019), nedostatak tačnih informacija o mogućnostima za glasovnu i komunikacijsku terapiju među TiRR osobama je značajna i raširena barijera nezi. Ipak, u Švedskoj se svim TiRR osobama kod kojih je ustanovljena rodna inkongruencija nudi podrška u oblasti glasa i komunikacije (Sodersten et al., 2015). Pored toga, kulturološka osetljivost pružalaca usluga tek se polako poboljšava (Hancock i Haskin, 2015; Jakomin et al., 2020; Matthews et al., 2020; Sawyer et al., 2014). Hancock i Downs (2021) sprovedli su preliminarno istraživanje s ciljem da identifikuju specifične barijere za pristup terapiji prilagođavanja glasa i komunikacije i radi razvoja efikasnih načina njihovog uklanjanja.

Ovo poglavlje namenjeno je usmeravanju stručnjaka u zdravstvu da podrže TiRR osobe i postaraju se o dobrobiti svih TiRR ljudi koji doživljavaju izazove ili stres u vezi sa svojim glasom i komunikacijskim praksama i/ili sa tuđim reakcijama i tumačenjima (Azul et al. 2022). TiRR osobe mogu da koriste niz različitih pristupa da bi modifikovale svoj glas i komunikaciju, bilo samo jedno od toga bilo oboje, uključujući samostalni rad na promeni, pri čemu se mogu osloniti na resurse koje TiRR osobe koriste kao smernice za upotrebu glasa i komunikacijske prakse; bihevioralnu promenu uz podršku logopeda, fonetičara, otorinolaringologa i drugih stručnjaka za glas i komunikaciju (u

nastavku teksta – „terapiju prilagođavanja glasa i komunikacije“) i promenu koja bi bila rezultat androgenog hormonskog tretmana i/ili laringalne operacije. Trenutno dostupni istraživački dokazi ne uključuju samoinicijativnu promenu, već su koncentrisani na posljednja tri pristupa.

„Stručnjak za glas i komunikaciju“ osoba je sa znanjem o kontinuiranoj i dinamičnoj subjektivnosti govornika i slušaoca, kao i o relevantnim stručnim intervencijama, uključujući bihevioralne, hormonske, hirurške i druge relevantne procese povezane s biofiziologijom, sociokulturnom proizvodnjom značenja i spoljašnjim materijalnim silama (Azul i Hancock 2020). Takav stručnjak može da izvrši odgovarajuće procene da bi informisao TiRR osobu o mogućim opcijama i podržao istraživanje ciljeva i intervencijskih mogućnosti, usmeravajući je na kulturološki osetljiv način usredsređen na osobu. Takav stručnjak poseduje znanja i veštine vezane za bihevioralne pristupe modifikaciji glasa i komunikacije.

U prakse podložne bihevioralnoj promeni spadaju: govorni i pevački glas, usredsređena svesnost (engl. *mindfulness*), opuštanje, disanje, ton i raspon tona, boja glasa, rezonanca/tembr, jačina glasa, izraz lica, gestovi, držanje tela, pokret, predstavljanje drugima, opisivanje identiteta i traženje kulturološki osetljivih tretmana i formi obraćanja od drugih, asertivna i otporna reakcija na pogrešno oslovljavanje, vežbanje primene 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 deo celovitog i koordinisanog pristupa zdravlju, uključujući podršku medicinskim, psihološkim i društvenim potrebama (Södersten et al., 2015); međutim, nema preduslova za te vrste usluga (kao što su upotreba hormona, prisutnost želje za operacijama ili vreme provedeno u odgovarajućoj rodnoj ulozi). Opšti ciljevi podrške TiRR osobama u modifikaciji glasa i komunikacije jesu:

- edukovanje klijenata o faktorima koji utiču na funkcionalni glas, komunikacijske prakse i komuniciranje govornikova identiteta (govornik, slušalac, stručne prakse, spoljašnji materijalni uticaji, biofiziološki i

sociokulturni faktori);

- omogućavanje klijentima da iznesu svoj osećaj sociokulturne pripadnosti (npr. po pitanju roda) u svakodnevnim situacijama na način koji odgovara klijentovom željenom samopredstavljanju i 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 usmerenih 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 oko formi kojima žele da ih drugi oslovljavaju i na njih upućuju (npr. imena, zamenice, titule) i da na pogrešna oslovljavanja odgovaraju na snažljiv način koji doprinosi rastu i održavanju klijentova blagostanja;
- podrška klijentima da razviju veštine rešavanja problema potrebne za upravljanje anksioznošću, stresom i disforijom u saradnji s pružaocima usluga iz oblasti mentalnog zdravlja, kao i da savladaju prepreke u praktičnom ili stvarnom životnom korišćenju preferirane komunikacije i preferiranog glasa;
- obezbeđivanje resursa za podršku koji olakšavaju razvoj glasovnih i komunikacijskih veština, vokalne svesti i blagostanja ili upućivanje klijenata na takve resurse;
- upućivanje klijenata drugim stručnjacima, kao što su stručnjaci za mentalno zdravlje, endokrinolozi, otorinolaringolozi i hirurzi glave i vrata, koji mogu biti opremljeniji da odgovore na specifične potrebe klijenta, ili saradnja s njima. Ovo može biti posebno relevantno u slučajevima kada se klijenti suočavaju s jedinstvenim izazovima zbog višestrukih barijera njihovom zdravlju i dobrobiti ili kada se klijent odluči na operaciju larinksa ili hormonsku terapiju.

Dve vrste operacije larinksa bitne su za TiRR populaciju: one za povisivanje osnovnog laringalnog tona ili fundamentalne frekvencije (npr. glotoplastika s pomeranjem prednje komisure unazad, krikotiroidna aproksimacija (engl.

**Lista preporuka:**

14.1 - Preporučujemo logopedima, fonetičarima i drugim stručnjacima za glas i komunikaciju da procene trenutno i željeno glasovno i komunikacijsko funkcionisanje transrodnih i rodno raznolikih ljudi i 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 za podršku vokalnog funkcionisanju, komunikaciji i dobrobiti ove populacije.

14.3 - Preporučujemo stručnjacima u području transrodnog zdravlja koji rade s transrodnim i rodno raznolikim osobama nezadovoljnim svojim glasom ili komunikacijom da razmotre upućivanje tih osoba logopedima, fonetičarima i drugim stručnjacima za glas i komunikaciju radi podrške, procene i terapijskih postupaka vezanih za glas.

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.

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.

*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; Mat-tai, 2003; Meister 2017; Mora, 2018; Neumann, 2004; Nuyenet al., 2022; Orloff, 2006; Pickuth, 2000; Rémacle, 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 glasnih žica injekcijom) (Bultynck et al., 2020; Isshiki et al., 1983; Kojima et al., 2008; Webb et al., 2021).

Dokumentovane akustičke dobiti od operacije povisivanja osnovnog laringalnog tona uključuju povišeni ton glasa (prosječne frekvencije (fo)) i povećanje Min fo (najniže frekvencije u fiziološkom glasovnom opsegu). Samoprocena TiRR osoba pokazuje opšte zadovoljstvo glasom nakon operacije, mada bi možda trebalo da se pojedinci zainteresovani za obuhvatnije promene vokalne ekspresije okrenu 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 posledice operacije za povisivanje tona može da proceni i tretira stručnjak za glas i komunikaciju tokom terapijskih postupaka za prilagođavanje glasa. Dokumentovane

štetne posledice operacije za povisivanje tona uključuju glasovne probleme poput disfonije, slabljenja glasa, ograničenog raspona govornog glasa, naročito u gornjem delu raspona (snižena maksimalna vrednost osnovnog laringalnog tona (Max fo) u fiziološkom rasponu glasa), hrapavosti glasa, vokalne nestabilnosti i opadanja frekvencijskih vrednosti tokom vremena (Kelly et al., 2018; Song i Jiang, 2017), mada je stopa ovih ishoda nekonzistentna.

Istraživanja operacija za snižavanje tona 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 testosteronске terapije i terapije prilagođavanja glasa i komunikacije (Webb et al., 2020) izveštavaju o statistički značajnom snižavanju fundamentalne frekvencije, koja se percipira kao ton glasa.

Terapija estrogenom kod TiRR osoba nije povezana s merljivim promenama glasa (Meszaros et al., 2005), dok je terapija testosteronom kod TiRR osoba rezultovala i željenim i neželjenim promenama 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 promene povezane s testosteronom terapijom obuhvataju sniženu fundamentalnu

frekvenciju glasa, češće pripisivanje maskulinih karakteristika glasu i povećano zadovoljstvo glasom. Dokumentovana nezadovoljstva testosteronskom terapijom uključuju izostanak ili nedovoljno snižavanje tona glasa, disfoniju, oslab glas (asteniju), ograničeni raspon pevačkog tona i vokalnu nestabilnost. Ova područja moguće je proceniti i tretirati tokom terapije prilagođavanja glasa i komunikacije.

Sve preporuke u ovom poglavlju iznete su na temelju sveobuhvatnog pregleda dokaza, procene prednosti i štete, vrednosti i preferenci pružalaca zdravstvenih usluga i pacijenata, mogućnosti upotrebe resursa i njihove operacionalizacije. U nekim slučajevima prepoznavamo da su dokazi ograničeni i/ili da usluge mogu biti nedostupne ili nepoželjne.

#### Preporuka 14.1

**Preporučujemo logopedima, fonetičarima i drugim stručnjacima za glas i komunikaciju da procene trenutno i željeno glasovno i komunikacijsko funkcionisanje transrodnih i rodno raznolikih ljudi i da razviju odgovarajuće intervencijske planove za one koji su nezadovoljni svojim glasom i komunikacijom.**

Stručnjaci za glas i komunikaciju mogu da procene zadovoljstvo predstavljanjem sociokulturnih pozicioniranja u komunikacijskim situacijama, uključujući rod i druge ukrštajuće identifikacije, uzimajući u obzir da one mogu, ali ne moraju da budu statične tokom vremena; karakteristike koji drugi pripisuju pojedincu i u kakvom su one odnose s njegovim ličnim identifikacijama, željama i blagostanjem; ocene glasovne i govorne prirodnosti; glasovnu i komunikacijsku funkcionalnost u odnosu na vokalne zahteve. Procene se mogu razlikovati po svojoj prirodi (npr. praćenje ishoda o kojem klijent samostalno izveštava; perceptivne, akustičke, aerodinamičke i endoskopske procene) u zavisnosti od svrhe (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, ali ne moraju da budu sekundarne rodno-afirmišućim medicinskim intervencijama u vidu androgene terapije ili operacije larinksa (Azul et al., 2017).

Logopedi, fonetičari i drugi stručnjaci za glas

i komunikaciju informišu TiRR osobe koje traže intervenciju nezadovoljne svojim glasom i komunikacijom, o dostupnim intervencijama koje podržavaju TiRR osobe u pogledu njihova glasa, komunikacije i blagostanja. Priroda svake opcije, uključujući potencijalne ishode i trajnost, treba da bude objektivno predstavljena da bi se TiRR osobi osigurali poštovanje i autonomija u odlučivanju. Odgovarajući intervencijski planovi su individualizovani i izvodivi i treba da uključuju sve dostupne stručne usluge. Ciljevi se mogu razvijati tokom trajanja stručne podrške, kako TiRR osoba istražuje modifikacije glasa i komunikacije, procenjuje svoje zadovoljstvo postignutom promenom 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 vokalnom funkcionisanju, komunikaciji i dobrobiti ove populacije.**

Obrazovanje i licenciranje stručnjaka u domenu glasa i komunikacije (npr. logopeda i drugih stručnjaka za govorno-jezičke patologije, fonetskih rehabilitatora, učitelja pevanja i drugih stručnjaka koji pružaju podršku u vezi s prilagođavanjem glasa) variraju u zavisnosti od lokacije, ali obično ne određuju kriterijume za rad sa specifičnim populacijama. Standardni kurikulumi formalnoga 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 veštine koje se odnose na vokalni mehanizam i interpersonalnu komunikaciju jesu temeljne, ali nisu dovoljne da se za TiRR populaciju sprovede kulturološki osetljiva nega usredsređena na osobu, koja je delotvorna, efikasna, inkluzivna i dostupna (Hancock, 2017; Russell i Abrams, 2019).

Logopedi, fonetičari i drugi stručnjaci u ovom području trebalo bi da steknu obuhvatno obrazovanje koje će ih podsticati da razvijaju samosvest, poniznost u otvaranju kulturnom znanju i njegovom sticanju, kao i kulturnu osetljivost da bi se s poštovanjem i pažljivo odnosili 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). Treba poštovati klijentove preferencije kada su u pitanju upotreba imena, način formalnog obraćanja, način navođenja roda i upotreba zamenica u celokupnoj komunikaciji s klijentom i o klijentu (uključujući medicinsku dokumentaciju, izveštaje, i mejlove). Obrazovanje takođe treba da upućuje u uređenje vežbaonice ili klinike i odgovarajućih administrativnih praksi, u kojima će se TiRR osobe osećati dobrodošlo, sigurno i uvaženo kada iznose zabrinutost ili probleme o kojima bi htele da se savetuju s timom za podršku u pogledu glasa i komunikacije.

Logopedima, fonetičarima, otorinolaringozima i drugim stručnjacima za glas i komunikaciju koji rade s TiRR ljudima biće potrebno praktično znanje o primenjivim načelima, mehanizmima i delotvornosti intervencije, zatim kompetencije u podučavanju, veštine u modelovanju glasa i modifikaciji komunikacije, kao i temeljno razumevanje transrodnog zdravlja, uključujući hormonske i hirurške tretmane i psihosocijalne probleme koji specifično pogađaju TiRR populaciju. Obrazovanje treba da obuhvati metodologije i prakse razvijene u TiRR zajednicama koje su se pokazale delotvornim, 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 koji rade s transrodnim i rodno raznolikim osobama nezadovoljnim svojim glasom ili komunikacijom da razmotre upućivanje tih osoba logopedima, fonetičarima i drugim stručnjacima za glas i komunikaciju radi podrške, procene i terapijskih postupaka vezanih za glas.**

Stručnjak za glas i komunikaciju ima potrebne kompetencije da informiše i usmeri TiRR osobu koja je izrazila nezadovoljstvo svojim glasom ili komunikacijom, kada su te informacije i smernice dostupne. Postoje dokazi da logopedi, fonetičari i drugi stručnjaci za glas i komunikaciju pružaju takav oblik podrške koji klijentu omogućava da postigne zadovoljstvo glasom i komunikacijom, smanjujući rodnu disforiju i poboljšavajući s komunikacijom povezane aspekte kvaliteta 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 delotvorna u postizanju ciljanih promena glasa (Oates 2019). Sedam istraživanja sprovedenih pre 2020. godine pruža empirijske dokaze za efektivnost treninga glasa, mada su oni donekle slabi (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 delotvoran kada je reč o povećavanju prosečne fundamentalne frekvencije (prosečnog tona), fundamentalnog frekventnog raspona (raspona tona), zadovoljstva glasom, glasovnim feminitetom u samopercepciji i percepciji slušalaca, aspektima kvaliteta života povezanim s glasom i učešću u društvenim i profesionalnim aktivnostima. Slabosti identifikovanih istraživanja uključuju nedostatak nasumičnih kontrolnih testiranja za evaluaciju treninga glasa, male uzorke, neadekvatno dugoročno praćenje i manjak nadzora nad interferirajućim varijablama. U 2021. godini drugi sistematični 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 delotvornost glasovnog treninga za TiRR AFAB osobe. Međutim, postoji neki obećavajući, mada slabi dokazi delotvornosti iz jedne studije slučaja (Buckley et al., 2020) i jedne prospektivne studije grupnoga 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 namerava da traži predhirurški trening glasa za TiRR osobe. Zapravo se preporučuje da se sva dostupna podrška

usmeri prema individualizovanom informativnom savetovanju, ključnom za negu usredsređenu na osobu. Preporučuje se da se promišljanje TiRR osobe podrži individualizovanim informativnim savetovanjem utemeljenim na proceni glasa, probnoj terapiji prilagođavanja glasa i razgovoru s otolaringolozima ili drugim stručnjacima za glas i komunikaciju o očekivanim vokalnim ishodima i rizicima hirurških zahvata.

Za većinu laringalnih operacija preporučena je trening glasa, pre operacije – za pripremu glasovnog mehanizma na hiruršku intervenciju, i nakon operacije – za povratak funkcionalnoj proizvodnji glasa (Branski et al., 2006; Park et al., 2021). Probna terapija prilagođavanja glasa naročito se preporučuje kod operacija za povisivanje osnovnog laringalnog tona glasa jer postoje indikacije da se određene mere unapređuju njome, ali ne i operacijom povisivanja tona (npr. faktori relevantni za intonaciju i prirodnost, kao što je maksimalna vrednost osnovnog laringalnog tona ( $\text{Max } f_0$ ) u govornom rasponu (Kelly et al., 2018).

Broj i kvalitet evaluacionih istraživanja operacija snižavanja osnovnog laringalnog tona trenutno su nedovoljni, posebno u pogledu upoređivanja ishoda u slučajevima koji ne uključuju druge intervencije (npr. 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 upoređivani su s ishodima 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; Kunačak et al., 2000; Matai et al., 2003; Meister et al., 2017; Neumann i Welzel, 2004; Orloff et al., 2006; Pickuth et al., 2000; Rémacle 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 kombinaciji s treningom glasa (Casado, 2017; Kelly et al., 2018).

U 11 istraživanja koja izveštavaju o tome da li su učesnici prošli terapiju prilagođavanja glasa i komunikacije pre operacije za povisivanje osnovnog laringalnog tona, većina učesnika je imala prethodnu terapiju prilagođavanja glasa,

ali je, i dalje nezadovoljna svojim glasom, tražila i hiruršku intervenciju. Dakle, mnoga istraživanja hirurških ishoda reflektuju kombinovane učinke terapije prilagođavanja glasa i hirurške intervencije. Karakteristike koje predviđaju koji će klijenti zatražiti 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 uvek zadovoljne vokalnim ishodima testosteronske terapije i da se mnoge suočavaju s teškoćama, kao što je neadekvatno sniženje tona, narušavanje kvaliteta glasa, vokalne glasnoće, glasovne izdržljivosti, raspona tona i fleksibilnosti (Azul, 2015, 2016, 2017, 2018; Cosyns et al., 2014; Nygren et al., 2016; Ziegler et al., 2018). Nedavna metaanaliza 19 istraživanja učinaka najmanje jednogodišnje testosteronske terapije procenila je da 21% ispitanika nije dosegao normativne frekvencije cisrodnih muškaraca, 21% ispitanika izveestio 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 savetovanje pre početka tretmana trebalo bi da omogući razvoj realnih očekivanja radi izbegavanja razočaranja u vezi trajnog efekta hormonske terapije na glas i komunikaciju. Uz to, TiRR osobe koje nemaju pristup testosteronu ili ne žele testosteronsku terapiju, ali žele promenu glasa, kao i osobe koje su nezadovoljne ishodom testosteronskog tretmana mogu zatražiti savet logopeda, fonetičara ili drugog stručnjaka za glas i komunikaciju o alternativnim i dodatnim opcijama podrške (npr. bihevioralnoj terapiji prilagođavanja glasa i komunikacije; operaciji glasnica).



## PETNAESTO POGLAVLJE

### Primarna zdravstvena zaštita

Primarna zaštita je najšira grana zdravstvene nege, a definiše se kao „sistem integrisanih, pristupačnih usluga zdravstvene nege koju pružaju zdravstveni radnici odgovorni za rešavanje velike većine individualnih zdravstvenih potreba, razvoj održivog partnerstva s pacijentima i praksu u kontekstu porodice i zajednice“ (Institute of Medicine, 1996).

Pružaoци primarne zdravstvene zaštite (PPZZ-ovi) obuhvataju širok raspon zdravstvenih radnika koji pružaju ovu negu, što uključuje lekare opšte i porodične medicine, medicinske tehničare, više medicinske sestre, lekarske saradnike/asistente i interniste. Kratica “PPZZ” obuhvata zdravstvene radnike različitih obrazovanja, osposobljenosti i specijalizacija. S obzirom na stepen obrazovanja i prirodu specijalizacije, opseg prakse varira, pa stoga nisu svi pružaoци zdravstvenih usluga obučeni ili kvalifikovani za neposredno pružanje celokupne zdravstvene nege za transrodne osobe, kao što su mentalno zdravlje, nega genitalija/karlice ili postoperativna nega nakon rodno-afirmišućih zahvata. Lekari i drugi pružaoци zdravstvenih usluga nisu ni u jednoj fazi obrazovanja dovoljno edukovani o zdravlju transrodnih i rodno raznolikih osoba (TiRR) (Dubin et al., 2018), pa se većina veština stiče u praksi, bilo neformalno ili kroz kratkotrajne prilike za kontinuirano obrazovanje, v. takođe četvrto poglavlje – Obrazovanje. Međutim, ako su pružaoци zdravstvenih usluga kompetentni za pružanje slične nege za cisrodne pacijente, trebalo bi da razviju kompetencije i za brigu o TiRR pacijentima. Sve stručnosti navedene u nastavku treba smatrati delom prakse pružalaca zdravstvene zaštite. Svi PPZZ-ovi trebalo bi, međutim, da budu sposobni da vode računa o sveobuhvatnom zdravlju TiRR pacijenata, bilo neposredno ili adekvatnim upućivanjem drugim zdravstvenim radnicima, što uključuje druge specijaliste, zbog procene i liječenja. Nema dokaza da se kompetencije za negu TiRR pacijenata 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, veština i kulturnih kompetencija potrebnih za negu TiRR osoba.

Zbog jedinstvenih medicinskih, hirurških i socijalnih potreba s kojima se TiRR osobe susreću, PPZZ-ovi treba da razviju posebne kompetencije za njihovu negu, pored onih koje se očekuju od svih PPZZ-ova, koji se inače brinu o raznolikoj populaciji koja uključuje etničke, rasne ili seksualne manjine. Stručna tela iz niza opštih disciplina izdala su specifične preporuke i smernice za negu TiRR osoba (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 saradnici (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 cisrodnom (netransrodnom) osobama za fizičke, psihološke i seksualne zdravstvene probleme. Posebna nega vezana za promenu pola takođe je moguća u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.“ Mnogo je primera da se te usluge pružaju sigurno i efikasno izvan specijalističke nege u raznim gradovima, kao što su Toronto i Vankuver u Kanadi, Njujork i Boston u SAD i Sidnej u Australiji (Radix i Eisfeld, 2014; Reisner, Radix et al., 2016; Spanos et al., 2021).

#### **Hormonska terapija**

Da li će TiRR pacijenti dobiti medicinski potrebnu rodno-afirmišuću hormonsku terapiju (RAHT) od specijalista, npr. endokrinologa ili PPZZ-a, može zavisiti od dostupnosti edukovanih i predusretljivih pružalaca zdravstvenih usluga te od odluka na državnom nivou, kao što su zdravstveni propisi i finansiranje zdravstvenih usluga (v. preporuku 2.1 o medicinskoj nužnosti u drugom poglavlju – Globalnoj primenljivosti). U većem delu sveta specijalizovane usluge za TiRR osobe delimično su ili u potpunosti nedostupne, što povećava potrebu da svi pružaoци zdravstvenih usluga prođu obuku za pružanje rodno-afirmišuće nege. U nekim državama lekari porodične/opšte medicine obavezni su da TiRR pacijente upute specijalističkim službama (npr. klinikama za rodni identitet) što rezultira neprihvatljivim kašnjenjem 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 da vodi rodno-afirmišuću hormonsku terapiju. Bez obzira na to propisuju li hormone primarno ili ne, svi PPZZ-ovi treba da budu upoznati s lekovima, predloženim praćenjem i potencijalnim nuspojavama povezanim s GAHT-om (v. dvaesto poglavlje – Hormonsku terapiju). PPZZ-ovi bi trebalo da budu u mogućnosti da izdaju odgovarajuće upute za odgovarajuće pružaoce usluga za sve usluge povezane s tranzicijom koje sami ne pružaju.

Ovo poglavlje podržava tvrdnju da GAHT mogu da propišu PPZZ-ovi ili drugi nespecialisti: „Uzimajući u obzir prepreke u pristupu zdravstvenoj nezi i važnost GAHT-a za ovu populaciju, imperativ je da su pružaoци primarne zdravstvene zaštite sposobni i voljni da TiRR pacijentima osiguraju GAHT” (Shires, 2017).

Od PPZZ-ova se obično traži da pruže negu za širok raspon stanja i potreba, uključujući one s kojima su možda imali ograničeno ili nikakvo prethodno iskustvo. To često uključuje konsultovanje često korišćenih i lako dostupnih referensnih izvora, kao što su smernice stručnih udruženja ili pretplata na onlajn baze znanja. Pružaoцима primarne zdravstvene zaštite savetuje se da koriste sličan pristup kada se od njih traži da pruže osnovnu negu vezanu za GAHT korišćenjem Standarda nege, 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 lekova koji se često koriste u rodno-afirmišućim režimima deo svakodnevne prakse u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, uključujući, ali ne i isključivo, testosteron, estradiol, progesteron i druge progestagene i spironolakton.

### **Mentalno zdravlje**

Pružaoци primarne zdravstvene zaštite trebalo bi da budu sposobni i voljni da procene i pruže podršku mentalnom zdravlju TiRR osoba, između ostalog i rodno-afirmišućom hormonskom terapijom koja može da ublaži rodnu disforiju i omogući rodno izražavanje. U najmanju ruku, trebalo bi da budu svesni tih potreba i da se dodatno konsultuju sa specialistima i stručnjacima, kada je to potrebno.

### **Preventivna nega**

Lekari opšte prakse odnosno porodične medicine verzirani su u pružanju sveobuhvatne primarne i sekundarne prevencije malignih bolesti s obzirom na to da je ona uobičajena u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Smernice za prevenciju malignih bolesti utemeljene na dokazima razlikuju se na globalnom nivou zbog razlika u nacionalnim smernicama 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 procenu prevalencije raka dojke ili reproduktivnih organa u TiRR populaciji (Joint et al., 2018). Međutim, skrining malignih bolesti uopšte trebalo bi da se vodi lokalnim smernicama. U nastavku se detaljno govori o nekoliko modifikacija, u zavisnosti od vrste i trajanja primene hormona, hirurške intervencije ili oboje. Kada neguju transrodne pacijente, pružaoци primarne zdravstvene zaštite trebalo bi da vode ažurnu evidenciju o tome koji su organi prisutni kod TiRR pacijenata, da bi im se mogao ponuditi odgovarajući, rutinski skrining.

Taj inventar organa treba ažurirati na osnovu hirurške istorije ili bilo kojeg razvoja do kojeg je došlo zbog uzimanja rodno-afirmišućih hormona. Ne pružaju svi PPZZ-ovi negu tokom celog života. Međutim, ako pružaoци zdravstvenih usluga brinu o deci, adolescentima ili starijim cisrodnom osobama, trebalo bi da razviju i kompetencije za transrodnu negu primenjivu na te starosne grupacije. Ako nisu u mogućnosti da to učine, tada bi trebalo da budu u mogućnosti da izdaju odgovarajuće upute zdravstvenim radnicima koji brinu o toj populaciji.

Sve preporuke u ovom poglavlju donesene su na osnovu temeljitog pregleda dokaza, procene dobrobiti i štete, vrijednosti i preferencija pružalaca zdravstvenih usluga i pacijenata, kao i potrebnih resursa i izvodivosti. U nekim slučajevima shvatamo da su dokazi ograničeni i/ili usluge možda nisu dostupne ili poželjne.

**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 i prisustvo tradicionalnih kardiovaskularnih i cerebrovaskularnih faktora rizika radi pružanja redovne procene kardiovaskularnog rizika prema utvrđenim smernicama koje se koriste na lokalnom nivou.

15.2 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima da procene i nadgledaju kardiovaskularno zdravlje TiRR osoba koristeći prilagođenu procenu faktora rizika i kardiovaskularne/cerebrovaskularne metode praćenja.

15.3 - Preporučujemo da zdravstveni radnici prilagode modele izračuna rizika utemeljene na polu, koji se koriste za procenu zdravstvenih stanja, prilagode potrebama TiRR osoba, uzimajući u obzir trajanje hormonske terapije, doziranje, nivoe hormona u serumu, trenutni uzrast i uzrast kada je hormonska terapija započela.

15.4 - Preporučujemo da zdravstveni radnici savetuju transrodne i rodno raznolike osobe o štetnosti duvana i da savetuju apstinenciju od duvana/nikotina pre 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, kada neguju TiRR osobe koje su primale estrogene, slede lokalne smernice za skrining raka dojke razvijene za cisrodne žene, uzimajući u obzir trajanje hormonske terapije, doziranje, trenutni uzrast i uzrast kada je počela primena hormona.

15.7 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima da slede lokalne smernice za skrining raka dojke razvijene za cisrodne žene kada neguju TiRR osobe s grudima razvijanim od natalnog puberteta koje nisu imale rodno-afirmišuću operaciju prsnog koša.

15.8 - Preporučujemo da zdravstveni radnici primenjuju iste lokalne smernice za skrining (uključujući preporuku kada da ne rade skrining) razvijene za cisrodne žene s prosečnim i povećanim rizikom od razvoja raka jajnika ili endometrijuma kada neguju TiRR osobe s jednakim rizicima.

