



Tiêu chuẩn Chăm sóc Sức khỏe cho Người Chuyển giới và Đa dạng Giới, Phiên bản 8

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

Trích dẫn bài báo này: E. Coleman, A. E. Radix, W. P. Bouman, G. R. Brown, A. L. C. de Vries, M. B. Deutsch, R. Ettner, L. Fraser, M. Goodman, J. Green, A. B. Hancock, T. W. Johnson, D. H. Karasic, G. A. Knudson, S. F. Leibowitz, H. F. L. Meyer-Bahlburg, S. J. Monstrey, J. Motmans, L. Nahata, T. O. Nieder, S. L. Reisner, C. Richards, L. S. Schechter, V. Tangpricha, A. C. Tishelman, M. A. A. Van Trotsenburg, S. Winter, K. Ducheny, N. J. Adams, T. M. Adrián, L. R. Allen, D. Azul, H. Bagga, K. Başar, D. S. Bathory, J. J. Belinky, D. R. Berg, J. U. Berli, R. O. Bluebond-Langner, M.-B. Bouman, M. L. Bowers, P. J. Brassard, J. Byrne, L. Capitán, C. J. Cargill, J. M. Carswell, S. C. Chang, G. Chelvakumar, T. Corneil, K. B. Dalke, G. De Cuypere, E. de Vries, M. Den Heijer, A. H. Devor, C. Dhejne, A. D'Marco, E. K. Edmiston, L. Edwards-Leeper, R. Ehrbar, D. Ehrensaft, J. Eisfeld, E. Elaut, L. Erickson-Schroth, J. L. Feldman, A. D. Fisher, M. M. Garcia, L. Gijs, S. E. Green, B. P. Hall, T. L. D. Hardy, M. S. Irwig, L. A. Jacobs, A. C. Janssen, K. Johnson, D. T. Klink, B. P. C. Kreukels, L. E. Kuper, E. J. Kvach, M. A. Malouf, R. Massey, T. Mazur, C. McLachlan, S. D. Morrison, S. W. Mosser, P. M. Neira, U. Nygren, J. M. Oates, J. Obedin-Maliver, G. Pagkalos, J. Patton, N. Phanuphak, K. Rachlin, T. Reed, G. N. Rider, J. Ristori, S. Robbins-Cherry, S. A. Roberts, K. A. Rodriguez-Wallberg, S. M. Rosenthal, K. Sabir, J. D. Safer, A. I. Scheim, L. J. Seal, T. J. Schoole, K. Spencer, C. St. Amand, T. D. Steensma, J. F. Strang, G. B. Taylor, K. Tilleman, G. G. T'Sjoen, L. N. Vala, N. M. Van Mello, J. F. Veale, J. A. Vencill, B. Vincent, L. M. Wesp, M. A. West & J. Arcelus (2022) Tiêu chuẩn Chăm sóc Sức khỏe cho Người Chuyển giới và Đa dạng Giới, Phiên bản 8,

International Journal of Transgender Health, 23:sup1, S1–S259, DOI:
[10.1080/26895269.2022.2100644](https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644)

Liên kết bài báo: <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>

© 2022 Các tác giả. Xuất bản theo giấy phép của Taylor & Francis Group, LLC. Xuất bản
trực tuyến: 15 tháng 9 năm 2022.

Gửi bài của bạn tới tạp chí này

Lượt xem bài báo: 846754

Xem các bài viết liên quan

Xem dữ liệu Crossmark

Bài báo trích dẫn: 1716 Xem các bài báo trích dẫn

Toàn văn Điều khoản & Điều kiện về quyền truy cập và sử dụng có thể tìm tại:
<https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=wijt21>

Tiêu chuẩn Chăm sóc Sức khỏe cho Người Chuyển giới và Đa dạng Giới, Phiên bản 8

E. Coleman¹, A. E. Radix^{2,3}, W. P. Bouman^{4,5}, G. R. Brown^{6,7}, A. L. C. de Vries^{8,9}, M. B. Deutsch^{10,11}, R. Ettner^{12,13}, L. Fraser¹⁴, M. Goodman¹⁵, J. Green¹⁶, A. B. Hancock¹⁷, T. W. Johnson¹⁸, D. H. Karasic^{19,20}, G. A. Knudson^{21,22}, S. F. Leibowitz²³, H. F. L. Meyer-Bahlburg^{24,25}, S. J. Monstrey²⁶, J. Motmans^{27,28}, L. Nahata^{29,30}, T. O. Nieder³¹, S. L. Reisner^{32,33}, C. Richards^{34,35}, L. S. Schechter³⁶, V. Tangpricha^{37,38}, A. C. Tishelman³⁹, M. A. A. Van Trotsenburg^{40,41}, S. Winter⁴², K. Ducheny⁴³, N. J. Adams^{44,45}, T. M. Adrián^{46,47}, L. R. Allen⁴⁸, D. Azul⁴⁹, H. Bagga^{50,51}, K. Başar⁵², D. S. Bathory⁵³, J. J. Belinky⁵⁴, D. R. Berg⁵⁵, J. U. Berli⁵⁶, R. O. Bluebond-Langner^{57,58}, M.-B. Bouman^{9,59}, M. L. Bowers^{60,61}, P. J. Brassard^{62,63}, J. Byrne⁶⁴, L. Capitán⁶⁵, C. J. Cargill⁶⁶, J. M. Carswell^{32,67}, S. C. Chang⁶⁸, G. Chelvakumar^{69,70}, T. Corneil⁷¹, K. B. Dalke^{72,73}, G. De Cuyper⁷⁴, E. de Vries^{75,76}, M. Den Heijer^{9,77}, A. H. Devor⁷⁸, C. Dhejne^{79,80}, A. D'Marco^{81,82}, E. K. Edmiston⁸³, L. Edwards-Leeper^{84,85}, R. Ehrbar^{86,87}, D. Ehrensaft¹⁹, J. Eisfeld⁸⁸, E. Elaut^{74,89}, L. Erickson-Schroth^{90,91}, J. L. Feldman⁹², A. D. Fisher⁹³, M. M. Garcia^{94,95}, L. Gijs⁹⁶, S. E. Green⁹⁷, B. P. Hall^{98,99}, T. L. D. Hardy^{100,101}, M. S. Irwig^{32,102}, L. A. Jacobs¹⁰³, A. C. Janssen^{23,104}, K. Johnson^{105,106}, D. T. Klink^{107,108}, B. P. C. Kreukels^{9,109}, L. E. Kuper^{110,111}, E. J. Kvach^{112,113}, M. A. Malouf¹¹⁴, R. Massey^{115,116}, T. Mazur^{117,118}, C. McLachlan^{119,120}, S. D. Morrison^{121,122}, S. W. Mosser^{123,124}, P. M. Neira^{125,126}, U. Nygren^{127,128}, J. M. Oates^{129,130}, J. Obedin-Maliver^{131,132}, G. Pagkalos^{133,134}, J. Patton^{135,136}, N. Phanuphak¹³⁷, K. Rachlin¹⁰³, T. Reed^{138†}, G. N. Rider⁵⁵, J. Ristori⁹³, S. Robbins-Cherry⁴, S. A. Roberts^{32,139}, K. A. Rodriguez-Wallberg^{140,141}, S. M. Rosenthal^{142,143}, K. Sabir¹⁴⁴, J. D. Safer^{60,145}, A. I. Scheim^{146,147}, L. J. Seal^{35,148}, T. J. Schoole¹⁴⁹, K. Spencer⁵⁵, C. St. Amand^{150,151}, T. D. Steensma^{9,109}, J. F. Strang^{152,153}, G. B. Taylor¹⁵⁴, K. Tilleman¹⁵⁵, G. G. T'Sjoen^{74,156}, L. N. Vala¹⁵⁷, N. M. Van Mello^{9,158}, J. F. Veale¹⁵⁹, J. A. Vencill^{160,161}, B. Vincent¹⁶², L. M. Wesp^{163,164}, M. A. West^{165,166} and J. Arcelus^{5,167}

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

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

TÓM TẮT

Bối cảnh: Chăm sóc sức khỏe cho người chuyển giới là một lĩnh vực liên ngành đang phát triển nhanh chóng. Trong một thập kỷ qua, đã có sự gia tăng chưa từng có về số lượng và mức độ hiện diện của người chuyển giới và đa dạng giới (TGD) tìm kiếm hỗ trợ và điều trị y khoa khẳng định giới, song song với sự gia tăng đáng kể của các tài liệu khoa học trong lĩnh vực này. Hiệp hội Chuyên nghiệp Thế giới về Sức khỏe Người Chuyển giới (World Professional Association for Transgender Health – WPATH) là một hiệp hội nghề nghiệp quốc tế, đa ngành, với sứ mệnh thúc đẩy chăm sóc dựa trên bằng chứng khoa học, giáo dục, nghiên cứu, chính sách công và sự tôn trọng trong lĩnh vực sức khỏe người chuyển giới. Một trong những chức năng chính của WPATH là thúc đẩy các tiêu chuẩn chăm sóc sức khỏe cao nhất cho người TGD thông qua bộ Tiêu chuẩn Chăm sóc (Standards of Care – SOC). SOC lần đầu tiên được phát triển vào năm 1979 và phiên bản gần nhất trước đó (SOC-7) được công bố vào năm 2012. Trước sự gia tăng của các bằng chứng khoa học, WPATH đã ủy nhiệm xây dựng một phiên bản mới của Tiêu chuẩn Chăm sóc, tức SOC-8.

Mục tiêu: Mục tiêu tổng thể của SOC-8 là cung cấp cho các chuyên gia chăm sóc sức khỏe (health care professionals – HCPs) hướng dẫn lâm sàng nhằm hỗ trợ người TGD tiếp cận các lộ trình an toàn và hiệu quả để đạt được sự thoải mái cá nhân bền vững với bản thân mang tính giới của họ, với mục đích tối ưu hóa sức khỏe thể chất tổng thể, sự an lành về tâm lý và sự tự hoàn thiện.

Phương pháp: SOC-8 được xây dựng dựa trên những bằng chứng khoa học tốt nhất hiện có và sự đồng thuận chuyên môn của các chuyên gia trong lĩnh vực sức khỏe người chuyển giới. Các chuyên gia và các bên liên quan quốc tế đã được lựa chọn để tham gia Ủy ban SOC-8. Các tuyên bố khuyến nghị được phát triển dựa trên dữ liệu thu được từ các tổng quan hệ thống độc lập về y văn, khi có sẵn, các tổng quan nền và ý kiến chuyên gia. Việc phân loại mức độ khuyến nghị dựa trên các bằng chứng hiện có ủng hộ các can thiệp, thảo luận về nguy cơ và tác hại, cũng như tính khả thi và mức độ chấp nhận được trong các bối cảnh và điều kiện quốc gia khác nhau.

Kết quả: Tổng cộng có 18 chương đã được xây dựng trong SOC-8. Các chương này bao gồm các khuyến nghị dành cho các chuyên gia chăm sóc sức khỏe cung cấp dịch vụ chăm sóc và điều trị cho người TGD. Mỗi khuyến nghị đều được theo sau bởi phần thuyết minh kèm theo các tài liệu tham khảo liên quan. Các lĩnh vực chung liên quan đến sức khỏe người chuyển giới được đề cập trong các chương về Thuật ngữ, Khả năng áp dụng toàn cầu, Ước tính dân số và Giáo dục. Các chương được phát triển cho các nhóm dân số đa dạng của người TGD bao gồm: Đánh giá người trưởng thành, Thanh thiếu niên, Trẻ em, Phi nhị nguyên giới, Hoạn nhân, Người liên giới tính, và những người sống trong các môi trường thể chế. Cuối cùng, các chương liên quan đến điều trị khẳng định giới bao gồm: Liệu pháp hormone, Phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu, Giọng nói và giao tiếp, Chăm sóc ban đầu, Sức khỏe sinh sản, Sức khỏe tình dục và Sức khỏe tâm thần.

Kết luận: Các hướng dẫn SOC-8 được thiết kế linh hoạt nhằm đáp ứng các nhu cầu chăm sóc sức khỏe đa dạng của người TGD trên toàn cầu. Mặc dù có thể điều chỉnh theo từng bối cảnh, SOC-8 vẫn đưa ra các tiêu chuẩn nhằm thúc đẩy chăm sóc sức khỏe tối ưu và hướng dẫn điều trị cho những người trải qua sự không tương hợp giới. Cũng như tất cả các phiên bản SOC trước đây, các tiêu chí được nêu trong tài liệu này đối với các can thiệp y khoa khẳng định giới là các hướng dẫn lâm sàng; các chuyên gia chăm sóc sức khỏe và các chương trình điều trị riêng lẻ có thể điều chỉnh các tiêu chí này sau khi tham vấn với người TGD.

TỪ KHÓA

Thanh thiếu niên; đánh giá; trẻ em; giao tiếp; giáo dục; nội tiết học; hoạn nhân; đa dạng giới; chuyên gia chăm sóc sức khỏe; môi trường thể chế; liên giới tính; sức khỏe tâm thần; phi nhị nguyên; dân số; chăm sóc hậu phẫu; chăm sóc ban đầu; sức khỏe sinh sản; sức khỏe tình dục; SOC8; Tiêu chuẩn Chăm sóc; phẫu thuật; thuật ngữ; chuyển giới; giọng nói

	MỤC LỤC	Trang
	Giới Thiệu	S5
CHƯƠNG 1.	Thuật Ngữ	S11
CHƯƠNG 2.	Khả Năng Áp Dụng Toàn Cầu	S15
CHƯƠNG 3.	Ước Lượng Dân Số	S22
CHƯƠNG 4.	Giáo Dục	S26
CHƯƠNG 5.	Đánh giá ở Người Trưởng thành	S30
CHƯƠNG 6.	Trẻ Vị Thành Niên	S42
CHƯƠNG 7.	Trẻ Em	S68
CHƯƠNG 8.	Phi Nhị Nguyên Giới	S81
CHƯƠNG 9.	Hoạn Nhân	S89
CHƯƠNG 10.	Liên Giới Tính	S94
CHƯƠNG 11.	Môi Trường Thể chế	S106
CHƯƠNG 12.	Liệu Pháp Hormone	S112
CHƯƠNG 13.	Phẫu thuật và Chăm sóc Hậu phẫu	S129
CHƯƠNG 14.	Giọng Nói và Giao tiếp	S137
CHƯƠNG 15.	Chăm Sóc Ban Đầu	S143
CHƯƠNG 16.	Sức khỏe Sinh sản	S156
CHƯƠNG 17.	Sức khỏe Tình dục	S163
CHƯƠNG 18.	Sức khỏe Tâm thần	S170
	Tài Liệu Tham Khảo	S176
	Phụ lục A: Phương Pháp Luận	S248
	Phụ Lục B: Thuật Ngữ	S254
	Phụ Lục C: Điều Trị Nội Tiết Khẳng Định Giới	S256
	Phụ Lục D: Tóm Tắt Tiêu Chí Cho Điều Trị Nội Tiết Và Phẫu Thuật Ở Người Lớn Và Trẻ Vị Thành Niên	S258
	Phụ Lục E: Các Thủ Thuật Phẫu Thuật Khẳng Định Giới	S260

GIỚI THIỆU

Mục đích và cách sử dụng Bộ Tiêu chuẩn Chăm sóc

Mục tiêu tổng thể của Bộ Tiêu chuẩn Chăm sóc – Ấn bản thứ Tám (SOC-8) của Hiệp hội Chuyên môn Thế giới về Sức khỏe Người Chuyển giới (WPATH) là cung cấp hướng dẫn lâm sàng cho các chuyên gia y tế nhằm hỗ trợ người chuyển giới và đa dạng giới (TGD) tiếp cận các lộ trình an toàn và hiệu quả để đạt được sự thoải mái cá nhân bền vững với bản dạng giới của chính mình, với mục tiêu tối ưu hóa sức khỏe thể chất tổng thể, sức khỏe tâm lý và sự tự hoàn thiện bản thân. Sự hỗ trợ này có thể bao gồm, nhưng không giới hạn ở, các điều trị nội tiết và phẫu thuật, trị liệu giọng nói và giao tiếp, chăm sóc ban đầu, triệt lông, sức khỏe sinh sản và tình dục, cũng như chăm sóc sức khỏe tâm thần. Các hệ thống chăm sóc sức khỏe nên cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế khẳng định giới cần thiết về mặt y học cho người TGD: xem Chương 2 — Khả năng áp dụng toàn cầu, Khuyến nghị 2.1.

WPATH là một hiệp hội chuyên môn quốc tế, đa ngành, với sứ mệnh thúc đẩy chăm sóc dựa trên bằng chứng, giáo dục, nghiên cứu, chính sách công và sự tôn trọng trong lĩnh vực sức khỏe người chuyển giới. Được thành lập năm 1979, tổ chức hiện có hơn 3.000 chuyên gia y tế, nhà khoa học xã hội và chuyên gia pháp lý, tất cả đều tham gia vào thực hành lâm sàng, nghiên cứu, giáo dục và vận động chính sách ảnh hưởng đến cuộc sống của người TGD. WPATH hình dung một thế giới trong đó mọi người, với mọi bản dạng và biểu hiện giới, đều có quyền tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe dựa trên bằng chứng, các dịch vụ xã hội, công lý và bình đẳng.

Một trong những chức năng chính của WPATH là thúc đẩy các tiêu chuẩn chăm sóc sức khỏe cao nhất cho cá nhân thông qua Bộ Tiêu chuẩn Chăm sóc (SOC) dành cho sức khỏe của người TGD. SOC-8 dựa trên những bằng chứng khoa học tốt nhất hiện có và sự đồng thuận chuyên môn của các chuyên gia. SOC được xây dựng lần đầu vào năm 1979, và phiên bản gần nhất trước đó được công bố vào năm 2012.

Phần lớn nghiên cứu và kinh nghiệm trong lĩnh vực này xuất phát từ góc nhìn Bắc Mỹ và Tây Âu; do đó, việc điều chỉnh SOC-8 cho các khu vực khác trên thế giới là cần thiết. Các gợi ý về cách tiếp cận liên quan đến tính tương đối văn hóa và năng lực văn hóa được đưa vào trong phiên bản SOC này.

WPATH thừa nhận rằng sức khỏe không chỉ phụ thuộc vào chăm sóc lâm sàng chất lượng cao mà còn dựa vào bối cảnh xã hội và chính trị bảo đảm sự khoan dung xã hội, bình đẳng và đầy đủ quyền công dân. Sức khỏe được thúc đẩy thông qua các chính sách công và cải cách pháp lý nhằm tăng cường sự khoan dung và công bằng đối với đa dạng giới, đồng thời loại bỏ định kiến, phân biệt đối xử và kỳ thị. WPATH cam kết vận động cho những thay đổi chính sách và pháp lý này. Do đó, các chuyên gia y tế cung cấp dịch vụ chăm sóc cho người TGD được kêu gọi vận động nhằm cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc khẳng định giới an toàn và được cấp phép, đồng thời tôn trọng quyền tự chủ của cá nhân.

Mặc dù đây chủ yếu là một tài liệu dành cho các chuyên gia y tế, nhưng các cá nhân, gia đình của họ và các thiết chế xã hội cũng có thể sử dụng SOC-8 để hiểu cách thức tài liệu này có thể hỗ trợ thúc đẩy sức khỏe tối ưu cho các thành viên của quần thể đa dạng này.

SOC-8 bao gồm 18 chương, chứa các khuyến nghị dành cho các chuyên gia y tế làm việc với người TGD. Mỗi khuyến nghị đều đi kèm với phần giải thích và các tài liệu tham khảo liên quan. Các khuyến nghị về việc khởi đầu các điều trị y khoa và/hoặc phẫu thuật khẳng định giới (GAMSTs) cho người trưởng thành và thanh thiếu niên được trình bày trong các chương tương ứng của từng nhóm (xem các chương Đánh giá cho Người trưởng thành và Thanh thiếu niên). Bản tóm tắt các khuyến nghị và tiêu chí đối với GAMST có thể được tìm thấy trong Phụ lục D.

Các quần thể được bao gồm trong SOC-8

Trong tài liệu này, chúng tôi sử dụng thuật ngữ người chuyển giới và đa dạng giới (TGD) nhằm bao quát và toàn diện nhất có thể khi mô tả các thành viên của nhiều cộng đồng đa dạng tồn tại trên toàn cầu, bao gồm những người có bản dạng hoặc biểu hiện giới tính khác với giới được xã hội gán cho họ tại thời điểm sinh. Điều này bao gồm cả những người có trải nghiệm, bản dạng hoặc biểu hiện mang tính đặc thù về văn hóa và/hoặc ngôn ngữ, có thể có hoặc không dựa trên hay được bao hàm bởi các khái niệm phương Tây về giới hoặc ngôn ngữ được sử dụng để mô tả giới.

SOC-8 của WPATH mở rộng phạm vi những ai được bao gồm dưới “ô dù” TGD, cũng như các bối cảnh mà những hướng dẫn này nên được áp dụng nhằm thúc đẩy công bằng và quyền con người.

Trên toàn cầu, người TGD bao gồm một phổ rộng các bản dạng và biểu hiện giới, và có những nhu cầu khác nhau về chăm sóc khẳng định giới trong suốt vòng đời của họ, liên quan đến mục tiêu và đặc điểm cá nhân, nguồn lực chăm sóc sức khỏe sẵn có, cũng như bối cảnh văn hóa – xã hội và chính trị. Khi không có tiêu chuẩn chăm sóc cho một số nhóm nhất định, khoảng trống này có thể dẫn đến sự đa dạng các cách tiếp cận điều trị, bao gồm cả những phương pháp có thể phản tác dụng hoặc gây hại. SOC-8 bao gồm các khuyến nghị nhằm thúc đẩy sức khỏe và sự an lành cho các nhóm đa dạng giới thường bị bỏ quên và/hoặc bị gạt ra bên lề, bao gồm người không nhị nguyên giới, hoạn nhân và người liên giới tính.

SOC-8 tiếp tục phác thảo việc chăm sóc sức khỏe phù hợp cho thanh thiếu niên TGD, bao gồm, khi có chỉ định, việc sử dụng ức chế dậy thì và, khi có chỉ định, việc sử dụng hormone khẳng định giới.

Trên toàn thế giới, người TGD thường xuyên trải qua sự kỳ thị chuyển giới, sự gán nhãn, thiếu hiểu biết và sự từ chối chăm sóc khi tìm kiếm dịch vụ y tế, điều này góp phần tạo ra các bất bình đẳng sức khỏe đáng kể. Người TGD thường báo cáo rằng họ phải tự hướng dẫn cho các nhân viên y tế của mình cách chăm sóc cho họ do sự thiếu hụt kiến thức và đào tạo. Các hình thức phân biệt đối xử mang tính giao thoa, sự gạt ra bên lề xã hội và các tội ác thù ghét nhắm vào người TGD dẫn đến căng thẳng thiếu số. Căng thẳng thiếu số có liên quan đến các bất bình đẳng về sức khỏe tâm thần, được thể hiện qua tỷ lệ cao hơn của trầm cảm, ý tưởng và hành vi tự sát, cũng như hành vi tự gây tổn thương không nhằm mục đích tự sát so với các quần thể người không chuyển giới. Các chuyên gia thuộc mọi lĩnh vực nên cân nhắc đến mức độ dễ tổn thương rõ rệt của nhiều người TGD. WPATH kêu gọi các cơ quan y tế, nhà hoạch định chính sách và các hiệp hội y khoa ngăn chặn và chống lại sự kỳ thị chuyển giới trong đội ngũ chuyên gia y tế, đồng thời bảo đảm mọi nỗ lực được thực hiện nhằm giới thiệu người TGD đến những chuyên gia có kinh nghiệm và sẵn sàng cung cấp dịch vụ chăm sóc khẳng định giới.

Tính linh hoạt của SOC

Các hướng dẫn SOC-8 được xây dựng với mục đích linh hoạt nhằm đáp ứng các nhu cầu chăm sóc sức khỏe đa dạng của người TGD trên toàn cầu. Mặc dù có thể điều chỉnh, chúng vẫn đưa ra các tiêu chuẩn nhằm thúc đẩy chăm sóc sức khỏe tối ưu và hướng dẫn điều trị cho những người trải nghiệm sự không tương hợp giới.

Giống như tất cả các phiên bản trước của SOC, các tiêu chí được đưa ra trong tài liệu này cho các can thiệp khẳng định giới là các hướng dẫn lâm sàng; các chuyên gia và chương trình chăm sóc sức khỏe cá nhân có thể điều chỉnh chúng khi tham vấn với người TGD. Việc lệch khỏi SOC trong thực hành lâm sàng có thể xảy ra do tình huống giải phẫu, xã hội hoặc tâm lý đặc thù của bệnh nhân; do phương pháp xử lý đang phát triển của một chuyên gia y tế giàu kinh nghiệm đối với một tình huống thường gặp; do một giao thức nghiên cứu; do thiếu nguồn lực ở các khu vực khác nhau trên thế giới; hoặc do nhu cầu về các chiến lược giảm thiểu tác hại cụ thể. Những sự khác nhau này cần được nhận diện rõ, giải thích cho bệnh nhân và được ghi chép đầy đủ nhằm bảo đảm chất lượng chăm sóc và bảo vệ pháp lý. Việc ghi chép này cũng có giá trị cho việc tích lũy dữ liệu mới, có thể được xem xét hồi cứu nhằm cho phép chăm sóc sức khỏe — và chính SOC — tiếp tục phát triển.

SOC-8 ủng hộ vai trò của việc ra quyết định dựa trên thông tin đầy đủ và giá trị của các cách tiếp cận giảm thiểu tác hại. Ngoài ra, phiên bản SOC này công nhận và xác nhận các biểu hiện giới khác nhau, những biểu hiện này có thể không đòi hỏi điều trị tâm lý, nội tiết hoặc phẫu thuật. Các chuyên gia y tế có thể sử dụng SOC để giúp bệnh nhân cân nhắc toàn bộ các dịch vụ y tế sẵn có cho họ, phù hợp với nhu cầu lâm sàng về biểu hiện giới của mỗi người.

Sự đa dạng so với chẩn đoán

Việc biểu hiện các đặc điểm giới, bao gồm cả bản dạng, không phù hợp với các khuôn mẫu giới thường gắn với giới tính được chỉ định khi sinh là một hiện tượng phổ biến và đa dạng về mặt văn hóa của con người, và không nên được xem là tiêu cực hay bệnh lý một cách vốn có. Tuy nhiên, sự không tuân thủ chuẩn mực giới và sự đa dạng trong bản dạng và biểu hiện giới vẫn bị kỳ thị ở nhiều xã hội trên thế giới. Sự kỳ thị này có thể dẫn đến định kiến và phân biệt đối xử, gây ra căng thẳng thiếu số. Căng thẳng thiếu số là một dạng căng thẳng đặc thù (bổ sung thêm vào các yếu tố gây căng thẳng chung mà tất cả mọi người đều trải qua), có nguồn gốc xã hội và mang tính mạn tính, và có thể khiến người TGD dễ bị tổn thương hơn trước các vấn đề sức khỏe tâm thần như lo âu và trầm cảm. Ngoài định kiến và phân biệt đối xử trong xã hội nói chung, sự kỳ thị còn có thể góp phần gây ra lạm dụng và bỏ bê trong các mối quan hệ cá nhân, từ đó dẫn đến căng thẳng tâm lý. Tuy nhiên, các triệu chứng này có nguồn

gốc xã hội và không phải là bản chất vốn có của việc là người TGD.

Mặc dù rối loạn phiên muộn giới vẫn được xem là một tình trạng sức khỏe tâm thần trong Sổ tay Chẩn đoán và Thống kê các Rối loạn Tâm thần (DSM-5-TR) của Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ, thì sự không tương hợp giới không còn được xem là bệnh lý hay rối loạn tâm thần trong cộng đồng y tế toàn cầu. Sự không tương hợp giới được công nhận là một tình trạng trong Phân loại Quốc tế về Bệnh tật và Các vấn đề Sức khỏe Liên quan, Phiên bản thứ 11 của Tổ chức Y tế Thế giới. Do sự kỳ thị trong lịch sử và hiện tại, người TGD có thể trải qua căng thẳng hoặc phiên muộn giới, và những trải nghiệm này có thể được giải quyết thông qua nhiều lựa chọn điều trị khẳng định giới khác nhau. Mặc dù thuật ngữ có thể thay đổi và các thuật ngữ cũng như phân loại mới có thể được các tổ chức y tế hoặc cơ quan hành chính áp dụng, tính cần thiết về mặt y học của điều trị và chăm sóc đã được công nhận rõ ràng đối với nhiều người trải nghiệm sự bất hòa giữa giới tính được chỉ định khi sinh và bản dạng giới của họ.

Không phải tất cả các xã hội, quốc gia hoặc hệ thống chăm sóc sức khỏe đều yêu cầu chẩn đoán để điều trị. Tuy nhiên, ở một số quốc gia, các chẩn đoán này có thể tạo điều kiện cho việc tiếp cận chăm sóc y tế cần thiết về mặt y học và có thể định hướng cho các nghiên cứu tiếp theo về các phương pháp điều trị hiệu quả.

Dịch vụ chăm sóc sức khỏe

Mục tiêu của chăm sóc khẳng định giới là hợp tác với người TGD để giải quyết một cách toàn diện các nhu cầu về sức khỏe xã hội, tâm thần và y khoa, cũng như sự an lành của họ, đồng thời tôn trọng và khẳng định bản dạng giới của họ. Chăm sóc khẳng định giới hỗ trợ người TGD trong suốt vòng đời — từ những dấu hiệu đầu tiên của sự không tương hợp giới trong thời thơ ấu, qua tuổi trưởng thành và đến tuổi già — cũng như hỗ trợ những người có mối quan tâm hoặc sự không chắc chắn về bản dạng giới của mình, dù là trước hay sau khi chuyển giới.

Chăm sóc sức khỏe cho người chuyển giới không chỉ là tổng hòa của các thành phần riêng lẻ, mà bao gồm sự chăm sóc toàn diện, liên ngành và đa ngành giữa các lĩnh vực nội tiết, phẫu thuật, giọng nói và giao tiếp, chăm sóc ban đầu, sức khỏe sinh sản, sức khỏe tình dục và sức khỏe tâm thần nhằm hỗ trợ các can thiệp khẳng định giới, cũng như chăm sóc dự phòng và bệnh mạn tính. Các can thiệp khẳng định giới bao gồm, ức chế

dậy thì, liệu pháp hormone và các phẫu thuật khẳng định giới, trong số các biện pháp khác. Cần nhấn mạnh rằng không tồn tại cách tiếp cận “một khuôn cho tất cả”, và người TGD có thể cần trải qua tất cả, một phần, hoặc không cần bất kỳ can thiệp nào trong số này để hỗ trợ quá trình khẳng định giới của họ. Các hướng dẫn này khuyến khích sử dụng mô hình chăm sóc lấy bệnh nhân làm trung tâm trong việc khởi đầu các can thiệp khẳng định giới và cập nhật nhiều yêu cầu trước đây nhằm giảm rào cản tiếp cận chăm sóc sức khỏe.

Lý tưởng nhất, việc giao tiếp và phối hợp chăm sóc nên diễn ra giữa các nhân viên y tế để tối ưu hóa kết quả và thời điểm của các can thiệp khẳng định giới, dựa trên nhu cầu và mong muốn của bệnh nhân, đồng thời giảm thiểu tác hại. Ở các môi trường có nguồn lực dồi dào, việc tham vấn đa ngành và phối hợp chăm sóc thường là thông lệ, nhưng nhiều khu vực trên thế giới thiếu các cơ sở chuyên biệt dành cho chăm sóc người chuyển giới. Đối với những khu vực này, nếu có thể, khuyến nghị mạnh mẽ rằng các nhân viên y tế nên xây dựng một mạng lưới để tạo điều kiện cho việc chăm sóc sức khỏe người chuyển giới không sẵn có tại địa phương.

Trên toàn thế giới, người TGD đôi khi bị các thành viên trong gia đình hoặc cộng đồng tôn giáo ép buộc phải trải qua các liệu pháp chuyển đổi. WPATH mạnh mẽ khuyến nghị chống lại mọi hình thức điều trị phục hồi hay chuyển đổi (xem các khuyến nghị 6.5 và 18.10).

Bối cảnh cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe

SOC-8 là các hướng dẫn dựa trên các quyền cơ bản của người TGD và áp dụng cho mọi bối cảnh nơi dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp, bất kể hoàn cảnh xã hội hay y khoa của cá nhân. Điều này bao gồm khuyến nghị áp dụng các tiêu chuẩn chăm sóc cho người TGD đang bị giam giữ hoặc sống trong các môi trường thể chế khác.

Do sự thiếu hụt các nhân viên y tế có kiến thức, việc tiếp cận không kịp thời, rào cản chi phí và/hoặc các trải nghiệm chăm sóc y tế mang tính kỳ thị trước đây, nhiều người TGD tự sử dụng liệu pháp hormone không được kê đơn. Điều này tiềm ẩn các nguy cơ sức khỏe liên quan đến việc sử dụng liệu pháp không được theo dõi, có thể ở liều siêu điều trị, và nguy cơ phơi nhiễm các bệnh lây truyền qua đường máu nếu kim tiêm được dùng chung. Tuy nhiên, đối với nhiều người, đây là phương thức duy nhất để tiếp cận điều trị khẳng định giới cần thiết về mặt y học vốn không thể tiếp cận được theo cách khác. Việc sử dụng hormone không kê đơn

nên được tiếp cận theo góc nhìn giảm thiểu tác hại nhằm bảo đảm các cá nhân được kết nối với những nhân viên y tế có thể kê đơn liệu pháp hormone an toàn và được theo dõi.

Ở một số quốc gia, quyền của người TGD ngày càng được công nhận, và các phòng khám về giới đang được thành lập, có thể đóng vai trò như những mô hình mẫu. Tuy nhiên, ở các quốc gia khác, những cơ sở như vậy còn thiếu và việc chăm sóc có thể bị phân mảnh và thiếu nguồn lực. Dù vậy, các mô hình chăm sóc khác nhau đang được tiên phong phát triển, bao gồm các nỗ lực phi tập trung hóa chăm sóc khẳng định giới trong các cơ sở chăm sóc ban đầu và thiết lập các dịch vụ y tế từ xa nhằm giảm rào cản và cải thiện khả năng tiếp cận. Bất kể phương thức cung cấp chăm sóc nào, các nguyên tắc của chăm sóc khẳng định giới như được nêu trong SOC-8 cần được điều chỉnh để phù hợp với bối cảnh văn hóa – xã hội, chính trị và y khoa tại địa phương.

Phương pháp luận

Phiên bản Bộ Tiêu chuẩn Chăm sóc (SOC-8) này dựa trên một cách tiếp cận với các bằng chứng nghiêm ngặt và có hệ thống hơn so với các phiên bản trước. Bằng chứng này không chỉ dựa trên tài liệu đã được công bố (bằng chứng trực tiếp cũng như bằng chứng nền) mà còn dựa trên ý kiến chuyên môn đạt được sự đồng thuận giữa các chuyên gia. Các hướng dẫn dựa trên bằng chứng bao gồm các khuyến nghị nhằm tối ưu hóa chăm sóc bệnh nhân, được xây dựng dựa trên việc rà soát toàn diện các bằng chứng, đánh giá lợi ích và tác hại, các giá trị và ưu tiên của nhà cung cấp và bệnh nhân, cũng như việc sử dụng nguồn lực và tính khả thi.

Mặc dù nghiên cứu dựa trên bằng chứng cung cấp nền tảng cho các hướng dẫn và khuyến nghị thực hành lâm sàng vững chắc, nhưng chúng cần được cân bằng với thực tế và tính khả thi của việc cung cấp chăm sóc trong các bối cảnh đa dạng. Quy trình phát triển SOC-8 đã tích hợp các khuyến nghị về xây dựng hướng dẫn thực hành lâm sàng do Viện Hàn lâm Y học Quốc gia và Tổ chức Y tế Thế giới đề ra, bao gồm các nội dung về tính minh bạch, chính sách xung đột lợi ích, thành phần ủy ban và quy trình làm việc nhóm.

Ủy ban xây dựng hướng dẫn SOC-8 mang tính đa ngành và bao gồm các chuyên gia lâm vực, chuyên gia y tế, nhà nghiên cứu và các bên liên quan với các quan điểm đa dạng và đại diện địa lý rộng khắp. Một chuyên gia phương pháp luận về hướng dẫn đã hỗ trợ trong việc lập kế hoạch và phát triển các câu hỏi và các tổng quan

hệ thống, với sự đóng góp bổ sung từ một ủy ban cố vấn quốc tế và trong giai đoạn lấy ý kiến công chúng. Tất cả các thành viên ủy ban đều hoàn thành các bản khai báo xung đột lợi ích. Các khuyến nghị trong SOC-8 dựa trên các bằng chứng sẵn có ủng hộ các can thiệp, thảo luận về nguy cơ và tác hại, cũng như tính khả thi và khả năng chấp nhận trong các bối cảnh và quốc gia khác nhau. Sự đồng thuận về các khuyến nghị cuối cùng đạt được thông qua quy trình Delphi, với sự tham gia của tất cả các thành viên ủy ban hướng dẫn và yêu cầu rằng các tuyên bố khuyến nghị phải được ít nhất 75% thành viên chấp thuận. Tổng quan chi tiết về phương pháp luận SOC-8 được trình bày trong Phụ lục A.

Tóm lược các chương của SOC-8

SOC-8 đại diện cho một bước tiến đáng kể so với các phiên bản trước. Những thay đổi trong phiên bản này dựa trên một phương pháp luận hoàn toàn khác, những chuyển biến văn hóa quan trọng, các tiến bộ trong kiến thức lâm sàng, và sự ghi nhận về nhiều vấn đề chăm sóc sức khỏe có thể phát sinh đối với người TGD ngoài liệu pháp hormone và phẫu thuật.

Các hướng dẫn được cập nhật này tiếp tục quá trình bắt đầu với SOC-7 năm 2011 nhằm mở rộng phạm vi và chuyển dịch từ trọng tâm hẹp vào các yêu cầu tâm lý để “chẩn đoán chủ nghĩa chuyển giới” và các điều trị y khoa nhằm giảm nhẹ phiền muộn giới, sang chăm sóc khẳng định giới cho toàn bộ một con người. SOC-8 của WPATH mở rộng các hướng dẫn, xác định rõ ai được bao gồm dưới ô dù TGD, những gì nên và không nên được cung cấp trong chăm sóc khẳng định giới, và các bối cảnh mà các hướng dẫn này nên được áp dụng nhằm thúc đẩy công bằng và quyền con người.

SOC-8 có một số chương mới như Đánh giá Người trưởng thành, Giáo dục, Hoạn nhân, và chương Không nhị nguyên giới. Ngoài ra, chương về trẻ em và thanh thiếu niên của SOC-7 đã được tách thành hai chương riêng biệt. Nhìn chung, SOC-8 dài hơn đáng kể so với các phiên bản trước và cung cấp phần giới thiệu cũng như các khuyến nghị chuyên sâu hơn cho các chuyên gia y tế. Bản tóm tắt của từng chương trong SOC-8 được trình bày dưới đây:

Chương 1 — Thuật ngữ

Chương mới này đặt nền tảng cho ngôn ngữ được sử dụng trong SOC-8 và đưa ra các khuyến nghị đã được đồng thuận về việc sử dụng thuật ngữ. Chương cung cấp (1) các thuật ngữ và định nghĩa, và (2) các thực

hành tốt nhất trong việc sử dụng chúng. Tài liệu này đi kèm với một bảng thuật ngữ (xem Phụ lục B) về các thuật ngữ và ngôn ngữ phổ biến nhằm cung cấp khuôn khổ cho việc sử dụng và diễn giải SOC-8.

Chương 2 — Khả năng áp dụng toàn cầu

Chương này tham chiếu các tài liệu then chốt liên quan đến việc phát triển và cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hoạt động vận động chăm sóc rộng hơn cho người TGD ngoài phạm vi Tây Âu và Bắc Mỹ, và đưa ra các khuyến nghị nhằm điều chỉnh và chuyển dịch SOC-8 cho các bối cảnh đa dạng.

Chương 3 — Ước lượng dân số

Chương này cập nhật các ước tính về tỷ lệ người TGD trong xã hội. Dựa trên bằng chứng hiện tại, tỷ lệ này có thể dao động từ một phần rất nhỏ của một phần trăm đến vài phần trăm, tùy thuộc vào tiêu chí bao gồm, nhóm tuổi và vị trí địa lý.

Chương 4 — Giáo dục

Chương mới này cung cấp một tổng quan chung về tài liệu liên quan đến giáo dục trong chăm sóc sức khỏe người TGD. Chương đưa ra các khuyến nghị ở cấp chính phủ, phi chính phủ, tổ chức và nhân viên y tế nhằm tăng khả năng tiếp cận chăm sóc y tế có năng lực và giàu sự chia sẻ. Mục tiêu là đặt nền móng cho lĩnh vực giáo dục và mời gọi một cuộc thảo luận rộng hơn và sâu hơn giữa các nhà giáo dục và chuyên gia y tế.

Chương 5 — Đánh giá người trưởng thành

Chương mới này cung cấp hướng dẫn về việc đánh giá người trưởng thành TGD đang yêu cầu các điều trị y khoa và phẫu thuật khẳng định giới (GAMSTs). Chương mô tả và cập nhật quy trình đánh giá như một phần của cách tiếp cận lấy bệnh nhân làm trung tâm, cũng như các tiêu chí mà các chuyên gia y tế có thể dựa trên để khuyến nghị GAMSTs cho người trưởng thành TGD.

Chương 6 — Thanh thiếu niên

Chương mới này dành riêng cho thanh thiếu niên TGD, tách biệt với chương trẻ em, và được xây dựng cho ấn bản thứ 8 của SOC do (1) sự gia tăng theo cấp số nhân của tỷ lệ giới thiệu thanh thiếu niên; (2) sự gia tăng các nghiên cứu đặc thù liên quan đến chăm sóc đa dạng giới ở thanh thiếu niên; và (3) các vấn đề phát triển và chăm sóc khẳng định giới đặc thù của nhóm tuổi này. Chương cung cấp các khuyến nghị liên quan đến quy trình đánh giá thanh thiếu niên cần GAMSTs, cũng như các

khuyến nghị khi làm việc với thanh thiếu niên TGD và gia đình của họ.

Chương 7 — Trẻ em

Chương mới này liên quan đến trẻ em đa dạng giới trước tuổi dậy thì và tập trung vào các thực hành tâm lý – xã hội và các cách tiếp cận trị liệu phù hợp với sự phát triển.

Chương 8 — Phi nhị nguyên giới

Chương mới này trong SOC-8 bao gồm mô tả rộng về thuật ngữ không nhị nguyên giới và cách sử dụng của nó từ góc nhìn sinh học – tâm lý – xã hội, văn hóa và sự giao thoa. Nhu cầu tiếp cận chăm sóc khẳng định giới, các can thiệp y khoa khẳng định giới cụ thể, cũng như mức độ hỗ trợ phù hợp được thảo luận.

Chương 9 — Hoạn nhân

Chương mới này mô tả các nhu cầu đặc thù của hoạn nhân và cách SOC có thể được áp dụng cho quần thể này.

Chương 10 — Liên giới tính

Chương này tập trung vào chăm sóc lâm sàng cho người liên giới tính. Chương đề cập đến thuật ngữ đang phát triển, tỷ lệ hiện mắc và các biểu hiện đa dạng của nhóm này, đồng thời đưa ra các khuyến nghị cho việc cung cấp chăm sóc tâm lý – xã hội và y khoa cùng với các giải thích dựa trên bằng chứng.

Chương 11 — Môi trường thể chế

Chương này được mở rộng để bao gồm cả các bối cảnh giam giữ và không giam giữ, và được xây dựng dựa trên ba phiên bản SOC gần nhất. Chương mô tả cách SOC-8 có thể được áp dụng cho những người sống trong các môi trường này.

Chương 12 — Liệu pháp hormone

Chương này mô tả việc khởi đầu liệu pháp hormone khẳng định giới, các phác đồ được khuyến nghị, việc sàng lọc các vấn đề sức khỏe trước và trong quá trình điều trị hormone, và các cân nhắc cụ thể liên quan đến liệu pháp hormone trước phẫu thuật. Chương bao gồm thảo luận mở rộng về tính an toàn của các chất chủ vận hormone giải phóng gonadotropin (GnRH) ở thanh thiếu niên, các phác đồ hormone khác nhau, việc theo dõi bao gồm phát hiện các vấn đề sức khỏe tiềm ẩn liên quan đến điều trị, và hướng dẫn về cách các bác sĩ hormone nên phối hợp với các bác sĩ phẫu thuật.

Chương 13 — Phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu

Chương này mô tả một phổ rộng các thủ thuật phẫu thuật khẳng định giới cho cộng đồng đa dạng và không đồng nhất của những người xác định là TGD. Chương cung cấp thảo luận về đào tạo phẫu thuật tối ưu trong các thủ thuật phẫu thuật khẳng định giới (GAS), chăm sóc và theo dõi sau phẫu thuật, khả năng tiếp cận phẫu thuật của người trưởng thành và thanh thiếu niên, cũng như các phẫu thuật được cá nhân hóa.

Chương 14 — Giọng nói và giao tiếp

Chương này mô tả sự hỗ trợ và các can thiệp chuyên môn về giọng nói và giao tiếp, bao hàm và chú ý đến mọi khía cạnh của sự đa dạng, không còn chỉ giới hạn ở việc nữ hóa hay nam hóa giọng nói. Các khuyến nghị hiện được định hình theo hướng khẳng định vai trò và trách nhiệm của các chuyên gia tham gia hỗ trợ giọng nói và giao tiếp.

Chương 15 — Chăm sóc ban đầu

Chương này thảo luận về tầm quan trọng của chăm sóc ban đầu đối với người TGD, bao gồm các chủ đề về sức khỏe tim mạch và chuyển hóa, sàng lọc ung thư và các hệ thống chăm sóc ban đầu.