15.9 - Ne preporučujemo rutinsku ooforektomiju ili histerektomiju isključivo u svrhu prevencije raka jajnika ili materice kod TiRR osoba koje su podvrgnute lečenju testosteronom i koje inače imaju prosečan rizik od zloćudnih bolesti.

15.10 - Preporučujemo da zdravstveni radnici ponude skrining za rak grlića materice TiRR osobama koje trenutno imaju ili su prethodno imale grlič materice, sledeći lokalne smernice za cisrodne žene.

15.11 - Preporučujemo da zdravstveni radnici savetuju TiRR osobe da uzimanje antiretrovirusnih lekova 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 i prisustvo uobičajenih faktora rizika za osteoporozu, da bi se procenila optimalna starost za skrining osteoporoze i potreba za njim.

15.13 - Preporučujemo da zdravstveni radnici razgovaraju o zdravlju kostiju s TiRR osobama, upućujući ih na potrebu za aktivnim vežbanjem s opterećenjem, zdravom ishranom, dodatkom kalcijuma i vitamina D.

15.14 - Preporučujemo da zdravstveni radnici ponude TiRR osobama upute za uklanjanje dlačica s lica, tela i genitalnih područja radi afirmacije roda ili u sklopu preoperativnog procesa.

**Preporuka 15.1**

**Preporučujemo zdravstvenim radnicima da pribave detaljnu anamnezu transrodnih i rodno raznolikih osoba, koja uključuje prošle i aktualne hormonske terapije, operacije gonada i prisustvo tradicionalnih kardiovaskularnih i cerebrovaskularnih faktora rizika u cilju pružanja redovne procene kardiovaskularnog rizika prema utvrđenim smernicama koje se koriste na lokalnom nivou. Za propratni tekst v. preporuku 15.3.**

**Preporuka 15.2**

**Preporučujemo zdravstvenim radnicima da procene i nadgledaju kardiovaskularno zdravlje TiRR osoba koristeći prilagođenu procenu faktora rizika i kardiovaskularne/cerebrovaskularne metode praćenja. Za propratni tekst v. preporuku 15.3.**

**Preporuka 15.3**

**Preporučujemo da zdravstveni radnici prilagode modele izračune rizika utemeljene na polu, koji se koriste za procenu zdravstvenih stanja, prilagode potrebama TiRR osoba, uzimajući u obzir trajanje hormonske terapije, doziranje, nivoe hormona u serumu, trenutni uzrast i uzrast kada je hormonska terapija započela.**

Kardiovaskularne bolesti (KVB) i moždani udar vodeći su uzroci smrtnosti u svetu (WHO, 2018). Opsežni podaci među rasnim, etničkim i seksualnim manjinama iz različitih okruženja pokazuju značajne nesrazmere u prevalenciji kardiovaskularnih bolesti i njihovih faktora rizika, kao i u ishodima medicinskih intervencija. Strukturni faktori, kao što su pristup nezi, socioekonomski status i alostatsko opterećenje povezano s manjinskim stresom, pridonose tim

nesrazmerama (Flentje et al., 2020; Havranek et al., 2015; Streed et al., 2021). TiRR osobe često doživljavaju socijalna, ekonomska i diskriminatorska stanja slična stanjima drugih manjinskih grupa 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 posledice vezane za interseksijski stres. Nasuprot tome, pristup rodno-afirmišućoj nezi, uključujući GAHT, može da predupredi povećanje rizika od kardiovaskularnih bolesti zbog poboljšanja kvaliteta života i smanjenja rodne disforije i inkongruencije (Defreyne et al., 2019; Martinez et al., 2018). Pružaoci primarne zdravstvene zaštite mogu značajno da poboljšaju zdravlje TiRR osoba skriningom 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 procenjuju prevalenciju kardiovaskularnih bolesti, moždanog udara ili rizika od kardiovaskularnih bolesti kod TiRR osoba, nezavisno od GAHT-a, ukazuju na povišen kardiovaskularni rizik, uključujući visoke stope nedijagnostikovanih i nelečenih 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 su imale veće izgleda za diskriminaciju, psihološke poteškoće i nepovoljna iskustva iz detinjstva, a sve to je bilo povezano s povećanim izgledima za nastanak kardiovaskularnih bolesti (Potteat et al., 2021).

U američkim studijama utemeljenim na podacima koji su prikupljeni na osnovu 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-ja), 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 samoprocene zdravlja pacijenata. U SAD-u TiRR osobe koje se javljaju radi GAHT-a mogu imati veće stope nedijagnostikovanih i nelečenih faktora rizika za KVB u poređenju s cisrodnom populacijom (Denby et al., 2021), ali to možda nije globalno primenjivo.

Velika studija slučaja iz 2018. iz nekoliko američkih centara koji su koristili cisrodnu kontrolnu grupu u razmeri 10:1 nije pronašla statistički značajnu razliku u stopama MI-ja ili moždanog udara između transrodnih žena i cisrodnih muškaraca, kao ni razliku u stopama MI-ja, moždanog udara ili venske tromboembolije (VTE-a) između transrodnih muškaraca i cisrodnih muškaraca ili žena. Postojala je statistički značajna razmera rizika od 1,9 za VTE među transrodnim ženama u poređenju s cisrodnim muškarcima. Podkohorta transrodnih žena koje su započele GAHT 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 pokazalo je da broj osoba izloženih tretmanu potreban za pojavu neželjenog ishoda (NNH; nije naveden u radu) iznosi između 71 i 123 (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 mlađe dobi (Martinez et al., 2020; Nota et al., 2019).

Evropske i američke studije sprovedene u populaciji transrodnih žena koje su pristupile feminizirajućem GAHT-u sve više ukazuju na povećan rizik od KVB-a, moždanog udara ili od oba, 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 varijabilna prilagođavanja 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). Pored toga, ukupni povećani rizik bio je mali. U mnogima od tih

studija, većina transrodnih žena koje su doživele 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 ostalima, etinil estradiol i sintetički estrogen, koje značajno povećavaju rizik od tromboze i ne preporučuju se za upotrebu u feminizirajućim terapijama (Gooren et al., 2014; Martinez et al., 2020). Trenutni ograničeni dokazi upućuju na to da je GAHT na bazi estrogena povezan s povećanim rizikom od infarkta miokarda i moždanog udara, ali je nejasno da li je 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 rizik od KVB-a tokom GAHT-a najbolje mogu da kontrolišu procenom TiRR osoba na KVB i promenjive faktore rizika od KVB-a, kao što su dijabetes, hipertenzija, hiperlipidemija, gojaznost i pušenje, kao i rešavanjem 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, pravovremenog tretmana rizičnih stanja i njihovim prilagođavanjem na način koji podržava tekuće rodno-afirmišuće intervencije.

Smernice za procenu rizika razlikuju se u zavisnosti od nacionalnog ili međunarodnog kontekstu i naučne afilijacije autora smernica. Smernice za prevenciju KVB-a takođe se razlikuju po prirodi i učestalosti procene 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 uzrastu iznad 40 godina, kada kardiovaskularni rizik raste, smernice jasno preporučuju planirane procene rizika korišćenjem proračunatog predviđanja ukupnog desetogodišnjeg rizika od kardiovaskularnih bolesti na osnovu jednačina predviđanja rizika iz velikih uzoraka populacije. Primeri modela izračuna rizika uključuju: SCORE (preporučuju ga Evropske smjernice za prevenciju kardiovaskularnih bolesti), *Pooled Cohort Studies Equations*, odnosno

jednačine združenih kohortnih studija (2013 AHA ACC Smernice za procenu rizika od kardiovaskularnih bolesti), Framinghamske ocene rizika i grafikone predviđanja rizika Svetske zdravstvene organizacije (WHO). Grafikoni Svetske zdravstvene organizacije izrađeni su na osnovu informacija iz zemalja u svakoj podregiji. U mnogim mestima s ograničenim resursima nisu dostupni uređaji za merenje kolesterola ili glukoze u serumu, pa su dostupni alternativni dijagrami predviđanja bez tih merenja.

Treba napomenuti da su svi aktuelni modeli izračuna kardiovaskularnog rizika rodno uslovljeni, odnosno da koriste pol kao značajnu varijablu rizika. Trenutno nema dovoljno podataka o intervencijama s ciljem smanjivanja kardiovaskularnog rizika u različitim uzrastima kod TiRR osoba koje su podvrgnute medicinskim i hirurškim intervencijama da bi se jednačine predviđanja prilagodile. Uprkos tome, jasno je da i pol pripisan po rođenju i medicinska tranzicija mogu da utiču na parametre koji se koriste za proračun kardiovaskularnog rizika (Connelly et al., 2019; Defreyne et al., 2019; Maraka et al., 2017; Martinez et al., 2020). Pružaoци zdravstvenih usluga mogu da primene različite pristupe korišćenju modela izračuna kardiovaskularnog rizika kod TiRR osoba, uključujući i korišćenje modela izračuna rizika za pol pripisan po rođenju, afirmisani rod ili ponderisani prosek na osnovu oba, uzimajući u obzir ukupno vreme izloženosti GAHT-u tokom života. Iako nema dovoljno podataka, korišćenje afirmisanog roda za transrodne odrasle osobe s istorijom otpočinjanja GAHT-a u pubertetskom uzrastu verovatno će biti najprikladnije. Pacijenti s anamnezom submaksimalne upotrebe GAHT-a ili produženih vremenskih razdoblja nakon gonadektomije bez supstitucionog hormona pre otprilike 50. godine mogu iziskivati još detaljniji pristup. Pružaoци zdravstvenih usluga trebalo bi da budu svesni karakteristika i ograničenja modela izračuna rizika koji se koriste i da uključe pacijente u donošenje odluka u vezi s tim razmatranjima.

Trenutno nema studija koje bi upoređivale prevalenciju dislipidemije između transrodnih i cisrodnih uzoraka, uz kontrolu upotrebe hormona. Kao što je prethodno navedeno, podaci u drugim populacijama pokazuju da prisustvo psihosocijalnog stresa u detinjstvu i odrasloj dobi pogoduje gojaznosti i abnormalnom

metabolizmu lipida. Hormonske terapije na bazi testosterona ili estrogena utiče 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) i triglicerida, s različitim učincima na holesterol lipoproteina niske gustine (LDL), dok testosteron varijabilno utiče na trigliceride, smanjuje HDL-holesterol i povećava LDL-holesterol. Način primene takođe može da utiče na taj obrazac, naročito u odnosu na oralni estrogen naspram transdermalnog i njihov utjecaj na trigliceride (Maraka et al., 2017). Generalno, 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 uzimanje hormona otpočele nakon 50. godine, niti one koje ispituju učinke i nakon 2–5 godina terapije.

Nedostaju studije koje upoređuju prevalenciju hipertenzije između TiRR i cisrodnih uzoraka uz kontrolu upotrebe hormona. Podaci u drugim populacijama pokazuju da hronični i akutni psihosocijalni stres, uključujući iskustvo diskriminacije, mogu da posreduju hipertenziju (Din-Dzietham et al., 2004; Spruill, 2010). U američkim studijama koje su se bazirale 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 nedosledne učinke na sistolni i dijastolni krvni pritisak. Retrospektivna studija učinaka estrogenskih i testosteronskih režima GAHT-a na krvni pritisak otkrila je blagi pad sistolnog krvnog pritiska nakon uvođenja režima zasnovanih na estrogenu; iako je postojao blagi rast (4 mm Hg) srednjeg sistolnog krvnog pritiska tokom dugotrajnog praćenja režima zasnovanih na testosteronu, ta razlika je bila na granici statističkog značaja i od ograničenog kliničkog značaja (Banks et al., 2021). Sistematski pregled je zaključio da, s obzirom na ograničen 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 sklopu feminizirajućeg GAHT-a, 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 efekte hormona kod TiRR osoba s već postojećom hipertenzijom koje su hormonsku terapiju započele nakon 50. godine života, niti one koje istražuju učinke i nakon 2–5 godina terapije. Transrodne osobe koje primaju GAHT trebalo bi da se podvrgnu bilo kojem dodatnom skriningu krvnog pritiska ili praćenju navedenom u smernicama WPATH-a za GAHT.

Postoje ograničeni podaci koji upoređuju prevalenciju dijabetesa između TiRR i cisrodnih uzoraka nezavisno od hormonske terapije. Nedavni podaci iz kohortne studije *STRONG* (Islam et al., 2021) otkrili su da su prevalencija i incidencija dijabetesa tipa 2 veće u kohorti trans žena u poređenju s cisrodnim ženama, ali ne i kod cisrodnih muškaraca u kontrolnoj grupi. Nisu primećene značajne razlike u prevalenciji ili incidenciji dijabetesa tipa 2 u kohorti trans muškaraca i TiRR osoba generalno nakon početka hormonske terapije. Međutim, prosek praćenja za obe grupacije 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 utemeljene 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/telesnu 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 efekte hormona na TiRR osobe s već postojećim dijabetesom koje su uzimanje hormona započele nakon 50. godine života, niti one koje ispituju učinke i nakon 2–5 godina terapije. Trenutno nema studija koje se posebno bave dijabetesom kod odraslih osoba prethodno podvrgnutih terapiji supresije puberteta.

Dok su studije srednjoročnog ishoda efekta GAHT-a na krvni pritisak i lipide korisne za stvaranje hipoteza i za proučavanje etiologije, buduće studije trebalo bi da se usredsrede na kardiovaskularne ishode za koje postoji interes, s posebnim fokusom na pojedinačne prediktore kao što su uzrast, način primene i doza korišćenih hormona, kao i kumulativna izloženost GAHT-u tokom života. Prilikom tumačenja podataka uvek treba uzeti u obzir da li su cisrodne kontrolne grupe bile istog natalnog pola ili identifikovanog roda.

#### Preporuka 15.4

**Preporučujemo da zdravstveni radnici savetuju transrodne i rodno raznolike osobe o štetnosti duvana i da savetuju apstinenciju od duvana/nikotina pre rodno-afirmišućeg hirurškog zahvata.**

Pušenje je vodeći uzročnik kardiovaskularnih bolesti, plućnih bolesti i raka širom sveta (WHO, 2020). TiRR osobe imaju veću prevalenciju konzumacije duvana u poređenju s cisrodnom osobama, što varira po rodnom spektru (Azagba et al., 2019; Buchting et al., 2017). Taj obrazac je u skladu s drugim populacijama koje doživljavaju manjinski stres (Gordon et al., 2021). Pružaoci primarne zdravstvene zaštite mogu da podstiču mere protiv faktora rizika kao što su konzumacija duvana i izloženost personalnoj ili strukturnoj diskriminaciji, ali i posedovanje rodno-afirmišućih ličnih dokumenata i zdravstvenog osiguranja (Kidd et al., 2018; Shires i Jafee, 2016).

Zdravstveni rizici konzumacije duvana nerasprostrano utiču na TiRR osobe, prvenstveno zbog smanjenog pristupa kulturno kompetentnom, pristupačnom skriningu i lečenju bolesti povezanih s pušenjem (Shires i Jafee, 2016). Pušenje može dodatno da poveća kardiovaskularni rizik i rizik od VTE-a kod TiRR osoba koje primaju feminizirajući GAHT (Hontscharik, Alba, Manno et al., 2021). Pušenje takođe

udvostručuje ili utrostručuje rizik od opštih hirurških komplikacija, kao što su zaceljivanje rana, ožiljci 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 pre operacije i apstiniranje šest nedelja nakon operacije značajno smanjuje komplikacije (Yoong et al., 2020).

Trenutno jedva da postoje studije o programima prestanka pušenja koji su posebno usmereni na TiRR osobe (Berger i Mooney-Somers, 2017). Međutim, ograničeni dokazi ipak sugerišu da pružaoci primarne zdravstvene zaštite mogu da ojačaju napore da se pušenje prekine rešavanjem učinaka manjinskog stresa (Gamarrel 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 prestanak. Nikotinska supstituciona terapija i/ili drugi dodaci za prestanak treba da budu dostupni, s naglaskom na individualne preferencije i prepoznavanje temeljnih bihevioralnih faktora zdravlja koji doprinose nastavku konzumacije nikotina. Donošenje odluka u vezi s pristupom GAHT-u ili hirurškom zahvatu treba da uključuje 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 tokom celog života stigme, diskriminaciju i potiskivanje identifikovanog roda (Fabbre i Gaveras, 2020; Witten, 2017). To iskustvo utiče na interakcije starijih TiRR osoba sa sistemom zdravstvene nege (Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Kattari i Hasche, 2016; Walker et al., 2017). Veća je verovatnoća da će starije transrodne osobe ređe 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 nezi i posledice izazvane manjinskim stresom često rezultiraju odloženom negom, potencijalno pogoršavajući hronična stanja uobičajena za starenje (Bakko i Kattari, 2021; Fredriksen-Goldsen et al., 2014).

Iako postoji tek 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 punoletnicima (Cai et al., 2019). Iako uzrast sam po sebi nije apsolutna kontraindikacija ili ograničenje za rodno-afirmišuće medicinske ili hirurške intervencije, starije TiRR osobe možda nisu svesne trenutnog raspona dostupnih društvenih, medicinskih ili hirurških opcija koje im mogu pomoći da zadovolje svoje potrebe (Hardacker et al., 2019; Holulberg, 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 cisrodnom LGBT 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 podstičući 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 dece (Fredriksen-Goldsen 2011; Witten, 2017). Najčešći izvor brige za TiRR osobe s obzirom na starenje jeste gubitak sposobnosti da se brinu o sebi i posledični odlazak u starački dom ili ustanovu za potpomognuto življenje (Henry et al., 2020). Iako ustanove koja pružaju dugotrajnu negu nude korisnu i potrebnu pomoć, u njima postoji potencijal za fizičko ili emocionalno zlostavljanje, uskraćivanje GAHT-a i osnovne njege,

autovanje osobe bez pristanka te sprečavanje osobe da živi i oblači se u skladu sa svojim potvrđenim rodnom (Auldridge et al., 2012; Pang et al., 2019; Porter et al., 2016). Starije TiRR osobe kao najpotrebnije usluge ističu smeštaj 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 negu odnosno dugoročnu negu na kraju života.

Osim kada je reč o nezavisnom uticaju faktora, kao što su manjinski stres i društvene determinante zdravlja u kasnijim godinama, nedostaju podaci o specifičnim zdravstvenim problemima s kojima se suočavaju 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 svojoj šestoj, sedmoj, osmoj ili kasnijim decenijama. Uz sve veći udeo transrodnih osoba koje GAHT započinju u mlađem uzrastu, uključujući neke koje ga započinju u vreme puberteta, studije o uticaju decenija GAHT-a na dugoročno zdravlje sve su važnije.

#### Preporuka 15.6

**Preporučujemo da zdravstveni radnici, kada neguju TiRR osobe koje su primale estrogene, slede lokalne smjernice za skrining raka dojke razvijene za cisrodne žene, uzimajući u obzir trajanje hormonske terapije, doziranje, trenutni uzrast i uzrast u kojem je počela primena hormona.**

TiRR osobama koje uzimaju GAHT na bazi estrogena razviće se dojke, pa ih je stoga potrebno razmatrati kao kandidate za skrining raka dojke. Egzogeni estrogen može biti jedan od brojnih faktora koji doprinose riziku od raka dojke kod cisrodnih osoba. Objavljene su dve kohortne studije koje procenjuju prevalenciju raka dojke među transrodnim ženama u Nizozemskoj (Gooren et al., 2013) i SAD-u (Brown i Jones, 2015). Obe su bile retrospektivne kohorte kliničkih uzoraka i koristile su dijagnozu raka dojke kao ishod od interesa, uz cisrodnu



kontrolnu grupu za poredenje. Nijedna studija nije uključivala prospektivni skrining raka dojke i obe su imale značajna metodološka ograničenja. Objavljene su brojne smernice (Deutsch, 2016a) koje preporučuju kombinaciju „uzrasta i vremena izloženosti estrogenu“ kao odrednicu potrebe za otpočinjanjem skrininga. 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 na povećanje rizika, ako do njega uopšte dolazi (Rebbeck et al., 2005). Nije poznato u kojoj mjeri rodno-afirmišuća estrogenska terapija povećava rizik, ako ga uopšte povećava. Pacijente s poznatom mutacijom BRCA1 treba uputiti u ove nepoznanice, a pacijent i pružalac zdravstvenih usluga zajednički i uz informisani pristanak treba da donose odluke, uz uvažavanje brojnih prednosti GAHT-a.

Skrining raka dojke među transrodnim ženama takođe bi trebalo da u obzir uzme verovatnoću da su grudi transrodnih žena gušće na mamografiji. Guste grudi, istorija korišćenja punila, 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 punila za povećanje grudi, jednako tako mogu se razviti komplikacije, poput sklerozirajućih lipogranuloma koji zamućuju normalno tkivo na mamografiji ili ultrazvuku.

#### Preporuka 15.7

**Preporučujemo zdravstvenim radnicima da slede lokalne smjernice za skrining raka dojke razvijene za cisrodne žene kada neguju TiRR osobe s grudima razvijanim od natalnog puberteta koje nisu imale rodno-afirmišuću operaciju prsnog koša.**

Kod TiRR osoba kojima je po rođenju pripisan ženski pol i koje su razvile dojke tokom natalnog puberteta, postoji teoretska zabrinutost oko toga da li su direktna izloženost testosteronu i aromatizovanom 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 grupaciji imaće nešto preostalog tkiva dojke, pa je važno da pružaoci zdravstvenih usluga budu svesni da rizik od raka dojke u ovoj populaciji nije jednak nuli. Vreme i način pristupa skriningu raka dojke za grupaciju koja je imala operaciju prsnog koša trenutno nije utvrđen, a slično kao i kod cisrodnih muškaraca sa značajnom porodičnom anamnezom ili mutacijom gena BRCA, skrining putem MRI-ja ili ultrazvuka može biti prikladan. S obzirom na to da se korisnost i primena tih pristupa nisu proučavali i da se samopregledi i medicinski preventivni pregledi prsa/grudi cisrodnih žena ne preporučuju, zbog potencijalne štete izazvane lažnim pozitivnim rezultatima i predijagnostikovanjem (dijagnostikovanje raka koji bi se povukao sam od sebe, bez potrebe za intervencijom), bilo koji pristup skriningu u ovoj populaciji trebalo bi da se odvija u kontekstu zajedničkih odluka pacijenata i pružalaca zdravstvenih usluga, donetih s obzirom na potencijalne štete, koristi i nepoznanice tih pristupa.

#### Preporuka 15.8

**Preporučujemo da zdravstveni radnici primenjuju iste lokalne smernice za skrining (uključujući preporuku kada da ne rade skrining) razvijene za cisrodne žene s prosečnim i povećanim rizikom od razvoja raka jajnika ili endometrijuma kada neguju TiRR osobe s jednakim rizicima.**

Aktuelne konsenzusne smernice ne preporučuju rutinski skrining raka jajnika za cisrodne žene. Zabeleženi 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 lečenju testosteronom i koje inače imaju prosečan 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 izmene u funkciji lutealne faze i proizvodnji progesterona. To stanje, u kombinaciji

s mogućim povećanim izlaganjem estrogenu zbog aromatizacije egzogenog testosterona, izaziva zabrinutost zbog preterane ili nesuprotstavljene izloženosti endometrijuma estrogenu, iako je klinički značaj nepoznat. Histološke studije endometrijuma 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 transmasculinih osoba koje su bile podvrgnute histerektomiji s ooforektomijom, benigna histopatologija jajnika zabeležena je u svim slučajevima (n = 85) (Grimstad et al., 2020). Iako nedostaju prospektivni podaci o ishodu, u ovom trenutku nema dovoljno dokaza koji bi podržali preporuku da se transrodni muškarci podvrgnu rutinskoj histerektomiji ili ooforektomiji isključivo zato da bi se sprečio rak endometrijuma ili jajnika. Naravno, neobjašnjive znakove/simptome raka endometrijuma ili jajnika treba prikladno proceniti.

#### Preporuka 15.10

**Preporučujemo da zdravstveni radnici ponude skrining za rak grlića materice TiRR osobama koje trenutno imaju ili su prethodno imale grlić materice, sledeći lokalne smernice 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 smernicama utemeljenim na uzrastu. To uključuje vakcinaciju protiv humanog papiloma virusa (HPV-a) i skrining u skladu s lokalnim smernicama, uključujući i kombinovani citološki pregled i testiranje na visokorizični HPV, ako su dostupni. Važno je da zdravstveni radnici budu pažljivi pri pregledima karlice spekulomom, odnosno da bol i nelagodu transrodnih muških osoba svedu na najmanju moguću meru.

Manje je verovatno da su TiRR osobe s grličem materice bile podvrgnute konvencionalnom skriningu za rak grlića materice, ili zato što pregled može izazvati pogoršanje disforije i/ili zato što su lekari opšte prakse i pacijenti pogrešno informisani o potrebi za tim skriningom (Agenor et al., 2016; Potter et al., 2015). Osim toga, terapija testosteronom može rezultirati atrofičnim promenama genitalnog trakta, a trajanje primene testosterona povezano je s većom verovatnoćom da se dobije neadekvatan

uzorak za citološki skrining raka grlića materice (Peitzmeier et al., 2014). Alternative pregledu spekulomom i cervikalnoj citologiji, kao što su brisevi visokorizičnog HPV-a, koje uzimaju pružaoci zdravstvenih usluga ili ih pacijenti samostalno prikupe, mogu biti posebno korisni prilikom skrininga osoba s grličem materice. Istraživanje koje se sprovodi u SAD-u proučava korisnost samoprikupljenih vaginalnih testova na visokorizični HPV među populacijom transrodnih muškaraca. Utvrđeno je da su brisevi na HPV vrlo prihvatljivi među transrodnim muškarcima, s osetljivošću 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 procenile štete primarnog skrininga na HPV kod transrodnih muškaraca s obzirom na potencijalno povećanje šteta povezanih s invazivnim pregledima i kolposkopijama.

#### Preporuka 15.11

**Preporučujemo da zdravstveni radnici savetuju TiRR osobe da uzimanje antiretrovirusnih lekova nije kontraindikacija za rodno-afirmišuću hormonsku terapiju.**

Prevalencija virusa humane imunodeficijencije (HIV-a) nesrazmerno je visoka u TiRR populaciji. Nedavno sprovedena velika metaanaliza utvrdila je globalnu razmeru izgleda za infekciju HIV-om od 66 za transrodne žene i 6,8 za transrodne muškarce (Stutterheim et al., 2021). Pružaoci primarne zdravstvene zaštite imaju jedinstvenu priliku za pružanje ključne edukacije i sprovođenje preventivnih strategija, naročito onih povezanih sa smanjenjem prevalencije HIV-a među TiRR osobama. Nepoverenje u pružaoce zdravstvenih usluga zbog prethodnih iskustava diskriminacije i transfobije utiče na prevenciju HIV-a i narušava kontinuitet napora uloženi u negu (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 osećaju nesigurno dok razgovaraju o osetljivim temama kao što je dijagnoza HIV-a i da izbegavaju zdravstvenu negu zbog straha (Bauer et al., 2014; Gibson et al., 2016;

Seelman et al., 2017).

Zdravstveni radnici trebalo bi da budu sve-sni šireg konteksta u kojem mnoge TiRR osobe traže negu zbog rodno-afirmišućih hormona, hemoprofilakse / predekspozicijske profilakse (PrEP-a) HIV-a ili oboje. Mnogo je različitih za-bluda o sigurnosti istovremenog uzimanja rod-no-afirmišućih hormona i antiretrovirusne tera-pije kao hemoprofilakse ili za lečenje HIV-a.

Direktna istraživanja interakcije antiretrovi-rusnih lekova i rodno-afirmišuće hormonske terapije (ART-a/GAHT-a) zasad su ograničena. Podanaliza transrodnih žena i trans femininih osoba u okviru multinacionalnog ispitivanja iPrEx otkrila je slabe rezultate u ovoj grupaciji primenom analize s namjerom lečenja, iako su oni bili slični rezultatima cisrodnih homoseksu-alaca među transrodnim učesnicima koji su se pridržavali propisanih lekova, što sugerise da prihvatanje i pridržavanje predekspozicijske profilakse ostaje izazov u ovoj populaciji. Dve studije o učincima GAHT-a na tenofovir difos-fat (Grant et al., 2021) odnosno tenofovir difos-fat i emtricitabin (Shieh et al., 2019) otkrile su da značajno sniženi nivoi antiretrovirusnih (ART) lekova verovatno nisu od kliničkog značaja. Sve u svemu, podaci o interakciji hormonskih kontraceptiva i antiretrovirusnih lekova ohrabu-ju u pogledu uticaja hormona na ART (Nan-da et al., 2017). Budući da se estradiol delimi-čno metaboliše pomoću enzima citohroma P450 (CYP) 3A4 i 1A2, potencijalne interakcije s dru-gim lekovima koji indukuju ili inhibiraju te pu-teve, kao što su nenukleozidni inhibitori rever-zne transkriptaze (NNRTI, npr. efavirenz (EFV) i nevirapin (NVP)), mogu postojati (Badowski et al., 2021). Međutim, preferirani režimi prvog izbora ART-a u većini zemalja uključuju inhibi-tore integraze, koji imaju minimalne ili nikakve interakcije s rodno-afirmišućim hormonima i mogu se bezbedno 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 treba po potrebi da prate nivoje hormo-na u krvi. Stoga TiRR osobe koje žive s HIV-om i uzimaju antiretrovirusne lekove treba saveto-vati da je uzimanje antiretrovirusnih lekova uz GAHT sigurno.