Chương 16 — Sức khỏe sinh sản

Chương này cung cấp dữ liệu gần đây về quan điểm sinh sản và mục tiêu làm cha mẹ ở thanh thiếu niên và người trưởng thành đa dạng giới, các tiến bộ trong phương pháp bảo tồn khả năng sinh sản (bao gồm bảo quản lạnh mô), hướng dẫn về chăm sóc tiền thụ thai và thai kỳ, tư vấn tiền sản, và nuôi con bằng sữa mẹ. Các phương pháp tránh thai và những cân nhắc đối với người TGD cũng được xem xét.

Chương 17 — Sức khỏe tình dục

Chương mới này thừa nhận tác động sâu sắc của sức khỏe tình dục đối với sức khỏe thể chất và tâm lý của người TGD. Chương vận động để chức năng tình dục, khoái cảm và sự thỏa mãn được đưa vào chăm sóc liên quan đến người TGD.

Chương 18 — Sức khỏe tâm thần

Chương này thảo luận các nguyên tắc chăm sóc trong việc quản lý các tình trạng sức khỏe tâm thần ở người trưởng thành TGD và mối liên hệ giữa chăm sóc sức khỏe tâm thần và chăm sóc chuyển giới. Liệu pháp tâm lý có thể mang lại lợi ích nhưng không nên là yêu cầu bắt buộc đối với điều trị khẳng định giới, và các liệu pháp chuyển đổi không nên được cung cấp.

CHƯƠNG 1 - Thuật ngữ

Chương này thống nhất và đề xuất các khuyến nghị về hệ thống thuật ngữ được sử dụng trong SOC-8. Nội dung bao gồm (1) thuật ngữ và định nghĩa, (2) thực hành ứng dụng chuẩn. Tài liệu còn đính kèm một bảng chú giải các thuật ngữ thường gặp nhằm hỗ trợ việc sử dụng và diễn giải xuyên suốt SOC-8 (Xem Phụ lục B).

Thuật ngữ

Trong tài liệu này, chúng tôi sử dụng cụm từ người chuyển giới và đa dạng giới (TGD) nhằm mô tả một cách bao quát và toàn diện các cộng đồng trên toàn cầu có bản dạng giới hoặc biểu hiện giới khác với giới tính lúc sinh. Nhóm này bao gồm các cá thể có đặc thù văn hoá hoặc ngôn ngữ riêng trong những trải nghiệm, bản dạng hoặc cách biểu hiện giới, và/hoặc không dựa trên hay tuân theo hệ thống khái niệm về giới cũng như ngôn ngữ mô tả các khái niệm đó của phương Tây. TGD được viết tắt thuận tiện cho người chuyển giới và đa dạng giới.

Quyết định sử dụng cụm từ người chuyển giới và đa dạng giới được thông qua sau một quá trình xem xét chủ động và có không ít tranh luận. Các thảo luận tập trung vào việc tránh nhấn mạnh quá mức cụm từ chuyển giới, bảo đảm tích hợp phi nhị giới, ghi nhận sự khác biệt trong hiểu biết về giới trên toàn cầu, tránh thuật ngữ không phù hợp chuẩn mực giới, và nhận thức được sự thay đổi tất yếu của ngôn ngữ rằng có thể phù hợp ở hiện tại nhưng không còn trong tương lai. Do đó, cụm từ người chuyển giới và đa dạng giới được chọn với mục đích bao trùm nhất và nhấn mạnh sự phong phú của các bản dạng, cách thể hiện, trải nghiệm và nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhóm TGD. Quy trình Delphi đã được áp dụng với sự khảo sát ẩn danh các tác giả của SOC-8 và lặp lại qua nhiều vòng để đạt được đồng thuận về thuật ngữ. SOC-8 đưa ra các tiêu chuẩn chăm sóc hướng đến tính áp dụng toàn cầu cho nhóm TGD, bất kể cá nhân tự nhận diện hoặc biểu hiện giới như thế nào.

Bối cảnh

Ngôn ngữ sử dụng trong chương này chưa thể và sẽ không thể hoàn toàn bao trùm hết tất cả các nền văn hóa và địa lý. Sự khác biệt và tranh luận giữa các cụm từ phù hợp cũng như thuật ngữ đặc hiệu rất phổ biến, và không có thuật ngữ đơn độc nào hoàn toàn không gây tranh cãi khi sử dụng. Mục tiêu của chương này là đưa ra ngôn ngữ bao quát nhất có thể và cung cấp một hệ thống thuật ngữ chung mang tính tôn trọng, phản ánh trải nghiệm đa dạng của nhóm TGD, đồng thời các chuyên gia y tế và công chúng cũng dễ dàng tiếp cận khi sử dụng tài liệu này. Cuối cùng, việc tiếp cận chăm sóc sức khỏe liên quan đến chuyển tiếp giới nên dựa trên đầy đủ thông tin và sự đồng thuận của cá nhân, độc lập với thuật ngữ người TGD hoặc nhà cung cấp dịch vụ sử dụng để mô tả bản dạng của họ. Sử dụng ngôn ngữ tôn trọng và phù hợp với văn hoá là nền tảng của chăm sóc khẳng định giới, cũng như giảm kỳ thị và tổn thương cho người TGD khi tìm đến dịch vụ y tế. Điều quan trọng là các nhân viên y tế cần thảo luận và áp dụng thuật ngữ thoải mái nhất bất cứ khi nào họ sử dụng dịch vụ.

Chương này giải thích lý do vì sao các thuật ngữ hiện tại được ưu tiên sử dụng hơn những thuật ngữ khác. Thay vì áp dụng các cụm từ chuyên biệt trong y khoa, pháp lý hoặc vận động chính sách, mục tiêu ở đây là mong muốn thúc đẩy một ngôn ngữ chung và hiểu biết trong lĩnh vực sức khỏe của người TGD và các lĩnh vực liên quan (dịch tễ học, luật), nhằm tối ưu hóa sức khỏe cho người chuyển giới và đa dạng giới.

Giới tính sinh học, giới, bản dạng giới và biểu hiện giới trong tiếng Anh được sử dụng để mô tả tất cả đối tượng, bao gồm cả người TGD và những người không thuộc nhóm này. Có nhiều yếu tố phức tạp giải thích vì sao một số cách diễn đạt lại được xem là tôn trọng nhất, bao quát nhất hoặc được chấp nhận rộng rãi nhất trong các cộng đồng TGD trên toàn cầu. Những yếu tố đó bao gồm: sự tồn tại hoặc thiếu sót từ ngữ để mô tả các khái niệm này ở những ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh; tính cấu trúc trong quan hệ giữa giới tính sinh học và giới; bối cảnh pháp lý ở cấp địa phương, quốc gia và quốc tế; và hệ lụy của sự kỳ thị trong quá khứ và hiện tại mà người TGD phải đối mặt.

Các Tuyên Bố Khuyến Nghị

- 1.1- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế sử dụng ngôn ngữ phù hợp với văn hoá (bao gồm các thuật ngữ mô tả người TGD) khi thực hành Tiêu chuẩn Chăm sóc trong các bối cảnh khác nhau trên toàn cầu.
- 1.2- Chúng tôi khuyến nghị chuyên gia y tế sử dụng ngôn ngữ bảo đảm nguyên tắc an toàn, tự trọng, và tôn trọng trong môi trường chăm sóc sức khỏe.
- 1.3- Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế trao đổi với người chuyển giới và đa dạng giới về ngôn ngữ hoặc thuật ngữ mà họ mong muốn được sử dụng.

Vì lĩnh vực sức khỏe của người chuyển giới và đa dạng giới (TGD) hiện vẫn chịu ảnh hưởng mạnh từ tiếng Anh nên việc xây dựng hệ thống thuật ngữ liên tục phát sinh hai vấn đề đặc trưng. Thứ nhất, có một số từ tiếng Anh không tồn tại trong nhiều ngôn ngữ khác (ví dụ: “sex” và “gender” chỉ biểu đạt bằng một từ duy nhất trong tiếng Urdu và nhiều ngôn ngữ khác). Thứ hai, không có sự tương đồng giữa các phiên bản dịch thuật từ những ngôn ngữ khác sang tiếng Anh (ví dụ: *travesti*, *fa’afafine*, *hijra*, *selrata*, *muxe*, *kathoe*, *transpinoy*, *waria*, *machi*). Điều đó dẫn đến tiếng Anh chi phối mạnh mẽ những thuật ngữ được công nhận, sử dụng rộng rãi, và đại diện cho các nhóm bản dạng. Ngôn từ không chỉ có giá trị mô tả mà còn xây dựng đức kết nên các quan niệm và nhận thức xã hội. Ở các phiên bản trước của Tiêu chuẩn Chăm sóc Sức Khỏe Người Chuyển Giới (Standards of Care, SOC), Hiệp hội Chuyên gia Thế giới về Sức khỏe Người Chuyển giới (WPATH) sử dụng transgender như một thuật ngữ bao quát. Tuy nhiên, SOC-8 mở rộng và khái quát thành TGD xuyên suốt tài liệu (tham khảo Chương 2 – Khả năng áp dụng toàn cầu).

Hơn nữa, bản chất tự nhiên của phát triển ngôn ngữ là chịu ảnh hưởng từ các yếu tố ngoại lai, cũng như những áp lực xã hội, cá nhân, và bạo lực nhắm vào nhóm TGD. Một số thuật ngữ từng được dùng rộng rãi, nay trở nên gây tranh cãi hoặc lỗi thời; có thuật ngữ được nhóm này ưa dùng nhưng được xem là xúc phạm đối với nhóm khác. Họ kỳ vọng SOC cung cấp một danh mục thuật ngữ thống nhất toàn cầu để mô tả bản dạng giới và ứng dụng trong các dịch vụ sức khỏe. Tuy nhiên, điều này là bất khả thi và có nguy cơ gạt bỏ một số cộng đồng, vô tình chung tăng thêm bất bình đẳng liên quan đến chủng tộc, quốc tịch, tình trạng bản địa, kinh tế-xã hội, tôn giáo, ngôn ngữ, sắc tộc và các giao thoa khác. Rất có thể một số thuật ngữ trong SOC-8 sẽ lỗi thời khi SOC-9 ra đời. Dù hiện thực đó đôi khi mang đến thất vọng nhưng cũng đầy triển vọng như một cơ hội cho các cá nhân và cộng đồng tiếp tục tinh chỉnh hệ thống thuật ngữ; qua đó

nâng cao hiểu biết về đời sống, nhu cầu, kiên định, và sức mạnh chống lại áp bức của nhóm TGD.

Cuối cùng, pháp luật và chuyên gia pháp lý cũng nằm trong phạm vi SOC. Vì vậy, các thuật ngữ phổ biến trong luật nhân quyền quốc tế sẽ được tích hợp nhằm hỗ trợ phát triển các định nghĩa chức năng và được khuyến khích sử dụng thay cho các từ ngữ đã lạc hậu hoặc mang tính xúc phạm. Luật nhân quyền quốc tế thống nhất sử dụng thuật ngữ “đa dạng giới” trong hầu hết các tài liệu pháp lý hiện tại.

Tất cả các khuyến nghị trong chương này được đề xuất dựa trên các chứng cứ đã được cân trọng xem xét, sự đánh giá cân bằng giữa lợi ích và nguy cơ, sự ưa thích và giá trị của cả nhân viên y tế lẫn bệnh nhân, cùng với nguồn lực và tính khả thi của từng can thiệp. Chúng tôi cũng ghi nhận rằng trong một số trường hợp, các bằng chứng còn hạn chế và/hoặc một số dịch vụ có thể khó tiếp cận hoặc không thỏa đáng.

Tuyên bố 1.1

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế sử dụng ngôn ngữ phù hợp với văn hoá (bao gồm các thuật ngữ mô tả người TGD) khi thực hành Tiêu chuẩn chăm sóc người chuyển giới trong các bối cảnh khác nhau trên toàn cầu.

Ngôn ngữ mô tả nhóm TGD thay đổi theo bối cảnh cũng như sự khác nhau giữa các nền văn hóa về khái niệm giới tính sinh học, giới và đa dạng giới, do đó sẽ có sự khác biệt trong chăm sóc sức khỏe giữa người TGD Thái Lan với Nigeria. Khi áp dụng SOC, các chuyên gia y tế nên sử dụng thuật ngữ phù hợp với địa phương, văn hóa, và khu vực.

Khẳng định giới đề cập quá trình công nhận bản dạng giới của nhóm TGD thông qua các khía cạnh xã hội, y khoa, pháp lý, hành vi hoặc kết hợp (Reisner, Poteat et al., 2016). Chăm sóc sức khỏe khẳng định giới hay thân thiện với người chuyển giới sử dụng ngôn ngữ theo đặc trưng văn hóa. Các dịch vụ chăm sóc chuyển giới bằng hormone hay phẫu thuật đơn độc không đủ đảm bảo

hiệu quả khẳng định giới cũng như chất lượng và an toàn.

Hợp tác cố vấn với cộng đồng TGD tại địa phương là cách đảm bảo tính phù hợp, chính xác và bao trùm của thuật ngữ trong thực hành lâm sàng ở từng vùng đặc trưng.

Tuyên bố 1.2

Chúng tôi khuyến nghị chuyên gia y tế sử dụng ngôn ngữ bảo đảm nguyên tắc an toàn, tự trọng, và tôn trọng trong môi trường chăm sóc sức khỏe.

Sự an toàn, tự trọng, và tôn trọng là quyền cơ bản của con người (International Commission of Jurists, 2007). Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế sử dụng ngôn ngữ đảm bảo các quyền này trong cung cấp dịch vụ cho người chuyển giới và đa dạng giới. Nhiều người TGD từng phải trải qua kỳ thị, phân biệt đối xử, và điều trị sai lệch trong môi trường y tế, dẫn đến chất lượng chăm sóc giảm tối ưu và kém hiệu quả (Reisner, Poteat et al., 2016; Safer et al., 2016; Winter, Settle et al., 2016). Những trải nghiệm có thể liệt kê như bị gọi sai giới, bị từ chối chăm sóc hoặc từ chối tiếp nhận dịch vụ y tế, và phải tự giải thích, hướng dẫn nhân viên y tế để được chăm sóc đầy đủ khi bị ốm hay chấn thương (James et al. 2016). Hệ quả là nhiều người TGD cảm thấy không an toàn khi tiếp cận hệ thống y tế. Họ có thể tránh né và tìm những biện pháp khác để đáp ứng nhu cầu sức khỏe, ví dụ như tự ý sử dụng hormone không kê đơn hoặc tự theo dõi duy trì và xin lời khuyên y khoa từ bạn bè. Hơn nữa, việc tránh né chăm sóc trong tương lai ở nhóm người TGD thường liên quan đến những trải nghiệm tiêu cực tại cơ sở y tế trước đây.

Nhiều người TGD từng bị đối xử bất công, đầy thành kiến, và thiếu tự trọng hoặc tôn trọng bởi các nhân viên y tế, và việc mất niềm tin thường là rào cản lớn trong chăm sóc. Việc sử dụng ngôn ngữ dựa trên các nguyên tắc an toàn, tự trọng và tôn trọng trong môi trường chăm sóc sức khỏe là trọng yếu, nhằm đảm bảo sức khỏe, phúc lợi và quyền lợi của người TGD trên toàn cầu. Ngôn ngữ là một phần quan trọng trong chăm sóc khẳng định giới, nhưng đơn thuần không thể giải quyết hoặc giảm thiểu tình trạng lạm dụng có hệ thống, và đôi khi là bạo lực, mà người TGD trên toàn cầu phải đối mặt tại các cơ sở chăm sóc y tế. Tuy nhiên, đó lại là một bước quan trọng hướng đến chăm sóc lấy bệnh nhân/thân chủ làm trung tâm và bình đẳng đối với họ. Các hành động cụ thể khác nhân viên y tế có thể thực hiện gồm: thu thập đồng thuận cam kết và tránh quy kết nhu cầu cá nhân chỉ dựa vào giới tính hay TGD.

Tuyên bố 1.3

Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế trao đổi với người chuyển giới và đa dạng giới về ngôn ngữ hoặc thuật ngữ mà họ mong muốn được sử dụng.

Khi cung cấp dịch vụ chăm sóc cho người TGD, chúng tôi khuyến nghị nhân viên y tế thảo luận với người bệnh về ngôn ngữ hoặc thuật ngữ muốn được sử dụng khi đề cập đến họ. Thảo luận bao gồm việc hỏi người TGD về cách xưng hô (tên và đại từ) mong muốn, cách tự nhận diện giới, và ngôn ngữ dùng trong mô tả các bộ phận cơ thể. Sử dụng ngôn ngữ hoặc thuật ngữ xác thực là một thành tố quan trọng của chăm sóc khẳng định giới (Lightfoot et al., 2021; Vermeir et al., 2018). Bên cạnh đó, những trao đổi này trong giao tiếp góp phần xây dựng mối quan hệ hòa hợp và giảm bớt sự mất niềm tin họ dành cho nhân viên y tế và hệ thống chăm sóc sức khỏe. Việc thảo luận và sử dụng ngôn ngữ/thuật ngữ phù hợp cũng tăng cường mức độ tương tác và duy trì theo dõi trong các dịch vụ chăm sóc không đặc hiệu cho TGD, chẳng hạn như khám sàng lọc định kỳ và theo dõi y khoa khi phát hiện bất thường. Trong hồ sơ bệnh án điện tử, danh mục cơ quan/bộ phận giải phẫu có thể được sử dụng trong cung cấp thông tin cho việc chăm sóc lâm sàng phù hợp, thay vì đơn phương dựa vào giới tính khi sinh và/hoặc nhận diện giới.

Các nhân viên y tế và cơ sở khám chữa bệnh có thể triển khai các quy trình đã được chuẩn hóa nhằm tạo thuận lợi cho các cuộc trao đổi này, ví dụ: sử dụng phiếu tiếp nhận có mục điền tên và đại từ tự chọn, khuyến khích tất cả nhân viên (không phân biệt giới, bao gồm cả người dị tính và TGD) sử dụng đại từ khi giới thiệu bản thân, trình bày đại từ kèm theo tên trên hồ sơ của tất cả người bệnh, không sử dụng các danh xưng mang tính giới (ví dụ: Ông, Bà). Ngoài ra có thể thiết lập các chính sách cho nhân viên y tế và cơ sở chăm sóc sức khỏe để đảm bảo quyền riêng tư và bảo mật của người TGD, bao gồm cả thời điểm tiết lộ thông tin về TGD cũng như cách thu thập tài liệu thích hợp. Cụ thể, phòng khám có thể quy định chính sách riêng tư và bảo mật giữa nhân viên y tế và bệnh nhân/thân chủ, và chỉ được tiết lộ khi thực sự cần thiết theo nguyên tắc “khi cần”.

Chú thích

1. A/73/152, Báo cáo của Chuyên gia Độc lập về bảo vệ chống bạo lực và phân biệt đối xử dựa trên xu hướng tính dục và bản dạng giới.

CHƯƠNG 2 - Khả Năng Áp Dụng Toàn Cầu

Những người từng thách thức các rào cản văn hóa về giới tính và bản dạng giới đã tồn tại trong các nền văn hóa cổ đại trên thế giới, đôi khi được công nhận qua các thuật ngữ địa phương (Feinberg, 1996). Đối nghịch với hiện trạng bệnh lý hóa đa dạng giới ngày nay như một bệnh tật, một số nền văn hóa đã ca ngợi và chào đón sự đa dạng này theo cách truyền thống (ví dụ, Nanda, 2014; Peletz, 2009). Ngày nay, thuật ngữ tổng quát transgender và gender diverse (TGD) trong tiếng Anh mô tả vô cùng phong phú các bản dạng và biểu hiện giới, vậy nên tương ứng với nhóm dân số đó là sự đa dạng về trải nghiệm và nhu cầu chăm sóc sức khỏe. Hiệp hội Chuyên nghiệp Thế giới về Sức khỏe Người Chuyển giới (WPATH) khẳng định những khía cạnh quan trọng xây nên sự đa dạng con người mà cộng đồng TGD đại diện nên được tôn trọng và ca ngợi. Họ không ngừng mang lại những đóng góp thiết yếu cho an sinh xã hội dù thường xuyên thiếu sự công nhận.

Đáng lo ngại là nhiều người TGD trong thế giới hiện đại phải chịu kỳ thị, định kiến, phân biệt đối xử, quấy rối, lạm dụng và bạo lực, dẫn đến sự dồn đẩy đến tận lề xã hội, kinh tế và pháp lý, sức khỏe tâm thần và thể chất kém, thậm chí tử vong - một quá trình được đặc tả như sườn lao dốc của kỳ thị-bệnh tật (Winter, Diamond et al., 2016). Những trải nghiệm như vậy (và cả các tiên đoán hay nỗi lo sợ sẽ đối diện những trải nghiệm này) dẫn đến khái niệm căng thẳng thiểu số được mô tả bởi Meyer (Meyer, 2003; xem thêm Bockting et al., 2013 viết riêng về người TGD), và có liên quan với những hậu quả về sức khỏe thể chất (ví dụ, Rich et al, 2020) và tâm lý (ví dụ, Bränström et al., 2022; Scandurra et al., 2017; Shipherd et al., 2019; Tan et al., 2021)

Bạo lực đối với người TGD là một vấn đề đặc biệt nghiêm trọng. Từ góc nhìn toàn cầu, tình trạng này đang dần lan rộng, đa dạng về hình thức (ví dụ cảm xúc, tình dục và thể chất) (Mujugira et al., 2021), và một loạt các thủ phạm (kể cả các tác nhân Nhà nước). Các thống kê về mưu sát, hình thức bạo lực có hậu quả nghiêm trọng nhất, ở mức đáng báo động. Trên toàn thế giới, có hơn 4.000 vụ giết người được ghi nhận từ tháng 1/2008 đến tháng 9/2021; con số được cho là chưa phản ánh đầy đủ các báo cáo không được cập nhật (TGEU, 2020).

Từ khi Tiêu chuẩn Chăm sóc phiên bản lần 7 xuất bản (SOC-7), các quan điểm về người TGD và chăm sóc sức khỏe của họ đã thay đổi đáng kể. Y học chính

thống toàn cầu không còn phân loại bản dạng TGD là rối loạn tâm thần. Trong DSM-5 của Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ (APA, 2013), chẩn đoán Rối loạn Giới tính tập trung vào bất kỳ căng thẳng và khó chịu nào đi kèm với TGD, thay vì vào chính bản dạng giới. Năm 2022, văn bản sửa đổi (DSM-5-TR) đã được xuất bản. Trong ICD-11 của WHO (2019b), chẩn đoán Không phù hợp Giới tính được đặt trong chương về sức khỏe tình dục, và tập trung vào những trải nghiệm cá nhân, cũng như bất kỳ nhu cầu điều trị khẳng định giới phát sinh từ bản dạng đó. Cùng với những tiến bộ đó, việc phi bệnh lý hóa (chính xác hơn là phi tâm thần hóa) các bản dạng chuyển giới mang tầm quan trọng nền móng trên nhiều phương diện. Trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, có lẽ những điều đó đã cổ vũ cho mô hình chăm sóc nhân mạnh vai trò chủ động của bệnh nhân trong các quyết định sức khỏe cho bản thân, được các chuyên gia chăm sóc sức khỏe ban đầu hỗ trợ (Baleige et al., 2021). Những phát triển này được cho là hợp lý trong vai trò thúc đẩy các chính sách xã hội bao trùm hơn, chẳng hạn như cải cách luật pháp về nhận diện giới dựa trên quyền, mà không áp đặt yêu cầu chẩn đoán, điều trị hormone và/hoặc phẫu thuật. Người TGD từng thay đổi ký hiệu giới trên các giấy tờ quan trọng thường có sức khỏe tâm thần tốt hơn (Bauer et al., 2015; Scheim et al., 2020). Càng áp dụng phương pháp tiếp cận dựa trên quyền nhiều hơn trong lĩnh vực sức khỏe này, càng có thể đóng góp đáng kể cho tổng thể sức khỏe và phúc lợi chung của người TGD (Aristegui et al., 2017).