#### Preporuka 15.12

**Preporučujemo da zdravstveni radnici priku-pe detaljnu anamnezu od TiRR osoba, koja uključuje prošle i sadašnje hormonske tera-pije, operacije gonada i prisustvo uobičajenih faktora rizika za osteoporozu, da bi se proce-nila optimalna starost za skrining osteoporoze i potreba za njim. Za propratni tekst v. prepo-ruku 15.13.**

#### Preporuka 15.13

**Preporučujemo da zdravstveni radnici raz-govaraju o zdravlju kostiju s TiRR osobama, upućujući ih na potrebu za aktivnim vežba-njem s opterećenjem, zdravom ishranom, do-datkom kalcijuma i vitamina D.**

Estrogen i testosteron potpomažu stvaranje i obnovu kostiju. Sniženi nivoi polnih hormona povezani su s većim rizikom od osteoporoze u starijem dobu (Almeida et al., 2017). TiRR osobe mogu da se podvrgnu medicinskim i/ili hirur-škim intervencijama koje potencijalno utiču na zdravlje kostiju, poput lečenja polnim hormoni-ma, blokade androgena i gonadektomije. Stoga je detaljna anamneza, uključujući prethodnu i aktualnu upotrebu hormona zajedno s operaci-jama gonada, neophodna da bi se utvrdila po-treba za skriningom osteoporoze.

Nekoliko opservacionih studija upoređivalo je mineralnu gustinu kostiju (BMD) TiRR odra-slih osoba pre i nakon rodno-afirmišuće hor-monske terapije, pri čemu su se TiRR pojedinci poredili s odgovarajućim cisrodnim kontrolnim grupama, s obzirom na pol pripisan po rođenju.

Nizak BMD može postojati pre uvođenja hor-mona. Jedna studija je pokazala da je BMD na vratu bedrene kosti, celom kuku i kičmi kod transrodnih žena u proseku niži nego kod ci-srodnih muškaraca istog uzrasta u kontrolnoj grupi (Van Caenegem, Taes et al., 2013). Dru-go istraživanje otkrilo je visoku prevalenciju niskih vrednosti BMD-a među mladim TiRR osobama pre početka uzimanja blokatora pu-berteta (Lee, Finlayson et al., 2020). Autori obe studije zaključili su da niske stope fizičke aktiv-nosti 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 opti-malnih. U jednoj studiji, 30% transrodnih žena koje su bile podvrgnute gonadektomiji imalo je nisku koštanu masu, što je bilo 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. Sistematični 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 lumbalnog dela kičme (ali ne i BMD-a vrata bedrene kosti) u poređenju s osnovnim merenjima. Među transrodnim muškarcima nije bilo statistički značajnih promena u lumbalnom delu kičme, vratu bedrene kosti i BMD-u celog kuka 12 i 24 meseca nakon početka uzimanja testosterona u poređenju s osnovnim merenjima (Singh-Ospina et al., 2017). Od objavljivanja ove studije, studija Evropske mreže za istraživanje rodne inkongruencije (*The European Network for Investigation of Gender Incongruence – ENIGI*), multicentrična prospektivna opservaciona studija (Belgija, Norveška, Italija i Holandija), objavila je rezultate BMD-a za 231 transrodnu ženu i 199 transrodnih muškaraca godinu dana nakon otpočinjanja GAHT-a (Wiepjes et al., 2017). Transrodne žene imale su povećanje BMD-a lumbalnog dela kičme, celog kuka i vrata bedrene kosti, a povećanje BMD-a celog kuka javilo se kod transrodnih muškaraca. Jedno istraživanje izvestilo je da nije bilo preloma kod transrodnih osoba 12 meseci 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 trebalo da bude indikacija za pojačani skrining osteoporoze. Naprotiv, prekidi GAHT-a kod onih koji su prethodno bili podvrgnuti gonadektomiji trebalo bi da dovede do razmatranja potrebe za takvim skriningom.

Smernice kliničke prakse uključuju preporuke za skrining osteoporoze kod TiRR osoba (Deutsch, 2016a; Hembree et al., 2017; Rosen et al., 2019). I Međunarodno udruženje za kliničku denzitometriju (engl. *International Society for Clinical Densitometry*, ISCD) i Endokrinološko društvo (engl. *Endocrine Society*) savetuju razmatranje osnovnog skrininga BMD-a pre uvođenja hormona za TiRR osobe. Daljnje preporuke za

skrining BMD-a zasnivaju se na nekoliko faktora koji uključuju pol pripisan po rođenju i uzrast, uz prisustvo uobičajenih faktora rizika za osteoporozu, kao što su prethodni prelomi, upotreba visokorizičnih lekova, stanja povezana s gubitkom koštane mase i niska telesna težina (Rosen et al., 2019). Konkretno, smernice ISCD-a navode da se testiranje BMD-a preporučuje za TiRR osobe ako imaju istoriju gonadektomije ili terapija koje snižavaju nivo endogenih gonadnih steroida pre početka GAHT-a, hipogonadizma bez namera da se započne GAHT ili poznate indikacije za testiranje BMD-a (Rosen et al., 2019). Međutim, nema puno dokaza za ovu preporuku.

Preporučeni modalitet skrininga za osteoporozu je dvoenergetska rendgenska apsorpcionometrija (DXA) lumbalnog dela kičme, celog kuka i vrata bedrene kosti (Kanis, 1994). Međutim, u mnogim zemljama s niskim i srednjim dohotcima, testovi BMD-a koji koriste DXA-u nisu dostupni, a rutinski skrining baziran na DXA-i ne sprovodi se u velikom broju zemalja, pri čemu je SAD izuzetak.

Pružaoци primarne zdravstvene zaštite trebalo bi da razgovaraju s TiRR osobama o načinima optimizacije zdravlja kostiju. Jednako bi tako trebalo da pružaju informacije o važnosti ishrane i fizičkih vežbi za održavanje zdravlja kostiju. TiRR osobe s osteoporozom ili rizikom od osteoporoze trebalo bi da se informišu o prednostima vežbi s opterećenjem i vežbi snage i otpora za ograničavanje gubitka koštane mase (Benedetti et al., 2018). Ishrana je sastavni deo zdravlja kostiju. Nedostaci ishrane, uključujući nedovoljan unos kalcijuma i nizak nivo vitamina D, mogu rezultirati 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 celokupnu 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 upute za uklanjanje dlačica s lica, tela i genitalnih područja radi afirmacije roda ili u sklopu preoperativnog procesa.**

Uklanjanje dlačica potrebno je zbog eliminacije maljavosti lica (Marks et al., 2019), ali i prilikom pripreme 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 dodir s urinom (npr. na onim područjima koja se koriste za konstrukciju neouretre) ili će se premestiti u delomično zatvorenu šupljinu u telu (npr. pri oblaganju neovagine) (Zhang et al., 2016). Tehnike uklanjanja dlačica koje se koriste u rodno-afirmišućoj nezi jesu 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 lekove SAD-a (FDA), dok je laserska epilacija odobrena za trajnu redukciju dlačica (Thoreson et al., 2020).

Elektroepilacija podrazumeva 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 neposredno mehanički sprečava dotok krvi u dlaku, može se koristiti na svim bojama dlake i tipovima kože (Martin et al., 2018). Elektroepilacija je dugotrajna i skupa jer zahteva individualnu obradu svakog folikula, ali je delotvorna u trajnom uklanjanju dlaka. Za trajno uklanjanje genitalnih dlačica pre 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 otoka (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 do određenog stepena razvija kod mnogih osoba, tako da one mogu da podnesu 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

svetlost iz lasera selektivno cilja melanin u vlasi (Gao et al., 2018). Ta se energija pretvara u toplotu koja oštećuje folikule u koži koji proizvode dlačice i rezultira sprečavanjem rasta dlačica. Dalji tretmani su potrebni da bi se postigli optimalni rezultati i obično se sprovode u razmaku od šest nedelja zbog ciklusa rasta kose (Zhang et al., 2016). Budući da laserska epilacija cilja melanin, rezultati mogu da budu ograničeni za one sa sedom, plavom ili crvenom kosom. Posebne činjenice treba uzeti u obzir kada se laserska epilacija koristi kod tamnolutih osoba (Fitcpatrikovi tipovi kože od IV do VI) (Fayne et al., 2018). Veći sadržaj melanina u epidermisu može se nadmetati s ciljnim hromoforom svetla ili lasera, odnosno melaninom u vlasi i folikulu dlake. Da bi došlo do selektivne termolize, toplota se širi od vlasi do folikularnih matičnih ćelija, uzrokujući štetu. Kod tamnijih tipova kože, umesto da dosegne ciljani melanin u vlasi, svetlost se apsorbira u epidermisu, gde se zatim pretvara u toplotu. To može rezultirati lošijim kliničkim ishodima i višom stopom termički indukovanih štetnih učinaka, kao što su hipo- ili hiperpigmentacija, stvaranje plikova i krusta (Fayne et al., 2018). Izbor talasne dužine lasera ključan je za smanjenje tog rizika, pri čemu se veća talasna dužina preporučuje da bi se smanjila apsorpcija svetlosti u epidermalnom melaninu i tako povećala delotvornost i smanjili štetni efekti kod pacijenata s tamnom kožom (Zhang et al., 2016). Nuspojave laserske epilacije mogu uključivati osećaj opekotina od sunca nakon tretmana, kao i upalu, crvenilo, hiperpigmentaciju i otoke. Poznato je da blještava svetla izazivaju epileptičke napade kod osetljivih pacijenata, pa bi u slučaju rizičnih pacijenata prethodno trebalo da se obavi preventivni pregled. Bol i nelagoda tokom postupka takođe mogu predstavljati značajnu prepreku, a pružaoći primarne zdravstvene zaštite treba da budu spremni da propišu lokalne ili sistemske analgetike, poput eutektičke mešavine lokalnih anestetika (EMLA-e) ili niskih doza sistemskih opioida. Kod genitalnih rodno-afirmišućih zahvata, neki preporučuju razmak od tri meseca između poslednjeg planiranog tretmana uklanjanja dlačica i izvođenja operacije kako bi se potvrdilo da neće doći do ponovnog rasta dlačica (Zhang et al., 2016).

## ŠESNAESTO POGHLAVLJE

### Reproduktivno zdravlje

Svi ljudi, uključujući transrodne osobe, imaju pravo da odluče da li žele ili ne žele da imaju decu (United Nations Population Fund, 2014). Medicinski nužni rodno-afirmišući hormonski tretmani (GAHT) i hirurški zahvati (v. drugo poglavlje – Globalnu primenljivost, preporuku 2.1), koji menjaju reproduktivnu anatomiju ili funkciju, mogu u različitoj meri da ograniče 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 za očuvanje plodnosti pre početka bilo kojeg tretmana, ali i nastaviti razgovore kontinuirano tokom i nakon tretmana (Hembree et al., 2017). Postojeće opcije za očuvanje plodnosti, kao što su zamrzavanje embriona, jajnih ćelija ili spermatozoida, mogu biti dostupne postpubertetskim transrodnim osobama (Nahata et al., 2019). Istraživački protokoli za zamrzavanje jajnih ćelija ili spermatozoida razvijeni su i istraženi (Borgstrom et al., 2020; Nahata et al., 2019; Rodriguez-Wallberg et al., 2019). Klinički je dokazana iskoristivost zamrznutih embriona, zrelih jajnih ćelija i spermatozoida, dok je funkcionalnost zamrznutih polnih tkiva u svrhu buduće retransplantacije, kojom bi se ili dobile potpuno funkcionalne polne ćelije ili bi se one mogle kultivisati 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 smernicama, zamrzavanje tkiva jajnika više ne smatra eksperimentalnim postupkom, ali su dokazi i dalje ograničeni kada je reč o deci prepubertetskog uzrasta (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019).

Individualizovana nega treba da se obezbedi u okviru pojedinačnih, ličnih ciljeva vezanih za roditeljstvo. Neka istraživanja sugeriraju da transrodne i rodno raznolike (TiRR) osobe, u poređenju s cisrodnim vršnjacima, ređe žele biološku decu ili decu uopšte (Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Russell et al., 2016; von Doussa et al., 2015). Ipak, nekoliko drugih istraživanja je pokazalo da mnoge transrodne osobe 1.) žele biološko potomstvo 2.) žale za propuštenim prilikama da očuvaju plodnost i 3.) voljne

su da odlože ili prekinu hormonsku terapiju da bi očuvale plodnost i/ili začele (Armuand, Dhejne et al., 2017; Auer et al., 2018; De Sutter et al., 2002; Tornello i Bos, 2017).

Zabeležene su mnoge prepreke očuvanju plodnosti, kao što su cena (koja je mnogo viša kada osoba nema zdravstveno osiguranje), nužnost hitnog početka tretmana, nemogućnost donošenja odluka usmerenih ka budućnosti, neadekvatno znanje ili pristranost pružalaca zdravstvene nege koja utiče na pružanje očuvanja plodnosti i otežan pristup očuvanju plodnosti (Baram et al., 2019; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020). Pored toga, transrodne osobe mogu da dožive pogoršanje simptoma rodne disforije zbog različitih koraka u procesu očuvanja plodnosti neodvojivo povezanih s rodom pripisanim po rođenju (Armuand, Dhejne et al., 2017; Baram et al., 2019). U slučaju kada je dostupan, multidisciplinarni tim, u kojem saraduju lekari, 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 (korišćenje sopstvenih polnih ćelija ili tkiva) i trudnoće. Pored razmatranja plodnosti, potrebno je uložiti trud da se osigura pravedna i visokokvalitetna nega za sve oblike planiranog roditeljstva tokom čitavog reproduktivnog razdoblja. To uključuje zdravstvenu negu poput perinatalne nege, trudnoće, porođaja i postporođajne nege, kao i planiranje porodice, kontracepciju kao prevenciju neplaniranih trudnoća i prekid trudnoće, tamo gde je zakonski dopušten (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 da iznesu trudnoću trebalo bi da prođu standardnu prekonceptijsku negu, prenatalno savetovanje i savetovanje o dojenju u sredini koja podržava osobe različitih rodnih identiteta i iskustva (MacDonald et al., 2016; Obedin-Maliver i Makadon, 2016).

Sve preporuke u ovom poglavlju donesene su na osnovu temeljitog pregleda dokaza, procene dobrobiti i štete, vrednosti i preferencija pružalaca usluga i pacijenata, kao i resursa i izvodivosti. U nekim slučajevima prepoznajemo da su dokazi ograničeni i/ili usluge možda nisu dostupne ili poželjne.

**Lista preporuka:**

- 16.1 - Preporučujemo da zdravstveni radnici koji brinu o transrodnim i rodno raznolikim osobama i pacijentima prepisuju ili ih upućuju na hormonsku terapiju/operativne zahvate, savetuju svoje pacijente o:
- 16.1.a - poznatim učincima hormonskih terapija/operativnih zahvata na buduću plodnost;
  - 16.1.b - potencijalnim posledicama terapija koje još nisu dobro proučene i čija reverzibilnost nije poznata;
  - 16.1.c - mogućnostima očuvanja plodnosti (proverenim i eksperimentalnim);
  - 16.1.d - psihosocijalnim implikacijama neplodnosti.
- 16.2 - Preporučujemo da zdravstveni radnici TiRR osobe zainteresovane za očuvanje plodnosti upućuju specijalistima za očuvanje plodnosti radi daljnjih konsultacija.
- 16.3 - Preporučujemo timovima za transrodnu negu da u saradnji s lokalnim specijalistima i ustanovama za reproduktivno zdravlje osiguraju specifične i pravovremene informacije i usluge vezane za očuvanje plodnosti pre nego što preporučie medicinske i hirurške intervencije koje mogu da utiču na plodnost.
- 16.4 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima da porodice i mlade TiRR osobe koje pre puberteta ili u njegovoj ranoj fazi traže rodno-afirmišuću negu upute u to da su trenutne naučno utemeljene mogućnosti očuvanja plodnosti ograničene.
- 16.5 - Preporučujemo da se TiRR osobe koje imaju matericu i žele da zatrudne uključe u programe reproduktivne nege, kao što su prenatalno savetovanje o upotrebi i prekidu rodno-afirmišuće hormonske terapije, trudničkoj nezi, porođaju, uslugama podrške dojenju i postporođajnoj podršci, u skladu s lokalnim standardima nege, na rodno-afirmišući način.
- 16.6 - Preporučujemo da medicinski radnici seksualno aktivne TiRR osobe upute u metode kontracepcije.
- 16.7 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji izvode prekide trudnoće da osiguraju da postupak bude rodno-afirmišući i da služi potrebama transrodnih i rodno raznolikih osoba.

**Preporuka 16.1**

**Preporučujemo da zdravstveni radnici, koji brinu o transrodnim i rodno raznolikim osobama i pacijentima propisuju ili ih upućuju na hormonske terapije/operativne zahvate, savetuju svoje pacijente o:**

- a. poznatim učincima hormonskih terapija/operativnih zahvata na buduću plodnost;
- b. mogućim posledicama terapija koje još nisu dobro proučene i čija reverzibilnost nije poznata;
- c. mogućnostima očuvanja plodnosti (proverenim i eksperimentalnim);
- d. psihosocijalnim implikacijama neplodnosti.

**TiRR osobe kojima je po rođenju pripisan ženski pol**

GAHT može negativno da utiče na buduću reproduktivni kapacitet (Hembree et al., 2017). Prema trenutnim dokazima o transrodnim muškarcima i rodno raznolikim osobama kojima je po rođenju pripisan ženski pol (AFAB), ovo su mogući rizici:

Agonisti gonadotropin-oslobađajućeg hormona (GnRHa-ovi) mogu da se koriste za supresiju puberteta da bi se sprečio daljnji razvoj do vremena kada adolescenti ne budu spremni za maskulinizirajući tretman. GnRHa-ovi se također može koristiti za supresiju menstruacije.

GnRHa-ovi utiču na sazrijevanje polnih ćelija, ali ne izazivaju trajno oštećenje njihove funkcije. Zbog toga se nakon prekida terapije očekuje oporavak, odnosno sazrevanje jajnih ćelija.

Malo je istraživanja o učincima testosteroanske terapije na reproduktivnu funkciju transrodnih muškaraca (Moravek et al., 2020). Povratak normalne funkcije jajnika i sazrevanja jajnih ćelija nakon prekida terapije primećen 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 telesne mase (BMI-ja) (Adeleye et al., 2018, 2019). Nedavno su objavljeni prvi rezultati procene stopa živorođene dece nakon kontrolisane stimulacije jajnika kod transrodnih muškaraca u poređenju s cisrodnim ženama (Leung et al., 2019). Terapija testosteronom je prekinuta pre stimulacije jajnika. Ukratko, rezultati o uticaju testosterona na reproduktivne organe i njihovu funkciju po svemu su ohrabrujući. Međutim, još nema prospektivnih studija koje procenjuju uticaj dugotrajne hormonske terapije na plodnost (na primer od adolescencije) ili kod osoba koje su u ranom pubertetu tretirane agonistima gonadotropin-oslobađajućeg hormona, pa su potom bile na testosteroanskoj terapiji. Važno je uzeti u obzir da potrebni lekovi i postupci zamrzavanja jajnih ćelija, koji

uključuju pregled karlice, vaginalni ultrazvuk i uzimanje jajnih ćelija, mogu dovesti do jačanja simptoma rodne disforije kod transrodnih muškaraca (Armuan, Dhejne et al., 2017). Hirurški zahvati kod transrodnih muškaraca imaju očigledne posledice na reproduktivni kapacitet. Ako TiRR osoba želi histerektomiju, treba joj preporučiti postupke očuvanja plodnosti zbog mogućnosti biološkog roditeljstva. S druge strane, pre operacije uklanjanja jajnika, sa histerektomijom ili bez nje, TiRR osobi treba predložiti postupak zamrzavanja jajnih ćelija/tkiva, koji se može izvesti tokom operacije. Iako se taj zahvat više ne smatra eksperimentalnim, mnogi transrodni muškarci mogu želeti sazrevanje nezrelih jajnih ćelija *in vitro*, što se još uvijek istražuje. Istraživanja koja procenjuju funkciju jajnih ćelija pokazala su da one, izolovane tokom odstranjivanja jajnika iz transrodnih muškaraca na testosteronskoj terapiji, mogu sazreti *in vitro* tokom normalne metafaze 2 deobnog vretena (De Roo et al., 2017; Lierman et al., 2017).

### **TiRR osobe kojima je po rođenju pripisan muški pol**

Trenutni dokazi pokazuju da je uticaj medicinskih tretmana kod transrodnih žena i rodno raznolikih osoba kojima je po rođenju pripisan muški pol (AMAB) sledeći:

GnRHa-ovi inhibiraju nastanak spermatozoida. Podaci sugerišu da prekid tretmana rezultira ponovnom spermatogenezom, iako za to može da bude potrebno najmanje tri meseca, a verovatno i duže (Bertelloni et al., 2000). Međutim, trebalo bi pritom razmotriti psihološke rizike od ponovnog izlaganja testosteronu.

Antiandrogeni i estrogeni obustavljaju proizvodnju spermatozoida (de Nie et al., 2020; Jindarak et al., 2018; Kent et al., 2018). Moguće je da se spermatogeneza nastavi posle prekida produženog tretmana antiandrogenima i estrogenima, ali su dostupni podaci zasad ograničeni (Adeleye et al., 2019; Alford et al., 2020; Schneider et al., 2017). Volumen testisa smanjuje se pod uticajem rodno-afirmišuće hormonske terapije (Matoso et al., 2018), a na kvalitet sperme kod transrodnih žena također negativno utiču specifični rodni faktori, kao što su retka masturbacija ili nošenje pripijenog veša da bi se prikri le genitalije (Jung i Schuppe, 2007; Mieusset et al., 1985, 1987; Rodriguez-Wallberg, Haljestig et al., 2021).

### Preporuka 16.2

#### **Preporučujemo da zdravstveni radnici TiRR osobe zainteresovane za očuvanje plodnosti upućuju specijalistima za očuvanje plodnosti radi daljnjih konsultacija.**

Istraživanje pokazuje da mnoge odrasle transrodne osobe žele biološku decu (De Sutter et al., 2002; Defreyne, Schuylebergh et al., 2020; Wierckh, Van Caenegem et al., 2012); no 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 svesne da se njihove želje vezane za biološko roditeljstvo mogu promeniti 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 razvoj društvenih stavova, medicinskih istraživanja plodnosti i rodno-afirmišuće zdravstvene zaštite, transrodnim osobama trebalo bi da bude ostavljena mogućnost biološkog roditeljstva tokom tranzicije. Zbog uticaja koji mišljenje lekara može da ima na očuvanje plodnosti transrodnih i nebinarnih osoba, odnosno na njihovu odluku o roditeljstvu, zdravstveni radnici trebalo bi da zajedno s TiRR osobama razmotre mogućnosti očuvanja plodnosti, ali i druge mogućnosti, kao što su hraniteljstvo, usvajanje, koroditeljstvo i ostale alternative (Bartholomaeus i Riggs, 2019). Transrodne osobe koje su bile upućene u različite mogućnosti i odlučile se za očuvanje plodnosti govore o tom iskustvu kao generalno pozitivnom (Armuan, Dhejne et al., 2017; De Sutter et al., 2002; James-Abra et al., 2015).

U drugim populacijama pacijenata, pokazalo se da su informisanje o plodnosti i formalni programi vezani za plodnost doveli do rasta stope očuvanja plodnosti i unapređenja zadovoljstva pacijenata (Kelvin et al., 2016; Klosky, Wang et al., 2017; Shnorhavorian et al., 2012). Istraživani su takođe i stavovi lekara, a nove studije pokazuju svest 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 ističu savetovanje o plodnosti i nepristrasno upućivanje u sve mogućnosti očuvanja plodnosti kod osoba koje su u riziku da je izgube (Armuand, Nilsson et al., 2017). Pokazalo se da preporuke roditelja takođe značajno utječu na stope očuvanja plodnosti kod adolescenata i mladih odraslih muškaraca s malignim oboljenjima (Klosky, Flynn et al., 2017). Bez obzira na jasne kliničke razlike između ovih populacija, ova saznanja mogu da daju uvid u dobre prakse savetovanja TiRR osoba o plodnosti i njihova daljnijeg upućivanja radi očuvanja plodnosti.

### Preporuka 16.3

**Preporučujemo timovima za transrodnu negu da, u saradnji s lokalnim specijalistima i ustanovama za reproduktivno zdravlje, osiguraju specifične i pravovremene informacije i usluge vezane za očuvanje plodnosti pre nego što preporučite medicinske i hirurške intervencije koje mogu da utiču 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 vreme ili, još bolje, pre 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 koji žele da imaju dete i koje 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 spermatozoida ugroženi ako je postupak očuvanja plodnosti sproveden nakon početka GAHT-a (Adeleye et al., 2019), jedno manje istraživanje pokazalo je da su parametri spermatozoida nakon prekida tretmana bili uporedivi s onima TiRR osoba koje nisu započele GAHT. Kada je riječ o stimulaciji jajnika, mogućnosti brzog zamrzavanja jajnih ćelija i njihovoj kasnijoj upotrebi za oplodnju *in vitro* (IVF), nema razloga – sem pojedinih još uvek nejasnih faktora povezanih s (ne)plodnošću – za pretpostavku da će ishod medicinski potpomognute oplodnje (ART-a) kod TiRR osoba biti drugačiji od ishoda ART-a kod cisrodnih osoba, kada su polne

ćelije prikupljene pre bilo kojeg medicinskog tretmana (Adeleye et al., 2019). Upotreba jajnih ćelija u postupku potpomognute oplodnje imala je sličnu uspešnost kod TiRR kao i kod cisrodnih osoba (Adeleye et al., 2019; Leung et al., 2019; Maxwell et al., 2017).

Iako se radi o proverenim 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 cena (naročito ako osoba nema zdravstveno osiguranje ili ako obavezno zdravstveno osiguranje ne pokriva troškove spomenutih postupaka), nego i činjenica da su ti postupci često fizički i emocionalno neugodni, pa mnoge TiRR osobe izražavaju zabrinutost zbog odlaganja procesa tranzicije (Chen et al., 2017; DeSutter et al., 2002; Nahata et al., 2017; Wierckx, Stuyver et al., 2012). Naročito se kod AFAB osoba kao prepreke ističu invazivnost intravaginalnog ultrazvučnog praćenja stimulacije jajnika i tretmana povratka jajnih ćelija, kao i psihičku uznemirenost koja prati te postupke (Armuand, Dhejne et al., 2017; Chen et al., 2017). Pored toga, 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 promeniti u kasnijem dobu (Cauffman i Steinberg, 2000). Smanjivanje simptoma rodne disforije u tranziciji takođe može da utiče na proces odlučivanja o plodnosti (Nahata et al., 2017). Na osnovu istraživanja koja pokazuju da se perspektive plodnosti TiRR mladih mogu menjati s vremenom, o temi očuvanja plodnosti treba kontinuirano raspravljati.

### Preporuka 16.4

**Preporučujemo zdravstvenim radnicima da porodice i TiRR mlade osobe koje pre puberteta ili u njenoj ranoj fazi traže rodno-afirmišuću negu upute u to da su trenutne naučno utemeljene mogućnosti očuvanja plodnosti ograničene.**

Za decu u pubertetu i ranom pubertetu, mogućnosti očuvanja plodnosti ograničene su na čuvanje tkiva polnih ćelija. Iako je ta mogućnost dostupna TiRR deci jednako kao i cisrdnim onkološkim pacijentima istog uzrasta, nema literature koja opisuje korišćenje tog postupka u TiRR populaciji. Autotransplantacija tkiva jajnika

kod cisrodnih žena rezultirala je s više od 130 živorođene dece. Najveći broj njih začet je prirodnom putem, bez ART-a (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 uputstvima Američkog udruženja za reproduktivnu medicinu (engl. *American Society for Reproductive Medicine*), poznato je tek nekoliko slučajeva uspešne trudnoće nakon transplantacije tkiva jajnika zamrznutog pre puberteta. Demeestere i saradnici (2015), kao i Rodriguez-Wallberg, Milenkovic i saradnici (2021), opisali su slučajeve uspešnih trudnoća nakon transplantacije tkiva izdvojenog u uzrastu od 14 godina, Matthews i saradnici (2018) nedavno su opisali slučaj devojke kojoj je dijagnostikovana talasemija i čije je tkivo jajnika izdvojeno kada je imala devet, a transplantovano četrnaest godina kasnije. Ona je začela potpomognutom oplodnjom i rodila je zdravo dete.

Trenutno je jedina buduća klinička upotreba sačuvanog tkiva jajnika autotransplantacija, koja može biti nepoželjna za transrodne muškarce (zbog mogućih neželjenih dejstava estrogena). Laboratorijski postupak koji bi omogućio sazrevanje jajnih ćelija *in vitro*, a započeo korišćenjem sačuvanog tkiva jajnika, predstavljao bi idealnu buduću primenu sačuvanog tkiva za TiRR osobe, ali taj postupak još uvijek nije u fazi osnovnog istraživanja (Ladanyi et al., 2017; Oktay et al., 2010).