Các ấn bản trước của SOC cho thấy nhiều kinh nghiệm lâm sàng và kiến thức được ghi nhận trong lĩnh vực này chủ yếu xuất phát từ Bắc Mỹ và Tây Âu. Nội dung tập trung vào chăm sóc sức khỏe khẳng định giới ở các quốc gia thu nhập cao, nơi có hệ thống chăm sóc sức khỏe tương đối đầy đủ (bao gồm các nhân viên y tế chăm sóc sức khỏe tâm thần, bác sĩ nội tiết, bác sĩ phẫu thuật và các chuyên gia khác được đào tạo) và dịch vụ thường được tài trợ công hoặc (ít nhất với một số bệnh nhân) bởi qua bảo hiểm tư nhân.

Ở nhiều quốc gia, cung cấp chăm sóc sức khỏe cho người TGD vẫn còn là một khao khát trong hoàn cảnh nguồn lực bị hạn chế hoặc không có, và dịch vụ thường không sẵn có, không phù hợp, khó tiếp cận và/hoặc không thể chi trả. Rất ít hay hầu như không có các chuyên gia chăm sóc sức khỏe (ban đầu hoặc chuyên khoa). Bệnh nhân thường phải tự chi trả toàn bộ chi phí chăm sóc sức khỏe khẳng định giới do không có nguồn tài trợ. Các nhà cung cấp dịch vụ y tế thường thiếu kinh

nghiệm về lâm sàng và/hoặc văn hóa trong lĩnh vực này. Đào tạo quản lý nhóm bệnh nhân này có thể còn hạn chế (ví dụ, Martins et al., 2020). Tổng hợp tất cả những lý do trên, và vì quan điểm xa xưa trong y học phương Tây “chính thống” coi người TGD là rối loạn tâm thần (quan điểm chỉ thay đổi gần đây), người TGD thường thấy mình bị mất quyền tự chủ khi sử dụng dịch vụ y tế.

Các nhân viên y tế nhận thấy y văn có liên quan phần lớn từ Bắc Mỹ và châu Âu, điều này đặt ra thách thức đặc biệt cho những người làm việc trong các hệ thống chăm sóc sức khỏe thiếu nguồn lực. Các sáng kiến gần đây, thường có sự tham gia của các bên liên quan TGD, đang phần nào thay đổi tình hình bằng cách cung cấp những kiến thức thực hành tốt ở các khu vực khác, bao gồm biện pháp cung cấp chăm sóc sức khỏe TGD hiệu quả và phù hợp văn hóa ở các nước thu nhập thấp và trung bình ngoài Bắc bán cầu.

Hàng loạt nguồn tài nguyên chăm sóc sức khỏe có giá trị trong lĩnh vực này được phát triển trong những năm gần đây. Dahlen et al. (2021) đánh giá mười hai hướng dẫn thực hành lâm sàng quốc tế; hơn một nửa trong số này xuất phát từ các tổ chức chuyên nghiệp ở Bắc Mỹ (ví dụ, Hembree et al., 2017) hoặc châu Âu (ví dụ, T’Sjoen et al., 2020). Ba hướng dẫn đến từ WHO (gần đây nhất là WHO, 2016). Hiện nay, còn nhiều tài nguyên khác, không có trong danh sách của Dahlen et al., đã khai thác chuyên môn từ các khu vực ngoài Bắc Mỹ và châu Âu. Ví dụ có thể tìm thấy ở châu Á và Thái Bình Dương (APTN, 2022; Health Policy Project et al., 2015), Caribe (PAHO, 2014), Thái Lan, Úc (Telfer et al., 2020), Aotearoa New Zealand (Oliphant et al., 2018), và Nam Phi (Tomson et al., 2021) (xem thêm

TRANSIT (UNDP et al., 2016)). Các tài nguyên này thường được hình thành nhờ những sáng kiến từ quan hệ hợp tác với cộng đồng TGD địa phương hoặc quốc tế. Phương pháp tiếp cận hợp tác tập trung vào việc đáp ứng nhu cầu của địa phương theo cách an toàn và toàn diện về mặt văn hóa này, cũng có thể có ý nghĩa mang tính quốc tế. Một số ấn phẩm này đặc biệt hữu ích cho những người đang lập kế hoạch, tổ chức và cung cấp dịch vụ ở các quốc gia thu nhập thấp, nguồn lực hạn chế. Ngoài ra, còn có nhiều xuất bản trong những ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh mà chúng tôi chắc hẳn chưa nhận biết hết.

Trên toàn cầu, bản dạng TGD có lẽ còn liên quan đến các khuôn khổ khái niệm khác nhau về giới tính, bản dạng giới và tính dục, và tồn tại trong bối cảnh đa dạng văn hóa và lịch sử (và đôi khi tâm linh). Khi xem xét mối quan hệ phức tạp giữa các yếu tố xã hội và văn hóa, pháp luật, và nhu cầu cung-ứng chăm sóc sức khỏe khẳng định giới, SOC-8 nên được hiểu theo từng bối cảnh thực hành lâm sàng phù hợp với các chuyên gia chăm sóc sức khỏe, đồng thời vẫn tuân theo các nguyên tắc nền tảng cốt lõi (APTN và UNDP, 2012; Health Policy Project et al., 2015; PAHO, 2014).

Chính trong bối cảnh này, dựa trên khai thác phù rộng những trải nghiệm của người TGD và các nhân viên y tế quốc tế, chương này xem xét tính áp dụng toàn cầu của SOC-8. Chúng tôi trình bày các cân nhắc trọng tâm cho các chuyên gia chăm sóc sức khỏe và kết luận thông qua các nguyên tắc và thực hành cốt lõi cơ bản được khuyến nghị trong chăm sóc sức khỏe hiện đại cho người TGD, bất kể khu vực sinh sống hay sự sẵn có về nguồn lực.

Các Tuyên Bố Khuyến Nghị

- 2.1- Chúng tôi khuyến nghị các hệ thống chăm sóc sức khỏe nên cung cấp chăm sóc sức khỏe khẳng định giới y tế thiết yếu cho người chuyển giới và đa dạng giới.
- 2.2- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia chăm sóc sức khỏe và những người sử dụng Tiêu chuẩn Chăm sóc (SOC-8) áp dụng các khuyến nghị theo cách đáp ứng nhu cầu của cộng đồng người chuyển giới và đa dạng giới địa phương, bằng việc cung cấp dịch vụ chăm sóc nhạy cảm văn hóa, nhận thức được thực tế của quốc gia nơi họ hành nghề.
- 2.3- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia chăm sóc sức khỏe hiểu được ảnh hưởng của thái độ xã hội, luật pháp, điều kiện kinh tế và hệ thống y tế đến trải nghiệm sống của người chuyển giới và đa dạng giới trên toàn thế giới.
- 2.4- Chúng tôi khuyến nghị việc thông dịch SOC tập trung vào tính tương đương trong kết hợp văn hóa, khái niệm và ngôn ngữ để đảm bảo phù hợp với các nguyên tắc cốt lõi nền làm cơ sở cho SOC-8.
- 2.5- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia chăm sóc sức khỏe và các nhà hoạch định chính sách luôn áp dụng những nguyên tắc cốt lõi của SOC-8 khi làm việc với người chuyển giới và đa dạng giới để đảm bảo tôn trọng nhân quyền và tiếp cận đề cao chăm sóc sức khỏe, bao gồm:

Các nguyên tắc chung

- Trao quyền và hòa nhập. Nỗ lực giảm kỳ thị và tạo điều kiện tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe phù hợp cho tất cả những ai có nhu cầu;
- Tôn trọng sự đa dạng. Tôn trọng mọi khách hàng và mọi bản dạng giới. Không bệnh lý hóa sự khác biệt về bản dạng hoặc biểu hiện giới;
- Tôn trọng nhân quyền quốc tế, bao gồm quyền toàn vẹn về thân thể và tâm thần, quyền tự chủ và tự quyết; không bị phân biệt đối xử và quyền được hưởng tiêu chuẩn sức khỏe cao nhất có thể.

Các nguyên tắc trong việc phát triển và triển khai các dịch vụ phù hợp và chăm sóc sức khỏe dễ tiếp cận

- Có sự tham gia của người TGD trong quá trình xây dựng và triển khai dịch vụ;
- Nhận thức các yếu tố xã hội, văn hóa, kinh tế và pháp lý có thể ảnh hưởng đến sức khỏe (và nhu cầu chăm sóc sức khỏe) của người chuyển giới và đa dạng giới, cũng như sự tự nguyện và khả năng cá nhân trong tiếp cận dịch vụ;
- Cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe (hoặc chuyển giao cho đồng nghiệp có chuyên môn) khẳng định bản dạng và biểu hiện giới, bao gồm chăm sóc giúp giảm bớt những đau khổ liên quan chứng rối loạn bản dạng giới (nếu có);
- Từ chối các cách tiếp cận có mục tiêu hoặc hệ quả là “chuyển đổi”, và tránh cung cấp bất kỳ sự hỗ trợ trực tiếp hay gián tiếp nào cho các cách tiếp cận hay dịch vụ đó.

Các nguyên tắc trong cung cấp dịch vụ có năng lực chuyên môn

- Nâng cao hiểu biết (và được đào tạo khi có thể) về nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người chuyển giới và đa dạng giới, bao gồm lợi ích và rủi ro của chăm sóc khẳng định giới;
- Điều chỉnh phương pháp điều trị phù hợp với nhu cầu cụ thể của khách hàng, đặc biệt khi các mục tiêu của họ liên quan đến bản dạng và biểu hiện giới;
- Tập trung thúc đẩy sức khỏe và hạnh phúc, thay vì chỉ nhắm tới việc chuyển đổi giới có thể có hoặc không hiện diện;
- Cam kết các cách tiếp cận giảm thiểu tác hại khi phù hợp;
- Tạo điều kiện cho sự tham gia toàn diện và liên tục, dựa trên các thông tin được cung cấp đầy đủ, trong các quyết định liên quan đến sức khỏe và hạnh phúc của người chuyển giới và đa dạng giới
- Cải thiện những trải nghiệm dịch vụ y tế, bao gồm các khía cạnh liên quan đến hệ thống hành chính và chăm sóc liên tục.

Các nguyên tắc hướng tới cải thiện sức khỏe thông qua cách tiếp cận cộng đồng rộng hơn

- Kết nối cá nhân với các cộng đồng và những mạng lưới hỗ trợ đồng cấp;
- Hỗ trợ và vận động cho bệnh nhân trong gia đình và cộng đồng của họ (trường học, nơi làm việc và các bối cảnh khác), khi phù hợp.

Tuyên bố 2.1

Chúng tôi khuyến nghị các hệ thống chăm sóc sức khỏe nên cung cấp chăm sóc sức khỏe khẳng định

giới y tế thiết yếu cho người chuyển giới và đa dạng giới.

Y tế thiết yếu là thuật ngữ phổ biến trong các chính

sách bảo hiểm và chi trả cho chăm sóc sức khỏe trên toàn cầu. Các công ty bảo hiểm thường định nghĩa y tế thiết yếu như sau: “Dịch vụ chăm sóc sức khỏe được bác sĩ và/hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe dựa trên phán đoán lâm sàng thấu đáo nhằm mục đích phòng ngừa, đánh giá, chẩn đoán hoặc điều trị bệnh, chấn thương, hoặc các triệu chứng do bệnh lý, và: (a) phù hợp với các tiêu chuẩn thực hành y khoa được chấp nhận; (b) phù hợp lâm sàng về phân loại, tần suất, phạm vi, vị trí và thời gian, và được coi là hiệu quả cho bệnh lý, chấn thương hoặc tình trạng của bệnh nhân; và (c) không chủ yếu vì tiện lợi của bệnh nhân, bác sĩ, hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế khác, và không tốn kém hơn so với dịch vụ thay thế có khả năng mang lại kết quả điều trị hoặc chẩn đoán tương đương.” Các chuyên gia chăm sóc điều trị sức khỏe khẳng định và ghi nhận rằng điều trị được đề xuất là chữa trị y khoa cần thiết cho tình trạng bệnh tương ứng (American Medical Association, 2016).

Nhìn chung, “tiêu chuẩn thực hành y khoa được chấp nhận” là các tiêu chuẩn dựa trên bằng chứng khoa học đáng tin cậy được công bố trong các tạp chí y khoa có phản biện, được cộng đồng y khoa, các Hội Chuyên ngành Y khoa và/hoặc khuyến cáo từ các trường Y chính thống, và dựa trên quan điểm của các bác sĩ và/hoặc các chuyên gia chăm sóc sức khỏe đang thực hành trong các lĩnh vực lâm sàng liên quan.

Y tế thiết yếu là trung tâm trong việc thanh toán, trợ cấp và/hoặc hoàn trả cho chăm sóc sức khỏe ở một số khu vực trên thế giới. Chuyên gia chăm sóc điều trị có thể khẳng định và ghi nhận rằng một phương pháp điều trị cụ thể là y tế thiết yếu nhằm phòng ngừa hoặc chữa trị tình trạng bệnh lý tương ứng. Nếu các chính sách và thực hành chăm sóc sức khỏe không thừa nhận tính thiết yếu về mặt y tế của điều trị đó, có thể có cơ hội kháng cáo lên cơ quan chính phủ hoặc thực hiện đánh giá y tế độc lập.

Đa dạng giới nên được nhận thức là thường quy trong mọi phức lợi và không phải bệnh lý. Tuy nhiên, tình trạng không phù hợp giới mà gây căng thẳng và suy giảm lâm sàng nghiêm trọng thường yêu cầu các can thiệp y tế thiết yếu. Ở nhiều quốc gia, chăm sóc khẳng định giới được chuyên gia chăm sóc điều trị ghi nhận là điều trị y tế thiết yếu cho tình trạng không phù hợp giới (HA60 trong ICD-11; WHO, 2019b) và/hoặc điều trị rối loạn giới tính (F64.0 trong DSM-5-TR; APA, 2022).

Đã có những bằng chứng mạnh mẽ cho thấy lợi ích

về chất lượng cuộc sống và hạnh phúc của các điều trị khẳng định giới, bao gồm các thủ thuật nội tiết và phẫu thuật, nếu đúng đối tượng TGD thực sự có nhu cầu, đúng chỉ định, và được thực hiện theo Tiêu chuẩn Chăm sóc (Phiên bản 8) (ví dụ, Ainsworth & Spiegel, 2010; Aires et al., 2020; Aldridge et al., 2020; Almazan & Keuroghlian, 2021; Al-Tamimi et al., 2019; Balakrishnan et al., 2020; Baker et al., 2021; Buncamper et al., 2016; Cardoso da Silva et al., 2016; Eftekhari Ardebili, 2020; Javier et al., 2022; Lindqvist et al., 2017; Mullins et al., 2021; Nobili et al., 2018; Owen-Smith et al., 2018; Özkan et al., 2018; T’Sjoen et al., 2019; van de Grift, Elaut et al., 2018; White Hughto & Reisner, Poteat et al., 2016; Wierckx, van Caenegem et al., 2014; Yang, Zhao et al., 2016). Các can thiệp đó cũng có thể bao gồm thủ thuật triệt/cấy tóc, liệu pháp/phẫu thuật giọng nói, tư vấn và các thủ thuật y khoa khác cần để khẳng định hiệu quả bản dạng giới của cá nhân và giảm tình trạng không phù hợp giới và rối loạn giới. Thêm vào đó, việc thay đổi tên và giới tính trên giấy tờ pháp lý cũng có thể giúp ích và, ở một số khu vực, phụ thuộc vào hồ sơ y khoa mà bệnh nhân có thể yêu cầu các bác sĩ cung cấp.

Các can thiệp khẳng định giới dựa trên kinh nghiệm lâm sàng và nghiên cứu qua nhiều thập kỷ; do đó, không được xem là thử nghiệm, thẩm mỹ hay chỉ là tiện lợi đơn thuần của bệnh nhân. Những điều trị đó an toàn và hiệu quả trong việc giảm không phù hợp giới và rối loạn giới (ví dụ, Aires et al., 2020; Aldridge et al., 2020; Al-Tamimi et al., 2019; Balakrishnan et al., 2020; Baker et al., 2021; Bertrand et al., 2017; Buncamper et al., 2016; Claes et al., 2018; Eftekhari Ardebili, 2020; Esmonde et al., 2019; Javier et al., 2022; Lindqvist et al., 2017; Lo Russo et al., 2017; Marinkovic & Newfield, 2017; Mullins et al., 2021; Nobili et al., 2018; Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2018; Özkan et al., 2018; Poudrier et al., 2019; T’Sjoen et al., 2019; van de Grift, Elaut et al., 2018; White Hughto & Reisner, Poteat et al., 2016; Wierckx, van Caenegem et al., 2014; Wolter et al., 2015; Wolter et al., 2018).

Từ đó, WPATH kêu gọi các hệ thống chăm sóc sức khỏe cung cấp các điều trị y tế thiết yếu này và xóa bỏ những mục loại trừ trong chính sách và hướng dẫn y tế làm ngăn cản việc chi trả cho bất kỳ thủ thuật hay điều trị y tế thiết yếu nào mang lại sức khỏe và hạnh phúc của người TGD. Nói cách khác, chính phủ nên đảm bảo việc thiết lập, mở rộng, hoặc nâng cao (nếu thích hợp) các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người TGD như

một phần của Hệ thống Chăm sóc Sức khỏe Toàn dân, sức khỏe cộng đồng, hệ thống công lập hoặc bán công. Hệ thống chăm sóc sức khỏe nên đảm bảo việc chăm sóc sức khỏe thường quy và chuyên khoa được liên tục, sẵn có và có khả năng chi trả cho tất cả công dân một cách công bằng.

Các can thiệp khẳng định giới thiết yếu được thảo luận trong SOC-8, bao gồm nhưng không giới hạn: cắt tử cung +/- cắt toàn bộ buồng trứng-vòi trứng; cắt toàn bộ hai vú, tái tạo ngực hoặc thẩm mỹ nâng ngực nữ hóa, chỉnh kích thước núm vú hoặc đặt túi ngực; tái tạo bộ phận sinh dục (ví dụ tạo hình dương vật, tạo hình âm vật, tạo hình bìu, và cấy ghép dương vật, tinh hoàn, cắt dương vật, cắt tinh hoàn, tạo hình âm đạo, tạo hình âm hộ); triệt lông mặt, toàn thân và vùng sinh dục như một phần thuộc chuẩn bị tiền phẫu; phẫu thuật khuôn mặt và tạo dáng cơ thể khẳng định giới; liệu pháp và/hoặc phẫu thuật giọng nói, cũng như thuốc ngăn dậy thì và nội tiết khẳng định giới; tư vấn hoặc điều trị liệu pháp tâm lý thích hợp và dựa trên đánh giá nhu cầu, hoàn cảnh cá nhân cho từng bệnh nhân.

Tuyên bố 2.2

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia chăm sóc sức khỏe và những người sử dụng Tiêu chuẩn Chăm sóc (SOC-8) áp dụng các khuyến nghị theo cách đáp ứng nhu cầu của cộng đồng người chuyển giới và đa dạng giới địa phương, bằng việc cung cấp dịch vụ chăm sóc phù hợp văn hóa và nhận thức thực tế về quốc gia đang hành nghề.

Người TGD toàn thể giới xác định bản dạng theo nhiều cách khác nhau theo bối cảnh văn hóa. Ở các quốc gia sử dụng Anh ngữ, họ được nhận diện như *transsexual*, *trans*, *gender nonconforming*, *gender queer* hoặc *diverse*, *nonbinary*, hoặc có khi chỉ là *transgender* và/hoặc *gender diverse*, cũng như các bản dạng khác; bao gồm cả những người xác định nhị nguyên giới nội tại là nam hoặc nữ (ví dụ James et al., 2016; Strauss et al., 2017; Veale et al., 2019).

Ở những nơi khác, các bản dạng có thể bao gồm nhưng không giới hạn: *travesti* (Latin America), *hijra* (Nam Á), *khwaja sira* (Pakistan), *achout* (Myanmar), *maknyah*, *paknyah* (Malaysia), *waria* (Indonesia), *kathoe*, *phuying kham phet*, *sao praphet song* (Thái Lan), *bakla*, *transpinay*, *transpinoy* (Philippines), *fa'afafine* (Samoa), *mahu* (Polynesia thuộc Pháp, Hawai'i), *leiti* (Tonga), *fakafifine* (Niue), *pinapinaaine* (Tuvalu, Kiribati), *vakasalewalewa* (Fiji), *palopa*

(Papua New Guinea), *brotherboys* và *sistergirls* (người bản địa Aboriginal và Torres Strait Islander, Úc), và *akava'ine* (Cook Islands) (ví dụ APTN và UNDP, 2012; Health Policy Project et al., 2015; Kerry, 2014). Ngoài ra còn một số lớn bản dạng *two spirit* ở Bắc Mỹ (ví dụ *nadleehi* trong văn hóa Navajo/Diné) (Sheppard & Mayo, 2013). Những bản dạng này thường phức tạp về mặt văn hóa và có thể tồn tại trong bối cảnh tâm linh hoặc tôn giáo. Tùy thuộc văn hóa và bản dạng, một số có thể được xem là “giới thứ ba”, nằm ngoài nhị nguyên giới (ví dụ, Graham, 2010; Nanda, 2014; Peletz, 2009). Một số bản dạng TGD được thiết lập ít bền vững hơn các bản dạng khác. Ở nhiều nơi trên thế giới, các bản dạng như nam chuyển giới và phi nhị nguyên thiên nam mới được công nhận gần đây, với rất ít hoặc không có thuật ngữ truyền thống trong ngôn ngữ địa phương (Health Policy Project et al., 2015). Bất kể chuyên gia chăm sóc sức khỏe phục vụ ở đâu hay với đối tượng nào (bao gồm các nhóm dân tộc thiểu số, di cư và người tị nạn), họ cần nhận thức bối cảnh văn hóa nơi người TGD lớn lên và sinh sống cũng như những hệ quả xuất phát từ đó.

Trên thế giới, tính sẵn có, khả năng tiếp cận, mức độ chấp nhận và chất lượng chăm sóc sức khỏe rất khác biệt, dẫn đến bất bình đẳng trong và giữa các quốc gia (OECD, 2019). Ở một số nước, hệ thống y tế chính thống tồn tại song song với các hệ thống y học dân gian và cổ truyền với những mô hình sức khỏe bản địa nhấn mạnh tầm quan trọng của chăm sóc sức khỏe toàn diện (WHO, 2019a). Các chuyên gia nên nhận thức về tập quán và thực tế tại nơi chăm sóc sức khỏe và hỗ trợ cung cấp một cách phù hợp với nhu cầu và bản dạng của người TGD trong khu vực, đảm bảo dịch vụ chăm sóc toàn vẹn về mặt văn hóa và an toàn.