Izdvajanje tkiva testisa pre puberteta dokumentovano je kao postupak niskog rizika (Borgstrom et al., 2020; Ming et al., 2018). Neki autori opisuju taj postupak i kao teorijsku mogućnost za transrodne osobe (DeRoo et al., 2016; Martinez et al., 2017; Nahata, Curci et al., 2018). Međutim, zasad još nema dostupne literature koja opisuje kliničku ili eksperimentalnu primenu tog postupka očuvanja plodnosti kod TiRR osoba. Štaviše, uspešnost i očuvanje funkcionalnosti autotransplantovanog tkiva testisa kod ljudi još uvek nisu klinički potvrđeni, a istraživanja tehnika sazrevanja *in vitro* još su u povoju i stručnjaci ih i dalje smatraju eksperimentalnim (Picton et al., 2015). Pre bilo kakve operacije koja može rezultirati neplodnošću, potrebno je razmotriti mogućnost čuvanja tkiva

polnih žlezda, iako treba jasno istaći moguća ograničenja upotrebe toga tkiva u budućnosti.

#### Preporuka 16.5

**Preporučujemo da se TiRR osobe koje imaju matericu i koje žele da zatrudne uključe u prekonceptijsku negu i prenatalno savetovanje o upotrebi i prekidu rodno-afirmišuće hormonske terapije, trudničkoj nezi, porođaju, usluga podrške dojenju i postporođajnoj podršci, u skladu s lokalnim standardima nege, na rodno-afirmišući način.**

Najveći broj transrodnih muškaraca i rodno raznolikih osoba (AFAB) zadržavaju svoju matericu i jajnike te mogu začeti i izneti trudnoću čak i nakon dugotrajne upotrebe testosterona (Light et al., 2014). Mnogi transrodni muškarci žele decu (Light et al., 2018; Wierckh, van Caenegem et al., 2012) i spremni su izneti trudnoću (Moseson, Fix, Hastings et al., 2021; Moseson, Fix, Ragosta et al., 2021). Medicinski potpomognuta 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 svedoče o psihičkoj izolovanosti, disforiji povezanoj sa trudnoćom, promenama u grudima i depresiji (Charter, 2018; Ellis et al., 2015; Hoffkling et al., 2017; Obedin-Maliver i Makadon, 2016). Ipak, postoje i studije koje izveštavaju i o nekim pozitivnim iskustvima u trudnoći (Fischer, 2021; Light et al., 2014). Preporučeno je i uključivanje podrške stručnjaka za mentalno zdravlje, kao i organizovanje savetovanja o prekidu i nastavku rodno-afirmišuće hormonske terapije i dostupnim načinima porođaja i dojenja (Hoffkling et al., 2017). Konačno, trebalo bi implementirati sistemske i interpersonalne intervencije koje će garantovati individualizovanu 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 testosteronske ili maskulinizirajuće hormonske terapije pre začeca i za vreme trudnoće. Međutim, još uvek nije potvrđeno optimalno vreme prekida i nastavka terapije. Budući da prekid rodno-afirmišuće hormonske terapije može izazvati stres i pogoršanje simptoma disforije kod transrodnih muškaraca, za vreme prenatalnog savetovanja

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 pre pokušaja začeća i pre prestanka korišćenja 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).

### **Grudi/dojenje**

U ograničenim istraživanjima procene laktacije i dojenja, najveći broj transrodnih muškaraca i TiRR AFAB osoba uspeva da doji nakon porođaja, a istraživanja sugerišu da indukcija laktacije zavisi od savetovanja pre začeća i podrške medicinskih sestara zaduženih za dojenje (Mac Donald et al., 2016; Wolfe-Roubatis i Spatz, 2015). Transrodni muškarci i TiRR osobe koje koriste testosteron trebalo bi da znaju da, 1.) iako u malim količinama, testosteron ulazi u mleko i da 2.) uticaj na novorođenče i dete u razvoju nije poznat, pa se zato ne preporučuje upotreba rodno-afirmišuće terapije testosteronom za vreme laktacije, ali se ona može nastaviti nakon prestanka dojenja (Glaser et al., 2009). Transrodni muškarci i druge TiRR AFAB osobe trebalo bi da budu svesne da u trudnoći i za vreme dojenja mogu da iskuse 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 kod drugih TiRR AMAB osoba su ograničeni, ali mnoge od njih izražavaju želju za dojenjem. Premda je zabeležen slučaj transrodne žene koja je imala uspešnu 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 mleka u tim uslovima nije istražen. Zbog toga je potrebno uputiti TiRR osobe u rizike i prednosti tog pristupa ishrani novorođenčadi (Reisman i Goldstein, 2018).

### **Preporuka 16.6**

**Preporučujemo da medicinski radnici TiRR osobe čija seksualna aktivnost može da rezultira trudnoćom upute u metode kontracepcije.**

Mnoge TiRR osobe mogu zadržati reproduktivni kapacitet, pa se njima (ako su zadržali jajnike, matericu, jajovode) ili njihovim seksualnim partnerima (u slučaju onih koji proizvode spermu) može dogoditi neplanirana trudnoća (James et al., 2016; Light et al., 2014; Moseason, Fix et al., 2020). Zbog toga su potrebna savetovanja 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 da prestanu da koriste 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 osovine (Krampasky et al., 2020). Štaviše, zabeležene su trudnoće osoba koje u dužem periodu nisu imale menstruaciju zbog terapije testosteronom, što može trajati duže od razdoblja aktivne primene (Light et al., 2014). Kod TiRR osoba takođe je moguća trudnoća nakon dugotrajnog korišćenja testosterona (do 10 godina), 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 delotvornost ili sigurnosni profil hormonskih metoda kontracepcije (npr. kombinovani estrogen i progestin ili progestin) ili nehormonskih, barijernih metoda kontracepcije (npr. unutrašnji i spoljašnji prezervativi, nehormonska

intrauterina sredstva, dijafragme, sunđer i 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 da proizvode spermu čak i za vreme rodno-afirmišuće hormonske terapije (npr. estrogenom) i, premda parametri sperme opadaju kod onih koji koriste ili su pre koristili rodno-afirmišuće hormone, odsutnost spermatozoida ipak 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 da li partneri koriste rodno-afirmišuću hormonsku terapiju ili ne. Kontraceptivne metode zasad dostupne partneru koji proizvodi spermu primarno su mehaničke barijere (spoljašnji i unutrašnji prezervativi), trajna sterilizacija (npr. vazektomija) i rodno-afirmišuće operacije (npr. hirurško uklanjanje testisa, koje takođe rezultira neplodnošću). Preporučuju se savetovanja o kontracepciji koja razmatraju proizvodnju spermatozoida i jajnih ćelija, kao i gestacijske partnere (kada su relevantna).

### Preporuka 16.7

**Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji izvode prekide trudnoće da osiguraju da postupak bude rodno-afirmišući i da služi potrebama transrodnih i rodno raznolikih osoba.**

Već postoje izveštaji 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.

## SEDAMNAESTO POGLAVLJE

### Seksualno zdravlje

Seksualno zdravlje ima dubok uticaj na fizičko i psihičko blagostanje, bez obzira na pol, rod ili seksualnu orijentaciju osobe. Međutim, stigma vezana uz pol, rod i seksualnu orijentaciju utiče na mogućnosti pojedinca da živi svoju seksualnost i da dobije odgovarajuću brigu o seksualnom zdravlju. Konkretno, u većini društava cisnormativnost 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 karakteriše velika raznolikost (Galupo et al., 2016; Jessen et al., 2021; Thurston i Allan, 2018; T'Sjoen et al., 2020). Isto tako, snažna interkulturalna tendencija prema alonormativnosti – pretpostavka da svi ljudi doživljavaju seksualnu privlačnost ili interes za seksualnu aktivnost – negira različita iskustva TiRR osoba, posebno onih koji se nalaze u aseksualnom spektru (McInroy et al., 2021; Mollet, 2021; Rothblum et al., 2020).

Svetska zdravstvena organizacija (WHO, 2010) ističe da seksualno zdravlje zavisi od poštivanju 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 delovanje i autonomiju tijela, što uključuje pristanak, seksualni užitak, seksualno zadovoljstvo, partnerstva i porodični život (Cornwall i Jolly, 2006; Lindley et al., 2021). U tom svetlu, WHO definiše seksualno zdravlje kao „stanje telesnog, emocionalnog, mentalnog i društvenog blagostanja u odnosu na seksualnost, a ne samo kao odsustvo bolesti, disfunkcije ili slabosti. Seksualno zdravlje zahteva 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 osetiti seksualnu privlačnost prema drugima, ali ipak povremeno mogu odlučiti da budu seksualni (npr. putem samostimulacije) i/ili iskusiti interes za ulazak u romantične odnose i njihovu izgradnju (de Oliveira et al., 2021).

Naučno bavljenje seksualnim iskustvima i ponašanjima TiRR osoba poraslo je poslednjih 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 literature 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 mere, 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 (Bungerer 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 savetovanju i adresiranju seksualnih teškoća koje mogu imati TiRR osobe (Fielding, 2021; Jacobson et al., 2019; Richards, 2021), do danas nema dovoljno istraživanja o delotvornosti takvih intervencija. Usredsređujući se na unapređivanje seksualnog zdravlja, Svetsko udruženje za seksualno zdravlje (World Association for Sexual Health, WAS) naglašava važnost seksualnog užitka i smatra samostalno odlučivanje, pristanak, sigurnost, privatnost, poverenje, sposobnost komuniciranja i pregovaranja o seksualnim odnosima za najvažnije facilitatore (Kismödi et al., 2017).

WAS tvrdi da je seksualno zadovoljstvo sastavni deo seksualnih i ljudskih prava (Kismödi et al., 2017). Kako bi doprineli seksualnom zdravlju TiRR osoba, zdravstveni radnici treba da budu i stručni i osetljivi u

**Lista preporuka:**

- 17.1 - Preporučujemo da zdravstveni radnici koji pružaju negu transrodnim i rodno raznolikim osobama steknu znanja i veštine potrebne za rešavanje problema seksualnog zdravlja (relevantnih za pružanja nege).
- 17.2 - Preporučujemo da zdravstveni radnici koji pružaju negu transrodnim i rodno raznolikim osobama razgovaraju o uticaju rodno-afirmišućeg tretmana na seksualnu funkciju, užitak i zadovoljstvo.
- 17.3 - Preporučujemo da zdravstveni radnici koji pružaju negu transrodnim i rodno raznolikim osobama ponude mogućnost uključivanja partnera u negu koja se odnosi na seksualnost, ako je to adekvatno.
- 17.4 - Preporučujemo da zdravstveni radnici savetuju transrodne i rodno raznolike osobe o potencijalnom uticaju stigme i traume na seksualno rizično ponašanje, izbegavanje seksualnog odnosa i seksualno funkcionisanje.
- 17.5 - Preporučujemo svakom zdravstvenom radniku koji nudi negu koja može uticati na seksualno zdravlje da pruži informacije, pita o očekivanjima transrodnih i rodno raznolikih pojedinaca i proceni koliko oni razumeju moguće promene.
- 17.6 - Preporučujemo da zdravstveni radnici koji pružaju negu transrodnim i rodno raznolikim osobama savetuju adolescente i odrasle u vezi s prevencijom polno prenosivih bolesti.
- 17.7 - Preporučujemo da zdravstveni radnici koji pružaju negu transrodnim i rodno raznolikim osobama slede lokalne smernice i smernice Svetske zdravstvene organizacije za skrining, prevenciju i lečenje virusa humane imunodeficijencije/polno prenosivih bolesti (HIV-a, PPB-a).
- 17.8 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji pružaju negu transrodnim i rodno raznolikim osobama da odgovore na dileme o mogućim interakcijama antiretrovirusnih lekova i hormona.

pogledu transrodnosti (Nieder, Güldenring et al., 2020). U cilju podizanja kvaliteta nege seksualnog zdravlja za TiRR osobe na etički pouzdan, dokazima potkrepljen i visok nivo, zdravstveni radnici trebaju da pružaju svoje usluge s jednakom pažnjom (tj. uz stručnost u pogledu transrodnosti), poštovanjem (tj. s osetljivošću prema transrodnosti) i posvećenošću seksualnom užitku i seksualnom zadovoljstvu kao kada ih pružaju cisrodnim osobama (Holmberg et al., 2019).

U mnogim društvima nekonformna rodna izražavanja mogu da izazovu snažne (emocionalne) reakcije, što uključuje i reakcije zdravstvenih radnika. Stoga, kada započinju kontakt vezan za zdravlje ili uspostavljaju terapijski odnos, zdravstveni radnici najverovatnije će se postarati da o svojim emocionalnim, kognitivnim i interakcijskim odnosima sa osobom razmišljaju na neosuđujući, otvoren i predusretljiv način (Nieder, Güldenring et al., 2020). Osim toga, stručnost u pogledu transrodnosti odnosi se na prepoznavanje uticaja koji su intersekcioni identiteti te 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 da budu svesni da se ta stanja generalno zanemaruju zbog hetero-cis-normativnosti te nedostataka znanja i veština (Rees et al., 2021). Takođe je važno razmotriti kulturne norme u odnosu na seksualnost. Na primer, 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 doprineti otvorenom razgovoru o nečijoj seksualnoj istoriji i redukovati dvosmislenost ili sram (Duby et al., 2016). Osim toga, zdravstveni radnici trebaju da budu senzibilizovani za istoriju (zlo)upotrebe seksualnih identiteta i seksualne orijentacije kao selektivnih principa za isključivanje transrodnih osoba iz rodno-afirmišuće zdravstvene nege (Nieder i Richter-Appelt, 2011; Richards et al., 2014). Sledeće preporuke imaju za cilj da poboljšaju brigu o seksualnom zdravlju TiRR osoba.

Sve preporuke u ovom poglavlju donesene su na osnovu temeljitog pregleda dokaza, procene dobrobiti i štete, vrednosti i preferencija pružalaca usluga i pacijenata, kao i potrebnih resursa i izvodivosti. 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 negu transrodnim i rodno raznolikim osobama steknu znanja i veštine potrebne za rešavanje problema seksualnog zdravlja (relevantnih za pružanje nege).**

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 negu da objasne pojmove s kojima pružalac usluge možda nije upoznat. U ovom kontekstu, takođe je važno da zdravstveni radnici (budu spremni da) uzmu seksualnu anamnezu i da ponude lečenje (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 bi trebalo da veću važnost pridaju terminologiji koju TiRR osoba koristi za svoje telo nego tradicionalno prihvaćenoj ili korišćenoj medicinskoj terminologiji (Wesp, 2016). Kada govorimo o seksualnim praksama, preporučljivo je usredsrediti se na delove tela (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 tokom seksa neki delovi vašeg tela u telo vašeg partnera, poput njihovih genitalija, anusa ili usta?“; ACON, 2022).

#### Preporuka 17.2

**Preporučujemo da zdravstveni radnici koji pružaju negu transrodnim i rodno raznolikim osobama razgovaraju o uticaju rodno-afirmišućih tretmana na seksualnu funkciju, užitak i zadovoljstvo.**

Da bi se sproveda rodno-afirmišuća nega, ključno je da zdravstveni radnici koji pružaju medicinske intervencije povezane s tranzicijom budu dovoljno informisani o mogućim posledicama tih intervencija na seksualnu funkciju, užitak i zadovoljstvo (T'Sjoen et al., 2020). Budući da klinički podaci pokazuju da TiRR osobe imaju znatno slabije rezultate u seksualnom užitku u poređenju s cisrodnim osobama, to je još važnije (Gieles et al., 2022). Ako zdravstveni radnik ne može da pruži informacije o efektima 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 treba o tome da informišu 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 objašnjava raspon seksualnosti koji se ne uklapa u ono što podrazumeva muška i ženska seksualnost (ni cis- ni transrodna),

a kamoli seksualnost rodno raznolikih osoba (npr. nebinarnih ili rodno kvir osoba, kao i osoba bez roda). Stoga bi zdravstveni radnici trebalo pažljivo da razmotre te aspekte jer cisonormativnost, 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 telesnog zdravlja (Anderson, 2013). Osim seksualnom funkcijom, zdravstveni radnici koji se staraju o seksualnom zdravlju trebaju da se bave seksualnim užitkom i zadovoljstvom kao ključnim faktorima seksualnog zdravlja. Istorijski gledano, briga o seksualnom zdravlju bila je usmerena na bolest, a to posebno vredi za istraživanja i kliničku praksu u radu s TiRR pacijentima. Iako je kompetentna nega seksualnog zdravlja u vezi s HIV-om i polno prenosivim bolestima (PPB-om) nužna, integrisanje vrednovanja seksualnog užitka TiRR pacijenata takođe je nužno. Zahtevi za integrisanjem seksualnog užitka kao središnje tačke u edukaciji i intervencijama za prevenciju PPB-a počinjavaju na razumevanju da je užitak motivator ponašanja (Philpott et al., 2006). TiRR osobe su zabrinute za svoje seksualno zadovoljstvo i trebaju im zdravstveni radnici koji su dobro upućeni u raznolikost seksualnih praksi i anatomske funkcionisanja u kontekstu njihova zdravlja.

#### Preporuka 17.3

**Preporučujemo da zdravstveni radnici koji pružaju negu transrodnim i rodno raznolikim osobama ponude mogućnost uključivanja partnera u negu 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 nezi seksualnog zdravlja može da poboljša ishode seksualne dobrobiti i zadovoljstva TiRR pacijenata (Kleinplatz, 2012). TiRR osobe mogu da se odluče za niz medicinskih intervencija povezanih s tranzicijom, a te intervencije mogu da imaju različite rezultate u promeni iskustava anatomske disforije (Bauer i Hammond, 2015). U razgovoru o uticaju medicinskih intervencija na seksualno funkcionisanje, užitak i zadovoljstvo, uključivanje partnera može da proširi znanje o potencijalnim promenama i da podstakne

komunikaciju između partnera (Dierckx et al., 2019). Budući da proces tranzicije često nije poduhvat u kojem su osobe same, uključivanje seksualnih i/ili romantičnih partnera u zdravstvenu negu povezanu s tranzicijom može da olakša proces „kotranzicije” (Lindley et al., 2020; Siboni et al., 2022; Theron i Collier, 2013) i takođe može da podrži seksualni rast i prilagodavanje i kod pojedinca, kao i u vezi. Društvene i psihičke prepreke za seksualno funkcionisanje i užitak, što uključuje i iskustva rodne disforije, stigmatizaciju, nedostatak seksualnih i partnerskih uzora i ograničene veštine mogu negativno da utiču na celokupno seksualno zdravlje (Kerckhof et al., 2019). Podržavajuća i rodno-afirmišuća seksualna komunikacija između partnera 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 negu seksualnog zdravlja samo onda kada je to primereno i u skladu sa željama pacijenta. Kontraindikacije bi mogle da uključuju uvredljivu ili nasilnu interpersonalnu dinamiku, jer u tom slučaju sigurnost pacijenta ne dozvoljava mešanje partnera. Naposljetku, presudno je da zdravstveni radnici tretiraju afirmišuće i uključivo sve osobe, što podrazumeva i seksualne i romantične partnere. To, na primer, znači praćenje i rešavanje pretpostavki i potencijalnih predrasuda o rodu ili seksualnoj orijentaciji pacijentovih partnera ili strukturi pacijentova odnosa.

#### Preporuka 17.4

**Preporučujemo da zdravstveni radnici savetuju transrodne i rodno raznolike osobe o potencijalnom uticaju stigme i traume na seksualno rizično ponašanje, izbegavanje seksualnog odnosa i seksualno funkcioniranje.**

TiRR zajednica nesrazmerno je izložena stigmatizaciji i nasilju (de Vries et al., 2020;

European Union 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 seksualnom zdravlju, funkcionisanju i užitku (Bauer i Hammond, 2015). Na primer, stigmatizujući narativi o transrodnoj seksualnosti mogu da povećaju disforiju i seksualni sram, što potencijalno može da pojača izbegavanje seksualne komunikacije potrebne za sigurnost i optimizaciju užitka (Stephenson et al., 2017). Istraživanja pokazuju da stigma, istorija seksualnog nasilja i zabrinutost zbog vlastita izgleda mogu negativno da utiču na seksualno samopouzdanje i volju, na primer, na 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 da pogoršaju prošla traumatična iskustva i tekući simptomi povezani s traumom (Giovannardi et al., 2018). Nekim TiRR osobama može biti teško da stupe u seksualne odnose s genitalijama s kojima su rođeni, pa mogu odlučiti da u potpunosti izbegavaju takvu stimulaciju, prekidajući procese uzbudivanja 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 savetovanje i intervencije moraju da budu upoznati sa spektrom seksualnih orijentacija i identiteta (uključujući aseksualne identitete i prakse) kako bi izbegli pretpostavke zasnovane 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 i određeni stepen diskonekcije ili disocijacije, naročito u slučaju simptoma akutne traume (Colizzi et al., 2015). Važno je da zdravstveni radnici budu svesni ovih potencijalnih uticaja na seksualno zdravlje, funkcionisanje, užitak i zadovoljstvo, tako da po potrebi pacijente mogu da upute seksolozima koji se u svom radu bave i traumama, pružajući usluga mentalnog zdravlja ili i jednim i drugima. Oni mogu da pruže dodatnu pomoć, a takođe mogu da normalizuju i validiraju istraživanje različitih puteva ozdravljenja i pristupa seksualnom užitku TiRR pacijente.



### Preporuka 17.5

**Preporučujemo svakom zdravstvenom radniku koji nudi negu koja može da utiče na seksualno zdravlje da pruži informacije, pita o očekivanjima transrodnih i rodno raznolikih pojedinaca i proceni koliko oni razumeju moguće promene.**

Tranzicijska nega može pozitivno i negativno da utiče 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 promena, rodno-afirmišuća nega 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 da utiču na raspoloženje, seksualnu želju, sposobnost erekcije i ejakulacije, kao i na zdravlje genitalnog tkiva, što posledično može delovati 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 lekova koji rešavaju neželjena dejstva hormonske terapije na seksualno zdravlje, kao što je erektilna disfunkcija, od lekova za TiRR osobe koje uzimaju estrogen ili antiandrogene i od lokalnog estrogena i/ili ovlaživača za TiRR osobe koje imaju vaginalnu atrofiju ili suvoću zbog terapije testosteronom.

Korišćenje psihotropnih lekova takođe može da utiče na seksualnu želju, uzbuđenje i funkciju (Montejo et al., 2015). Budući da su nekim TiRR osobama propisani lekovi za lečenje depresije (Heylens, Elaut et al., 2014), teskobe (Millet et al., 2017) ili drugih problema s mentalnim zdravljem (Dhejne et al., 2016), njihova potencijalna neželjena dejstva na seksualno zdravlje moraju se uzeti u obzir.

Mnogi rodno-afirmišući hirurški zahvati mogu značajno da utiču na erogene osećaje, seksualnu želju i uzbuđenje, kao i na seksualnu funkciju i zadovoljstvo. Uticaj tih promena na pacijente može biti različit (Holmberg et al.,

2018). Hirurški zahvati na prsima (smanjenje grudi, mastektomija i povećanje grudi), kao i hirurški zahvati radi oblikovanja tela, na primer, mogu dovesti do željene promene u obliku i izgledu, čime se smanjuje psihološki stres, koji može poremetiti seksualno funkcionisanje, ali mogu i nepovoljno da utiču na erogene osećaje (Bekeny et al., 2020; Claes et al., 2018; Rochlin et al., 2020). Genitalni hirurški zahvati naročito mogu da imaju potencijalno negativan uticaj na seksualnu funkciju i užitak, iako će se verovatno pozitivno doživeti, jer telo pacijenta postaje usklađeno s rodom, čime se potencijalno otvaraju novi putevi za seksualni užitak i zadovoljstvo (Hess et al., 2018; Holmberg et al., 2018; Kerckhof et al., 2019).

Brojni su primeri za to u postojećoj literaturi:

- Hirurški zahvat može da rezultira smanjenjem, potpunim gubitkom ili mogućim povećanjem erogene stimulacije i/ili doživljenog osećaja u poređenju s anatomijom pacijenta pre 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 trebalo da ih razmotre pre nego što donesu konačnu odluku u vezi sa različitim hirurškim mogućnostima (Frey et al., 2016; Garcia, 2018; Isaacson et al., 2017).
- Postoperativne komplikacije mogu nepovoljno da utiču na seksualnu funkciju, smanjenjem kvaliteta seksualne funkcije (npr. nelagoda ili bol za vreme 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 pre tretmana, mnogo je verovatnije da će biti nezadovoljni ishodom, negom i zdravstvenim radnicima (Padilla et al., 2019). Zbog toga je važno pacijentima pružiti odgovarajuće informacije o mogućnostima tretmana i razumeti i razmotriti šta je pacijentu važno s obzirom na ishode (Garcia, 2021). Konačno, važno je da se

zdravstveni radnici postaraju da pacijenti razumeju potencijalne štetne uticaje lečenja na njihovu seksualnu funkciju i zadovoljstvo, da bi se mogla doneti odluka utemeljena na odgovarajućim informacijama. To je relevantno i za ispunjavanje standarda informisanog pristanka (tj. rasprava i razumevanje) i za pružanje prilike da se pacijentima i, po želji, njihovim partnerima ponude dalja objašnjenja (Glaser et al., 2020).

#### Preporuka 17.6

#### **Preporučujemo da zdravstveni radnici koji pružaju negu transrodnim i rodno raznolikim osobama savetuju adolescente i odrasle u vezi s prevencijom polno prenosivih bolesti.**

Svetska zdravstvena organizacija (WHO, 2015) preporučuje zdravstvenim radnicima da u primarnu zdravstvenu zaštitu uvedu kratak razgovor vezan za seksualnost za sve adolescente i odrasle osobe. Tako i TiRR osobama koje su seksualno aktivne ili razmišljaju o seksualnoj aktivnosti može da koristi komunikacija ili savetovanje vezano za seksualnost u svrhu prevencije HIV-a i polno prenosivih bolesti. Ti su razgovori posebno važni s obzirom na to da su TiRR osobe u odnosu na cisrodne osobe nesrazmerno pogođene virusom humane imunodeficijencije (HIV-om) i drugim polno prenosivim bolestima (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 hlamidija, gonoreja, sifilis, virusni hepatitis i virus herpes simpleks (Tomson et al., 2021). Zajednički program Ujedinjenih naroda za HIV/AIDS procenjuje da transrodne žene imaju 12 puta veću verovatnoću da će živeti s HIV-om nego druge odrasle osobe (UNAIDS, 2019). Metaanaliza je iznela procenu 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 preživele, 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 o transmaskulinim osobama koje imaju seksualne odnose s cisrodnim muškarcima u zemljama s visokom prevalencijom HIV-a. Uprkos 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 osetljivije od cisrodnih žena (pre menopauze) na zaražavanje HIV-om putem vaginalnog odnosa zbog vaginalne atrofije povezane s hormonima.

Zdravstveni radnici moraće da dopune opšte smernice sticanjem saznanja i razvojem veština potrebnih za razgovor s TiRR osobama o pitanjima seksualnog zdravlja, kao što je upotreba rodno-afirmišućeg jezika (v. preporuku 17.1 u ovom poglavlju). Ključno je da zdravstveni radnici izbegavaju pretpostavke o riziku od HIV-a/PPB-a isključivo na osnovu rodnog identiteta ili anatomije pacijenta. Na primer, mnoge transrodne osobe nisu seksualno aktivne, a TiRR osobe mogu da koriste protetiku ili igračke za seks. Kako bi pružili odgovarajuće preventivno savetovanje, zdravstveni radnici trebalo bi da se raspitaju o specifičnim seksualnim aktivnostima koje TiRR osobe praktikuju i o delovima njihovog tela (ili o protetici) uključenim u te aktivnosti (ACON, 2022). Dobro pripremljeni zdravstveni radnici (što uključuje, ali ne isključivo, stručnjake za mentalno zdravlje) takođe se mogu upustiti u podrobno savetovanje svojih pacijenata da bi ukazali na temeljne faktore rizika od HIV-a/PPB-a (v. preporuku 17.3 u ovom poglavlju).

U svim slučajevima, zdravstveni radnici treba da budu osetljivi na kolektivnu i pojedinačnu istoriju TiRR osoba (npr. stereotipe o transrodnosti i rodnoj disforiji i stigmatu zbog njih) i da pacijentima objasne razloge za upite vezane za seksualnost i dobrovoljnu prirodu takvih pitanja. U diskusiji o prevenciji HIV-a/PPB-a, zdravstveni radnici trebalo bi da se osvrnu na celi niz mogućnosti prevencije, što uključuje barijerne metode, profilaksu nakon izlaganja,

profilaksu pre izlaganja i lečenje HIV-a kako bi se sprečio dalji prenos (WHO, 2021). O specifičnostima profilakse za TiRR osobe pre izlaganja govori se u preporuci 17.8.