Tuyên bố 2.3

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia chăm sóc sức khỏe hiểu được ảnh hưởng của thái độ xã hội, luật pháp, điều kiện kinh tế và hệ thống y tế đến trải nghiệm sống của người chuyển giới và đa dạng giới trên toàn thế giới.

Trải nghiệm sống của người TGD rất đa dạng, tùy thuộc vào nhiều yếu tố xã hội, văn hóa (bao gồm cả tâm linh), pháp luật, kinh tế và địa lý. Những trải nghiệm đó có thể rất tích cực khi họ được môi trường sống công nhận bản dạng giới và/hoặc văn hóa, và gia đình đóng vai trò đặc biệt quan trọng (ví dụ, Pariseau et al., 2019; Yadegarfar et al., 2014; Zhou et al., 2021). Tuy nhiên,

trên phạm vi toàn cầu, môi trường sống của họ lại đầy thách thức. Họ thường bị tước một số quyền được công nhận trong luật nhân quyền quốc tế, bao gồm quyền giáo dục, chăm sóc sức khỏe, bảo vệ khỏi lạm dụng y tế, làm việc, mức sống đầy đủ, nhà ở, tự do di chuyển và biểu đạt, quyền riêng tư, an ninh, quyền sống, quyền gia đình, quyền không bị tước tự do tùy tiện, quyền xét xử công bằng, được đối xử nhân đạo khi bị giam giữ, và quyền miễn tra tấn tàn bạo hoặc đối xử tàn nhẫn hay xử phạt (International Commission of Jurists, 2007, 2017). Việc bị tước quyền được công nhận rộng rãi là có ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe và phúc lợi của người TGD (OHCHR et al., 2016; WHO, 2015). Chúng tôi vì vậy tái khẳng định ở đây về tầm quan trọng của những quyền nêu trên cho họ và ghi nhận các vận động về quyền lợi, bao gồm cả vô số tài liệu về chính sách trước đây của WPATH (ví dụ, WPATH, 2016, 2017, 2019). Các chuyên gia chăm sóc sức khỏe có thể đóng vai trò quan trọng trong vận động vì quyền lợi, bao gồm quyền được chăm sóc sức khỏe khẳng định giới chất lượng, phù hợp, chi phí hợp lý và có khả năng tiếp cận.

Rất nhiều các nghiên cứu trên toàn cầu chi tiết về những thách thức mà người TGD phải đối mặt trong đời sống và hệ quả về sức khỏe và phúc lợi của họ (ví dụ, Aurat Foundation, 2016; Bhattacharya & Ghosh, 2020; Chumakov et al., 2021; Coleman et al., 2018; Heylens, Elaut et al., 2014; Human Rights Watch, 2014; James et al., 2016; Lee, Operario et al., 2020; Luz et al., 2022; McNeil et al., 2012, 2013; Motmans et al., 2017; Muller et al., 2019; Scandurra et al., 2017; Strauss et al., 2019; Suen et al., 2017; Valashany & Janghorbani, 2019; Veale et al., 2019; Wu et al., 2017). Trong đó, người TGD thường phải đối mặt với kỳ thị, thành kiến, phân biệt đối xử, quấy rối, lạm dụng và bạo lực, hoặc sống trong sợ hãi và tự dự báo những tình huống như vậy. Các giá trị xã hội và thái độ thù địch đối với họ, thường được truyền đạt trong chương trình giáo dục cho tuổi trẻ (ví dụ, Olivier và Thurasukam, 2018), còn được thể hiện thông qua sự chối bỏ từ phía gia đình (ví dụ, Yadegarfar et al., 2014), và trường tồn trong luật pháp cũng như các chính sách thực hành hạn chế tự do thể hiện bản dạng giới và tiếp cận các dịch vụ thiết yếu (bao gồm cả y tế). Hệ quả cuối cùng là người TGD thường bị tước bỏ hàng loạt cơ hội vốn dành sẵn cho những người hợp giới và bị đẩy ra bên lề xã hội mà không có sự hỗ trợ từ gia đình. Tình hình càng trở nên nghiêm trọng hơn khi tại nhiều khu vực trên thế giới, quyền tiếp cận việc được công nhận giới tính hợp pháp

cho người TGD vẫn bị hạn chế hoặc hoàn toàn không tồn tại (ví dụ: ILGA World, 2020a; TGEU, 2021; UNDP và APTN, 2017). Ở một số quốc gia, những rào cản này hiện nay còn được củng cố bởi lập luận của các “nhà lý thuyết phê phán giới” (như sự chỉ trích trong ví dụ của Madrigal-Borloz (2021) và Zanghellini (2020)). Những nỗ lực nhằm thay đổi bản dạng giới (các chương trình sửa chữa hay chuyển đổi giới để đưa một người trở về người hợp giới) đang phổ biến rộng rãi và tổn hại đến người TGD (ví dụ: APTN, 2020a, 2020b, 2020c, 2021; Bishop, 2019; GIRES et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020), và (các nỗ lực tương tự nhắm vào xu hướng tính dục) được coi là phi đạo đức (ví dụ APS, 2021; Trispiotis và Purshouse, 2021; Various, 2019, 2021). Những nỗ lực này có thể được xem như một hình thức bạo lực. Chuyên gia độc lập về bảo vệ chống lại bạo lực và phân biệt đối xử dựa trên xu hướng tính dục và bản dạng giới của Liên Hợp Quốc đã kêu gọi nghiêm cấm các thực hành như vậy khắp toàn cầu (Madrigal-Borloz, 2020). Ngày càng nhiều quyền thực thi pháp lý hiện đang đặt các hoạt động như trên ngoài vòng pháp luật (ILGA World, 2020b).

Bất bình đẳng phát sinh từ nhiều yếu tố khác nhau, bao gồm các cân nhắc kinh tế và những giá trị nền tảng chi phối việc cung cấp các hệ thống chăm sóc sức khỏe, đặc biệt nhấn mạnh các liên quan đến tài trợ y tế công, tư và tự chi trả. Việc thiếu khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe phù hợp và chi phí phải chăng có thể dẫn đến sự phụ thuộc nhiều hơn vào các hệ thống kiến thức không chính quy, bao gồm thông tin về tự sử dụng hormone, trong nhiều trường hợp, không có sự theo dõi hay giám sát hay theo dõi y tế cần thiết (ví dụ: Do et al., 2018; Liu et al., 2020; Rashidet al., 2022; Reisner et al., 2021; Winter & Doussantousse, 2009). Ở một số khu vực trên thế giới, có vô số phụ nữ chuyển giới sử dụng silicone như một phương tiện thay đổi cơ thể thông qua việc sử dụng dịch vụ của những “thợ” bơm silicone và/hoặc tham dự các “tổ chức” bơm silicone thường diễn ra trong chính cộng đồng của họ. Kết quả ngay tức thì của việc bơm silicone đó tương phản với các nguy cơ sức khỏe nghiêm trọng về lâu dài (ví dụ: Aguayo-Romero et al., 2015; Bertin et al., 2019; Regmi et al., 2021), đặc biệt ở những nơi sử dụng silicone công nghiệp hoặc các chất tiêm khác đã từng qua sử dụng và phẫu thuật cắt bỏ có thể còn nhiều khó khăn.

Cuối cùng, kết cục sức khỏe tình dục của người TGD rất kém. Tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở phụ nữ chuyển

giới báo cáo tại các cơ sở y tế khu vực đô thị xấp xỉ 19% trên toàn cầu, cao hơn 49 lần so với tỷ lệ nền trong dân số chung (Baral et al., 2013). Các kết cục ở nam chuyển giới cũng gặp nhiều vấn đề (ví dụ: Mujugira et al., 2021).

Tuyên bố 2.4

Chúng tôi khuyến nghị việc thông dịch SOC tập trung vào tính tương đương trong kết hợp văn hóa, khái niệm và ngôn ngữ để đảm bảo phù hợp với các nguyên tắc cốt lõi nền làm cơ sở cho SOC-8.

Phần lớn các tư liệu nghiên cứu về người TGD đến từ các quốc gia có thu nhập cao và sử dụng tiếng Anh. Góc nhìn về người TGD (kể cả những quan điểm liên quan đến nhu cầu và việc cung cấp chăm sóc sức khỏe) ở các đất nước thuộc Bắc bán cầu chiếm ưu thế trong hệ thống tài liệu này. Các tác giả hiện tại đã thực hiện một cuộc tra cứu trong cơ sở dữ liệu Scopus, vào tháng 5 năm 2021 cho thấy 99% tài liệu về chăm sóc sức khỏe cho người chuyển giới xuất phát từ châu Âu, Bắc Mỹ, Úc hoặc New Zealand. Nhìn chung, 96% tài liệu được viết bằng tiếng Anh. Người TGD tại Nam bán cầu tương đối ít được quan tâm trong các tài liệu tiếng Anh, và công trình của những chuyên gia chăm sóc sức khỏe đã tương tác với họ thường không được ghi nhận, công bố, hoặc không được phiên dịch sang tiếng Anh. Việc áp dụng các nguồn lực được xây dựng tại Bắc bán cầu tiềm ẩn nguy cơ bỏ sót sự thích đáng và tính tế của kiến thức địa phương, các khuôn khổ văn hóa và thực hành, cũng như lỗ hổng cơ hội học hỏi từ công trình của những người khác.

Khi chuyển dịch các nguyên tắc được nêu trong SOC, chúng tôi khuyến nghị tuân theo các hướng dẫn thực hành tốt nhất về dịch thuật nhằm đảm bảo mang lại văn bản chất lượng cao, phù hợp về mặt văn hóa và ngôn ngữ với bối cảnh địa phương. Điều quan trọng là người dịch phải có kiến thức về các bản dạng và văn hóa của người TGD để kiểm tra xem các bản dịch sát nghĩa có đề cao văn hóa và an toàn đối với người TGD tại địa phương. Đồng thời, việc dịch thuật cũng cần tuân theo các quy trình bảo đảm chất lượng đã được thiết lập (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2010; Sprager & Martinez, 2015).

Tuyên bố 2.5

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia chăm sóc sức khỏe và các nhà hoạch định chính sách luôn áp dụng những nguyên tắc cốt lõi của SOC-8 khi làm việc với

người chuyển giới và đa dạng giới để đảm bảo tôn trọng nhân quyền và tiếp cận dễ dàng chăm sóc sức khỏe, bao gồm:

Các nguyên tắc chung

- Trao quyền và hòa nhập. Nỗ lực giảm kỳ thị và tạo điều kiện tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe phù hợp cho tất cả những ai có nhu cầu;
- Tôn trọng sự đa dạng. Tôn trọng mọi khách hàng và mọi bản dạng giới. Không bệnh lý hóa sự khác biệt về bản dạng hoặc biểu hiện giới;
- Tôn trọng nhân quyền quốc tế, bao gồm quyền toàn vẹn về thân thể và tâm thần, quyền tự chủ và tự quyết; không bị phân biệt đối xử và quyền được hưởng tiêu chuẩn sức khỏe cao nhất có thể.

Các nguyên tắc trong việc phát triển và triển khai các dịch vụ phù hợp và chăm sóc sức khỏe dễ tiếp cận

- Có sự tham gia của người TGD trong quá trình xây dựng và triển khai dịch vụ;
- Nhận thức các yếu tố xã hội, văn hóa, kinh tế và pháp lý có thể ảnh hưởng đến sức khỏe (và nhu cầu chăm sóc sức khỏe) của người chuyển giới và đa dạng giới, cũng như sự tự nguyện và khả năng cá nhân trong tiếp cận dịch vụ;
- Cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe (hoặc chuyển giao cho đồng nghiệp có chuyên môn) khẳng định bản dạng và biểu hiện giới, bao gồm chăm sóc giúp giảm bớt những đau khổ liên quan chứng rối loạn bản dạng giới (nếu có);
- Từ chối các cách tiếp cận có mục tiêu hoặc hệ quả là “chuyển đổi”, và tránh cung cấp bất kỳ sự hỗ trợ trực tiếp hay gián tiếp nào cho các cách tiếp cận hay dịch vụ đó.

Các nguyên tắc trong cung cấp dịch vụ có năng lực chuyên môn

- Nâng cao hiểu biết (và được đào tạo khi có thể) về nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người chuyển giới và đa dạng giới, bao gồm lợi ích và rủi ro của chăm sóc khẳng định giới;
- Điều chỉnh phương pháp điều trị phù hợp với nhu cầu cụ thể của khách hàng, đặc biệt khi các mục tiêu của họ liên quan đến bản dạng và biểu hiện giới;
- Tập trung thúc đẩy sức khỏe và hạnh phúc, thay vì chỉ nhắm tới việc thuyên giảm phiền muộn

- giới có thể có hoặc không hiện diện;
- Cam kết các cách tiếp cận giảm thiểu tác hại khi phù hợp;
- Tạo điều kiện cho sự tham gia toàn diện và liên tục, dựa trên các thông tin được cung cấp đầy đủ, trong các quyết định liên quan đến sức khỏe và hạnh phúc của người chuyển giới và đa dạng giới;
- Cải thiện những trải nghiệm dịch vụ y tế, bao gồm các khía cạnh liên quan đến hệ thống hành chính và chăm sóc liên tục.

Các nguyên tắc hướng tới cải thiện sức khỏe thông qua cách tiếp cận cộng đồng rộng hơn

- Kết nối cá nhân với các cộng đồng và những mạng lưới hỗ trợ đồng cấp;
- Hỗ trợ và vận động cho khách hàng trong gia đình và cộng đồng của họ (trường học, nơi làm việc và các bối cảnh khác), khi phù hợp.

Chúng tôi đã trích dẫn các nghiên cứu mô tả chi tiết một phổ rộng các thách thức mà người TGD có thể phải đối mặt, bao gồm các rào cản xã hội, kinh tế và pháp lý, cũng như những khó khăn liên quan đến việc tiếp cận chăm sóc sức khỏe. Mặc dù các hệ thống chăm sóc sức khỏe trên toàn thế giới nhìn chung rất đa dạng (về mức độ sẵn có, khả năng tiếp cận và chất lượng), các dịch vụ dành cho người TGD thường không đáp ứng đầy đủ. Vô số báo cáo từ các khu vực khác nhau trên thế giới cho thấy, dù một số người TGD có trải nghiệm chăm sóc sức khỏe tích cực, số khác thì không (ví dụ: 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). Các lựa chọn chăm sóc sức khỏe chính thống thường không đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe tổng quát, sức khỏe tình dục hoặc chăm sóc khẳng định giới của họ. Các quy trình quản lý bệnh nhân tiêu chuẩn tại phòng khám và bệnh viện thường không ghi nhận đúng bản dạng giới của bệnh nhân TGD (bao gồm cả những người xác định không thuộc nhị phân giới). Bệnh nhân có thể bị phân chuyển vào các khoa điều trị không phù hợp về giới, làm tăng nguy cơ bị quấy rối tình dục. Người TGD thường phải đối mặt với thái độ không hỗ trợ hoặc thù địch từ các chuyên gia chăm sóc sức khỏe và nhân viên

hỗ trợ, thậm chí có thể bị từ chối cung cấp dịch vụ. Đáng lo ngại là tại một số nơi trên thế giới, nhân viên y tế còn tham gia vào các nỗ lực chuyển đổi bản dạng giới, như đã mô tả trước đó trong chương này.

Trên toàn cầu, còn tồn tại nhiều rào cản khác trong cung cấp chăm sóc khẳng định giới. Nhân viên y tế có thể không sẵn sàng cung cấp các dịch vụ mà người TGD tìm kiếm. Ở một số quốc gia, có thể do luật pháp hoặc quy định cản trở hoặc ngăn cấm việc này. Các bác sĩ đa khoa và nhà cung cấp dịch vụ y tế khác có thể do dự trong việc cung cấp dịch vụ khi không có hướng dẫn rõ ràng bằng ngôn ngữ của họ. Ngay cả khi dịch vụ y tế sẵn có, bệnh nhân vẫn có thể khó tiếp cận do khoảng cách địa lý, các thực hành “gác cổng”, vấn đề cung-cầu dẫn đến danh sách chờ dài hoặc chi phí tăng cao. Thực vậy, các thủ thuật khẳng định giới có thể không được đưa vào gói chăm sóc sức khỏe toàn dân hoặc không được bảo hiểm tư nhân chi trả, mặc dù các thủ thuật tương tự lại được chi trả cho bệnh nhân hợp giới.

Vì tất cả những lý do này, nhiều người TGD tránh sử dụng các dịch vụ y tế chính quy khi mong muốn. Cộng đồng của họ thường lấp vào khoảng trống đó, trở thành nguồn lực quan trọng cho các thành viên, mang đến những hỗ trợ xã hội và cảm xúc trong những môi trường thù địch. Đồng thời, các cộng đồng này còn đóng vai trò là nguồn thông tin chia sẻ về các lựa chọn chăm sóc sức khỏe sẵn có, bao gồm cả các lựa chọn tồn tại song song và không chính quy (dễ tiếp cận và chi phí thấp hơn) nằm ngoài y học chính thống. Như chúng tôi đã trình bày trước đó trong chương này, thực trạng đó thường gồm việc chia sẻ thông tin về silicone và các chất tiêm khác để biến đổi cơ thể, cũng như về tự sử dụng nội tiết mà không có sự giám sát hay theo dõi bằng các y tế cần thiết. WHO lưu ý rằng những cá nhân TGD tự sử dụng hormone khẳng định giới sẽ có lợi nếu tiếp cận các thông tin dựa trên chứng cứ, các sản phẩm chất lượng và dụng cụ tiêm vô trùng (WHO, 2021). Việc tiếp cận những thông tin này có thể góp phần vào cách tiếp cận giảm thiểu tác hại rộng hơn (ví dụ: Idrus & Hyman, 2014).

Mang các nguyên tắc cốt lõi nêu trên vào thực hành có thể cải thiện trải nghiệm chăm sóc sức khỏe và thúc đẩy sự tôn trọng cho người TGD trong mọi bối cảnh địa phương. Việc này có thể đạt được bất kể thực trạng của hệ thống y tế (bao gồm bối cảnh văn hóa, xã hội, pháp lý và kinh tế), mức độ cung cấp có sẵn, hay đặc điểm của những người TGD tìm kiếm các dịch vụ đó.

CHƯƠNG 3 - Ước Lượng Dân Số

Trong ấn bản trước của Tiêu chuẩn Chăm sóc, Phiên bản 7, Hiệp hội Chuyên môn Thế giới về Sức khỏe Người chuyển giới (WPATH) đã xác định chỉ một số ít bài báo nỗ lực ước tính quy mô dân số người chuyển giới và đa dạng giới (TGD) và mô tả trình độ khoa học hiện tại là “một điểm khởi đầu” cần được nghiên cứu hệ thống thêm (Coleman et al., 2012). Kể từ đó, tài liệu về chủ đề này đã mở rộng đáng kể, minh chứng bởi một số bài tổng quan gần đây đã cố gắng tìm cách tổng hợp các chứng cứ có sẵn (Arcelus et al., 2015; Collin et al., 2016; Goodman et al., 2019; Meier & Labuski, 2013; Zhang et al., 2020).

Khi xem xét dữ liệu dịch tễ liên quan đến dân số TGD, tốt nhất nên tránh sử dụng các thuật ngữ “tỷ lệ mắc mới” và “tỷ lệ hiện mắc.” Việc tránh những cụm từ này hay tương tự có thể ngăn chặn việc bệnh lý hóa một cách không phù hợp người TGD (Adams et al., 2017; Bouman et al., 2017). Hơn nữa, thuật ngữ “tỷ lệ mắc mới” có thể không áp dụng được trong tình huống này vì như vậy đang giả định rằng khởi điểm của trạng thái TGD - điều kiện cần để tính toán ước lượng tỷ lệ mắc mới - có thể xác định dễ dàng (Celentano & Szklo, 2019). Vì tất cả các lý do trên, chúng tôi khuyến nghị sử dụng các thuật ngữ “số lượng” và “tỷ lệ” để chỉ kích thước tuyệt đối và tương đối của dân số TGD.

Một yếu tố quan trọng nhất khi xem xét tài liệu này là sự khác biệt trong định nghĩa áp dụng cho dân số TGD (Collin et al., 2016; Meier & Labuski, 2013). Ở các nghiên cứu dựa trên phòng khám, dữ liệu về người TGD thường giới hạn ở các cá nhân đã được chẩn đoán hay tư vấn liên quan đến chuyển giới, hoặc những người đã yêu cầu hay tiến hành liệu pháp khẳng định giới. Trong khi đó, nghiên cứu dựa trên khảo sát thường dựa trên định nghĩa rộng hơn, bao gồm nhiều đối tượng hơn dựa trên bảng dạng giới tự báo cáo.

Một cân nhắc khác về hệ phương pháp nghiên cứu trong việc đánh giá quy mô và phân bố dân số TGD chính là cần hiểu những yếu tố cấu thành nên khung mẫu. Như đã lưu ý trong các bài tổng quan gần đây (Goodman et al., 2019; Zhang et al., 2020), nhiều nghiên cứu đã công bố, đặc biệt là những nghiên cứu thực hiện cách đây hơn một thập kỷ, trước hết xác định số lượng bệnh nhân đến một trung tâm lâm sàng cụ thể, sau đó chia cho kích thước dân số ước lượng. Cách tính này khó có thể ước đoán chính xác vì tử số không nhất

định nằm trong mẫu số, và kích thước thực của mẫu số thường không xác định.

Các cân nhắc nêu trên cho thấy nên tập trung cụ thể vào các nghiên cứu có bình duyệt gần đây (được xuất bản trong vòng mười năm) sử dụng phương pháp luận chặt chẽ để xác định người TGD theo một khung mẫu được xác định rõ ràng. Từ các nguyên nhân kể trên, chương này tập trung vào các nghiên cứu đáp ứng các tiêu chí nhận vào như sau: 1) xuất bản từ năm 2009 trở đi; 2) sử dụng định nghĩa trạng thái TGD rõ ràng; 3) tính toán tỷ lệ người TGD dựa trên mẫu số dân số xác định rõ; và 4) được bình duyệt. Các nghiên cứu này có thể cung cấp những ước tính tại thời điểm đó chính xác hơn.

Các nghiên cứu hiện hữu có thể được phân thành ba nhóm: 1) nhóm báo cáo tỷ lệ người TGD trong các hệ thống chăm sóc sức khỏe lớn; 2) nhóm trình bày kết quả từ khảo sát dân số người trưởng thành là chủ yếu; và 3) nhóm dựa trên khảo sát thanh thiếu niên tại trường học. Trong ba phân loại này, các nghiên cứu có giá trị thông tin và phương pháp luận chặt chẽ nhất được tóm tắt dưới đây. Chi tiết bổ sung về những nghiên cứu này và các nghiên cứu tương tự có thể tìm thấy trong các bài tổng quan gần đây (Goodman et al., 2019; Zhang et al., 2020).