#### Preporuka 17.7

**Preporučujemo da zdravstveni radnici koji pružaju negu transrodnim i rodno raznolikim osobama slede lokalne smernice i smernice Svetske zdravstvene organizacije za skrining, prevenciju i lečenje virusa humane imunodeficijencije/polno prenosivih bolesti (HIV-a/PPB-a).**

Kao i cisrodnim pacijentima, TiRR adolescentima i odraslima treba ponuditi skrining na HIV/PPB u skladu s postojećim smernicama i na temelju njihovog individualnog rizika od dobijanja HIV-a/PPB-a, uzimajući u obzir anatomiju i ponašanje, a ne samo rodni identitet. Tamo gde lokalne ili nacionalne smernice nisu dostupne, Svetska zdravstvena organizacija (WHO, 2019a) nudi globalne preporuke; češći skrining 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 za skriningom, kao što je navedeno u nedavnim smernicama američkih centara za kontrolu bolesti (Workowski et al., 2021). Na primer, transfeminine osobe koje su imale vaginoplastiku inverzije penisa koristeći samo kožu penisa i skrotuma za oblaganje vaginalnog kanala, verovatno 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 osetljivost na bakterijske PPB-ove u odnosu na upotrebu kože penisa/skrotuma (Van Gerwen et al., 2021). Rutinski skrining 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 bakterijske urogenitalne PPB-ove treba da uključuje 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 mestima jer su polno prenosive bolesti kod transrodnih pacijenata često ekstragenitalne (Hiransuthikul et al., 2019; Pitasi et al., 2019). U skladu s preporukama Svetske zdravstvene organizacije (WHO, 2020), samostalno prikupljanje uzoraka za testiranje na PPB trebalo bi da bude ponuđeno kao opcija, naročito ako se pacijentima ne sviđa ili se ne žele podvrgnuti uzorkovanju kada uzorke prikuplja pružalac usluga, zbog rodne disforije, istorije traume ili oboje. Gde je relevantno, integracija testiranja na HIV/PPB s redovnom serologijom, koja se koristi za praćenje hormonske terapije, može olakšati pristup nezi (Reisner, Radix et al., 2016; Scheim i Travers, 2017).

#### Preporuka 17.8

**Preporučujemo zdravstvenim radnicima koji pružaju negu transrodnim i rodno raznolikim osobama da odgovore na dileme o mogućim interakcijama antiretrovirusnih lekova i hormona.**

Za TiRR adolescente i odrasle osobe sa značajnim rizikom od infekcije HIV-om (generalno 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 podstakli 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 PrEP pruži na zahtev (CDC, 2021). Za lečenje osoba koje žive s HIV-om u nekim su okruženjima dostupne smernice specifične za transrodne osobe (npr. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2019).

U prevenciji i lečenju HIV-a postoje antiretrovirusne doze i načini njihove primene specifični za TiRR osobe. U peroralnom PrEP-u TiRR osobama trenutno se preporučuje samo jedna tableta svakog dana, jer su studije koje pokazuju delotvornost 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 dobijanja HIV-a receptivnim vaginalnim seksualnim odnosom zbog nedostatka dokaza (CDC, 2021). Naposljetku, dugodelujuće injektibilne formulacije i za PrEP i za lečenje od HIV-a sve su dostupnije (npr. cabotegravir za PrEP), i premda se preporučuju za sve pacijente kojima bi injekcije mogle koristiti, naznačena mesta injektiranja (tj. glutealni mišić), mogu da budu neprikladna za osobe koje su koristile punila za meka tkiva (Rael et al., 2020).

Malo je dokaza koji potvrđuju pojavu interakcija između lekova, odnosno rodno-afirmišućih hormona, i PrEP-a. 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 te koncentracije ostale u zaštitnom rasponu (Yager i Anderson, 2020). Naknadna studija interakcije između lekova koja se oslanjala na direktno posmatranu terapiju PrEP-om nije uspela da otkrije uticaj hormonske terapije na koncentracije PrEP-a kod transrodnih žena, ali jeste otkrila da su transrodne žene i muškarci koji su uzimali hormonsku terapiju postigli visok nivo zaštite od infekcije HIV-om (Grant et al., 2020). S druge strane, što je najvažnije za mnoge TiRR osobe, uticaj PrEP-a na koncentraciju hormona nije otkriven. Što se tiče lečenja

HIV-a, specifični antiretrovirusni lekovi mogu da utiču na koncentraciju hormona; međutim, njima se može upravljati odabirom alternativnih sredstava, praćenjem i prilagođavanjem doziranja hormona ili oboje (Cirrincione et al., 2020), kao što je detaljno navedeno u smernicama američkog Ministarstva zdravstva i socijalne nege (Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2019). Unatoč tome, zabrinutost zbog interakcija lekova, naročito onih koje mogu da ograniče koncentracije hormona, predstavlja prepreku u primeni i pridržavanju antiretrovirusne terapije za prevenciju ili tretman HIV-a (Radix et al., 2020; Sevelius et al., 2016). Zbog toga je preporučljivo da zdravstveni radnici proaktivno rešavaju takve probleme s onima koji su kandidati za PrEP ili za lečenje od HIV-a. Integracija PrEP-a ili lečenja od HIV-a s hormonskom terapijom može dodatno da smanji prepreke 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. Nekim TiRR osobama mogu da koriste PrEP ili usluge vezane za seksualno zdravlje koje pružaju veću privatnost i fleksibilnost, pa su stoga potrebni diferencirani modeli njihova pružanja (Wilson et al., 2021).

## OSAMNAESTO POGLAVLJE

### Mentalno zdravlje

Ovo poglavlje ima za cilj da pruži smernice zdravstvenim radnicima, psihijatrima, psiholozima i drugima stručnjacima koji brinu o mentalnom zdravlju odraslih, transrodnih i rodno raznolikih (TiRR) osoba. Ono nije zamišljeno kao zamena za poglavlja o proceni osoba pre početka hormonskih ili hirurških terapija. Mnogim TiRR osobama za vreme tranzicije neće biti potrebna terapija ili neki drugi oblik nege mentalnog zdravlja, dok će drugima ta vrsta podrške možda koristiti (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 kojima je potrebna rodno-afirmišuća medicinska nega (v. drugo poglavlje – Globalnu primenljivost, preporuku 2.1). Međutim, transrodni identitet nije mentalno oboljenje, a više stope (problema u oblasti 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 negu (Aldridge et al., 2020; Almazan i Keuroghlian, 2021; Bauer et al., 2015; Grannis et al., 2021) i uz aktivnosti usmerene na smanjivanje diskriminacije i manjinskog stresa (Bauer et al., 2015; Heylens, Verroken et al., 2014; McDowell et al., 2020).

Negu mentalnog zdravlja sprovodi stručno osoblje, poštujući autonomiju pacijenta i priznajući njegovu rodnu raznolikost. Zdravstveni radnici koji rade s transrodnim osobama trebalo bi da koriste metod aktivnog slušanja kao podsticaj istraživanju rodnog identiteta kod osoba koje nisu sigurne u njega. Umesto da nameću svoje pojmove ili predrasude, zdravstveni radnici bi trebalo da pacijentima pomognu u pronalaženju vlastitog puta. Iako mnoge transrodne osobe traže tretmane ili hirurške zahvate ili im je potrebna usluga nege mentalnog zdravlja, neke to ipak ne čine (Margulies et al., 2021). Zbog toga rezultati istraživanja sprovedeni na kliničkoj populaciji ne bi trebalo da se ekstrapoliraju na celokupnu transrodnu populaciju. Adresiranje teškoća s mentalnim zdravljem i oblika zavisnosti jeste važno, ali ne bi trebalo da bude prepreka pristupu rodnoj nezi vezanoj za tranziciju. Naprotiv, rešavanje teškoća s

#### **Lista preporuka:**

- 18.1 - Preporučujemo da stručnjaci za mentalno zdravlje pre 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 negu i podršku TiRR osobama za rešavanje teškoća s mentalnim zdravljem koje ometaju njihovu sposobnost da učestvuju u osnovnoj perioperativnoj rodno-afirmišućoj nezi.
- 18.3 - Ako postoje značajne teškoće s mentalnim zdravljem ili zloupotreba supstanci, preporučujemo da stručnjaci za mentalno zdravlje procene potencijalni negativni učinak koji te teškoće mogu da imaju na ishode specifičnih rodno-afirmišućih hirurških zahvata.
- 18.4 - Preporučujemo da zdravstveni radnici procene potrebu za psihosocijalnom i praktičnom podrškom TiRR osobama u perioperativnom periodu koji prethodi rodno-afirmišućem zahvatu.
- 18.5 - Preporučujemo da zdravstveni radnici savetuju i pomognu TiRR osobama da se suzdrže od konzumacije duvana/nikotina pre rodno-afirmišućih hirurških zahvata.
- 18.6 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima da ne obustavljaju postojeće hormonske terapije prilikom prijema TiRR osobe u psihijatrijsku ili drugu bolničku ustanovu, osim kada su one kontraindikovane.
- 18.7 - Preporučujemo da zdravstveni radnici osiguraju da se TiRR osobama kojima je potrebna psihijatrijska ili stacionarna nega, sve osoblje obraća odabranim imenima i ličnim zamenicama, kao i da im se omogući pristup kupatilima 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 vršnjačke, porodične i prijateljske.
- 18.9 - Preporučujemo zdravstvenim radnicima da ne nameću TiRR osobama sprovođenje obavezne psihoterapije pre početka rodno-afirmišućih tretmana, iako potvrđujemo da psihoterapija može da pomogne nekim TiRR osobama.
- 18.10 - Preporučujemo izbegavanje „reparativnih“ i „konverzionih terapija“ usmerenih na promenu identiteta i rodnog izražavanja osobe radi usklađivanja sa polom pripisanim po rođenju.

mentalnim zdravljem može da doprinese pozitivnim ishodom nege povezane s tranzicijom, koja doprinosi povećanju kvaliteta života (Nobili et al., 2018).

Sve preporuke u ovom poglavlju donesene su na temelju detaljnog pregleda dokaza, procene dobrobiti i štete, vrednosti i preferencija pružalaca usluga i pacijenata, kao i resursa i izvodivosti. U nekim slučajevima prepoznajemo da su dokazi ograničeni i/ili usluge možda nisu dostupne ili poželjne.

### Preporuka 18.1

**Preporučujemo da stručnjaci za mentalno zdravlje pre početka rodno-afirmišućeg tretmana obrate pažnju na teškoće s mentalnim zdravljem koje narušavaju sposobnost informisanog pristanka na takav tretman.**

Budući da se uopšteno smatra da su pacijenti sposobni da pristanu na lekarsku negu, bez obzira na to postoji li kognitivno oštećenje, psihoza ili drugi oblici teškoća s mentalnim zdravljem koji smanjuju sposobnost informisanog pristanka, ovo se pitanje rešava individualnom procenom (Applebaum, 2007). Informisani pristanak je ključan za pružanje zdravstvene nege. Pružalac zdravstvene nege mora da uputiti pacijenta u rizike, dobiti, prednosti i alternative svih ponuđenih postupaka kako bi pacijent potom mogao da donese slobodnu i informisanu odluku (Berg et al., 2001). Kao i lekari u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ili endokrinolozi koji propisuju hormonsku terapiju, tako i hirurzi moraju da dobiju informisani pristanak pacijenta. Isto važi i za stručnjake za mentalno zdravlje, čiji pacijenti takođe treba da daju pristanak za adresiranje teškoća s mentalnim zdravljem, premda u nekim slučajevima treba proceniti sposobnost pacijenta da donese odluku o tretmanu. Psihičke teškoće i oblici zavisnosti, a posebno kognitivna oštećenja i psihoze, mogu da oslabe sposobnost pojedinca da razume rizike i prednosti tretmana (Hostiuc et al., 2018). Nasuprot tome, pacijent može da ima ozbiljnije psihičke teškoće, ali ipak da bude u stanju razumeti rizike i prednosti određenog tretmana (Carpenter et al., 2000). Multidisciplinarna komunikacija je važna u zahtevnim slučajevima, a po potrebi treba koristiti stručne konsultacije (Karasic i Fraser, 2018). Mnogi pacijenti, uz pažljiva objašnjenja, s vremenom mogu prevladati poteškoće u razumevanju rizika i prednosti

određenog tretmana. Za neke pacijente adresiranje osnovnog stanja koje ometa sposobnost informisanog pristanka – na primer, podrška s teškoćama psihoze – predstavlja pomoć u sticanju sposobnosti pristanka na potrebne tretmane. Međutim, teškoće s mentalnim zdravljem, kao što su anksioznost ili depresija, koji ne utiču na sposobnost pristanka, ne bi trebalo da budu prepreka za rodno-afirmišuće medicinske tretmane, naročito zato što je utvrđeno da oni smanjuju simptomatologiju navedenih problema (Aldridge et al., 2020).

### Preporuka 18.2

**Preporučujemo da stručnjaci za mentalno zdravlje ponude negu i podršku TiRR osobama za rešavanje teškoća s mentalnim zdravljem koje ometaju njihovu sposobnost da učestvuju u osnovnoj perioperativnoj rodno-afirmišućoj nezi.**

Nemogućnost adekvatnog učestvovanja u perioperativnoj nezi zbog teškoća s mentalnim zdravljem ili neke vrste zavisnosti ne bi trebalo smatrati preprekom, nego posmatrati ih kao indikaciju za rešavanje teškoća s mentalnim zdravljem i pružanje socijalne podrške (Karasic, 2020). Teškoće s mentalnim zdravljem i zavisnost mogu da oslabe sposobnost pacijenta da učestvuje u perioperativnoj nezi (Barnhill, 2014). Redovne kontrole, nega rana i drugi postupci postoperativne nege (npr. dilatacija nakon vaginoplastike) mogu da budu nužni za dobre ishode zahvata. Pacijentu s nekom vrstom zavisnosti moglo bi da bude teško da prati dogovorene termine kod pružalaca primarne zdravstvene zaštite i/ili hirurga. Pacijent s psihozom ili teškom depresijom mogao bi da zanemari rane ili da ne obraća pažnju na infekciju ili znakove dehiscencije (Lee, Marsh et al., 2016). Prisustvo teškoća s mentalnim zdravljem povezano je s većom potrebom za daljnjom akutnom medicinskom i hirurškom negom nakon početnih operacija (Wimalawansa et al., 2014).

U takvim slučajevima adresiranje teškoća s mentalnim zdravljem ili zavisnosti može da pomogne u postizanju dobrih ishoda. Organizovana podrška porodice i prijatelja ili patronažna zdravstvena zaštita mogu da pomognu pacijentu da učestvuje u perioperativnoj nezi nužnoj za nastavak zahvata. Dobiti od podrške u rešavanju teškoća s mentalnim zdravljem, koje mogu dovesti do odlaganja hirurških zahvata,

treba odmeriti u odnosu na rizike od odlaganja zahvata i proceniti uticaj koji moguće odlaganje rešavanja rodne disforije može da ima na mentalno zdravlje pacijenata (Byne et al., 2018).

### Preporuka 18.3

**Ako postoje značajne teškoće s mentalnim zdravljem ili zloupotreba supstanci, preporučujemo da stručnjaci za mentalno zdravlje procene potencijalni negativni učinak koji te teškoće mogu imati na ishode specifičnih rodno-afirmišućih hirurških zahvata.**

Rodno-afirmišući hirurški zahvati različito utiču na pacijenta. Neki zahvati, za postizanje optimalnih rezultata, zahtevaju od pacijenta sposobnost učestvovanja u preoperativnom planiranju, kao i uključivanje u peri- i postoperativnu negu (Tollinche et al., 2018). Simptomi psihičkih teškoća mogu da utiču na sposobnost pacijenta da učestvuje u planiranju i perioperativnoj nezi nužnoj za bilo koji hirurški zahvat (Paredes et al., 2020). Procena mentalnog statusa može pružiti priliku za razvoj strategija rešavanja potencijalnog negativnog uticaja prisutnih simptoma na ishode i za planiranje podrške jačanju sposobnosti pacijenta da učestvuje u planiranju i nezi. 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 dobiti se procenjuju u odnosu na rizike za svaki pojedini postupak potreban za nastavak tretmana. Zdravstveni radnici TiRR osobama mogu da pomognu davanjem iscrpnih uputstava za planiranje i perioperativnu negu za svaki potreban hirurški zahvat (Karasic, 2020). Pružalac usluga i pacijent mogu zajednički da odluče o vrsti podrške ili resursima potrebnim za pridržavanje dogovorenih lekarskih kontrola, nabavku potrepština, rešavanje finansijskih pitanja i upravljanje ostalim preoperativnim aktivnostima. Osim toga, mogu se raspraviti pitanja vezana za izgled i funkcionalna očekivanja, kao i uticaj različitih faktora na rodnu disforiju.

### Preporuka 18.4

**Preporučujemo da zdravstveni radnici procene potrebu za psihosocijalnom i praktičnom podrškom TiRR osobama u perioperativnom periodu koji prethodi rodno-afirmišućem zahvatu.**

Bez obzira na užu specijalnost, svi zdravstveni radnici su dužni da podrže pacijente u njihovom pristupu nužnoj medicinskoj nezi. Prilikom pripreme za rodno-afirmišuće hirurške zahvate zdravstveni radnici trebalo bi da procene nivo potrebne psihosocijalne i praktične podrške (Deutsch, 2016b). Procena je prvi korak u prepoznavanju potrebe za dodatnom podrškom i jačanju sposobnosti pacijenta da uspešno prebrodi period pre, tokom i posle operacije (Tollinche et al., 2018). U perioperativnom periodu važno je pomoći pacijentima da optimizuju funkcionisanje, osiguraju stabilan smeštaj, kada je to moguće, izgrade društvenu i porodičnu podršku, procenom njihove jedinstvene situacije, da planiraju načine postupanja u slučaju komplikacija, upravljaju potencijalnim uticajem na posao/prihode i prevladaju dodatne prepreke s kojima se neki mogu susresti, kao što su, na primer, nošenje s elektrolizom i prestanak pušenja (Berli et al., 2017). U kompleksnom zdravstvenom sistemu možda neće svi pacijenti moći samostalno da prate sve korake specifične nege, pa zbog toga zdravstveni radnici mogu da podrže i olakšaju prolazak pacijenata kroz taj proces (Deutsch, 2016a).

### Preporuka 18.5

**Preporučujemo da zdravstveni radnici savetuju i pomognu TiRR osobama da se suzdrže od konzumacije duvana/nikotina pre rodno-afirmišućih hirurških zahvata.**

Konzumacija duvana i nikotina je češća u transrodnoj populaciji (Kidd et al., 2018). Međutim, mnoge TiRR osobe nisu svesne dobro dokumentovanih zdravstvenih rizika povezanih s pušenjem (Bryant et al., 2014). Pušenje povećava rizik od razvoja zdravstvenih problema (npr. tromboza) kod osoba koje primaju hormonsku rodno-afirmišuću terapiju, osobito 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 (Kaoutzannis 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 zaceljivanja rana

i problema s ožiljcima zbog hipoksije i ishemije tkiva (Pluvy, Panouilleres et al., 2015). S obzirom na sve navedeno, hirurzi preporučuju prestanak pušenja pre rodno-afirmišućeg zahvata i suzdržavanje od pušenja do nekoliko nedelja nakon operacije, sve do potpunog zaceljenja rana (Matei i Danino, 2015). Uprkos rizicima, prestanak pušenja može biti težak. Pušenje i konzumacija nikotina stvaraju zavisnost i takođe se koriste kao zaštitni mehanizam (Matei et al., 2015). Zdravstveni radnici koji longitudinalno pregledaju pacijente pre operacije, uključujući stručnjake za mentalno zdravlje i lekare u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, trebalo bi da upute TiRR osobe na programe za odvikavanje od pušenja ili da im pruže direktnu pomoć za prestanak (npr. lekova poput vareniklina ili bupropiona).

#### Preporuka 18.6

**Preporučujemo zdravstvenim radnicima da ne obustavljaju postojeće hormonske terapije prilikom prijema TiRR osobe u psihijatrijsku ili drugu bolničku ustanovu, osim kada su one kontraindikovane.**

Prilikom prijema u psihijatrijske ili druge bolničke ustanove, TiRR osobe trebalo bi da nastave propisanu hormonsku terapiju. Ne postoje dokazi koji podržavaju rutinski prestanak uzimanja hormonske terapije pre bolničkog ili psihijatrijskog prijema. Retko se novoprimitom pacijentu može dijagnostikovati medicinska komplikacija koja zahteva prekid hormonske terapije, poput akutne venske tromboembolije (Deutsch, 2016a). Ne postoje čvrsti dokazi za rutinski prekid hormonske terapije pre operacije, a pre eventualnog prekida terapije, treba proceniti 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-afirmišućoj nezi direktno je povezan sa značajnim smanjenjem rizika od pokušaja samoubistva (Bauer et al., 2015). Prekid propisane hormonske terapije može pacijentu da uskrati koristi od nje i stoga da bude u suprotnosti s ciljevima hospitalizacije.

Neki zdravstveni radnici možda nisu svesni niskog rizika od štete i velike potencijalne

koristi od nastavka tretmana tranzicije u bolničkom okruženju. Istraživanje američkih i kanadskih medicinskih fakulteta otkrilo je da su studenti u proseku dobili pet sati nastave o LGBT osobama u svom četverogodišnjem obrazovanju (Obedin-Maliver et al., 2011). Prema anketi s lekarima u službi hitne pomoći, koji često moraju da donesu brze odluke o lekovima 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 svesno 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 nega, sve osoblje obraća odabranim imenima i ličnim zamenicama, kao i da im se omogući pristup kupatilima i spavaonicama u skladu s rodnim identitetom.**

Mnogi TiRR pacijenti susreću se s diskriminacijom u nizu zdravstvenih ustanova, uključujući bolnice, psihijatrijske bolnice, odeljenja za lečenje zavisnosti (Grant et al., 2011). Kada zdravstveni sistem ne uspe da se prilagodi TiRR osobama, on doprinosi dugotrajnoj socijalnoj isključenosti koju mnogi od njih doživljavaju (Karasic, 2016). Iskustva diskriminacije u zdravstvenim ustanovama dovode do izbegavanja potrebne zdravstvene nege (Kcomt et al., 2020). Iskustva diskriminacije kod TiRR osoba mogu da uzrokuju 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 kupatilima u skladu s rodom takođe je povezano s višom stopom suicidalnosti (Seelman, 2016), dok je korišćenje odabranih imena povezano s nižom stopom depresije i suicidalnosti (Russell et al., 2018). Strukturna, kao i internalizovana transfobija moraju se smanjiti da bi se smanjila učestalost pokušaja samoubistva kod TiRR osoba (Brumer et al., 2015). Preduslov za uspešno pružanje nege u zdravstvenim ustanovama je minimiziranje štete od transfobije i poštovanje i 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 neposredni efekti društvene diskriminacije mogu da budu štetni za mentalno zdravlje TiRR osoba, snažna društvena podrška pomaže smanjivanju štete (Trujillo et al., 2017). TiRR deca često internalizuju odbacivanje od porodice i vršnjaka, kao i transfobiju koja ih okružuje (Amodeo et al., 2015). Nadalje, izloženost transfobnom zlostavljanju može da utiče na životni vek osobe i da bude naročito akutna u adolescenciji (Nuttbrock et al., 2010).

Razvoj rodno-afirmišuće socijalne podrške štiti mentalno zdravlje. Socijalna podrška može da deluje kao zaštita mentalnog zdravlja od štetnih posledica nasilja, stigmatizacije i diskriminacije (Bockting et al., 2013), može pomoći u upravljanju zdravstvenim sistemima (Jackson Levin et al., 2020) i doprineti psihološkoj otpornosti TiRR osoba (Bariola et al., 2015; Bašar i Öz, 2016). Dokazano je da su različiti izvori posebne podrške, naročito LGBTQ+ vršnjaci i porodica, povezani s boljim ishodima mentalnog zdravlja, blagostanjem 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 pridoneše pozitivnim emotivnim iskustvima u procesu tranzicije (Budge et al., 2013).

Zdravstveni radnici mogu da podrže pacijente da razviju sisteme socijalne podrške koji im omogućuju da budu prepoznati i prihvaćeni, kao i da im pomognu 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 TiRR osobe podstiču, podržavaju i osnažuju da razvijaju i održavaju sisteme socijalne podrške. Ta iskustva mogu da podstaknu razvoj međuljudskih odnosa i da pomognu prilikom suočavanja sa socijalnom diskriminacijom, potencijalno smanjujući suicidalnost i poboljšavajući mentalno zdravlje (Pflum et al., 2015).

### Preporuka 18.9

**Preporučujemo zdravstvenim radnicima da nameću TiRR osobama sprovođenje obavezne psihoterapije pre početka rodno-afirmišućih tretmana, iako potvrđujemo da psihoterapija može da pomogne nekim TiRR osobama.**

Psihoterapija ima dugu istoriju kliničkog rada s TiRR osobama (Fraser, 2009b). Ciljevi, zahtevi, metode i principi psihoterapije bili su razvojna komponenta Standarda nege u njihovim početnim verzijama (Fraser, 2009a). Trenutno se psihoterapijska pomoć i savetovanje s odraslim TiRR osobama mogu tražiti da bi se rešili uobičajeni psihološki problemi povezani sa suočavanjem s rodnom disforijom, a nekim pojedincima mogu i da pomognu u procesu oporavka (Hunt, 2014). Psihološka nega, uključujući psihoterapiju, nudi delotvorne alate i pojedincu omogućuje kontekstualizaciju, poput istraživanja rodnog identiteta i rodnog izražavanja, jačanja osećaja samoprihvatanja i nade, kao i jačanje otpornosti u neprijateljskim i demotivišućim okruženjima (Matsuno i Izrael, 2018). Psihoterapija je utvrđeni alternativni terapijski pristup za adresiranje teškoća s mentalnim zdravljem koje se mogu otkriti za vreme početne procene 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 nega može pomoći pojedincima koji pate od simptoma anksioznosti nakon rodno-afirmišućeg tretmana.

Poslednjih godina dokumentovane su upotrebe i moguće prednosti specifičnih psihoterapijskih modaliteta (Austin et al., 2017; Mrdnuti, 2013; Budge et al., 2021; Embaye, 2006; Fraser, 2009b; Heck et al., 2015). Specifični modeli psihoterapije predlažu se za odrasle transrodne i nebinarne osobe (Matsuno i Israel, 2018). Međutim, potrebno je više empirijskih podataka vezanih uz komparativne prednosti različitih psihoterapijskih modela (Catelan et al., 2017). Transrodne osobe psihoterapiju mogu da dožive kao zastrašujuće, ali kao 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 na podvrgavanje rodno-afirmišućim medicinskim zahvatima uz malo ili nimalo psihoterapijskih tretmana (Spanos et al., 2021). Iako od različitih modaliteta psihoterapije može biti različitih koristi pre, tokom i nakon rodno-afirmišućih medicinskih tretmana, zabeležene su različite stope želje za psihoterapijom u različitim fazama tranzicije (Mayer et al., 2019). Zahtev za psihoterapijskim tretmanom pre početka rodno-afirmišućih medicinskih postupaka nije se pokazao korisnim, a može da predstavlja štetnu prepreku nezi za one kojima ti tretmani nisu potrebni ili su im nedostupni.

#### Preporuka 18.10

**Preporučujemo izbegavanje „reparativnih“ i „konverzionih terapija“ usmerenih na promenu identiteta i rodnog izražavanja osobe radi usklađivanja sa polom pripisanim po rođenju.**

Korišćenje „reparativne“ ili „konverzione terapije“ ili pokušaja „promene“ rodnog identiteta odbacuju mnoge velike medicinske organizacije i organizacije za mentalno zdravlje širom sveta, uključujući *World Psychiatric Association*, *Pan American Health*

*Organization*, *American Psychiatric Association* i *American Psychological Associations*, *Royal College of Psychiatrists* i *British Psychological Society*. Mnoge savezne države u SAD-u zabranile su praktkovanje konverzione terapije s maloletnicima. Nastojanja da se promeni rodni identitet odnose se na intervencije stručnjaka za mentalno

zdravlje ili drugih koji pokušavaju da rodni identitet ili rodno izražavanje osobe promene tako što će ih uskladiti sa polom pripisanim po rođenju (American Psychological Association, 2021).

Zagovornici „konverzione terapije“ sugerisali su da bi ona potencijalno osobi omogućila bolje uklapanje u njezinu društvenu sredinu. Oni takođe ističu da neki korisnici izričito traže pomoć radi promene svog rodnog identiteta ili rodnog izražavanja i da bi terapeutima trebalo dopustiti da pomognu u tom smislu. Međutim, „konverzionna terapija“ nije se pokazala delotvornom (APA, 2009; Przeworski et al., 2020). Osim toga, postoje i brojne potencijalne štete. U retrospektivnim studijama, istorija podvrgavanja „konverzionoj terapiji“ povezana je s jačanjem simptoma depresije, zavisnosti, suicidalnim mislima i pokušajima samoubistva, kao i s 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 stremljenje ka promeni rodnog identiteta izlaže pojedince značajnom riziku od štete“ (APA, 2021).

Iako postoje prepreke za okončanje stremljenja ka promeni rodnog identiteta, obrazovanje o nekorisnosti i potencijalnoj štetnosti tih praksi može ipak značiti da će se takva terapija ređe preporučivati i da će se pojedinci i njihove porodice za nju ređe odlučivati.

## LITERATURA

- Abern, L. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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., Farahee, D. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Arcelus, J. (2022). Understanding factors that affect well-being in trans people “later” in transition: A qualitative study. *Quality of Life Research*, <https://doi.org/10.1007/s11136-022-03134-x>.
- Alexander, T. (1997). The medical management of intersexed children: An analogue for childhood sexual abuse. *Intersex Society of North America*. <https://isna.org/articles/analogue/>.
- Alford, A. V., Theisen, K. M., Kim, N., Bodie, J. A., & Pariser, J. J. (2020). Successful ejaculatory sperm cryopreservation after cessation of long-term estrogen therapy in a transgender female. *Urology*, 136, e48–e50. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2019.08.021>.
- Allen, L. M., Hay, M. i 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. i 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. 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. i 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. i Manolagas, S. C. (2017). Estrogens and androgens in skeletal physiology and pathophysiology. *Physiology Reviews*, 97(1), 135–187. <https://doi.org/10.1152/phys-rev.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. i 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. i 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/CIRCOUT.118.005597>.