Tất cả các nghiên cứu ước tính quy mô dân số TGD tham gia các hệ thống y tế lớn đều thực hiện tại Mỹ và dựa trên thông tin từ hồ sơ y tế điện tử. Bốn trong số các nghiên cứu dựa trên hệ thống y tế này chỉ sử dụng mã chẩn đoán để xác định dân số TGD; hai nghiên cứu (Blosnich et al., 2013; Kauth et al., 2014) sử dụng dữ liệu từ hệ thống Chăm sóc Sức khỏe Cựu chiến binh đang chăm sóc cho hơn 9 triệu người, và hai nghiên cứu khác (Dragon et al., 2017; Ewald et al., 2019) sử dụng dữ liệu yêu cầu bồi hoàn từ Medicare - chương trình bảo hiểm y tế liên bang chủ yếu cho người ≥ 65 tuổi. Tỷ lệ người TGD trong các nghiên cứu dựa trên mã chẩn đoán được báo cáo dao động khoảng 0,02%–0,03%. Một bài báo gần hơn khác cũng sử dụng dữ liệu của Medicare kết hợp với những yêu cầu bồi thường bảo hiểm về thương mại để xác định người TGD và áp dụng mở rộng tiêu chí nhận vào, nhằm bổ sung các mã chẩn đoán kèm thông tin về thủ thuật và liệu pháp nội tiết (Jasuja et al., 2020). Khi sử dụng hệ thống phương pháp này, tỷ lệ người TGD trên tổng số người tham gia các kế hoạch bảo hiểm là 0,03%. Nghiên cứu thứ sáu được thực hiện dựa trên hệ thống y tế (Quinn et al., 2017) thuộc các kế hoạch chăm sóc sức khỏe của Kaiser

Permanente cho khoảng 8 triệu thành viên đăng ký thông qua các nhà tuyển dụng, chương trình thuộc chính phủ hoặc cá nhân ở tiểu bang Georgia và California. Dân số TGD trong nghiên cứu Kaiser Permanente được xác định ở tất cả độ tuổi, dựa theo cả mã chẩn đoán và những ghi chú tự do trên lâm sàng. Tỷ lệ xác định người TGD trong nghiên cứu Kaiser Permanente cao hơn so với hai nghiên cứu tương đương (dựa trên hệ thống Chăm sóc Sức khỏe Cựu chiến binh và Medicare), với ước tính gần đây nhất dao động trong khoảng 0,04–0,08%.

Trái ngược với kết quả từ các nghiên cứu dựa trên dữ liệu của hệ thống y tế, các khảo sát sử dụng việc tự khai nhận tình trạng TGD cho thấy các ước tính cao hơn đáng kể. Hai nghiên cứu tại Hoa Kỳ đã khai thác dữ liệu từ Hệ thống Giám sát Yếu tố Nguy cơ Hành vi (BRFSS) - một khảo sát qua điện thoại hằng năm tại toàn bộ 50 bang và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ (Conron et al., 2012; Crissman et al., 2017). Nghiên cứu thứ nhất sử dụng dữ liệu BRFSS giai đoạn 2007–2009 tại bang Massachusetts; nghiên cứu thứ hai phân tích dữ liệu BRFSS năm 2014 từ 19 bang và vùng lãnh thổ Guam. Cả hai đều ghi nhận rằng khoảng 0,5% người trưởng thành (từ 18 tuổi trở lên) trả lời “*Có*” khi được hỏi: “*Bạn có xem mình là người chuyển giới không?*”

Một khảo sát trực tuyến được thực hiện trên mẫu dân số Hà Lan trong độ tuổi từ 15–70 (Kuyper & Wijzen, 2014) yêu cầu người tham gia đánh giá hai câu hỏi sau theo thang điểm Likert gồm 5 mức độ: “*Xin cho biết mức độ mà bạn cảm nhận về mặt tâm lý rằng mình là nam giới*” và “*Xin cho biết mức độ mà bạn cảm nhận về mặt tâm lý rằng mình là nữ giới*.” Người trả lời được phân loại có bản dạng giới mơ hồ khi chấm cả hai phát biểu cùng mức điểm, và được phân loại là không tương hợp giới khi mức điểm dành cho giới tính khai sinh thấp hơn bản dạng giới mà họ cảm nhận. Kết quả cho thấy, trong nhóm những người được chỉ định là nam khi sinh (AMAB), tỷ lệ báo cáo không tương hợp giới và mơ hồ về giới lần lượt là 1,1% và 4,6%; trong khi đó, các tỷ lệ tương ứng ở nhóm những người được chỉ định là nữ khi sinh (AFAB) là 0,8% và 3,2%.

Một nghiên cứu có thiết kế tương tự đã ước tính tỷ lệ người đa dạng giới và chuyển giới (TGD) tại vùng Flanders của Bỉ, sử dụng mẫu được rút ra từ Cơ sở Đăng ký Quốc gia của nước này (Van Caenegem, Wierckx và cs., 2015). Người tham gia được yêu cầu chấm điểm hai phát biểu: “*Tôi cảm thấy mình là nữ*

giới” và “*Tôi cảm thấy mình là nam giới*” theo thang Likert 5 mức độ. Áp dụng cùng tiêu chí phân loại như nghiên cứu tại Hà Lan (Kuyper & Wijzen, 2014), tỷ lệ người có không tương hợp giới được ghi nhận là 0,7% ở nhóm AMAB và 0,6% ở nhóm AFAB. Tỷ lệ bản dạng giới mơ hồ tương ứng ở hai nhóm này lần lượt là 2,2% và 1,9%.

Một nghiên cứu dựa trên dân số được công bố gần đây đã đánh giá về tỷ lệ người TGD trong khoảng 50.000 cư dân trưởng thành tại hạt Stockholm, Thụy Điển (Åhs và cs., 2018). Từ số được xác định thông qua câu hỏi: “*Tôi mong muốn sử dụng hormone hoặc phẫu thuật để trở nên giống với người thuộc giới tính khác.*” Ngoài ra, hai câu hỏi bổ sung được sử dụng nhằm nhận diện những cá nhân có trải nghiệm bất tương hợp giới, bao gồm: “*Tôi cảm thấy mình là người thuộc giới tính khác*” và “*Tôi mong muốn được sống hay đối xử như người thuộc giới tính khác.*” Kết quả báo cáo cho thấy 0,5% người tham gia có nhu cầu sử dụng liệu pháp nội tiết hoặc phẫu thuật khẳng định giới. Tỷ lệ những người cho biết họ cảm thấy mình thuộc giới tính khác và những người mong muốn được sống hay đối xử như người thuộc giới tính khác lần lượt là 2,3% và 2,8% trong toàn bộ mẫu nghiên cứu.

Dữ liệu dựa trên dân số từ các khu vực ngoài Bắc Mỹ và Tây Âu hiện vẫn còn hạn chế. Tuy nhiên, một nghiên cứu gần đây đã mang lại các thông tin có giá trị từ cuộc khảo sát quy mô lớn có tính đại diện trên 6.000 người trưởng thành tại Brazil (Spizzirri và cs., 2021). Bản dạng giới của người tham gia được đánh giá thông qua ba câu hỏi: 1) “*Phương án nào dưới đây mô tả đúng nhất cảm nhận hiện tại của bạn?*” (Các lựa chọn: Tôi cảm thấy mình là nam giới; tôi cảm thấy mình là nữ giới; tôi cảm thấy mình không phải là nam cũng không phải là nữ); 2) “*Giới tính được ghi trên giấy khai sinh của bạn là gì?*” (Các lựa chọn: nam, nữ, hoặc chưa xác định); và 3) “*Bạn cảm thấy mình phù hợp nhất với tình huống nào sau đây?*” (Các lựa chọn: tôi sinh ra là nam nhưng từ nhỏ đã cảm thấy mình là nữ; tôi sinh ra là nữ nhưng từ nhỏ đã cảm thấy mình là nam; tôi sinh ra là nam và cảm thấy thoải mái với cơ thể của mình; tôi sinh ra là nữ và cảm thấy thoải mái với cơ thể của mình). Dựa trên những phản hồi từ ba câu hỏi này, tác giả xác định 1,9% người tham gia khảo sát thuộc nhóm TGD, trong đó 0,7% được phân loại là chuyển giới và 1,2% được phân loại là phi nhị giới.

Tài liệu nghiên cứu về tỷ lệ dân số thanh thiếu niên TGD (dưới 19 tuổi) chủ yếu bao gồm các nghiên cứu

khảo sát được thực hiện trong môi trường học đường. Một khảo sát cắt ngang trên toàn quốc tại New Zealand năm 2012 đã thu thập thông tin về bản dạng giới TGD ở học sinh trung học phổ thông (Clark và cs., 2014). Trong số hơn 8.000 người tham gia khảo sát, 1,2% tự xác định là TGD và 2,5% cho biết chưa chắc chắn về bản dạng giới của mình. Một nghiên cứu khác dựa trên khảo sát năm 2016 ở học sinh lớp 9 và 11 (14–18 tuổi) tại bang Minnesota, Hoa Kỳ (Eisenberg và cs., 2017), cho thấy trong gần 81.000 người phản hồi, 2,7% báo cáo là TGD. Nghiên cứu gần đây hơn (John et al., 2019) sử dụng dữ liệu từ Khảo sát Hành vi Nguy cơ ở Thanh thiếu niên (YRBS) tiến hành hai năm một lần trên các mẫu đại diện của học sinh trung học phổ thông (lớp 9–12; khoảng 13–19 tuổi) ở cấp địa phương, tiểu bang và toàn Hoa Kỳ. Chu kỳ YRBS năm 2017 được triển khai tại 10 bang và 9 khu đô thị lớn, với câu hỏi: “*Một số người mô tả bản thân là chuyển giới khi giới tính xác định trong khai sinh không trùng khớp với cách họ suy nghĩ hoặc cảm nhận về giới của mình. Bạn có phải là người chuyển giới không?*”. Trong gần 120.000 người tham gia tại 19 địa điểm, 1,8% trả lời, “*Có, tôi là người chuyển giới*” và 1,6% trả lời, “*Tôi không chắc mình có phải là người chuyển giới hay không.*”

Một nghiên cứu học đường khác được công bố gần đây tại Hoa Kỳ đã trình bày kết quả cuộc khảo sát năm 2015 tại Florida và California với mục tiêu xác định trẻ em và thanh thiếu niên đa dạng giới trong mẫu nghiên cứu hơn 6.000 học sinh lớp 9–12 (Lowry et al., 2018). Nghiên cứu sử dụng khái niệm “không phù hợp giới mức độ cao” để định nghĩa các học sinh là AMAB nhưng tự báo cáo độ nữ tính là rất/hầu như/chỉ ở mức độ nhất định, hoặc các em AFAB nhưng tự báo cáo độ nam tính là rất/chủ yếu/chỉ ở mức độ nhất định. Dựa trên các tiêu chí này, tỷ lệ người tham gia thuộc phân loại TGD là 13% ở nhóm AMAB, 4% ở nhóm AFAB, và 8,4% chung trên toàn bộ mẫu.

Chỉ có một nghiên cứu xem xét tỷ lệ trẻ em tự xác định là TGD ở nhóm tuổi nhỏ hơn. Shields và cộng sự đã phân tích dữ liệu từ một khảo sát năm 2011 với 2.700 học sinh lớp 6–8 (độ tuổi 11–13) tại 22 trường trung học cơ sở công lập ở San Francisco (Shields et al., 2013). Ba mươi ba học sinh tự xác định là TGD dựa vào câu hỏi “*Giới của bạn là gì?*”, với các lựa chọn trả lời gồm “*nữ, nam hoặc chuyển giới*”. Theo đó, tỷ lệ người tham gia khảo sát thuộc phân loại người chuyển giới là 1,3%. Tuy nhiên, cách định nghĩa này sẽ bỏ sót những

người TGD tự xác định là phi nhị giới cũng như những người chưa nhận diện rõ mình là người chuyển giới.

Tổng hợp lại các dữ liệu từ các nghiên cứu dựa trên hệ thống y tế—chủ yếu dựa vào mã chẩn đoán hoặc các bằng chứng được ghi nhận trong hồ sơ bệnh án (Blosnich et al., 2013; Dragon et al., 2017; Ewald et al., 2019; Kauth et al., 2014; Quinn et al., 2017)—cho thấy tỷ lệ người TGD được báo cáo trong những năm gần đây (2011–2016) dao động từ 0,02% đến 0,08%. Ngược lại, khi tình trạng TGD được xác định dựa trên tự báo cáo, các tỷ lệ tương ứng cao hơn nhiều bậc và tương đối nhất quán, với điều kiện các nghiên cứu sử dụng định nghĩa tương đồng. Cụ thể, khi khảo sát trực tiếp về bản dạng “chuyển giới”, các ước tính dao động từ 0,3% đến 0,5% ở người trưởng thành và từ 1,2% đến 2,7% ở trẻ em và vị thành niên. Khi mở rộng định nghĩa để bao quát thêm những biểu hiện đa dạng hơn của giới, chẳng hạn như không tương hợp giới hoặc mơ hồ về giới, các tỷ lệ ước tính tăng lên đáng kể, dao động từ 0,5% đến 4,5% ở người trưởng thành và từ 2,5% đến 8,4% ở trẻ em và thanh thiếu niên.

Như đã tổng quan ở các tài liệu khác (Goodman et al., 2019), một quan sát đáng chú ý khác là sự gia tăng liên tục cả về quy mô và cơ cấu dân số TGD, thể hiện qua xu hướng tăng tỷ lệ người TGD được ghi nhận trong các hệ thống chăm sóc sức khỏe, các khảo sát dựa trên dân số, cũng như trong các dữ liệu về công nhận giới tính hợp pháp. Những ước tính cao hơn được ghi nhận trong các tài liệu gần đây củng cố nhận định của một số công bố trước đó cho rằng quy mô dân số TGD nhiều khả năng đã bị đánh giá thấp trong các nghiên cứu trước đây (Olyslager & Conway, 2008).

Các xu hướng thay đổi theo thời gian của tỷ lệ AMAB/AFAB cũng đã được ghi nhận trong các nghiên cứu phân tích dữ liệu chuyển tuyến đến các cơ sở lâm sàng cũng như từ các hệ thống y tế tích hợp. Tỷ lệ này đã chuyển từ ưu thế AMAB suốt các thập kỷ trước sang ưu thế AFAB trong những năm gần đây, đặc biệt ở nhóm thanh thiếu niên TGD (Aitken et al., 2015; de Graaf, Carmichael et al., 2018; de Graaf, Giovanardi et al., 2018; Steensma et al., 2018; Zhang et al., 2021). Xu hướng gia tăng tỷ lệ người TGD ở các nhóm tuổi trẻ hơn, cùng với sự khác biệt theo độ tuổi trong tỷ lệ AMAB/AFAB, nhiều khả năng phản ánh “hiệu ứng thế hệ”. Hiệu ứng này gắn liền với những tiến bộ về mặt xã hội—chính trị, sự thay đổi trong mô hình chuyển tuyến, khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe và thông tin y tế được cải thiện, giảm mạnh mức độ kỳ thị văn

hóa, cùng các thay đổi khác có tác động khác nhau giữa các thể hệ (Ashley, 2019d; Pang et al., 2020; Zhang et al., 2020).

Mặc dù chất lượng các nghiên cứu được công bố gần đây đã được cải thiện, hệ thống tài liệu hiện hành vẫn còn hạn chế đáng kể do thiếu các ấn phẩm được bình duyệt đến từ các khu vực ngoài Tây Âu và Bắc Mỹ. Một số thông tin liên quan ước tính ở quy mô toàn cầu hiện có thể dựa trên các báo cáo do chính phủ hoặc tổ chức phi chính phủ hỗ trợ (Fisher et al., 2019; Kasianczuk & Trofymenko, 2020); tuy nhiên, các nguồn này khó xác định và đánh giá một cách có hệ thống khi chưa được công bố trong các tạp chí khoa học có bình duyệt. Ngoài ra, việc đánh giá phân bố dân số TGD trên toàn cầu còn bị cản trở bởi sự thiếu hụt dữ liệu nhân khẩu học đáng tin cậy và sự phụ thuộc quá mức vào các tạp chí xuất bản bằng tiếng Anh trong hệ thống tài liệu khoa học quốc tế.

Bất chấp các hạn chế, nguồn dữ liệu chất lượng cao hiện hữu cho thấy rõ ràng người TGD chiếm tỷ lệ đáng kể và ngày càng tăng trong dân số chung. Dựa trên các chứng cứ đáng tin cậy hiện có, tỷ lệ này dao động từ một phần trăm đến vài phần trăm tùy thuộc tiêu chí nhận vào, nhóm tuổi, và vị trí địa lý. Ước lượng chính xác tỷ lệ, phân bố, thành phần dân số TGD cũng như việc dự đoán nguồn lực cần thiết để đáp ứng nhu cầu sức khỏe người TGD nên dựa trên dữ liệu chất lượng

cao được thu thập một cách hệ thống ngày càng sẵn có. Thu thập dữ liệu liên tục và định kỳ là cần thiết để giảm sự biến thiên và giảm tối thiểu việc đánh giá quá cao hay thấp. Ví dụ, các ước tính sẽ đúng và chính xác hơn khi việc điều tra dân số bắt đầu thu thập thông tin một cách có hệ thống, báo cáo những dữ liệu về giới tính lúc sinh và bản dạng giới, cả phi giới tính và phi nhị giới, và sử dụng phương pháp hai bước đã được xác thực. Ước tính đầu tiên dựa trên điều tra dân số đã được công bố bởi Cơ quan Thống kê Quốc gia của Canada. Theo dữ liệu điều tra năm 2021, 100.815/30,5 triệu người Canada tự nhận là chuyển giới hoặc phi nhị giới, chiếm 0,33% dân số từ 15 tuổi trở lên (Statistics Canada, 2022). Phù hợp với tài liệu đã được công bố, tỷ lệ chuyển giới và phi nhị giới Thế hệ Z sinh năm 1997–2006, 0,79%) và Thế hệ thiên niên kỷ (1981–1996, 0,51%) cao hơn so với Thế hệ X (1966–1980, 0,19%), Thế hệ sơ sinh bùng nổ (1946–1965, 0,15%), và Thế hệ Liên Thế chiến/ Vĩ đại nhất (≤ 1945 , 0,12%). Tuy phản ánh nguồn dữ liệu tốt nhất cho đến nay, các tỷ lệ dân số được báo cáo tại Canada vẫn khó đối chiếu trực tiếp với dữ liệu từ các quốc gia khác. Những khác biệt về cách xác định dân số TGD và phương pháp thu thập dữ liệu giữa các nghiên cứu có thể được khắc phục phần nào thông qua hợp tác quốc tế chặt chẽ hơn.

Tóm tắt tỷ lệ người TGD được báo cáo trong dân số chung:

Nghiên cứu dựa trên hệ thống y tế: 0,02–0,1%

Nghiên cứu dựa trên khảo sát người trưởng thành: 0,3–0,5% (chuyển giới), 0,3–4,5% (tất cả TGD)

Nghiên cứu dựa trên khảo sát trẻ em và vị thành niên: 1,2–2,7% (chuyển giới), 2,5–8,4% (tất cả TGD)

CHƯƠNG 4 - Giáo Dục

Chương này sẽ cung cấp một tổng quan chung về các tài liệu liên quan đến giáo dục trong chăm sóc sức khỏe cho người chuyển giới và đa dạng giới (TGD). Các khuyến nghị được đưa ra ở cấp độ chính phủ, phi chính phủ, cơ sở và nhà cung cấp dịch vụ, với mục tiêu tăng cường khả năng tiếp cận chăm sóc sức khỏe một cách đầy đủ và đồng cảm. Đồng lại, việc cải thiện khả năng tiếp cận này được kỳ vọng sẽ cải thiện kết quả sức khỏe cho TGD. Vì đây là một chương mới trong Tiêu chuẩn Chăm sóc của Hiệp hội Chuyên gia Thế giới về Sức khỏe Người Chuyển giới (WPATH Standards of Care), mục đích là xây dựng nền tảng cho lĩnh vực giáo dục và mời gọi các cuộc thảo luận sâu rộng hơn giữa giới giáo dục và các chuyên gia y tế.

Các chuyên gia y tế tham gia chăm sóc sức khỏe người chuyển giới bao gồm nhiều lĩnh vực khác nhau. Giáo dục chuyên môn về y tế thay đổi đáng kể giữa các quốc gia hoặc khu vực về cấu trúc, cấp phép hành nghề và chính sách. Tài liệu được công bố về giáo dục chăm sóc sức khỏe TGD chủ yếu đến từ Bắc Mỹ, châu Âu, Úc và New Zealand. Chương này không nhằm cung cấp tổng quan tài liệu giáo dục cho từng lĩnh vực, nhu cầu cụ thể của từng lĩnh vực (có thể tìm thấy trong các chương liên quan), hoặc nhu cầu đặc trưng cho hệ thống giáo dục y tế của từng quốc gia/khu vực. Cần có sự hiểu biết và nghiên cứu sâu hơn về giao thoa giữa các hệ thống giáo dục y tế, cấp phép hành nghề và sức khỏe người chuyển giới trên toàn thế giới.

Ở cấp độ toàn cầu, giáo dục về sức khỏe TGD là cấp thiết nếu muốn giải quyết các vấn đề bất bình đẳng sức khỏe cấp quốc gia và quốc tế. Năng lực văn hóa liên quan đến cộng đồng TGD vẫn còn thiếu hụt. Nhóm Ngân hàng Thế giới (2018) báo cáo sự kỳ thị, quấy rối, bạo lực và lạm dụng lan rộng ảnh hưởng đến người TGD. Họ cũng cho biết người TGD phải đối mặt với tỷ lệ bạo lực và phân biệt đối xử cao nhất (World Bank Group, 2018). Mặc dù nhiều quốc gia có thu nhập cao đã ban hành luật chống phân biệt đối xử với nhận diện giới là một đặc điểm được bảo vệ, sự phân biệt đối xử trong môi trường làm việc, giáo dục và chăm sóc sức khỏe vẫn còn là vấn đề đáng lo ngại (World Bank

Group, 2018).

Trong các lĩnh vực, chương trình đào tạo ở tất cả các cấp—đại học, sau đại học, nội trú hoặc đào tạo liên tục—trong lịch sử đã bỏ qua giáo dục văn hóa hoặc lâm sàng dành cho TGD. Ủy ban Liên hợp (Hoa Kỳ) đã khuyến nghị các tổ chức chăm sóc sức khỏe “cung cấp các chương trình giáo dục và diễn đàn hỗ trợ nhu cầu đặc thù của cộng đồng LGBT” và “đưa ra các cơ hội giáo dục giải quyết các vấn đề sức khỏe LGBT” (The Joint Commission, 2011). Tuy nhiên, các khuyến nghị này không được áp dụng bắt buộc.