- [org/10.1161/CIRCOUTCOMES.119.005597](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](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.978089042557>.
- 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. i Azem, F. (2020). Fertility preservation rates among transgender women compared with transgender men receiving comprehensive fertility counseling. *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., Pica-riello, S. i Valerio, P. (2015). Adult attachment and transgender identity in the Italian context: Clinical implications and suggestions for further research. *International Journal of Transgenderism*, 16(1), 49–61. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1022680>.
- Anai, T., Miyazaki, F., Tomiyasu, T., Matsuo, T. (2001). Risk of irregular menstrual cycles and low peak bone mass during early adulthood associated with age at menarche. *Pediatrics International*, 43(5), 483–488. <https://doi.org/10.1046/j.1442-200x.2001.01442.x>.
- Anda, R. F., Butchart, A., Felitti, V. J. i 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. i Johns, M. M. (2020). Perspectives of transgender youth on parental support: Qualitative findings from the resilience and transgender youth study. *Health Education & Behaviour*, 109019812096550. <https://doi.org/10.1177/1090198120965504>.
- Angus, L. M., Nolan, B. J., Zajac, J. D. i 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: Pathologizing 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. i 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/jeandso/bvaa119>.
- Anzani, A., Lindley, L., Prunas, A. i 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. i 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](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](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](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](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. i 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. i 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. i 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>.
- Armuan, G., Dhejne, C., Olofsson, J. I. 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. i 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. i Wettergren, L. (2017). Physicians' self-reported practice behavior regarding fertility-related discussions in pediatric oncology in Sweden. *Psychooncology*, 26(10), 1684–1690. <https://doi.org/10.1002/pon.4507>.
- Armuaud, G. M., Wettergren, L., Rodriguez-Wallberg, K. A. i 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. i 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. i 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. i Gooren, L. J. (2014). Venous thromboembolism 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. i 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. i 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. i 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. i Tobin, H. J. (2012). Improving the lives of transgender older adults: Recommendations for policy and practice national center for transgender equality; services and advocacy for GLBT elders. <https://www.sageusa.org/resource-posts/improving-the-lives-of-transgender-older-adults/> accessed 3/14/2022.
- Aurat Foundation. (2016). Silent no more: Transgender community in Pakistan: Research study. <https://www.aidsa-tahub.org/sites/default/files/resource/transgender-community-pakistan-2016.pdf>.
- Austin, A. i 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. i 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. i 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/](https://psychology.org.au/get-media/7bb91307-14ba-4a24-b10b-750f85b0b729/updated_aps_position_statement_conversion_practices.pdf)
- [updated\\_aps\\_position\\_statement\\_conversion\\_practices.pdf](https://psychology.org.au/get-media/7bb91307-14ba-4a24-b10b-750f85b0b729/updated_aps_position_statement_conversion_practices.pdf).
- Azagba, S., Latham, K. i 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. i 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](https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0410).
- Azul, D. i 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. i 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](https://doi.org/10.1044/2022_AJSLP-21-00322).
- Azul, D. i 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](https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-S-19-0063).
- Azul, D., Nygren, U., Södersten, M. i 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. i Shah, U. (2021). Gender identity disorder (GID) in adolescents and adults with differences of sex development (DSD): A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pediatric Urology*, 17(1), 39–47. <https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2020.11.017>.
- Badowski, M. E., Britt, N., Huesgen, E. C., Lewis, M. M., Miller, M. M., Nowak, K. i 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. i Robinson, K. A. (2021). Hormone therapy, mental health, and quality of life among transgender people: A systematic review. *Journal of the Endocrine Society*, 5(4), bvab011. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvab011>.
- Bakko, M. i 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. i 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. i Martin, M. J. (2021). Following ICD-11, rebuilding mental health care for transgender persons: Leads from field experiments in Lille, France. *Transgender Health*, 7(1), 1–6. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0143>.
- Banbury, S. (2004). Coercive sexual behavior 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. i 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. i 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. i Lee, P. A. (2021). Individualized care for patients with intersex (differences of sex development): Part 4/5. Considering the Ifs, Whens, and Whats regarding sexual-reproductive system surgery. *Journal of Pediatric Urology*, 17(3), 338–345. <https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2021.02.011>.
- Baral, S. D., Poteat, T., Strömdahl, S., Wirtz, A. L., Guadamuz, T. E. i 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. i 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. i 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. i Bariola, E., Lyons, A., Leonard, W., Pitts, M., Badcock, P. i 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. U: C. R. MacKenzie, C. N. Cornell i D. G. Memtsoudis (ur.), *Perioperative care of the orthopedic patient*, 197–205. Springer.
- Barrow, K. i Apostle, D. (2018). Addressing mental health conditions often experienced by transgender and gender expansive children. U: C. E. Keo-Meier i D. E. Ehrensaft (ur.), *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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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](https://doi.org/10.1093/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. i 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. i 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., Champion, F., Richter-Appelt, H., Schulte-Markwort, M. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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 Grift, T. C., Nordenskjöld, A., Rapp, M., Simmonds, M., Streuli, J. C., Thyen, U. i 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. i 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. i 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. i 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*. U: C. E. Keo-Meier i D. E. Ehrensaft (ur.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to*

- supporting transgender and gender expansive children, 101–124. American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>.
- Berger, I. 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. i 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/jama-surg.2016.5549>.
- Berli, J. U., Monstrey, S., Safa, B. i Chen, M. (2021). Neourethra creation in gender phalloplasty: Differences in techniques and staging. *Plastic Reconstructive Surgery*, 147(5), 801e–811e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000007898>.
- Bertalan, R., Lucas-Herald, A., Kolesinska, Z., Berra, M., Cools, M., Balsamo, A. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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](https://outrightinternational.org/sites/default/files/ExecSumm_SinglePagesRandL.pdf).
- Bisson, J. R., Chan, K. J. i 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. i Djordjevic, M. L. (2018). Gender Dysphoria: Bioethical aspects of medical treatment. *Biomed Research International*, 2018, 9652305. <https://doi.org/10.1155/2018/9652305>.
- Blackless, M., Charuvastra, A., Derryck, A., Fausto-Sterling, A., Lauzanne, K. i Lee, E. (2000). How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. *American Journal of Human Biology*, 12(2), 151. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1520-6300\(200003/04\)12:2<151::aid-ajhb1>3.3.co;2-6](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. i 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. i 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. i 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. 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. i 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. i Coleman, E. (2016). Developmental stages of the transgender coming-out process: Toward an integrated identity. U: R. Ettner, S. Monstrey i E. Coleman (ur.), *Principles of transgender medicine and surgery*, 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. i 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. i 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/psc.28507>.
- Borghesi-Razavi, H., Fragoza-Padilla, V., Hargus, G., Bakhti, S. i 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. i 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/jama-surg.2018.4598>.
- Boskey, E., Taghinia, A. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. U: C. Hardacker, K. Ducheny i M. Houlber (ur.), *Transgender and gender nonconforming health and aging*, 175–190. Springer.
- Bradford, J., Reisner, S. L., Honnold, J. A. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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., Vrouwenraets, L., Schagen, S. E. E., Meissner, A., de Vries, M. C. i Hannema, S. E. (2019). Use of fertility preservation among a cohort of trans girls 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. i 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. i 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. U: Keo-Meier, C. i Ehrensaft, D., (ur.), *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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Stepp, C. E. (2020). Transmasculine voice modification: A case study. *Journal of Voice*, 34(6), 903–910. <https://doi.org/10.1016/j.jvo-ice.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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Cook, T. (2019). The 2018 Australian trans and gender diverse sexual health survey: report of findings. The Kirby Institute, University of New South Wales. .
- Callen Lorde. (2020a). Safer binding. [http://callen-lorde.org/graphics/2018/09/Safer-Binding\\_2018\\_FINAL.pdf](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](http://callen-lorde.org/graphics/2018/09/HOTT-Safer-Tucking_Final.pdf).
- Callens, N., Kreukels, B. P. C. i 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. i 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. i 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. i Scarsin, 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. i 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. i 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. i Capitán-Canadas, F. (2017). Facial feminization surgery: Simultaneous hair transplant during forehead reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery*,

- 139(3), 573–584. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000003149>.
- 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. i 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. i Palmert, M. R. (2009). Consensus statement on the use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children. *Pediatrics*, 123(4), e752–e762. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1783>.
- CARES Foundation. (2020). Statement on surgery. <https://www.caresfoudation.org/treatment/surgery.pdf>.
- Carew, L., Dacakis, G. i 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. i 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. i 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. i 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://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.jpsc.2016.10.004>.
- Carroll, L., Graff, C., Wicks, M. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Szklo, M. (2019). *Gordis Epidemiology*. Elsevier.
- Census Organization of India. (2015). Population census 2011. <https://www.census2011.co>.
- 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/downloads/toolkitpart11.pdf>.
- 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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., Golsé, B., Guinot, M. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i McGrath, M. (2016). Queer periods: Attitudes toward and experiences with menstruation in the masculine of center 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. i 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. i 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>.
- Cirincione, L. R., Senneker, T., Scarsi, K. K. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Fisher, A. D. (2020). 5 $\alpha$ -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. i 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 $\alpha$ -reductase-2 deficiency and 17 $\beta$ -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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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/10.1093/ajph.102.1.118>.

- [org/10.2105/AJPH.2011.300315](https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300315).
- Cook-Daniels, L. (2016). Understanding transgender elders. U: D. A. Harley i P. B. Tester (ur.), *Handbook of LGBT elders*, 285–308. Springer.
- Coolhart, D. (2018). Helping families move from distress to resilience. U: C. E. Keo-Meier i D. E. Ehrensaft (ur.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association. [www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9](http://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9).
- Coolhart, D., Ritenour, K. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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., Dedeker, D., Van de Peer, F., Daelman, T., Laenen, S. i 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. i 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. i 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. i 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. i Sandberg, D. E. (2011). Children with disorders of sex development: A qualitative study of early parental

- experience. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2011(1), 10. <https://doi.org/10.1186/1687-9856-2011-10>.
- Crocetti, D., Monro, S., Vecchiotti, V. i Yeardon-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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Greenberg, J. A. (2020). Protecting children with intersex traits: Legal, ethical, and human rights considerations. U: M. Legato (ur.), *The Plasticity of Sex*, 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. i 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. i 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. i 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. i Antoni, C. (2015). Voice and communication change for gender non-conforming 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. i 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. i 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. i 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. i 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 Cuyper, G. i Verduyck, 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. i 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. i 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. i 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. i Zucker, K. J. (2020). Suicidality in clinic-referred transgender adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01663-9>.
- De Los Reyes, A., Ohannessian, C. M. i 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. i 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. 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and pediatric 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. i 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. i 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., Tsépidis, S., Brachet, C., Delbaery, A., Devreker, A. F. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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 Griff, T. C., Hirschberg, A. L. i 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.jpog.2020.11.012>.
- Durwood, L., Eisner, L., Fladeboe, K., Ji, C. G., Barney, S., McLaughlin, K. A. i 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. i 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. i 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. i 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, Co-rizon, Inc. et al.; case number 1:17-cv-151-BLW, 2020.
- Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Lash, B. R., Shumer, D. E. i 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. i Sangganjanavanich, V. F. (2016). Affirmative practice with transgender and gender nonconforming youth: Expanding the model. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(2), 165–172. <https://doi.org/10.1037/sgd0000167>.
- Edwards-Leeper, L. i Spack, N. P. (2012). Psychological evaluation and medical treatment of transgender youth in an interdisciplinary “Gender Management Service” (GeMS) in a major pediatric center. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 321–336. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653302>.
- Efstathiou, E., Davis, J. W., Pisters, L., Li, W., Wen, S., McMullin, R. P., Gormley, M., Ricci, D., Titus, M., Hoang, A., Zurita, A. J., Tran, N., Peng, W., Kheoh, T., Molina, A., Troncoso, P. i Logothetis, C. J. (2019). Clinical and biological characterisation of localized high-risk prostate cancer: Results of a randomized preoperative study of a luteinising hormone-releasing hormone agonist with or without abiraterone acetate plus prednisone. *European Urology*, 76(4), 418–424. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2019.05.010>.
- Eftekhari Ardebili, M., Janani, L., Khazaei, Z., Moradi, Y. i 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. U: Keo-Meier, C. i Ehrensaft, D. (ur.). *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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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](https://doi.org/10.1300/J159v06n01_04).
- Emmer, P., Lowe, A. i 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. i Yashar, B. M. (2016). The lived experience of MRKH: Sharing health information with peers. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(2), 154–158. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.09.009>.
- Equality and Human Rights Commission. (2021) Guide on Article 8 of the European Convention on Human Rights (2021). Right

- to respect for private and family life, home and correspondence. <https://www.equalityhumanrights.com/en/human-rights-act/article-8-respect-your-private-and-family-life>.
- Esmonde, N., Heston, A., Jedrzejewski, B., Ramly, E., Annen, A., Guerriero, J., Hansen, J. i 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. i GID-SEEN Group (2013). Coordination of healthcare for transsexual persons: A multidisciplinary approach. *Current Opinions Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 20(6), 585–591. <https://doi.org/10.1097/01.med.0000436182.42966.31>.
- Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2015). Access to fertility services by transgender persons: An Ethics Committee opinion. *Fertility and Sterility*, 104(5), 1111–1115. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.08.021>.
- Ettner, R. (2013). Care of the elderly transgender patient. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 20 (6), 580–584. <https://doi.org/10.1097/01.med.0000436183.34931.a5>.
- Ettner, R. i 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. i Coleman, E. (2016). Theories of the etiology of transgender identity. U: R. Ettner, S. Monstrey i E. Coleman (ur.), *Principles of Transgender Medicine and Surgery*, 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](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. i 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. i 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. i 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. i Gaveras, E. (2020). The manifestation of multilevel stigma in the lived experiences of transgender and gender non-conforming 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. i 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. i 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. i 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. i 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., Cher-nausek, S. D. i 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](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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Maggi, M. (2016). Cross-sex hormone treatment and psychological 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. i 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. i 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. i Wiita, B. (2000). Comparison of regimens containing oral micronized progesterone or medroxyprogesterone acetate on quality of life in post-menopausal women: A cross-sectional survey. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*. 9(4), 381–387. <https://doi.org/10.1089/15246090050020691>.
- Fix, L., Durden, M., Obedin-Maliver, J., Mose-son, H., Hastings, J., Stoeffler, A. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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., Emlet, C. A., Hoy-Ellis, C. P., Goldsen, J. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. U: D. Nikolavsky i S. A. Blakely (ur.), *Urological Care for the Transgender Patient: A Comprehensive Guide*, 7–21. Springer.
- Garcia, M. M. i Zaliznyak, M. (2020). Effects of feminizing hormone therapy on sexual function of transgender women. *Journal of Urology*, 203(Suppl. 4), e672–e672. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000000900.020>.
- Garcia, M. M., Christopher, N. A., De Luca, F., Spilotros, M. i 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. i 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. i 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. i 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. i Meriggiola, M. C. (2018). Testosterone undecanoate and testosterone enanthate injections are both effective and safe in trans men over 5 years of administration. *Clinical Endocrinology*, 89(6), 878–886. <https://doi.org/10.1111/cen.13821>.
- Gelfer, M. P. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. *JAMANetworkOpen*, 4, e214739. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.4739>.
- Gieles, N. C., van de Grift, T. C., Elaut, E., Heylens, G., Becker-Hebly, I., Nieder, T. O., Laan, E. T. M. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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 i Stonewall. (2020). Conversion therapy and gender identity survey. Stonewall. [https://www.stonewall.org.uk/system/files/2020\\_conversion\\_therapy\\_and\\_gender\\_identity\\_survey.pdf](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. i Glaser-Garbrick, D. (2009). Safety of maternal testosterone therapy during breastfeeding. *International Journal of Pharmaceutical Compounding*, 13(4), 314–317.
- Glaser, J., Nouri, S., Fernandez, A., Sudore, R. L., Schillinger, D., Klein-Fedyshin, M. i 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. i 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.000000000000140](https://doi.org/10.1097/JTE.000000000000140).
- Glidden, D., Bouman, W. P., Jones, B. i 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. i 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. i 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. i Keuroghlian, A. S. (2022). HIV care

- continuum interventions for transgender women: A topical review. *Public Health Reports*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/003335492111065517>.
- Goldstein, Z., Khan, M., Reisman, T. i 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. i 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., Dõ, L., Ratliff, G. A., Crego, P. I. 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. i Salameo, 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Russell, S. T. (2021). Cigarette smoking and minority stress across age cohorts in a national sample of sexual minorities: Results from the Generations Study. *Annals of Behavioral Medicine*, 55(6), 530–542. <https://doi.org/10.1093/abm/kaaa079>.
- 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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](https://transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS_Report.pdf).
- Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L. i 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](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. i 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. i 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. i 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. i Safer, J. D. (2021). Successful in vitro fertilization in a cisgender female carrier using oocytes retrieved from a transgender man maintained on testosterone. *AACE Clinical Case Reports*, 8(1), 19–21. <https://doi.org/10.1016/j.aace.2021.06.007>.
- Greytak, E. A., Kosciw, J. G. i 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. i 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.jpag.2018.02.009>.
- Grimstad, F., Kremen, J., Streed, C. G. i 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. i 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. i 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. i D'Augelli, A. R. (2006). Transgender youth: Invisible and vulnerable. *Journal of Homosexuality*, 51(1), 111–128. [https://doi.org/10.1300/J082v51n01\\_06](https://doi.org/10.1300/J082v51n01_06).
- Grossman, A. H. i 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. i 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](https://doi.org/10.1300/j041v18n01_02).
- Grossman, A. H., Park, J. Y., Frank, J. A. i 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. i 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. i 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. i de-Ber, 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. i 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. i 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. i Kuzon, W. M., Jr.(2018). Feminizing genital gender-confirmation surgery. *Sexual Medicine Reviews*, 6(3), 457–468.e452. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.11.005>.
- Hafford-Letchfield, T., Simpson, P., Willis, P. B. i 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. i 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. i Galupo, M. P. (2014). Trans\* individuals' experiences of gendered language with healthcare 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. i 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. i 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. i Agarwal, A.

- (2015). Semen characteristics of trans women 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. i 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. i 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](https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0320).
- Hancock, A. B. i 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](https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-20-00262).
- Hancock, A. B. i 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. i 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](https://doi.org/10.1044/2015_AJSLP-14-0095).
- Hancock, A. B., Krissinger, J. i 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. i 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. i Johnson, T. W. (2015). The sexual side of castration narratives: Fiction written by and for eunuchs and eunuch “wannabes.” *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 24(2), 151–159. <https://doi.org/10.3138/cjhs.242-A4>.
- Hardacker, C. T., Chyten-Brennan, J. i Komar, A. (2019). Transgender physiology, anatomy, and aging: A provider's guide to gender-affirming surgeries. U: C. Hardacker, K. Ducheny i M. Houlberg (ur.), *Transgender and gender nonconforming health and aging*, 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender non-conforming 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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., Janamnuaysook, R., Sungsing, T., Jantarapakde, J., Trachunthong, D., Mills, S. i 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. i 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. i Klein, D. A. (2021). Mental healthcare utilization of transgender youth before and after affirming treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(8), 1444–1454. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.05.014>.
- Hoebeker, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Weyers, S., De caestecker, K. i Monstrey, S. (2005). Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. *European Urology*, 47(3), 398–402. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2004.10.008>.
- Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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/NEJMc1104429>.
- Horbach, S. E., Bouman, M. B., Smit, J. M., Ozer, M., Buncamper, M. E. i 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. i 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. 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. U: A. Goldberg i G. Beemyn (ur.), *The SAGE encyclopedia of trans studies*. Sage.
- Houk, C. P. i 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. U: *Transgender and gender nonconforming health and aging*, 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. i 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. i 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. i 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. i 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](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](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 counseling or psychotherapy in the UK. *Counseling and Psychotherapy Research*, 14(4), 288–296. <https://doi.org/10.1080/14733145.2013.838597>.
- Iantaffi, A. i 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. 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. i 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/bmjsexrh-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](http://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. i 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 $\alpha$ -reductase inhibitors in transgender individuals? *Andrology*, 9(6), 1729–1731. <https://doi.org/10.1111/andr.12881>.
- Isaacson, D., Aghili, R., Wongwittava, N. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Rothman, M. S. (2019). Letter to the editor: “Progesterone is important for transgender women’s therapy — Applying evidence for the benefits of progesterone in cis women”. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 104(8), 3127–3128. <https://doi.org/10.1210/jc.2019-00249>.
- Jablonski, R. A., Vance, D. E. i 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. i 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. i 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. i Violeta, K. J. (ur.). (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. i 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. i Garcia Nuñez, D. (2018). Gender minority stress and depressive symptom 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. i 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. i 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](https://doi.org/10.1044/2020_PERSP-20-00047).
- James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Stănicke, 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. i 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. i 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. i Tiewtranon, P. (2018). Spermatogenesis abnormalities following hormonal therapy in trans women. *Biomed Research International*, 2018, 7919481. <https://doi.org/10.1155/2018/7919481>.
- Johns, M. M., Beltran, O., Armstrong, H. L., Jayne, P. E. i 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. i 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. i Cheng, E. Y. (2017). Attitudes towards “disorders of sex development” nomenclature among affected individuals. *Journal of Pediatric Urology*, 13(6), 608.e1–608.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2017.03.035>.
- Johnson, K. C., LeBlanc, A. J., Deardorff, J., Bockting, W. O. (2020). Invalidation experiences among non-binary adolescents. *Journal of Sex Research*, 57(2), 222–233. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1608422>.
- Johnson, L. i 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. i 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/nru-rol.2014.84>.
- Johnson, T. W. i 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. i 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](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf).
- Joint, R., Chen, Z. E. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Smith, J. R. (2021). Perceptions and motivations for uterus transplant in transgender women. *JAMA Network Open*, 4(1), e2034561. <https://doi.org/10.1001/jamanet-workopen.2020.34561>.
- Jones, R. K., Witwer, E. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Safer, J. D. (2017). Prevalence and types of gender-affirming surgery among a sample of transgender endocrinology patients prior to state expansion of insurance coverage. *Endocrine Practice*, 23(7), 780–786. <https://doi.org/10.4158/EP161727.OR>.
- Kaltiala, R., Bergman, H., Carmichael, P., de Graaf, N. M., Egebjerg Rischel, K., Frisén, L., Schorkopf, M., Suomalainen, L. i 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., Työljärvi, M. i 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., Työljärvi, M. i 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. i Cheesman, A. D. (2005). Cricothyroid approximation and sublaxation 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. i 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. i 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. i 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/10.1097/00000637-199911000-00003>.
- Kanhai, R. C., Hage, J. J. i 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. i 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/10.1080/1532739.2019.1631929>.
- 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., Yevlev, M., Ganesh Kumar, N., Wormer, B.,

- Grotting, J. C. i 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. U: C. A. Ferrando (ur.), *Comprehensive care of the transgender patient* (8–11). Elsevier.
- Karasic, D. H. i 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. i 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. i 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](https://www.researchgate.net/publication/348325593_POPULATION_SIZE_ESTIMATION_FOR_TRANSGENDER_PEOPLE_IN_UKRAINE).
- Kattari, S. K. i 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. i 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. i 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/10.1080/15532739.2017.13.04312>.
- Kaufman, R. & Tishelman, A. C. (2018). Creating a network of professionals. U: C. E. Keo-Meier & D. E. Ehrensaft (ur.), *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., Blosnich, J. R., Brown, G. R. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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](https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00188).
- Kennis, M., Duecker, F., T'Sjoen, G., Sack, A. T. i 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. i 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. i 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*, 3–19. Washington, DC: American Psychological Association.
- Keo-Meier, C. L. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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., Wasilewaski-Masker, K., Landier, W., Leonard, M., Albritton, K. H., Gupta, A. A., Casilas, J., Colte, O., Kutteh, W. H. i 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. i 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. i 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. i 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. i Nieder, T. O. (2018). Gender 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. U: E. E. Maccoby (ur.), *The development of sex*. Tavistock Publications.
- Kojima, T., Shoji, K., Isshiki, N. i 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/jibi-rin.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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Grimstad, F. (2020). Contraception across the transmasculine spectrum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(2), 134–143. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.07.043>.
- Kreukels, B. P. C., Köhler, B., Nordenström, A., Roehle, R., Thyen, U., Bouvattier, C., de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., Köhler, B., Cohen-Kettenis, P., de Vries, A., Arlt, W., Wiesemann, C., Slowikowska-Hilczler, J., de la Perriere, A. B., Sultan, C., Paris, F., Bouvattier, C., Thyen, U. i 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. i 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. i 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., Prakunhangsit, S. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Wijsen, C. (2014). Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 43(2), 377–385. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0140-y>.
- Kvist, O., Luiza Dallora, A., Nilsson, O., Anderberg, P., Sanmartin Berglund, J., Flodmark, C. E. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Lundström, B. (1998). Factors predictive of regret in sex reassignment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(4), 284–289. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb10001.x>.
- Langenderfer-Magruder, L., Whitfield, D. L., Walls, N. E., Kattari, S. K. i 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., Worliding, J. i Williams, S. T. (2021). Transdermal oestradiol for androgen suppression in prostate cancer: Long-term cardiovascular outcomes from the randomized 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. i 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. i Fuss, J. (2020). Sexual behavior, desire, and psychosexual experience in gynephilic and androphilic trans women: A cross-sectional multicenter study. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(6), 1182–1194. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.030>.
- Lawrence, A. A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behaviour*, 32(4), 299–315. <https://doi.org/10.1023/a:1024086814364>.
- Lawrence, A. A. (2005). Sexuality after male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behaviour*, 34(2), 147–166. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-1793-y>.
- LeBreton, M., Courtois, F., Journel, N. M., Beaulieu-Prevost, D., Belanger, M., Ruffion, A. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Smack, A. C. P. (2018). How well do various types of support buffer psychological distress among transgender and gender non-conforming students? *International Journal of Transgenderism*, 20(1), 39–48. <https://doi.org/10.1080/15.532739.2018.1452172>.
- Lehmann, V., Keim, M. C., Nahata, L., Shultz, E. L., Klosky, J. L., Tuinman, M. A. i 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. i 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. 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. i 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. U: C. E. Keo-Meier i D. E. Ehrensaft (ur.), *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. i Schaefer, L. C. (1998). *The standards of care for gender identity disorders — Fifth edition*. *International Journal of Transgenderism* 2, 2, <http://www.symposion.com/ijt/ijtc0405.htm>.
- Levy, A., Crown, A. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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/10.1080/002244.99.2020.1799317>.
- Lindqvist, E. K., Sigurjonsson, H., Möllermark, C., Tinder, J., Farnebo, F. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Roen, K. (2018). Making sense of ‘Intersex’ and ‘DSD’: How lay people 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. i 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. i 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. i 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. i 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., Siccchia, S. R. i Ross, L. E. (2019). Protocols as curriculum? Learning health advocacy skills by working with transgender patients in the context of gender-affirming medicine. *Advances in Health Sciences Education*, 25(1), 7–18. <https://doi.org/10.1007/s10459-019-09899-0>.
- Madrigal-Borloz, V. (2021). Report on gender: the law of inclusion and practices of exclusion. Report of the UN-Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity, submitted to the 47th UN Human Rights Council and 76th UN General Assembly. [https://www.ohchr.org/Documents/Issues/SexualOrientation/IESOGI/Reports on Gender Final Summary.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/SexualOrientation/IESOGI/Reports%20on%20Gender%20Final%20Summary.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. i Choukas-Bradley, S. (2021). Examining sexual behavior among U.S. transgender adolescents. *The Journal of Sex Research*, 58(8), 1050–1060. <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1855408>.
- Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Hewitt, T., Ganti, U., Lin, A. i 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. i 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. i 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. i Giammattei, S. V. (2018). Building resilience in transgender and gender expansive children, families, and communities: A multidimensional family approach. U: C. Keo-Meier & D. Ehrensaft (ur.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*, 141–156. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000095-009>.
- Mamoojee, Y., Seal, L. J. i 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. i Meriggiola, M. C. (2017). Presentation of a meningioma in a trans woman 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-Senosian, O., Labanca, T. i 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. i 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.00000000000004122>.
- 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., Cauce, J. A., Eaton, C. B., Gass, M., ... i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Tanner, J. M. (1969). Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Archives of Disease in Childhood*, 44(235), 291–303.
- Masten, A. S. i 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. i 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. i 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. i 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. i Saleem, S. (2020). The need for transgender healthcare medical education in a developing country. *Advances in Medical Education and Practice*, 11, 405. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S255483>.
- 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. i 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., Remacle, M., Biagini, M., Kiagiadaki, D. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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](https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00148).
- Matthews, S. J., Picton, H., Ernst, E. i Andersen, C. Y. (2018). Successful pregnancy in a woman previously suffering from  $\beta$ -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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Rose, S. (2020). Association of nondiscrimination policies with mental health among gender minority individuals. *JAMA Psychiatry*, 77(9), 952–958. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0770>.
- McDowell, M. J., Hughto, J. M. W. i 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. i Witten, T. M. (2013). Resilience and multiple stigmatized identities: Lessons from transgender persons' reflections on aging. U: J. D. Sinnott (ur.), *Positive psychology: Advances in understanding adult motivation*, 247–267. Springer.
- McGuire, J. K., Beek, T. F., Catalpa, J. M. i Steensma, T. D. (2018). The Genderqueer Identity (GQI) Scale: Measurement and validation of four distinct subscales with trans and LGBTQ 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. i 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. i 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. i Sharp, R. N. (2018). Working with parents/guardians and caregivers when conflicts arise. U: C. Keo-Meier i D. Ehrensaft (ur.), *The gender affirmative model: An Interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (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. i 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. i 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](https://www.scottish-trans.org/wp-content/uploads/2013/03/trans_mh_study.pdf).
- McNeill, E. J. M., Wilson, J. A., Clark, S. i 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. i 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. i Branje, S. (2011). Identity statuses as developmental trajectories: A five-wave longitudinal study in early-to-middle and middle-to-late adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(8), 1008–1021. <https://doi.org/10.1007/s10964-011-9730-y>.
- Mehringer, J. i Dowshen, N. L. (2019). Sexual and reproductive health considerations among transgender and gender-expansive youth. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 49(9), 100684. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2019.100684>.
- Mehringer, J. E., Harrison, J. B., Quain, K. M., Shea, J. A., Hawkins, L. A. i Dowshen, N. L. (2021). Experience of chest dysphoria and masculinizing chest surgery in transmasculine youth. *Pediatrics*, 147(3), e2020013300. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-013300>.
- Meier, S. C. i Labuski, C. M. (2013). *The Demographics of the Transgender Population*. U: A. K. Baumle (ur.), *International handbook on the demography of sexuality*, 289–327. Springer.
- Meier, S. C., Sharp, C., Michonski, J., Babcock, J. C. i 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. i 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. i 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. i Motos, M. A. (2013). Androgen insensitivity syndrome. *Gynecological Endocrinology*, 29(1), 1–5. <https://doi.org/10.3109/09513590.2012.705378>.
- Meriggiola, M. C., Armillotta, F., Costantino, A., Altieri, P., Saad, F., Kalthorn, T. i 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. i Hacki, T. (2005). Efficacy of conservative voice treatment in male-to-female transsexuals. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 57(2), 111–118. <https://doi.org/10.1159/000083572>.
- Meyer, W.III., Bockting W., Cohen-Kettenis P., Coleman E., DiCeglie D., Devor H., Goren L., Hage J., Kirk S., Kuiper B., Laub D., Lawrence A., Menard Y., Patton J., Schaefer L., Webb A. i 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](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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Stoneham, G. (2017). *The voice book for trans and non-binary people*. Jessica Kingsley Publishers.
- Mills, M., Stoneham, G. i 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. i 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. i Lorenzo, A. J. (2018). Cryopreservation of testicular tissue in pre-pubertal and adolescent boys at risk for infertility: A low risk procedure. *Journal of Pediatric Urology*, 14(3), 274.e271–274.e275. <https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2018.02.016>.
- Ministry of Justice. (2016.) *Care and management of transgender offenders*. (n.d.). GOV. UK. Retrieved May 31, 2022, <https://www.gov.uk/government/publications/care-and-management-of-transgender-offenders>.
- Mizock, L. i 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. i 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 Cuyper, G., Rubens, R., Moerman, M., Hamdi, M., Van Landuyt, K. i Blondeel, P. (2001). Surgical therapy in transsexual patients: A multidisciplinary 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. i De Cuyper, 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Lee, G. K. (2016). Phalloplasty: A review of techniques and outcomes. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 138 (3), 594–615. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000002518>.
- Moser, C. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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.00000000000003816>.
- Motmans, J., Meier, P., Ponnet, K. i 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. i 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. i 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](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. i 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. i 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.jpu-rol.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. i 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. i 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. i 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](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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Wilchins, R. (ur.). (2002). *Genderqueer. Voices from behind the sexual binary*. Alyson Books.
- Netshandama, V. O., Mavhandu-Mudzusi, A. H. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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., Güldenring, A., Woellert, K.,