Ở cấp độ cá nhân, nhiều câu hỏi cần được giải đáp. Loại hình can thiệp giáo dục nào có thể giải quyết hiệu quả sự kỳ thị người chuyển giới và dẫn đến thay đổi thái độ lâu dài? Những can thiệp nào giúp tăng số lượng nhân viên y tế trong lĩnh vực này cũng như số lượng người TGD tiếp cận dịch vụ? Liệu việc tiếp xúc lâm sàng có làm tăng sự tự tin của các nhân viên y tế theo thời gian? Những can thiệp giáo dục nào dẫn đến cải thiện kết quả sức khỏe trong cộng đồng TGD, và nếu có, khi nào và bằng cách nào những can thiệp này đạt được kết quả đó? Mặc dù các ngành y tế đã bắt đầu tích hợp nội dung sức khỏe TGD vào việc đào tạo bằng nhiều phương thức và ở nhiều cấp độ chuyên môn khác nhau, những nỗ lực này thay đổi theo ngành nghề và không mang tính hệ thống hay đồng bộ (ví dụ: Brennan et al., 2012; Chinn, 2013; Eliason et al., 2010; Lim et al., 2015; Obedin-Maliver et al., 2011; Rondahl, 2009).

Việc đạt được sự khiêm tốn văn hóa với sự đánh giá đầy đủ về tính giao thoa của con người là mục tiêu cuối cùng của giáo dục. Như vậy, lời kêu gọi giáo dục ban đầu này tập trung vào việc xây dựng nền tảng về nhận thức văn hóa và năng lực văn hóa—những yếu tố hiện đang yếu hoặc không tồn tại ở nhiều nơi trên thế giới.

Tất cả các tuyên bố trong chương này được khuyến nghị dựa trên việc xem xét kỹ lưỡng bằng chứng, đánh giá lợi ích và tác hại, giá trị và sự ưu tiên của các nhân viên y tế và bệnh nhân, cũng như việc sử dụng nguồn lực và tính khả thi. Trong một số trường hợp, chúng tôi nhận thấy các bằng chứng còn hạn chế và/hoặc các dịch vụ có thể không được tiếp cận hoặc không được mong muốn.

Các Tuyên Bố Khuyến Nghị

4.1- Chúng tôi khuyến nghị tất cả nhân sự làm việc trong các cơ quan chính phủ, phi chính phủ và tư nhân được đào tạo về nhận thức văn hóa, tập trung vào việc đối xử với người chuyển giới và đa dạng giới bằng phẩm giá và sự tôn trọng.

4.2- Chúng tôi khuyến nghị tất cả các nhân viên y tế được đào tạo về nhận thức văn hóa, tập trung vào việc đối xử với người chuyển giới và đa dạng giới bằng phẩm giá trong quá trình định hướng và như một phần của giáo dục hằng năm hoặc đào tạo liên tục.

4.3- Chúng tôi khuyến nghị các cơ sở tham gia đào tạo chuyên gia y tế xây dựng các năng lực và mục tiêu học tập về sức khỏe người chuyển giới và đa dạng giới trong từng lĩnh vực với năng lực của chuyên ngành tương ứng.

Tuyên bố 4.1

Chúng tôi khuyến nghị tất cả nhân sự làm việc trong các cơ quan chính phủ, phi chính phủ và tư nhân được đào tạo kiến thức văn hóa tập trung vào việc đối xử với người chuyển giới và đa dạng giới bằng phẩm giá và sự tôn trọng.

Điều 1 của Tuyên ngôn Quốc tế Nhân quyền của Liên Hợp Quốc nêu rằng: “Tất cả con người sinh ra đều tự do và bình đẳng về phẩm giá và quyền” (United Nations, 1948). Chỉ gần đây nền tảng của tuyên bố này mới bao gồm sự công nhận rằng quyền của người TGD là quyền con người (UNOCHR, 2018). Trên toàn cầu, đào tạo ở tất cả các cấp về cộng đồng TGD vẫn còn thiếu. Vào năm 2002, chỉ 3% các công ty Fortune 500 có chính sách bảo vệ chống phân biệt đối xử dành cho nhân viên TGD, và không công ty nào cung cấp bảo hiểm cho chăm sóc sức khỏe khẳng định giới (Human Rights Campaign Foundation, 2017). Đến năm 2022, 91% của 500 các công ty Fortune đã đưa nhận diện giới vào các chính sách chống phân biệt đối xử tại Hoa Kỳ, và 66% cung cấp bảo hiểm bao gồm chăm sóc sức khỏe cho TGD. Tuy nhiên, chỉ 72% cung cấp các hình thức đào tạo kiến thức văn hóa LGBTQ cho lực lượng lao động của họ (Human Rights Campaign Foundation, 2022). Sự thiếu hiểu biết này thúc đẩy phân biệt đối xử ở mọi lĩnh vực. Nhìn tổng thể, những bất cập này ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe của cá nhân và cộng đồng, đồng thời làm trầm trọng thêm các chênh lệch và bất bình đẳng về sức khỏe mà họ phải đối mặt. Tại Vương quốc Anh, chỉ 28% người lao động TGD cảm thấy lãnh đạo cấp cao cam kết với quyền bình đẳng TGD; chỉ 21% nhân viên TGD sẽ cân nhắc báo cáo hành vi quấy rối mang tính kỳ thị chuyển giới tại nơi làm việc (Stonewall, 2018). Trong số những người công khai là TGD, 34% bị đồng nghiệp loại trừ, 35% bị khách hàng lạm dụng, 24% bị từ chối thăng chức do nhận diện giới của họ, và 11% bị sa thải (Stonewall, 2018). Tại khu vực Đông Nam châu Âu, Ngân hàng Thế giới cho biết có sự phân biệt đối xử, quấy rối, bạo lực và lạm dụng

lan rộng, và người TGD tại khu vực này phải đối mặt với tỷ lệ bạo lực và phân biệt đối xử cao nhất (World Bank Group, 2018). Thông thường sự phân biệt đối xử này không được báo cáo với 60% cá nhân không nộp đơn khiếu nại do thiếu niềm tin rằng các khiếu nại sẽ được xử lý, sợ bị phân biệt đối xử hoặc chế giễu thêm, và lo ngại bị công khai danh tính (World Bank Group, 2018). Mặc dù nhiều quốc gia trong khu vực có luật chống phân biệt đối xử với nhận diện giới như là đặc điểm được bảo vệ, phân biệt đối xử trong nơi làm việc, giáo dục và chăm sóc sức khỏe vẫn là vấn đề đáng lo ngại (World Bank Group, 2018). Trách nhiệm của các cơ quan chính phủ, phi chính phủ và tư nhân tại các quốc gia có luật chống phân biệt đối xử là bảo đảm quyền của cộng đồng TGD. Do đó, họ có nghĩa vụ tìm ra những cách thức nhằm giảm thiểu phân biệt đối xử và kỳ thị. Một trong những cách này là thông qua giáo dục. Các nền văn hóa địa phương nuôi dưỡng thái độ chống TGD thường là rào cản đối với loại giáo dục cần thiết này. Mặc dù các khóa đào tạo năng lực văn hóa đưa ra các kết quả không đồng nhất, Shepherd (2019) khuyến nghị rằng cung cấp đào tạo kiến thức văn hóa ưu tiên các vấn đề văn hóa địa phương và tập trung vào các giá trị cởi mở, không phán xét và linh hoạt có thể mang lại kết quả như mong muốn. Việc triển khai đào tạo kiến thức văn hóa đòi hỏi sự lãnh đạo sẵn sàng ưu tiên đào tạo và dành thời gian, nguồn lực tài chính và nhân sự để chú trọng đào tạo ban đầu và liên tục.

Tuyên bố 4.2

Chúng tôi khuyến nghị tất cả các nhân viên y tế được đào tạo về kiến thức văn hóa tập trung vào việc đối xử với người chuyển giới và đa dạng giới bằng phẩm giá trong quá trình định hướng và là một phần của đào tạo thường niên hoặc đào tạo liên tục.

Trong các chuyên ngành, giáo trình ở mọi cấp độ—cử nhân, sau đại học, đào tạo nội trú, hoặc đào tạo thường xuyên—trong lịch sử đã bỏ qua giáo dục văn

hóa hoặc lâm sàng liên quan đến TGD. Những yếu tố góp phần vào sự thiếu sót này bao gồm sự thiếu kiến thức của giảng viên, thiếu kinh nghiệm, không thoải mái với nội dung, thiên kiến của giảng viên, hạn chế về thời lượng trong chương trình hiện tại và thiếu hướng dẫn về cách tích hợp các chủ đề này (McDowell & Bower, 2016). Nghiên cứu về sự thiếu hụt và nhu cầu đối với dạng đào tạo này không đề cập cụ thể đến các vấn đề sức khỏe TGD. Thay vào đó, các tài liệu hiện có gộp giáo dục sức khỏe TGD trong thảo luận rộng hơn về sự thiếu hụt đào tạo năng lực văn hóa và năng lực lâm sàng liên quan đến LGBTQ. Ví dụ, chương trình điều dưỡng bậc cử nhân chỉ bao gồm trung bình 2,12 giờ đào tạo về sức khỏe LGBTQ (Lim et al., 2015). Có thể giả định hợp lý rằng thời lượng dành riêng cho các vấn đề sức khỏe TGD chỉ chiếm một phần nhỏ của con số này.

Trong bối cảnh rộng hơn của năng lực LGBTQ, sự thiếu hụt đào tạo năng lực văn hóa và lâm sàng TGD đã được ghi nhận từ lâu như một điểm yếu trong giáo dục y khoa (Aldridge et al., 2021). Tại Hoa Kỳ, chương trình Healthy People 2020 của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh (United States Department of Health and Human Services, 2013), Viện Y học Quốc gia (The Institute of Medicine, 2011), và Ủy ban Joint Commission (2011) đều công nhận rằng thiếu giáo dục ảnh hưởng tiêu cực đến khả năng người LGBTQ, bao gồm người TGD, tiếp cận được các dịch vụ chăm sóc phù hợp và cần thiết. Ủy ban Phụ nữ và Bình đẳng của Hạ viện Vương quốc Anh cũng nhận thấy sự thiếu hụt giáo dục góp phần vào chênh lệch sức khỏe của người TGD trong Hệ thống Y tế Quốc dân (House of Commons Women and Equalities Committee, 2015). Sự thiếu hụt giáo dục chăm sóc sức khỏe TGD đã được xác định tại Hoa Kỳ (Obedin-Maliver et al., 2011), Vương quốc Anh (Tollemache et al., 2021), Nam Phi (de Vries et al., 2020; Taylor et al., 2018; Wilson et al., 2014), Canada (Bauer et al., 2014), Úc (Riggs & Bartholomaeus, 2016), Thụy Điển, Tây Ban Nha, Serbia, Ba Lan (Burgwal et al., 2021) và Pakistan (Martins et al., 2020) cùng nhiều quốc gia khác.

Bên cạnh việc phát triển chương trình học, Shepherd (2022) cho rằng cả yếu tố lâm sàng và yếu tố tổ chức đều cần thiết để cải thiện các tương tác lâm sàng và sự hài lòng của người bệnh. Ở cấp tổ chức, cần bảo đảm tính khả thi cũng như phù hợp thực tiễn và bối cảnh địa phương (Shepherd, 2022). Ở cấp độ cá nhân, ngoài đào tạo kiến thức, nhân viên y tế được hưởng lợi từ việc áp

dụng các phẩm chất chung tập trung vào giá trị cởi mở, không phán xét và linh hoạt (Shepherd, 2018).

Tuyên bố 4.3

Chúng tôi khuyến nghị các cơ sở tham gia đào tạo chuyên gia y tế phát triển các năng lực và mục tiêu học tập về sức khỏe người chuyển giới và đa dạng giới trong từng lĩnh vực năng lực của chuyên ngành.

Mỗi ngành nghề y tế có những cơ sở đào tạo, cơ quan quản lý hành chính và cơ quan cấp phép riêng, khác nhau theo từng quốc gia và từng chuyên môn trong ngành. Không có tổ chức chuyên môn lớn nào, cơ sở đào tạo hoặc cơ quan cấp phép nào có vẻ yêu cầu đào tạo về sức khỏe TGD. Mặc dù các tổ chức này ngày càng khuyến nghị đưa sức khỏe LGBTQ và liên giới vào chương trình đào tạo, họ hiếm khi nêu rõ các năng lực, kỹ năng hoặc mục tiêu học tập dành riêng cho chăm sóc người TGD trong chuyên ngành của họ. Tài liệu công bố về giáo dục chuyên gia y tế liên quan đến sức khỏe TGD chủ yếu tập trung vào điều dưỡng, y khoa và sức khỏe tâm thần và phần lớn đến từ Bắc Mỹ, châu Âu, Úc và New Zealand. Việc hiểu rõ hơn về sức khỏe người chuyển giới và hệ thống giáo dục – đào tạo chuyên gia y tế cũng như các yêu cầu trên phạm vi toàn cầu là rất cần thiết.

Mặc dù người TGD ngày càng được nhìn nhận nhiều hơn, khả năng tiếp cận các chuyên gia y tế có kiến thức và năng lực văn hóa phù hợp vẫn là nhu cầu cấp bách trên toàn thế giới (James et al., 2016; Lerner et al., 2020; Müller, 2017). Sự thiếu hụt các nhân viên y tế có kiến thức là rào cản chính đối với chăm sóc khẳng định giới cho người chuyển giới (Puckett et al., 2018; Safer et al., 2016) và góp phần gây ra sự chênh lệch sức khỏe lớn (Giffort & Underman, 2016; Reisman et al., 2019). Việc thiếu đào tạo chuyên môn đầy đủ trong chăm sóc sức khỏe TGD là một vấn đề toàn cầu (Do & Nguyen, 2020; Martins et al., 2020; Parameshwaran et al., 2017), xảy ra ở mọi cấp bậc đào tạo (Dubin et al., 2018) và xuyên suốt nhiều lĩnh vực sức khỏe (Glick et al., 2020; Gunjawate et al., 2020; Johnson & Federman, 2014) cũng như nhiều chuyên ngành y khoa (Fung et al., 2020; Korpaisarn & Safer, 2018).

Nhiều thách thức vẫn tồn tại do các nghiên cứu cho đến nay có phạm vi nhỏ, áp dụng đào tạo một lần, bao gồm nhiều chuyên ngành ở nhiều giai đoạn sự nghiệp, tập trung vào kết quả ngắn hạn và thường bao quát toàn bộ chủ đề LGBTQI thay vì các chủ đề dành riêng cho TGD—những nội dung thường được học sau cấp phép

và không phải trọng tâm của hầu hết các can thiệp giáo dục hiện được nghiên cứu (Dubin et al., 2018).

Để triển khai thành công các khuyến nghị, các cơ sở đào tạo có thể cần xem xét phát triển: 1) Các cách tiếp cận mang tính hệ thống và nhất quán nhằm xây dựng và triển khai các năng lực cho từng lĩnh vực sức khỏe trong suốt vòng đời nghề nghiệp; 2) Các đánh giá chuẩn hóa dành cho người học, với sự tham gia của cộng đồng TGD; và 3) phân bổ nguồn lực cho chương trình đào

tạo, bao gồm giảng viên được đào tạo, cũng như thời lượng giảng dạy phù hợp với các mục tiêu học tập rõ ràng và đồng thuận (Dubin et al., 2018; Pratt-Chapman, 2020). Ngoài ra, các đánh giá về những can thiệp này không chỉ nên tập trung vào các kết quả mà còn nỗ lực tìm hiểu cách thức, thời điểm và lý do những kết quả đó đạt được (Allen et al., 2021).

CHƯƠNG 5 - Đánh giá ở Người Trưởng thành

Chương này cung cấp hướng dẫn về việc đánh giá người trưởng thành chuyển giới và đa dạng giới (TGD) đang yêu cầu các can thiệp y khoa và/hoặc phẫu thuật khẳng định giới (GAMSTs) mang tính cần thiết về mặt y khoa nhằm giúp cơ thể họ phù hợp hơn với bản dạng giới của mình (xem Tuyên bố về tính cần thiết về mặt y khoa trong Chương 2—Khả năng áp dụng toàn cầu, Tuyên bố 2.1).

Người TGD trưởng thành là những người đã đủ hoặc vượt quá độ tuổi thành niên theo quy định quốc gia của họ, và có một dạng đa dạng giới nào đó. Các yếu tố phát triển được đề cập trong chương về vị thành niên, bao gồm tầm quan trọng của sự tham gia của cha mẹ/người chăm sóc, cũng có thể liên quan đến việc chăm sóc người trưởng thành trẻ tuổi, ngay cả khi họ đã trên độ tuổi thành niên.

Chương này bao gồm tất cả các hình thức bản dạng giới và chuyển đổi giới, bao gồm nhưng không giới hạn ở nam, nữ, đa dạng giới, phi nhị nguyên, vô giới và hoạn nhân. Dân số người TGD trưởng thành là không đồng nhất và sẽ khác nhau tùy theo nhu cầu lâm sàng, đặc điểm sinh học, tình trạng tâm lý và xã hội, cũng như khả năng tiếp cận dịch vụ y tế. Do đó, bất kỳ đánh giá nào cho can thiệp khẳng định giới cũng cần được điều chỉnh phù hợp với nền tảng kiến thức khoa học, lâm sàng và cộng đồng liên quan đến bản dạng giới đang được trình bày, cũng như phù hợp với bối cảnh địa phương. Chương này thừa nhận rằng các cá nhân có thể trải nghiệm các mức độ giám sát lâm sàng hoặc quản lý khác nhau tại địa phương khi nhà nước hoặc các bên khác cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Bản dạng giới của một cá nhân là sự nhận diện và trải nghiệm mang tính nội tại. Vai trò của người đánh giá là đánh giá sự hiện diện của bất tương hợp giới và xác định các vấn đề sức khỏe tâm thần đồng diễn; cung cấp thông tin về GAMSTs; hỗ trợ việc cân nhắc các tác động/nguy cơ của GAMSTs; và đánh giá xem người đó có đủ năng lực để hiểu về can thiệp được đề xuất, cũng như lợi ích mà can thiệp đó có thể mang lại. Người đánh giá cũng có thể hỗ trợ người TGD cân nhắc những lựa chọn có thể cải thiện kết quả của GAMSTs. Cách tiếp cận đánh giá GAMSTs được mô tả trong chương này thừa nhận trải nghiệm sống và sự tự hiểu biết của người TGD, cũng như kiến thức lâm sàng của chuyên gia y tế (HCP) thực hiện đánh giá. Do đó, với cách tiếp cận này, quyết định tiến hành GAMSTs là quyết định

được chia sẻ giữa người TGD và HCP đánh giá, trong đó cả hai đều đóng vai trò then chốt trong quá trình cùng ra quyết định.

Một số hệ thống sử dụng mô hình chăm sóc cho người TGD trưởng thành tìm kiếm GAMSTs, trong đó ưu tiên người TGD trưởng thành là người ra quyết định, còn HCP đóng vai trò cố vấn, trừ khi có chống chỉ định nghiêm trọng. Các mô hình này thường được sử dụng khi xem xét liệu pháp hormone hơn là phẫu thuật và thường được gọi là các mô hình “đồng thuận dựa trên hiểu biết” (Deutsch, 2011, 2016a). Những mô hình như vậy sử dụng một quy trình đánh giá rút gọn, chủ yếu tập trung vào khả năng của người TGD trong việc đưa ra sự đồng thuận có hiểu biết và việc sử dụng thông tin về GAMSTs để định hướng cho quyết định y khoa của họ. Có sự khác biệt đáng kể giữa các mô hình này tùy theo khu vực pháp lý, hệ thống và HCP (Deutsch, 2011; Morenz et al., 2020). Các mô hình đồng thuận dựa trên hiểu biết đã được sử dụng từ lâu trong việc kê đơn hormone tại nhiều bối cảnh địa phương.

Chương này nhằm cung cấp hướng dẫn linh hoạt mang tính toàn cầu, nhưng cần được điều chỉnh phù hợp với hoàn cảnh địa phương. Các HCP sẽ cần xác định những cách tiếp cận đánh giá nào phù hợp nhất với nhu cầu tại địa phương của họ. Việc đánh giá các cách tiếp cận này được thực hiện tốt nhất thông qua hợp tác với người TGD.

Do người TGD bao gồm một phổ đa dạng các bản dạng và biểu hiện giới, và có những nhu cầu khác nhau đối với GAMSTs, không có một quy trình đánh giá duy nhất nào phù hợp cho mọi người hay mọi tình huống. Một số người TGD có thể chỉ cần một quy trình đánh giá tương đối ngắn gọn để tiếp cận GAMSTs. Đối với người TGD trưởng thành có biểu hiện phức tạp, hoặc những người yêu cầu các can thiệp ít phổ biến hơn hoặc có bằng chứng nghiên cứu còn hạn chế, sẽ cần các đánh giá toàn diện hơn với sự tham gia của các thành viên khác nhau trong một nhóm đa ngành. Các đánh giá có thể được thực hiện trực tiếp hoặc thông qua y tế từ xa. Mặc dù các công cụ đánh giá trắc nghiệm tâm lý đã được sử dụng trong một số trường hợp, nhưng chúng không phải là một phần bắt buộc của đánh giá cho GAMSTs. Tư vấn hoặc trị liệu tâm lý có thể hữu ích khi được người TGD yêu cầu. Tuy nhiên, tư vấn hoặc trị liệu tâm lý tập trung cụ thể vào bản dạng TGD của họ không phải là yêu cầu bắt buộc cho việc đánh giá hoặc khởi trị GAMSTs. Thăm khám bộ phận sinh dục không phải là điều kiện tiên quyết để bắt đầu GAMSTs và chỉ

nên được thực hiện khi có chỉ định lâm sàng.

GAMSTs có thể được cung cấp trong nhiều bối cảnh khác nhau. Các bối cảnh này phụ thuộc vào hệ thống chăm sóc sức khỏe hiện có tại mỗi quốc gia và có thể bao gồm hệ thống y tế quốc gia/công lập, khu vực tư nhân, các cơ sở chăm sóc sức khỏe cộng đồng và các tổ chức từ thiện. Do đó, hoàn cảnh địa phương và khu vực có thể ảnh hưởng đến khả năng cung cấp dịch vụ y tế. Bất kể bối cảnh nào, dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người TGD phải đạt chất lượng cao nhất có thể. Hiệp hội Chuyên môn Thế giới về Sức khỏe Người Chuyển giới (WPATH) ủng hộ việc đánh giá và điều trị cần được cung cấp một cách sẵn có. Việc tiếp cận đánh giá và điều trị cho người TGD đang tìm kiếm GAMSTs là rất quan trọng, xét đến tính cần thiết rõ ràng về mặt y khoa của các can thiệp này và những lợi ích sâu sắc mà chúng mang lại cho người TGD (Aldridge et al., 2020; Byne et al., 2012). Hướng dẫn trong chương này cần được điều chỉnh theo hoàn cảnh địa phương, cũng như hoàn cảnh cá nhân, lâm sàng và xã hội.

Các tuyên bố dưới đây dựa trên một khối lượng lớn tài liệu nền, bao gồm các tài liệu chứng minh tác động tích cực mạnh mẽ của việc tiếp cận GAMSTs; các bằng chứng thực nghiệm hiện có; tỷ lệ lợi ích vượt trội so với nguy cơ; và sự đồng thuận về thực hành chuyên môn tốt nhất. Cơ sở bằng chứng thực nghiệm cho việc đánh giá người TGD trưởng thành còn hạn chế. Chủ yếu bao

gồm một cách tiếp cận đánh giá sử dụng các tiêu chí cụ thể được xem xét bởi một HCP trong sự hợp tác chặt chẽ với người TGD trưởng thành, và không bao gồm các thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên hoặc các nghiên cứu dọc dài hạn (Olsen-Kennedy et al., 2016). Điều này là dễ hiểu, xét đến tính phức tạp và các cân nhắc đạo đức trong việc phân bổ những bệnh nhân cần được chăm sóc vào các nhóm đánh giá khác nhau, cũng như sự thiếu hụt nguồn tài trợ cho nghiên cứu và các nguồn lực khác để đánh giá kết quả dài hạn của các cách tiếp cận đánh giá.