- Briken, P., Mahler, L. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i den Heijer, M. (2018). The occurrence of benign brain tumors in transgender individuals during cross-sex hormone treatment. *Brain*, 141(7), 2047–2054. <https://doi.org/10.1093/brain/awy108>.
- Noureaï, S. A., Randhawa, P., Andrews, P. J. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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.jvo-ice.2015.10.016>.
- Oates, J. (2019). Evidence-based practice in voice training for transwomen. U: R. K. Adler, S. Hirsch i J. Pickering (ur.), *Voice and communication therapy for the transgender/gender diverse client: A comprehensive clinical guide*, 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. i 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. i 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. i 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. i 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 i 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](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Discrimination/Joint_LGBTI_Statement_ENG.PDF).
- Øien, R. A., Cicchetti, D. V. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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\\_thai-land\\_save\\_the\\_children\\_2018.pdf](https://resourcecentre.savethechildren.net/node/13480/pdf/lgbtiqyouth_in_thai-land_save_the_children_2018.pdf).
- Olson, K. R., Blotner, C., Alonso, D., Lewis, K., Edwards, D. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Wesp, L. (2018). Health considerations for gender non-conforming children and transgender adolescents. Guidelines for the primary care of transgender and gender non-binary people. <http://transhealth.ucsf.edu/guidelines/youth>.
- Olson-Kennedy, J., Warus, J., Okonta, V., Belzer, M. i 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. i 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. i Fruhauf, C. A. (2015). The lives of LGBT older adults: Understanding challenges and resilience, 256. *American Psychological Association*.
- Orloff, L. A., Mann, A. P., Damrose, J. F. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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., Dog̃an, N. U., Bektaş, G., Dolay, K., Gürkan, A., Arıcı, C. i Dog̃an, 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. i 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. i 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. i Dunkel, L. (2012). Delayed puberty. *New England Journal of Medicine*, 366(5), 443–453. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1109290>.
- Pan, S. i 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. i 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. i 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/jamanet-workopen.2020.11161>.
- Papadopulos, N. A., Lelle, J. D., Zavlin, D., Herschbach, P., Henrich, G., Kovacs, L., Ehrenberger, B., Kluger, A. K., Machens, H. G. i 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>.
- Papadopulos, N. A., Zavlin, D., Lelle, J. D., Herschbach, P., Henrich, G., Kovacs, L., Ehrenberger, B., Machens, H. G. i 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. i Price, J. R. (2017). Is the lack of specific lesbian, gay, bisexual, transgender and queer/questioning (LGBTQ) health care education in medical school a cause for concern? Evidence from a survey of knowledge and practice among UK medical students. *Journal of Homosexuality*, 64(3), 367–381. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1190218>.
- Paré, F. (2020). Outlawing trans reparative therapy. *EScholarship@McGill*. <https://escholarship.mcgill.ca/concern/theses/wh246x33v>.
- Paredes, A. Z., Hyer, J. M., Diaz, A., Tsilimigras, D. I. 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. i 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. i Courey, M. (2021). Trans woman voice questionnaire scores highlight specific benefits of adjunctive glottoplasty with voice therapy in treating voice feminization. *Journal of Voice*. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2021.07.017>.
- Parkes, G. i 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\[260:G-DACIP\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(2006)44[260:G-DACIP]2.0.CO;2).
- Parker, E. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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 i 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. i Acevedo, K. (2016). Health impact of chest binding among transgender adults: A community-engaged, cross-sectional study. *Culture, Health & Sexuality*, 19(1), 64–75. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1191675>.
- Peitzmeier, S. M., Reisner, S. L., Harigopal, P. i Potter, J. (2014). Female-to-male patients have high prevalence of unsatisfactory Paps compared to non-transgender females: Implications for cervical cancer screening. *Journal of General Internal Medicine*, 29(5), 778–784. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2753-1>.
- Peletz, M. (2009). *Gender pluralism: southeast Asia since early modern times*. Routledge.
- Pelusi, C., Costantino, A., Martelli, V., Lambertini, M., Bazzocchi, A., Ponti, F. i 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. i 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/jamanet-workopen.2019.11058>.
- Perez-Brumer, A., Hatzenbuehler, M. L., Oldenburg, C. E. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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., Gossens, E., Jahnukainen, K., Kliesch, S., Mitchell, R. T., Pennings, G., Rives, N., Tournaye, H., van Pelt, A. M. M. i 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., Locher, M., Matrone, B., Redon, J., Sattar, Y. i 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. i Llata, E. (2019). Chlamydia, Gonorrhoea, 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. i 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. i 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. i Vasquez, M. J. T. (2016). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide*. Wiley.
- Poquiz, J. L., Coyne, C. A., Garofalo, R. i 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. i 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. i 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.ame-pre.2021.05.019>.
- Poteat, T., German, D. i 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. i 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. i 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. i 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. i Hazen, A. (2019). Assessing quality of life and patient-reported satisfaction with masculinizing top surgery: A mixed-methods descriptive survey study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 143(1), 272–279. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000005113>.
- 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 i Gomez-Lobo, V. (2019). Hormonal contraceptives, intrauterine devices, gonadotropin-releasing hormone analogues and testosterone: Menstrual suppression in special adolescent populations. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 32(5S), S23–S29. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2019.04.007>.
- Pratt-Chapman, M. L. (2020). Implementation of sexual and gender minority health curricula in health care professional schools: A qualitative study. *BMC Medical Education*, 20, 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02045-0>.
- Précoma, D. B., Oliveira, G., Simão, A. F., Dutra, O. P., Coelho, O. R., Izar, M., Póvoa, R., Giuliano, I., Alencar Filho, A. C., Machado, C. A., Scherr, C., Fonseca, F., Santos Filho, R., Carvalho, T., Avezum, Á., Jr., Esporcatte, R., Nascimento, B. R., Brasil, D. P., Soares, G. P., Villela, P. B.,... i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Suerich-Gullick, 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. i 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. i 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. i 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., Gethun, 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Agostini, T. (2016). Full facial feminization surgery: Patient satisfaction assessment based on 180 procedures involving 33 consecutive patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 137(2), 438–448. <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000475754.71333.f6>.
- Rafferty, J. i 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. i 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. i 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., Afifah, S. N. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Goldstein, Z. (2019). Transgender care and medical education. U: L. Poretsky & W. C. Hembree (ur.), *Transgender Medicine*, 283–292. Humana Press, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-05683-4\\_14](https://doi.org/10.1007/978-3-030-05683-4_14).
- Reisman, T. i 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. i 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., Zaslów, S., Boswell, S. L. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Deutsch, M. B. (2016). Integrated and gender-affirming transgender clinical care and research. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 72, S2 3 5–S2 42. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001088>.
- Reisner, S. L., Veters, R., Leclerc, M., Zaslów, S., Wolfrum, S., Shumer, D. i 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. i 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. 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. i 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. i 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. i 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 counseling psychology*. Routledge.
- Richards, C. i 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. i Ian-taffi, A. (2014). Who watches the watchmen? A critical perspective on the theorization of trans people and clinicians. *Feminism & Psychology*, 4, 248–258. <http://doi.org/10.1177/0959353514526220>.
- Richards, C., Bouman, W. P. i 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. i 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., Perini, U., Quintini, C., Tzakis, A. i 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. i 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. i 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. i 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. i Treharne, G. J. (2016). Decom-pensation: A novel approach to accounting for stress arising from the effects of ideology and social norms. *Journal of Homosexuality*, 64(5), 592–605. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1194116>.
- Riggs, D. W. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Tishelman, A. (2020). Illness uncertainty longitudinally predicts distress among caregivers of children born with DSD. *Journal of Pediatric Psychology*, 45(9), 1053–1062. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa069>.
- Roberts, L. F., Brett, M. A., Johnson, T. W. i 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. i 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. i 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. i Nguyen, D. (2020). Immediate targeted nipple-areolar complex reinnervation: Improving outcomes in gender-affirming mastectomy. *Plastic and Reconstructive Surgery — Global Open*, 8(3), e2719. <https://doi.org/10.1097/gox.0000000000002719>.
- Rodriguez-Wallberg, K. A., Häljestig, J., Arver, S., Johansson, A. L. V. i 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. i 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. i 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>.
- Roén, 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. i 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. i Bradford, J. B. (2015). Predictors of suicidal ideation in a statewide sample of transgender individuals. *LGBT Health*, 2(3), 270–275. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0048>.

- Rood, B. A., Reisner, S. L., Puckett, J. A., Surace, F. I., Berman, A. K. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Sharifi, C. (2019). Effect of cross-sex hormones on the quality of life, depression and anxiety of transgender individuals: A quantitative systematic review. *JBIEvidence Synthesis*, 17(9), 1826–1854. <https://doi.org/10.11124/JBISIR-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. i 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. i 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](https://doi.org/10.1044/2019_PERSP-19-00034).
- Russell, S. T., Pollitt, A. M., Li, G. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Mazur, T. (2014). A noncategorical approach to the psychosocial care of persons with DSD and their families. U: B. P. C. Kreukels, T. D. Steensma i A. L. C. de Vries (ur.), *Gender dysphoria and disorders of sex development: Progress in care and knowledge*, 93–114. Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7441-8\\_5](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., Yas-har, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Timmermans, S. i 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. i 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., Bo-chicchio, V. i 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., Bo-chicchio, V., Valerio, P. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Schechter, R. B. (2019). Training surgeons in gender confirmation surgery. *Journal of Craniofacial Surgery*, 30(5), 1380–1382. <https://doi.org/10.1097/SCS.00000000000005477>.
- Schechter, L. S., D'Arpa, S., Cohen, M. N., Kocjancic, E., Claes, K. E. Y. i 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. 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. U: C. Richards, W. P. Bouman i M.-J. Barker (ur.), Genderqueer and non-binary genders, 183–223. Palgrave MacMillan.
- Seal, L. J., Franklin, S., Richards, C., Shishkareva, A., Sinclair, C. i Barrett, J. (2012). Predictive markers for mammoplasty and a comparison of side effect profiles in trans women 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Morrison, S. D. (2019). Global interest in gender affirmation surgery: A Google trends analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 143(1), 254e–256e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000005160>.
- 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Wood, D. L. (2011). The life-long 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. i Johnson, R. (2012). Creating a standardized process to offer the standard of care: continuous process improvement methodology is associated with increased rates of sperm cryopreservation among adolescent and young adult males with cancer. *Journal of Pediatric and Hematology/Oncology*, 34(8), e315–319. <https://doi.org/10.1097/MPH.0b013e3182678e3a>.
- Shumer, D. E. i 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. i 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. i 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. i 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. i Godman, 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. i 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. i Capitán-Cañadas, F. (2022). Facial gender confirmation surgery: The lower jaw. Description of surgical techniques and presentation of results. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 149(4), 755e–766e. <https://doi.org/10.1097/prs.0000000000008969>.
- Simons, L., Schrage, S. M., Clark, L. F., Belzer,

- M. i 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., Giraldi, A., Kristensen, E. i 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. i 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. i Zucker, K. J. (2021). A follow-up study of boys with gender identity disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 632784. <https://doi.org/10.3389/fp-syt.2021.632784>.
- Singh-Ospina, N., Maraka, S., Rodriguez-Gutierrez, R., Davidge-Pitts, C., Nippoldt, T. B., Prokop, L. J. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Poppas, D. P. (2019). Eliminating early surgery for disorders of sex development: Risking adverse outcomes in 46, XX CAH. *Journal of Urology*, 201(5), 871–873. <https://doi.org/10.1097/ju.0000000000000023>.
- Statistics Canada. (2022). Census of population Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220427/dq220427b-eng.htm>.
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Wensing-Kruger, S. A. (2019). Gender dysphoria. U: T. H. Ollendick, S. W. White i B. A. White (ur.), *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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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](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. i Gomez-Lobo, V. (2018). Transgender Youth Fertility Attitudes Questionnaire: Measure development in non-autistic 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. i 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. i Anthony, L. G. (2018). "They thought it was an obsession": Trajectories and perspectives of autistic transgender and gender-diverse adolescents. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 48(12), 4039–4055. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3723-6>.
- Strang, J. F., Knauss, M., van der Miesen, A., McGuire, J. K., Kenworthy, L., Caplan, R., Freeman, A., Sadikova, E., Zaks, Z., Pervez, N., Balleur, A., Rowlands, D. W., Sibarium, E., Willing, L., McCool, M. A., Ehrbar, R. D., Wyss, S. E., Wimms, H., Tobing, J. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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](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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Berg, D. R. (2020). Examining identity development and transition differences among binary transgender and genderqueer nonbinary (GQNB) individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(4), 379–385. <https://doi.org/10.1037/sgd0000377>.
- Taub, R. L., Ellis, S. A., Neal-Perry, G., Magaret, A. S., Prager, S. W. i Micks, E. A. (2020). The effect of testosterone on ovulatory function in transmasculine individuals. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(2), 229–el. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.01.059>.
- Tavakkoli Tabassi, K., Djavan, B., Hosseini, J., Ghoreifi, A., Ershadi, M. i 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. i 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. i 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. i 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-standards-of-care-and-treatment-guidelines-for-trans-and-gender-diverse-children-and-adolescents.pdf>.
- Temple Newhook, J., Pyne, J., Winters, K., Feder, S., Holmes, C., Tosh, J., Sinnott, M.-L., Jamieson, A. i 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. i Peerdeman, S. M. (2016). Menin- gomas 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., I 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. i 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://transrightsmap.tgeu.org/home/>.
- Thalairivithan, B. M., Sethu, M., Ramachandran, D. K., Kandasamy, M. i 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](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](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](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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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.,... i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Neumann-Mascis, A. (2018). Gender-related trauma. U: The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender-expansive children, 85–100. American Psychological Association.
- Tollemache, N., Shrewsbury, D. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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/jamanetworko-pen.2022.0978>.
- Tornello, S. L. i 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. i 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. i 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.thetrevor-project.org/wp-content/uploads/2021/12/Intersex-Youth-Mental-Health-Report.pdf>.
- Trispiotis, I. i Purshouse, C. (2022). 'Conversion therapy' as a 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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](https://doi.org/10.1163/2210-7975_HRD-9970-2016149).
- UNDP i 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 i 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](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](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. i 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. i 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. i 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.jpu-rol.2016.09.015>.
- Van Boerum, M. S., Salibian, A. A., Bluebond-Langner, R. i 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. i Destaerke, 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. i Bonte, K. (2008). Feminine after cricohyroid 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. i T'Sjoen, G. (2013). Low bone mass is prevalent in male-to-female transsexual persons before the start of cross-sex hormonal therapy and gonadectomy. *Bone*, 54(1), 92–97. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2013.01.039>.
- Van Caenegem, E., Verhaeghe, E., Taes, Y., Wierckx, K., Toye, K., Goemaere, S., Zmierczak, H. G., Hoebeke, P., Monstrey, S. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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, ALC. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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/10.1177/09564624211046997>.
- Van Kesteren, P. J., Asscheman, H., Megens, J. A. i 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., i 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>.
- Various. (2019). Memorandum of understanding on conversion therapy in the UK. Version 2, Revision A. British Association of Counseling and Psychotherapy. <https://www.bacp.co.uk/events-and-resources/ethics-and-standards/mou/>.
- Various. (2021). U. S. joint statement on ending conversion therapy. <https://usjs.org/usjs-current-draft/>.
- Veale, J., Byrne, J., Tan, K., Guy, S., Yee, A., Nopera, T. i 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. i 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. i 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. i 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. i Manzano, A. (2017). History and

- Cultural Diversity. U: C. Richards, W. P. Boman i M. J. Barker (ur.), *Genderqueer and non-binary genders*. Palgrave Macmillan.
- Vinogradova, Y., Coupland, C. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and pediatric 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. i 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., Vuppurturi, S. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Selkie, E. M. (2022). Transgender youths' sexual health and education: A qualitative analysis. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 35(2), 138–146. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2021.09.011>.
- Wassersug, R. J. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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.semped-surg.2019.150844>.
- Weidler, E. M. i 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., Sessieq, Q., Al Mutairi, K. i 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. i 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. i 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. i 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. i Percec, I. (2018). Gender-affirming surgery in persons with gender dysphoria. *Plastic Reconstructive Surgery*, 141(3), 388e–396e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004123>.
- Wendler, J. (1990). Vocal pitch elevation after transsexualism male-to-female. In: *Proceedings of the Union of the European 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 Cuypere, G. i 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/10.1016/j.jsexm.2009.02.003>.

- [org/10.1111/j.1743-6109.2008.01082.x](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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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., i 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. i 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. i 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. i 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., i 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., Dedecker, D., Van Houdenhove, E. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Michail, M. (2021). A systematic review and meta-analysis of victimization 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i Eyler, E. (2016). Care of aging transgender and Gender Nonconforming Patients. U: R. Ettner, S. Monstrey i E. Coleman (ur.), *Principles of transgender medicine and surgery* (2nd ed., 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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/](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](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/](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](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%20n%20Rapid-Onset%20Gender%20Dysphoria\\_9-4-2018.pdf](https://media/cms/Documents/Public%20Policies/2018/9_Sept/WPATH%20Position%20n%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. i Feng, S. Q. (2017). Chinese transgender population general survey report. LGBT Center and Department of Sociology, Peking University. <https://china-developmentbrief.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. i 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. i Budd, E. (2005). A needs assessment of transgendered people of color living in Washington, DC. U: W. O. Bockting i E. Avery (ur.), *Transgender health and HIV prevention: Needs assessment studies from transgender communities across the United States*, 31–47. The Haworth Medical Press. [https://doi.org/10.1300/J485v08n02\\_04](https://doi.org/10.1300/J485v08n02_04).
- Yadegarfar, M., Meinhold-Bergmann, M. E. i 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. i 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. i Watanabe, Y. (2015). Voice changes over time in a female-to-male transsexual receiving hormone therapy. *The Japan Journal of Logopedics and Phoniatics*, 56(3), 250–256. <https://doi.org/10.5112/jjlp.56.250>.
- Yang, C. Y., Palmer, A. D., Murray, K. D., Meltzer, T. R. i 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. i DiSandro, M. (2010). Gender identity in disorders of sex development: review article. *Urology*, 75(1):153–159. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2009.07.1286>.
- Yang, X., Wang, L., Gu, Y., Song, W., Hao, C., Zhou, J., Zhang, Q. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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/and.14444>.

- [doi.org/10.1111/andr.13028](https://doi.org/10.1111/andr.13028).
- Yule, M. A., Brotto, L. A. i 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. i Papadopoulos, N. A. (2018). Male-to-female sex reassignment surgery using the combined vaginoplasty technique: Satisfaction of transgender patients with aesthetic, functional, and sexual outcomes. *Aesthetic Plastic Surgery*, 42(1), 178–187. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-1003-z>.
- Zelin, N. S., Hastings, C., Beaulieu-Jones, B. R., Scott, C., Rodriguez-Villa, A., Duarte, C., Calahan, C. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. i 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. U: K. Hall i R. Barrett, (ur.), *The Oxford handbook of language and sexuality*, 1–23. Oxford University Press. <http://lalizimman.org/PDFs/Zimman2020TransLanguage-TransMoment.pdf>.
- Zucker, K. J., Cohen-Kettenis, P. T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pfäfflin, F. i 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>.

## Dodatak A METODOLOGIJA

### 1. Uvod

Ova verzija Standarda nege (SS-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. Smernice koje se baziraju na dokazima uključuju preporuke namenjene optimizaciji i unapređenju nege za pacijente, a vode se sistematičnim pregledom dokaza, kao i procenom korisnosti i štetnosti alternativnih opcija nege. Istraživanja utemeljena na dokazima osnova su valjanim smernicama i preporukama za kliničku praksu, a treba da budu uravnotežena realnošću i izvodivošću pružanja nege u različitim okruženjima. Izrada osme verzije SN-a uključila je preporuke za smernice u razvoju kliničke prakse, koje su pripremile američke Nacionalne medicinske akademije i Svetska zdravstvena organizacija. Tim smernicama su obuhvaćeni 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 multidisciplinaran i sastojao se od stručnjaka za pojedine teme, zdravstvenih radnika, istraživača i zainteresovanih aktera različitih perspektiva i geografske zastupljenosti. Svi članovi odbora su ispunili izjave o sukobu interesa.\*

Metodolog za izradu smernica pomogao je s nacrtom i razvojem pitanja, a nezavisni tim je pripremio sistematične recenzije, koje su korišćene za razradu pojedinih preporuka. Smernicama su doprineli i međunarodna savetodavna grupa i komentari sakupljeni tokom javne rasprave. Preporuke osme verzije SN-a zasnivaju se na intervencijama podržanim dostupnim dokazima, raspravama o rizicima i štetnosti, kao i njihovoj izvodivosti i prihvatljivosti u različitim kontekstima i zemljama. Konsenzus oko konačnih preporuka postignut je *Delfi* procesom koji je uključio sve članove Odbora za reviziju Standarda nege, a uslov je bio da preporuke odobri 75% članova. Razloge i obrazloženja preporuka s dokazima napisali su članovi ogranaka. Nacrte poglavlja pregledali su predsednik i potpredsednici Odbora za reviziju Standarda nege

kako bi obezbedili da format bude konzistentan, dokazi pravilno pribavljeni, a preporuke konzistentne kroz poglavlja. Nezavisni tim pregledao je reference korišćene u osmoj verziji Standarda nege pre nego što je smernice uredio jedan stručnjak. U daljem tekstu je iznet detaljan pregled metodologije korišćene u osmoj verziji SN-a.

### 2. Metodološke razlike između osme verzije Standarda nege i prethodnih izdanja

Glavne metodološke razlike između osme verzije SN-a prethodnih verzija SN-a jesu:

- uključivanje veće grupe stručnjaka iz celog sveta;
- transparentan način odabira upravnog odbora za razvoj smernica, kao i rukovodilaca i članova timova za pripremu pojedinih poglavlja;
- uključivanje različitih aktera u razvoj osme verzije SN-a;
- 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“, ovisno o njihovoj snazi;
- uključivanje nezavisne grupe kliničkih naučnika za pregled literature;
- uključivanje međunarodnih organizacija koje rade sa transrodnim i rodno raznolikim (TiRR) zajednicama, članova Svetske strukovne organizacije za zdravlje transrodnih osoba (WPATH-a) i drugih stručnih organizacija, kao i opšte javnosti koja je pružila povratne informacije za vreme javnog savetovanja o celokupnoj osmoj verziji SN-a.

### 3. Pregled načina razvoja Standarda nege

U daljem tekstu su sažeti koraci kojima su ažurirani Standardi nege:

1. osnivanje Upravnog odbora za izradu smernica s predsednikom i potpredsednicima (19. jula 2017);
2. određivanje poglavlja (obuhvat smernica);
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 SN-8 i pregled pitanja za sistematične provjere;
  6. sprovođenje sistematičnih provjera (mart 2019);
  7. nacrt preporuka;
  8. izglasavanje preporuka metodom *Delfi* (septembar 2019–februar 2022);
  9. gradiranje preporuka;
  10. pisanje teksta koji potkrepljuje preporuke;
  11. nezavisna provjera valjanosti referenci korištenih u tekstu koji potkrepljuje preporuke;
  12. završetak nacrta osme verzije SN-a (1. decembra 2021);
  13. povratne informacije na preporuke koje je dao Međunarodni savetodavni odbor;
  14. povratne informacije na celokupni nacrt osme verzije SN-a tokom javnog savetovanja (novembar 2022–januar 2022);
  15. revizija konačnog nacrta na osnovu javne rasprave (januar 2022–maj 2022);
  16. odobrenje predsednika i potpredsednika za konačni nacrt (10. juna 2022);
  17. odobrenje Upravnog odbora Svetske zdravstvene organizacije za zdravlje transrodnih osoba (WPATH-a);
  18. izdavanje osme verzije SN-a;
  19. diseminacija i prevod osme verzije SN-a.

### 3.1. Osnivanje Upravnog odbora za izradu smernica

Upravni odbor WPATH-a za izradu smernica nadgledao je razvoj smernica za sva poglavlja Standarda nege. Osim predsednika (Eli Coleman), kog je imenovala Uprava WPATH-a kako bi se zadržao kontinuitet u odnosu na prethodna izdanja SN-a, članove Upravnog odbora za izradu smernica izabrao je Odbor WPATH-a od članova koji su se prijavili za pozicije u njemu. Opisi poslova razvijeni su za pozicije potpredsednika, 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 potpredsednika (jedan član Odbora nije učestvovao zbog sukoba interesa). Predsednik i potpredsednici odabrali su rukovodioce i članove timova za pripremu pojedinih poglavlja (kao i zainteresovane aktere) na osnovu prijavnog obrasca i

biografije. Upravni odbor za izradu smernica osme verzije Standarda nege 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 (rukovoditeljica Tima za pregled dokaza), profesorica medicine, epidemiologije i razvoja zdravstvenih politika i upravljanja na Univerzitetu Johns Hopkins (SAD).

### 3.2. Određivanje tema poglavlja

Upravni odbor za izradu smernica odredio je poglavlja koja će biti uključena u Standarde nege pregledom literature i prethodne verzije SN-a.

Poglavlja u osmoj verziji Standarda nege su:

1. Terminologija
2. Globalna primenljivost
3. Procena populacije
4. Obrazovanje\*
5. Procena odraslih osoba
6. Adolescenti
7. Deca
8. Nebinarnost
9. Evnusi
10. Interpolnost
11. Institucionalna okruženja
12. Hormonska terapija
13. Hirurgija i postoperativna nega
14. Glas i komunikacija
15. Primarna zdravstvena zaštita
16. Reproduktivno 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 SN-a, 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 SN-a (kao rukovodilac tima za pripremu određenog poglavlja ili član tog tima) poslat je članstvu WPATH-a. Predsjednici Upravnog odbora za izradu smernica 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 nege i bili odgovorni za koordinaciju učešća članova svojih timova. Članovi tima su izveštavali neposredno rukovodiocu 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 proceniti 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 predsednika tokom celog procesa;
- razvijati sadržaje poglavlja;
- pregledati komentare iz javne rasprave i pomagati u razvoju revizije smernica;
- doprineti smernicama 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 procesa PICO), pregled dokaza, razvoj preporuka, vrednovanje dokaza i preporuka i informacije o programu i procesu razvoja smernica. Imenovano je ukupno 26 rukovodilaca timova za pripremu poglavlja (neka poglavlja su zahtevala po dvoje rukovodilaca), 77 članova timova za pripremu poglavlja i 16 zainteresovanih aktera. Odabrano je ukupno 127 osoba. Tokom izrade SN-a, osam osoba je napustilo proces zbog ličnih ili poslovnih razloga. Stoga je, na kraju, bilo ukupno 119 autora uključenih u izradu osme verzije SN-a.

### 3.4. Selekcija Tima za pregled dokaza

Upravni odbor WPATH-a objavio je poziv za pronalazak Tima za pregled dokaza. Za osmu verziju Standarda nege 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 upravljanja na Univerzitetu Johns Hopkins (SAD).

Dr. sc. Robinson takođe je usmeravala Upravni odbor u razvoju osme verzije SN-a, pružajući savete 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 smernica, 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 predsednikom, potpredsednicima ili članom Upravnoga odbora WPATH-a ili funkcija u Upravnom odboru WPATH-a.

### **3.5. Razrada tema i pregled pitanja**

Tim za pregled dokaza izvukao je preporuke iz prethodne verzije Standarda nege. 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 tabele 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 ili Australiji. Svesni smo pristrasnosti prema perspektivama globalnog severa, 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 cele članke radi procene prihvatljivosti. Da bi članci bili isključeni, trebalo je da se oboje recenzenta 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 merama ishoda. Jedan recenzent je izvlačio sažetak podataka, a drugi ga je proveravao.

#### **Procena rizika od pristrasnosti**

Dvoje recenzenata iz Tima za pregled dokaza nezavisno je procenilo 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 procenjena je upotrebom unapred definisanih kritičnih ishoda za svako pitanje i sagledavanjem ograničenja kvaliteta pojedinačne studije / rizika pristrasnosti, doslednosti, neposrednosti, preciznosti i pristrasnosti u izveštavanju.

### **3.7. Izrada preporuka**

Rukovodioci i članovi timova za pripremu poglavlja izradili su preporuke. Preporuke su osmišljene tako da budu izvodive, praktične i merljive.

Preporuke utemeljene na dokazima zasnovane su na rezultatima sistematičnih pregleda literature i stručnih mišljenja postignutih konsenzusom.

Predsednik i potpredsednici, kao i rukovodioci timova za pripremu poglavlja pregledali su i odobrili sve preporuke radi jasnoće i doslednosti u tekstu. Tokom ovog pregleda i kroz celi proces bilo kakvo preklapanje između poglavlja takođe je razmotreno.

Trebalo je da mnogi timovi zaduženi za pojedina poglavlja blisko saraduju kako bi osigurali doslednost svojih preporuka. Na primer, budući da sada postoje odvojena poglavlja za decu i adolescente, kako bi se osigurala doslednost između dvaju poglavlja, neki su autori bili deo obaju timova. Iz sličnog razloga, kada je bilo primenjivo, radna grupa za neko konkretno poglavlje saradivala je s drugim radnim grupama na temama koje su poglavljima zajedničke (tj. na Proceni dece, Proceni odraslih, Hormonskoj terapiji, Hirurgiji i postoperativnoj nezi i

Reproduktivnom 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 SN-a trebalo je da učestvuje u procesu *Delfi* 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 izmenjena, preporuka je ponovno prolazila kroz proces *Delfi*. Ako nakon tri kruga nije odobrena, preporuka je uklanjana iz SN-a. Svaki član SN-a glasao je za svaku izjavu. Stopa odgovora bila je između 74,79% i 94,96% za preporuke.

### **3.9. Kriterijumi ocenjivanja preporuka**

Nakon što su preporuke zadovoljile zahteve procesa *Delfi*, članovi timova za pripremu poglavlja ocenjivali 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 obezbeđuje 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;
- poverenje u tu ravnotežu ili kvalitet dokaza;
- vrednosti 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 procene 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 razmere efekta koji se može očekivati u praksi,
  - postoji potreba za balansiranjem potencijalnih dobrih i loših strana intervencija, terapije ili strategija,
  - verovatno 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 pojedinsti o mogućim dobitima i štetama, opisivanje neizvesnosti i informacije o primeni preporuke, uključujući, između ostalog, očekivane prepreke ili izazove. Za reference se koristi stil citiranja APA-7, kako bi se potkrepile informacije u tekstu. Veze ka relevantnim resursima takođe su navedene, po potrebi. Tekst, uključujući i to dali je preporuka opisana kao jaka ili slaba, pregledali su i odobrili predsednik i potpredsednici.

### 3.11. *Eksterna provera 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 nacrt osme verzije SN-a*

Konačni nacrt osme verzije SN-a bio je dostupan za komentare.

### 3.13. *Distribucija Standarda nege međunarodnim savetnicima za pregled*

Preporuke osme verzije Standarda nege distribuirane su širem Odboru za reviziju Standarda nege i Međunarodnoj savetodavnoj grupi WPATH-a, koja uključuje Azijsko-pacifičku transrodnu mrežu (APTN), Globalnu akciju za ravnopravnost transrodnih osoba (GATE), Međunarodno udruženje lezbijki, homoseksualnih, biseksualnih, transrodnih i interpolnih osoba (ILGA) i Transgender Europe (TGEU).

### 3.14. *Javna rasprava*

Revidirana verzija nacrt dokumenta Standarda nege otvorena je na internet stranici WPATH-a za komentare javnosti, uključujući članove WPATH-a. Za komentare je određen period od šest nedelja. Nacrt je komentarisalo ukupno 1.279 osoba, ostavivši ukupno 2.688 komentara.

### 3.15. *Revizija konačnog nacrt na osnovu komentara*

Rukovodioci timova za pripremu poglavlja i Upravni odbor za izradu smernica 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 deo ovog procesa, razvijene su tri nove *Delphi* preporuke, a dve su modifikovane dovoljno da su zahtevale novo glasanje Odbora za izradu osme verzije Standarda nege. To je značilo da je novi proces *Delfi* pokrenut u januaru 2022. Rezultate ovog procesa *Delfi* prihvatili su timovi za pripremu poglavlja, a nove preporuke su dodate ili izmenjene u skladu s tim. Dodat je i novi propratni tekst.

Predsednik i potpredsednici ponovno su pregledali sve nove verzije poglavlja i predložili izmene ili prilagođavanja. Konačno, nakon što bi predsednik, potpredsednici i članovi timova za pripremu poglavlja bili zadovoljni nacrtom, poglavlje je završavano.

Sve nove reference dvostruko je proverio nezavisni član.



### **3.16. Odobrenje predsednika i potpredsednika za konačni nacrt**

Izmene su pregledali i prihvatili predsedavajući 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 nege**

Standardi nege 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 SN-a bit će razvijeno kada bude novih dokaza i/ili značajnih promena u ovom području koje zahtevaju novo izdanje.

\* Razvoj osme verzije SN-a bio je složen proces koji se odvijao u vreme pandemije kovida 19 i političkih neizvesnosti u mnogim delovima sveta. Članovi Odbora za razvoj osme verzije SN-a radili su na Standardima nege 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 nege nisu bili plaćeni dok su učestvovali u ovom procesu.

## Dodatak 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 delimično muškarci, delimično žene ili da se ponekad identifikuju kao muškarac, a ponekad kao žena, ili pak mogu da se identifikuju s rodnom 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 rodno kvir, 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 zamenice („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”. Pojedinac koji se identifikuje 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*).

**PONOVA TRANZICIJA** odnosi se na drugu ili narednu promenu 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 shvaćanja 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, rodno kvir, rodno neutralne, arodnost, rodno fluidne osobe i osobe „trećeg” roda; kao i mnoge druge rodove prepoznate širom sveta.

**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 služiti i kao pridev („rodno-afirmišuća nega”).

**RODNO-AFIRMIŠUĆA OPERACIJA** (engl. *gender-affirmation surgery*, GAS) koristi se za opisivanje operacije promene primarnih i / ili sekundarnih polnih karakteristika kako bi se afirmisao rodni identitet osobe.

**RODNA BINARNOST** odnosi se na ideju da postoje dva i samo dva roda, muški i ženski, očekivanje da svako mora biti ili jedno ili drugo i da su sve osobe muškog pola muškarci, a sve osobe ženskog pola žene.

**RODNA RAZNOLIKOST** je izraz koji se koristi za opisivanje ljudi s rodni identitetom i / ili rodni izražavanjem različitim od društvenih i kulturnih očekivanja dodeljenih polu koji im je pripisan po rođenju. To može uključivati, među mnogim drugim kulturno različitim

identitetima, ljude koji se identifikuju kao nebinarni, rodno ekspanzivni, rodno nekonformni i ostale osobe koje se ne identifikuju kao cisrodne.

**RODNA DISFORIJA** opisuje stanje uznemirenosti ili nelagode koje se može doživjeti jer se rodni identitet osobe razlikuje od onog koji se telesno i/ili društveno dodjeljuje 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 propraćena stresom. Ne doživljavaju sve transrodne i rodno raznolike osobe rodnu disforiju.

**RODNA EKSPANZIVNOST** je pridev koji se često koristi za opisivanje ljudi koji se identifikuju ili izražavaju na načine koji proširuju društveno i kulturno definisana ponašanja ili uverenja 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.

**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 odevanje, 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.

**RODNI IDENTITET** odnosi se na duboki, unutarnji, intrinzični osećaj osobe o vlastitom rodu.

**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.

**SEKSUALNA ORIJENTACIJA** odnosi se na seksualni identitet osobe, privlačnosti i ponašanja u odnosu na ljude na osnovu sopstvenoga roda i/ili polnih karakteristika i karakteristika njenih partnera. Seksualna orijentacija i rodni identitet različiti su pojmovi.

**TRANSFOBIJA** se odnosi na negativne stavove, uverenja 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 osobne 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 nenamernog neznanja, a ne direktnog neprijateljstva, njeni učinci nikada nisu benigni. Neki ljudi umjesto transfobije koriste izraz antitransrodna predrasuda.

**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 reči uvek treba koristiti kao prideve („trans osobe“), a nikada kao imenice (kao u engl. *transgenderers*) i nikada kao glagole (kao u engl. *transgendered*).

**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.

**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 podvrgnute da se podvrgavaju bilo kakvoj tranziciji. Skraćenica MTF, na osnovu engl. *male-to-female*, stariji je izraz koji izlazi iz upotrebe.

**TRANZICIJA** se odnosi na proces tokom kojeg osobe obično menjaju 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 promene imena, zamenica, odeće, 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 promene nečijeg rodnog izražavanja iz bilo kojeg roda u drugi rod. Ljudi mogu proći kroz tranziciju više od jedanput u životu.

## Dodatak C RODNO-AFIRMIŠUĆE HORMONSKE TERAPIJE

**TABELA 1. OČEKIVANO VREME FIZIČKIH PROMENA KAO ODGOVOR NA RODNO-AFIRMIŠUĆU HORMONSKU TERAPIJU**

Režim temeljen na testosteronu		
Dejstvo	Početak djelovanja	Maksimum
masnoća kože/akne	1-6 mjeseci	1-2 godine
dlakavost 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 atrofiya	1-6 mjeseci	1-2 godine
prođublivanje glasa	1-6 mjeseci	1-2 godine

Režim temeljen na estrogenu i snižavanju testosterona		
Dejstvo	Početak djelovanja	Maksimum
redistribucija masnog tkiva	3-6 mjeseci	2-5 godina
smanjenje mišićne mase/snage	3-6 mjeseci	1-2 godine
zaglađivanje kože/smanjenje masnoće kože	3-6 mjeseci	nepoznato
smanjenje spolne želje	1-3 mjeseca	nepoznato
smanjenje spontane erekcije	1-3 mjeseca	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 su delovi klinički značajni.) (Ažuriran tekst sedme verzije SN-a.)**

NIVO RIZIKA	Režim temeljen na estrogenu	Režim temeljen na testosteronu
vjerovatno povećan rizik	<b>venska tromboembolija neplodnost</b>	<b>policitemija neplodnost</b>
	hiperkalemija <sup>s</sup>	akne
	hipertrigliceridemija	androgena alopecija
	porast telesne težine	hipertenzija
		apneja u snu
		porast tjelesne težine
		opadanja HDL-holesterola i
		porast LDL-holesterola
vjerovatno povećan rizik uz prisustvo dodatnog rizičnog faktora	kardiovaskularna bolest	kardiovaskularna bolest
	cerebrovaskularna bolest	hipertrigliceridemija
	meningeomi <sup>c</sup>	
	poliurija/dehidracija <sup>s</sup>	
	kolelitijaza	
moćuci povećani rizik	hipertenzija	
moćuci povećani rizik uz prisustvo dodatnog rizičnog faktora	erektilna disfunkcija	dijabetes tipa 2
	dijabetes tipa 2	dijabetes tipa 2
	niska koštana masa/osteoporoza	kardiovaskularna bolest
	hiperprolaktinemija	
nema povećanog rizika ili nejasno	karcinom dojke i prostate	niska koštana masa/osteoporoza
		karcinom dojke, grlića maternice, jajnika, maternice

<sup>c</sup> režim temeljen na ciproteronu

<sup>s</sup> režim zasnovan na spironolaktonu

**TABELA 3. REŽIMI RODNO-AFIRMIŠUĆE HORMONSKE TERAPIJE ZA TRANSRODNE I RODNO RAZNOLIKE MLADE OSOBE (Prilagođeno prema smernicama organizacije Endocrine Society; Hembree et al., 2017)**

Indukcija ženskog puberteta (režim zasnovan na estrogenu) oralnim 17β-estradiolom
Započeti sa 5 μg/kg/dan i povećavati svakih 6 meseci za 5 μg/kg/dan do 20 μg/kg/dan prema nivou estradiola.
Doza za odrasle = 2–6 mg/dan.
Kod postpubertetskih transrodnih i rodno raznolikih adolescenata dozu 17β-estradiola moguće je brže povećavati: po 1 mg/dan tokom 6 meseci, nakon čega sledi povećanje od 2 mg/dan, 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 meseci 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/m <sup>2</sup> /2 nedelje (ili alternativno pola ove doze nedeljno).
Povećavati za 25 mg/m <sup>2</sup> /2 nedelje svakih 6 meseci do doze za odrasle i ciljnog nivoa testosterona. V. alternative za testosteron (tabela 4).

**TABELA 4. REŽIMI HORMONSKE TERAPIJE ZA TRANSRODNE OSOBE I RODNO RAZNOLIKE MLADE 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 nedelje
	2-10 IM svake nedelje
Antiandrogeni	
spironolakton	100 - 300 mg/dan
ciproteron acetat	10 mg/dan**
GnRH agonist	3,75- 7,50 mg SC/IM mesečno
depo preparat GnRH agonista	11,25/22,5 mg SC/IM 3/6 meseci
‡ Primenjeni nivo zavisi od formulacije i jačine.	
Režim zasnovan na testosteronu (transmaskuline osobe)	
Transrodni muškarci	
Testosteron	
parenteralno	
testosteron enantat/cipionat	50-100 IM/SC nedeljno ili 100-200 IM svake 2 nedelje
testosteron undekanoat	1000 mg IM svakih 12 nedelja ili 750 mg IM svakih 10 nedelja
transdermalni testosteron	
testosteron u gelu	50-100 mg/dan
transdermalni flaster testosterona	2,5-7,5 mg/dan

\* Doze se povećavaju ili smanjuju dok se ne postignu terapijski nivoi polnih hormona. Režimi hormonske terapije ne odražavaju sve formulacije dostupne u apotekama širom sveta, te ih treba prilagoditi onima koje su dostupne u lokalnim apotekama.

\*\* Kuijpers et al. (2021)

**TABELA 5. PRAĆENJE NIVOVA HORMONA KOD TRANSRODNIH I RODNO RAZNOLIKIH OSOBA UKLJUČENIH U RODNO AFIRMIŠUĆU HORMONSKU TERAPIJU (Prilagođeno prema smernicama organizacije Endocrine Society.)****Transrodni muškarci ili transmaskuline osobe (uključujući rodno raznolike/nebinarne osobe)**

1. Evaluirati pacijenta približno svaka 3 meseca (uz prilagođavanje doze) tokom prve godine te, potom, 1–2 puta godišnje radi praćenja telesnih promena usled primene testosterona.
2. Meriti ukupni testosteron u serumu svaka 3 meseca (uz prilagođavanje doze) do postizanja ciljnih nivoa.
  - a. Za parenteralni testosteron, ukupni testosteron u serumu potrebno je određivati u sredini intervala između dve primene. Ciljni nivo je 400–700 ng/dL. Kao alternativa, izmeriti najviše i najniže nivoe kako bi se osiguralo da nivoi ostanu u rasponu referentnih vrednosti za muškarce.
  - b. Za parenteralni testosteron undekanoat, nivo testosterona potrebno je određivati pre primene. Ako je nivo <400 ng/dL, prilagoditi interval primene.
  - c. Za transdermalni testosteron, nivo testosterona potrebno je određivati ne pre perioda od nedelju dana svakodnevnog nanošenja (najmanje 2 sata nakon nanošenja).
3. Određivati koncentraciju hematokrita ili hemoglobina na početku i nakon otprilike 3 meseca (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 meseca (uz prilagođavanje doze) tokom prve godine te, potom, 1–2 puta godišnje, kako bi se pratile fizičke promene uz primenu 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, pre svega kalijum, kao i bubrežnu funkciju, naročito kreatinin.
3. Sledite preporuke za primarnu zdravstvenu zaštitu opisane u poglavlju o primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

## Dodatak D

### SAŽETAK KRITERIJUMA ZA HORMONSKE I HIRURŠKE POSTUPKE KOD ODRASLIH I KOD ADOLESCENATA

Smernice osme verzije SN-a formulisane su tako da budu fleksibilne, kako bi se zadovoljile raznolike potrebe za zdravstvenom negom TiRR osoba širom sveta. Iako su prilagodljive, one nude standardizovane kriterijume utemeljene na konsenzusu, proizašle iz najboljih dostupnih naučnih dokaza za promovisanje optimalne zdravstvene nege i vođenje tretmana osoba koje doživljavaju rodnu inkongruenciju. Kao i u svim prethodnim verzijama SN-a, kriterijumi koji se navode u ovom dokumentu kliničke su smernice za rodno-afirmišuće postupke; pojedini zdravstveni stručnjaci i zdravstveni programi, konsultujući se s TiRR osobom, mogu ih modifikovati. Klinička odstupanja od SN-a 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 sveta 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 vredna za akumulaciju novih podataka, koje je moguće retrospektivno analizirati kako bi se omogućilo razvijanje zdravstvene nege i SN-a. Ovaj sažetak kriterijuma potrebno je čitati uz poglavlje na koje se odnosi (v. poglavlja o procenama odraslih i adolescenata).

### SAŽETAK KRITERIJUMA ZA ODRASLE

#### *Kriterijumi povezani s postupkom procene*

- Zdravstveni radnici koji procenjuju odrasle TiRR osobe koje traže rodno-afirmišuće 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-afirmišuće medicinske i hirurške tretmane (GAMST), potrebno je samo jedno pismo procene zdravstvenog delatnika kompetentnog za procenu transrodne i rodno raznolike populacije.

#### *Kriterijumi za hormonsku terapiju*

- a. Rodna inkongruencija je izražena i trajna.
- b. Osoba ispunjava dijagnostičke kriterijume za rodnu inkongruenciju pre rodno-afirmišuće hormonske terapije u regijama gde je dijagnoza potrebna za pristup zdravstvenoj nezi.
- c. Osoba pokazuje sposobnost pristajanja na određeni rodno-afirmišući hormonski tretman.
- d. Identifikovani su i isključeni drugi mogući uzroci vidljive rodne inkongruencije.
- e. Procenjena su mentalna i fizička stanja koja bi mogla negativno da utiču na ishod tretmana, uz razmatranje rizika i koristi.
- f. Osoba razume dejstvo rodno-afirmišuće hormonske terapije na reprodukciju i istražila je reproduktivne opcije.

#### *Kriterijumi za hirurški zahvat*

- a. Rodna inkongruencija je izražena i trajna.
- b. Osoba ispunjava dijagnostičke kriterijume za rodnu inkongruenciju pre rodno-afirmišućih hirurških intervencija u regijama gde je dijagnoza potrebna za pristup zdravstvenoj nezi.
- c. Osoba pokazuje sposobnost pristajanja na određenu rodno-afirmišuću hiruršku intervenciju.
- d. Razume efekat rodno-afirmišućih hirurških intervencija na reprodukciju i istražila je reproduktivne opcije.
- e. Identifikovani su i isključeni drugi mogući uzroci vidljive rodne inkongruencije.
- f. Procenjena su mentalna i fizička stanja koja bi mogla negativno da utiču na ishod GAS-a, uz razmatranje rizika i koristi.
- g. Osoba je stabilno na svom rodno-afirmišućem režimu hormonske terapije (što može uključivati najmanje 6 meseci 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 procene*

- Potrebno je obaviti celovitu biopsihosocijalnu procenu, koja uključuje odgovarajuće stručnjake iz područja mentalnog zdravlja i medicine.
- Uključiti roditelja ili staratelja u proces procene, osim ako se utvrdi da bi njihova uključenost bila štetna za adolescenta ili da nije izvodiva.
- Ako je potrebna pisana dokumentacija ili pismo preporuke za rodno-afirmišuće medicinske i hirurške tretmane (GAMST), potrebno je samo jedno pismo procene člana multidisciplinarnog tima. Ovo pismo treba da odražava procenu 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 nezi.
- 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-afirmišuće postupke, treba da budu rešene tako 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. Dosegnuta 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 nezi.
- 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-afirmišuće postupke, treba da budu rešene 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 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 nezi.
- 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 rešene 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 očuvanje plodnosti.
- f. Osoba je barem 12 meseci 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 deo rodno-afirmišućeg tretmana, osim ako je hormonska terapija neželjena ili je medicinski kontraindikovana.

## Dodatak E

### RODNO-AFIRMIŠUĆI HIRURŠKI ZAHVATI

Budući da se razumevanje mnogih aspekata rodne inkongruencije u ovom području proširuje i da napredak tehnologije omogućuje nove

zahvate, preko je potrebno razumeti da popis koji sledi nije iscrpan. To je posebno važno s obzirom na često duga razdoblja između ažuriranja SN-a, tokom kojih razumevanje i modaliteti lečenja mogu da evoluiraju.

---

#### FACIJALNA HIRURGIJA

---

obrve	<ul style="list-style-type: none"> <li>• redukcija čeonih kostiju/obrva</li> <li>• povećanje čeonih kostiju/obrva</li> <li>• podizanje obrva</li> </ul>
pomeranje prednje linije vlasništva i/ili transplantacija kose <i>facelift</i> /podizanje srednje linije lica (nakon promene temeljnih koštanih struktura) blefaroplastika rinoplastika (+/- fileri) obraz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• platizmoplastika</li> <li>• <i>lipofiling</i> (transfer vlastitih masnih ćelija)</li> </ul>
usna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• implantat</li> <li>• <i>lipofiling</i></li> </ul>
donja vilica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• skraćivanje gornje usne</li> <li>• povećanje usana (uključuje autologne i neautologne metode)</li> <li>• redukcija mandibularnog kuta</li> <li>• povećanje/augmentacija</li> </ul>
oblikovanje brade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• osteoplastično</li> <li>• alopastično (na temelju implantata)</li> </ul>
hondrolaringoplastika	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hirurgija glasnica (v. četrnaesto poglavlje)</li> </ul>

---

#### OPERACIJA DOJKE/GRUDI

---

mastektomija	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mastektomija s očuvanjem/rekonstrukcijom bradavica-areola po medicinski utvrđenoj potrebi za određenog pacijenta</li> <li>• mastektomija bez očuvanja/rekonstrukcije bradavica-areola po medicinski utvrđenoj potrebi za određenog pacijenta</li> </ul>
liposukcija rekonstrukcija dojke (povećanje)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• implantat i/ili ekspander tkiva</li> <li>• autologno (uključuje preklapanje i lipofiling)</li> </ul>
Genitalna operacija faloplastika (sa skrotoplastikom ili bez skrotoplastike)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• s uretralnim produženjem ili bez uretralnog produženja</li> <li>• s protezom (penilnom i/ili testikularnom) ili bez proteze</li> <li>• s kolpektomijom/kolpokleizom ili bez kolpektomije/kolpokleize</li> </ul>
metoidioplastika (sa skrotoplastikom ili bez skrotoplastike)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• s uretralnim produženjem ili bez uretralnog produženja</li> <li>• s protezom (penilnom i/ili testikularnom) ili bez proteze</li> <li>• s kolpektomijom/kolpokleizom ili bez kolpektomije/kolpokleize</li> </ul>
vaginoplastika (inverzijska, peritonealna, intestinalna) vulvoplastika	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Može uključivati zadržavanje penisa i/ili testisa.</li> <li>• Može uključivati postupke opisane kao "flat front".</li> </ul>

---

#### GONADEKTOMIJA

---

orhiektomija histerektomija i/ili salpingo-ooforektomija Oblikovanje tijela liposukcija <i>lipofiling</i> implantati monsplastika/redukcija mons pubisa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pektoralni, za kukove, glutealni, za listove</li> </ul>
---	--

---

#### DODATNI ZAHVATI

---

Uklanjanje dlačica: uklanjanje dlačica s lica, tela i genitalnih područja radi afirmacije roda ili kao deo pripremnog procesa za operaciju (v. preporuku 15.14 o uklanjanju dlačica).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• elektroliza</li> <li>• laserska epilacija</li> </ul>
tetovaža (npr. bradavica-areola)	
transplantacija materice	
transplantacija penisa	

---



## POPIS UKLJUČENIH

Name, surname	Title / Institution / Organization
<b>Translation and community review:</b>	
Aida Spahić	Translator, MA of english language and literature, SOC
Bashkim Fazliu	Accredited interpreter/translator
Olga Fomičov	Translator, MA of English language and literature
Ines Vičić	MD, Interpreter (Serbian - English) for medical consultations
Tina Mavar	Freelance translator/interpreter (English, French - Croatian)
Diana Avdić	Executive Coordinator, kolekTIRV
Erin Vlahović	Executive Coordinator, kolekTIRV
Arian Kajtezović	Independent consultant
Ryan Žujo	Rebels Work
Vanja Cipurković	Capacity Building Coordinator, Trans Mreža Balkan
Nora Juno Janković	Coordinator for healthcare & advocacy, Talas TIRV
<b>Content specialists' review:</b>	
Velimir Altabas	assist. Prof, MD, PhD School of Medicine, University of Zagreb Sestre milosrdnice University Hospital Center
Tina Dušek	assoc. Prof., MD., Ph.D. School of Medicine, University of Zagreb University Hospital Center Zagreb
Mirsala Solak	MD, PhD University Hospital Center Zagreb
Jasenska Grujić	MD, PhD Poliklinika Grujic, Zagreb
Iva Žegura	univ. spec. Iva Žegura, clin. psych., mag. psych. University Psychiatric Hospital Vrapče Zagreb, Croatia
Ana Bonetti	Assoc. Prof. PhD, SLP Faculty of Education and Rehabilitation Sciences, University of Zagreb
Vladimir Kojović	MD, PhD Consultant urologist and surgeon, Assoc. Professor Institute for Mother and Child Health Care of Serbia, Andromedic Academy, Belgrade The University of Belgrade, School of Medicine
<b>Proofreaders and editors:</b>	
Nina Čolović	linguist and researcher in social sciences
Ana Grbac	editor and proofreader
Jelena Ivanišević	Professor of Croatian language and literature
<b>Proofreaders for adaptations:</b>	
Mirnes Sokolović	MA of BSC language and literature of BiH
Katica Maksan	professor of Montenegrin language and literature
Violeta Stojmenović	PhD, library advisor

**Community associations:**

---

kolekTIRV | Za prava trans, interpolnih i rodno varijantnih osoba

---

Sarajevski otvoreni centar

---

Kolektiv Talas TIRV

---

Trans Mreža Balkan

---

**Consultant lead:**

Diana Avdić, Executive Coordinator, kolekTIRV

**Regional Coordinators:**

---

Matej Vrebac, Programme Coordinator, Sarajevo Open Center (SOC)

---

Nora Juno Janković, Coordinator for healthcare & advocacy, Talas TIRV

---

Arian Kajtezović, Independent consultant

---