Việc xây dựng hướng dẫn này là một quá trình phức tạp. Các tiêu chí trong chương này đã được sửa đổi đáng kể so với SOC-7 nhằm giảm bớt các yêu cầu và những rào cản không cần thiết đối với việc chăm sóc. Hy vọng rằng các nghiên cứu trong tương lai sẽ khám phá tính hiệu quả của mô hình này cũng như các mô hình đánh giá đang phát triển cho liệu pháp hormone và cho phẫu thuật, cho phép tiếp tục cải thiện.

Tất cả các tuyên bố trong chương này đã được khuyến cáo dựa trên việc xem xét kỹ lưỡng bằng chứng, đánh giá lợi ích và tác hại, các giá trị và sở thích của nhà cung cấp và bệnh nhân, cũng như việc sử dụng nguồn lực và tính khả thi. Trong một số trường hợp, chúng tôi thừa nhận rằng bằng chứng còn hạn chế và/hoặc dịch vụ có thể khó tiếp cận hoặc không như mong muốn.

Các Tuyên Bố Khuyến Nghị

5.1 – Chúng tôi khuyến nghị rằng các chuyên gia y tế đánh giá người trưởng thành chuyển giới và đa dạng giới để tiếp cận các điều trị thể chất cần:

5.1.a – Được cấp phép hành nghề bởi cơ quan quản lý theo luật định và, tối thiểu, có bằng thạc sĩ hoặc đào tạo tương đương trong một lĩnh vực lâm sàng liên quan đến vai trò này, được cấp bởi một cơ sở theo luật định được công nhận ở cấp quốc gia.

5.1.b – Đối với các quốc gia yêu cầu chẩn đoán để tiếp cận chăm sóc y tế, chuyên gia y tế nên có năng lực sử dụng phiên bản mới nhất của Phân loại Bệnh tật Quốc tế (ICD) của Tổ chức Y tế Thế giới để chẩn đoán. Ở những quốc gia chưa triển khai phiên bản ICD mới nhất, có thể sử dụng các hệ thống phân loại khác; tuy nhiên, cần có nỗ lực để áp dụng ICD mới nhất sớm nhất có thể.

5.1.c – Có khả năng xác định các vấn đề sức khỏe tâm thần đồng diễn hoặc các mối quan tâm tâm lý-xã hội khác và phân biệt chúng với chứng phiền muộn giới, bất tương hợp giới và sự đa dạng giới.

5.1.d – Có khả năng đánh giá năng lực đưa ra sự đồng thuận cho điều trị.

5.1.e – Có kinh nghiệm hoặc đủ trình độ để đánh giá các khía cạnh lâm sàng của chứng phiền muộn giới, bất tương hợp giới và sự đa dạng giới.

5.1.f – Tham gia đào tạo liên tục trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe liên quan đến chứng phiền muộn giới, bất tương hợp giới và sự đa dạng giới.

5.2 – Chúng tôi gợi ý rằng các chuyên gia y tế đánh giá người trưởng thành chuyển giới và đa dạng giới tìm kiếm điều trị khẳng định giới nên phối hợp với các chuyên gia thuộc các chuyên ngành khác nhau trong lĩnh vực sức khỏe chuyển giới để tham vấn và chuyển gửi khi cần thiết.

Các khuyến cáo sau đây được đưa ra liên quan đến các yêu cầu đối với điều trị y khoa và phẫu thuật khẳng định giới (tất cả đều cần được đáp ứng):

5.3 – Chúng tôi khuyến nghị rằng các chuyên gia y tế đánh giá người trưởng thành chuyển giới và đa dạng giới để tiếp cận điều trị y khoa và phẫu thuật khẳng định giới cần:

5.3.a – Chỉ khuyến nghị điều trị y khoa khẳng định giới theo yêu cầu của người TGD khi trải nghiệm bất tương hợp giới là rõ rệt và kéo dài.

5.3.b – Đảm bảo đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán trước khi bắt đầu các điều trị khẳng định giới ở những khu vực mà chẩn đoán là điều kiện cần để tiếp cận chăm sóc y tế.

5.3.c – Xác định và loại trừ các nguyên nhân khác có thể gây ra biểu hiện bất tương hợp giới trước khi bắt đầu các điều trị khẳng định giới.

5.3.d – Đảm bảo mọi tình trạng sức khỏe tâm thần có thể ảnh hưởng tiêu cực đến kết quả của các điều trị y khoa khẳng định giới được đánh giá, cùng với việc thảo luận về nguy cơ và lợi ích, trước khi đưa ra quyết định điều trị.

5.3.e – Đảm bảo mọi tình trạng sức khỏe thể chất có thể ảnh hưởng tiêu cực đến kết quả của các điều trị y khoa khẳng định giới được đánh giá, cùng với việc thảo luận về nguy cơ và lợi ích, trước khi đưa ra quyết định điều trị.

5.3.f – Đánh giá năng lực đồng ý đối với các điều trị khẳng định giới cụ thể trước khi bắt đầu điều trị.

5.3.g – Đánh giá năng lực của người trưởng thành chuyển giới và đa dạng giới trong việc hiểu tác động của điều trị khẳng định giới đối với sinh sản và thảo luận các lựa chọn sinh sản với cá nhân trước khi khởi động điều trị khẳng định giới.

5.4 – Chúng tôi gợi ý rằng, như một phần của quá trình đánh giá cho điều trị hormone hoặc phẫu thuật khẳng định giới, các chuyên gia có năng lực trong việc đánh giá người chuyển giới và đa dạng giới mong muốn điều trị y khoa liên quan đến giới nên xem xét vai trò của chuyển đổi xã hội cùng với cá nhân đó.

5.5 – Chúng tôi khuyến nghị rằng người trưởng thành chuyển giới và đa dạng giới đáp ứng các tiêu chí để điều trị y khoa và phẫu thuật khẳng định giới cần một ý kiến chuyên môn để bắt đầu điều trị này, được đưa ra bởi một chuyên gia có năng lực trong việc đánh giá người chuyển giới và đa dạng giới mong muốn điều trị y khoa và phẫu thuật liên quan đến giới.

5.6 – Chúng tôi gợi ý rằng các chuyên gia y tế đánh giá người chuyển giới và đa dạng giới tìm kiếm phẫu thuật cắt bỏ tuyến sinh dục nên cân nhắc tối thiểu 6 tháng điều trị hormone phù hợp với mục tiêu giới họ, trước khi người đó trải qua can thiệp phẫu thuật không thể đảo ngược (trừ khi hormone không được chỉ định về mặt lâm sàng cho cá nhân đó).

5.7 – Chúng tôi khuyến nghị rằng các chuyên gia y tế đánh giá người trưởng thành mong muốn đảo ngược chuyển giới và tìm kiếm can thiệp hormone liên quan đến giới, can thiệp phẫu thuật, hoặc cả hai, nên sử dụng một đánh giá đa chuyên ngành toàn diện, bao gồm các quan điểm bổ sung từ các chuyên gia y tế có kinh nghiệm trong lĩnh vực sức khỏe chuyển giới và cùng với cá nhân đó xem xét vai trò của chuyển đổi xã hội như một phần của quá trình đánh giá.

Tuyên bố 5.1

Chúng tôi khuyến cáo rằng các chuyên gia y tế đánh giá người trưởng thành chuyển giới và đa dạng giới cho các điều trị khẳng định giới:

Tuyên bố 5.1.a

Được cấp phép hành nghề bởi cơ quan quản lý theo luật định và, tối thiểu, có bằng thạc sĩ hoặc đào tạo tương đương trong một lĩnh vực lâm sàng liên quan đến vai trò này, được cấp bởi một cơ sở theo luật định được công nhận ở cấp quốc gia.

Người TGD, cũng như tất cả những người khác tìm kiếm chăm sóc sức khỏe, nên được tiếp cận dịch vụ chăm sóc có chất lượng cao nhất, tương xứng với chất lượng chăm sóc được cung cấp cho tất cả những người sử dụng dịch vụ y tế (Nguyên tắc Yogyakarta, 2017). Do điều này khác nhau trên phạm vi toàn cầu, bản chất chuyên môn của người thực hiện đánh giá cho

GAMSTs sẽ khác nhau tùy theo bản chất của hệ thống chăm sóc sức khỏe tại địa phương cũng như các yêu cầu quản lý do các hội đồng cấp phép và đăng ký đặt ra. Điều quan trọng là dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp phải bao gồm một đánh giá được thực hiện bởi một HCP có năng lực, được quản lý theo luật định, có khả năng xác định bất tương hợp giới và các tình trạng có thể bị nhầm lẫn với bất tương hợp giới, và có thể hỗ trợ người TGD trong suốt quá trình đánh giá (RCGP, 2019). Người đánh giá phải có khả năng giới thiệu và chuyển gửi đến các HCP được cấp phép cung cấp GAMSTs.

HCP nên có tối thiểu trình độ thạc sĩ trong một lĩnh vực lâm sàng liên quan đến sức khỏe người chuyển giới hoặc đào tạo lâm sàng nâng cao tương đương, và được quản lý theo luật định; ví dụ bao gồm chuyên gia sức khỏe tâm thần (mental health professional – MHP), bác sĩ đa khoa, điều dưỡng, hoặc HCP đủ điều kiện khác.

Trong một số bối cảnh, các HCP được quản lý theo luật định với trình độ thấp hơn có thể hành nghề dưới sự giám sát lâm sàng của một HCP đủ điều kiện chịu trách nhiệm chính về chất lượng lâm sàng và độ chính xác của đánh giá GAMST được thực hiện. Để biết thêm thông tin, xem Chương 4—Giáo dục.

Việc tiếp cận một HCP có năng lực, được quản lý theo luật định và có chuyên môn trong đánh giá GAMSTs đôi khi có thể gặp khó khăn. Do đó, để đảm bảo tính liên tục của chăm sóc và giảm thiểu các khoảng trống hoặc sự chậm trễ đáng kể trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ (ví dụ: danh sách chờ dài), có thể cần một HCP được quản lý theo luật định nhưng không có chuyên môn cung cấp dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ đánh giá người TGD cho GAMSTs. Tránh sự chậm trễ không cần thiết trong chăm sóc là vô cùng quan trọng. Tuy nhiên, người TGD nên được hỗ trợ để tiếp cận dịch vụ chăm sóc với một HCP có kinh nghiệm sớm nhất có thể (RCGP, 2019).

Thực hành lâm sàng được thiết lập với yêu cầu năng lực xác định và chẩn đoán bất tương hợp giới (Hembree et al., 2017; Reed et al., 2016; T'Sjoen et al., 2020) và khả năng xác định các chẩn đoán phân biệt hoặc các tình trạng có thể bị nhầm lẫn với bất tương hợp giới (Byne et al., 2018; Dhejne et al., 2016; Hembree et al., 2017). Thực hành này cũng đặc biệt nhấn mạnh nhu cầu đào tạo cập nhật liên tục trong đánh giá và cung cấp chăm sóc cho người TGD (American Psychological Association, 2015; T'Sjoen et al., 2020). Để biết thêm thông tin, xem Chương 4—Giáo dục.

Tuyên bố 5.1.b

Đối với các quốc gia yêu cầu chẩn đoán để tiếp cận chăm sóc y tế, chuyên gia y tế nên có năng lực sử dụng phiên bản mới nhất của Phân loại Bệnh tật Quốc tế (ICD) của Tổ chức Y tế Thế giới để chẩn đoán. Ở những quốc gia chưa triển khai phiên bản ICD mới nhất, có thể sử dụng các hệ thống phân loại khác; tuy nhiên, cần có nỗ lực để áp dụng ICD mới nhất sớm nhất có thể.

Ở một số quốc gia, chẩn đoán bất tương hợp giới có thể là cần thiết để tiếp cận GAMSTs (như được mô tả dưới đây). Các HCP đánh giá người TGD tại những quốc gia đó nên có năng lực chẩn đoán bất tương hợp giới bằng cách sử dụng hệ thống phân loại hiện hành mới nhất cần thiết để người TGD tiếp cận GAMSTs. ICD-11 (WHO, 2019a) là một hệ thống phân loại tập trung vào bản dạng được trải nghiệm của người TGD

và bất kỳ nhu cầu nào đối với GAMSTs, và không xem bản dạng TGD là một bệnh lý tâm thần.

Tuyên bố 5.1.c

Có khả năng xác định các vấn đề sức khỏe tâm thần đồng diễn hoặc các mối quan tâm tâm lý-xã hội khác và phân biệt chúng với chứng phiền muộn giới, bất tương hợp giới và sự đa dạng giới.

Đa dạng giới là một biến thiên tự nhiên ở con người và không phải là bệnh lý (American Psychological Association, 2015). Tuy nhiên, việc đánh giá được thực hiện tốt nhất bởi một HCP có một mức độ chuyên môn nhất định về sức khỏe tâm thần để xác định các tình trạng có thể bị nhầm lẫn với bất tương hợp giới. Những tình trạng như vậy là hiếm gặp, và khi hiện diện, chúng thường mang bản chất tâm lý (Byne et al., 2012; Byne et al., 2018; Hembree et al., 2017).

Nhu cầu bao gồm một HCP có một số chuyên môn về sức khỏe tâm thần không yêu cầu phải có sự tham gia của một nhà tâm lý học, bác sĩ tâm thần hoặc nhân viên công tác xã hội trong mọi đánh giá. Thay vào đó, một bác sĩ đa khoa, điều dưỡng, hoặc HCP đủ điều kiện khác cũng có thể đáp ứng yêu cầu này nếu họ có đủ chuyên môn để xác định bất tương hợp giới, nhận diện các vấn đề sức khỏe tâm thần, phân biệt giữa các vấn đề này với chứng phiền muộn giới, bất tương hợp giới và đa dạng giới, hỗ trợ người TGD trong việc lập kế hoạch và chuẩn bị chăm sóc cho GAMSTs, và chuyển gửi đến chuyên gia sức khỏe tâm thần (mental health professional – MHP) khi cần thiết. Như đã được thảo luận chi tiết hơn trong chương về sức khỏe tâm thần, các MHP đóng vai trò quan trọng trong việc chăm sóc người TGD. Ví dụ, sự kỳ thị và phân biệt đối xử mà một số người TGD trải nghiệm (Robles et al., 2016) có thể dẫn đến trầm cảm, lo âu, hoặc làm nặng thêm các tình trạng sức khỏe tâm thần khác. Trong những trường hợp như vậy, MHP có thể chẩn đoán, làm rõ và điều trị các tình trạng sức khỏe tâm thần mà họ đang gặp phải. Các MHP và HCP có chuyên môn về sức khỏe tâm thần thích hợp để đánh giá cho GAMSTs, cũng như hỗ trợ người TGD cần hoặc yêu cầu sự can thiệp hoặc hỗ trợ về sức khỏe tâm thần trong quá trình chuyển đổi của họ. Để biết thêm thông tin, xem Chương 18—Sức khỏe tâm thần.

Tuyên bố 5.1.d

Có khả năng đánh giá năng lực đưa ra sự đồng thuận cho điều trị.

Một đánh giá cho GAMSTs phải bao gồm việc xem xét khả năng của người TGD trong việc đồng thuận với điều trị được đề xuất. Sự đồng thuận đòi hỏi năng lực nhận thức để hiểu các nguy cơ và lợi ích của một điều trị, cũng như các kết quả tiêu cực và tích cực có thể xảy ra. Nó cũng đòi hỏi khả năng ghi nhớ thông tin đó cho mục đích ra quyết định (sử dụng các công cụ hỗ trợ khi cần thiết), cũng như khả năng nhận thức để sử dụng hiểu biết đó nhằm đưa ra một quyết định một cách tỉnh táo (American Medical Association, 2021; Applebaum, 2007).

Một số cá nhân TGD sẽ có khả năng đưa ra sự đồng thuận ngay trong quá trình đánh giá. Một số cá nhân TGD khác có thể cần một quá trình dài hơn để có thể đồng thuận thông qua thảo luận liên tục và việc thực hành các kỹ năng ra quyết định y khoa. Sự hiện diện của bệnh lý tâm thần hoặc các triệu chứng sức khỏe tâm thần không tạo thành rào cản đối với GAMSTs, trừ khi bệnh lý hoặc các triệu chứng đó ảnh hưởng đến năng lực của người TGD trong việc đồng thuận với điều trị cụ thể được yêu cầu hoặc ảnh hưởng đến khả năng tiếp nhận điều trị của họ. Điều này đặc biệt quan trọng vì GAMSTs đã được chứng minh là làm giảm các triệu chứng sức khỏe tâm thần ở người TGD (Aldridge et al., 2020).

Các hệ thống chăm sóc sức khỏe có thể xem xét GAMSTs cho những cá nhân không có khả năng trực tiếp đưa ra sự đồng thuận nếu một người giám hộ hợp pháp hoặc một người độc lập được cơ quan quản lý phê duyệt và có thẩm quyền ra quyết định điều trị y tế, đưa ra sự đồng thuận và xác nhận rằng điều trị được đề xuất phù hợp với nhu cầu và nguyện vọng của cá nhân TGD.

Tuyên bố 5.1.e

Có kinh nghiệm hoặc đủ trình độ để đánh giá các khía cạnh lâm sàng của chứng phiền muộn giới, bất tương hợp giới và sự đa dạng giới. Xem thêm chi tiết ở Tuyên bố 5.1.f.

Tuyên bố 5.1.f

Tham gia đào tạo liên tục trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe liên quan đến chứng phiền muộn giới, bất tương hợp giới và sự đa dạng giới

Tương tự như bất kỳ lĩnh vực thực hành lâm sàng nào khác, điều quan trọng là các HCP cung cấp đánh giá cho việc bắt đầu GAMSTs phải có kiến thức và kinh nghiệm trong chăm sóc sức khỏe cho người TGD. Nếu điều này không khả thi trong bối cảnh địa phương, HCP

thực hiện đánh giá nên làm việc chặt chẽ với một HCP có kiến thức và kinh nghiệm. Là một phần của thực hành lâm sàng, các HCP nên cam kết đào tạo liên tục trong chăm sóc sức khỏe TGD, trở thành thành viên của các tổ chức nghề nghiệp liên quan, tham dự các hội nghị, hội thảo hoặc thảo luận chuyên môn, tham vấn với một HCP có kinh nghiệm liên quan, và/hoặc tương tác với cộng đồng TGD. Điều này đặc biệt quan trọng trong chăm sóc sức khỏe TGD vì đây là một lĩnh vực tương đối mới, và kiến thức cũng như thuật ngữ đang liên tục thay đổi (American Psychological Association, 2015; Thorne, Yip et al., 2019). Do đó, việc cập nhật kiến thức trong lĩnh vực sức khỏe TGD là điều tối quan trọng đối với bất kỳ ai tham gia vào đánh giá cho GAMSTs.

Tuyên bố 5.2

Chúng tôi gợi ý rằng các chuyên gia y tế đánh giá người trưởng thành chuyển giới và đa dạng giới tìm kiếm điều trị khẳng định giới nên phối hợp với các chuyên gia thuộc các chuyên ngành khác nhau trong lĩnh vực sức khỏe chuyển giới để tham vấn và chuyển gửi khi cần thiết.

Khi cần và khi có thể, việc đánh giá cho GAMSTs nên được thực hiện bởi một nhóm đa chuyên ngành (Costa, Rosa-e-Silva et al., 2018; Hembree et al., 2017; Karasic & Fraser, 2018; T'Sjoen et al., 2020), với các thành viên trong nhóm có sự liên hệ kịp thời và đầy đủ với nhau. Nhóm này có thể bao gồm chuyên gia sức khỏe tâm thần (MHP), bác sĩ nội tiết, bác sĩ chăm sóc ban đầu, phẫu thuật viên, chuyên gia về giọng nói và giao tiếp, người TGD hỗ trợ đồng đẳng, và những chuyên gia khác. Trong một số trường hợp, nhóm đa chuyên ngành có thể không cần thiết; tuy nhiên, nếu cần có nhóm đa chuyên ngành, điều quan trọng là các chuyên gia này phải có khả năng liên lạc kịp thời với đồng nghiệp từ các chuyên ngành khác nhau để hoàn tất việc đánh giá GAMST và hỗ trợ tốt nhất cho nhu cầu của người TGD. Cũng rất quan trọng là người TGD được hỗ trợ với các cuộc hẹn theo dõi với bất kỳ HCP nào đã tham gia trong quá trình đánh giá GAMST, trước, trong và sau khi bắt đầu các điều trị khẳng định giới.

Các khuyến cáo sau đây được đưa ra liên quan đến các yêu cầu đối với điều trị y khoa và phẫu thuật khẳng định giới (tất cả đều phải được đáp ứng):

Tuyên bố 5.3

Chúng tôi khuyến nghị rằng các chuyên gia y tế đánh giá người trưởng thành chuyển giới và đa dạng giới để tiếp cận điều trị y khoa và phẫu thuật khẳng định giới cần:

Tuyên bố 5.3.a

Chỉ khuyến cáo điều trị y khoa khẳng định giới theo yêu cầu của người TGD khi trải nghiệm bất tương hợp giới là rõ rệt và kéo dài.

Để tiếp cận GAMST, sự bất tương hợp giới của người TGD phải rõ rệt và kéo dài. Điều này có thể bao gồm nhu cầu đối với GAMST và mong muốn được chấp nhận như một người thuộc giới mà họ trải nghiệm. Do đó, việc xem xét bản chất, thời gian và tính nhất quán của sự bất tương hợp giới là quan trọng. Điều này có thể bao gồm các yếu tố như thay đổi tên và giấy tờ định danh, cho người khác biết về giới của mình, hồ sơ chăm sóc sức khỏe, hoặc thay đổi trong biểu hiện giới. Tuy nhiên, sự bất tương hợp giới rõ rệt và kéo dài vẫn có thể tồn tại ngay cả khi người TGD không bộc lộ với người khác (Brumbaugh-Johnson & Hull, 2019; Saeed et al., 2018; Sequeira et al., 2020). Sự thay đổi đột ngột hoặc hời hợt về bản dạng giới, hoặc sự thiếu tính bền vững, là không đủ để bắt đầu các điều trị khẳng định giới, và khuyến cáo cần có đánh giá thêm. Trong những trường hợp như vậy, việc đánh giá liên tục là hữu ích để bảo đảm tính nhất quán và bền vững của sự bất tương hợp giới trước khi bắt đầu GAMST.

Mặc dù cần có sự bất tương hợp giới rõ rệt và kéo dài, người TGD không nhất thiết phải trải qua mức độ đau khổ nghiêm trọng liên quan đến bản dạng giới của mình để được tiếp cận các điều trị khẳng định giới. Thực tế, việc tiếp cận điều trị khẳng định giới có thể đóng vai trò như một biện pháp dự phòng để ngăn ngừa đau khổ (Becker et al., 2018; Giovanardi et al., 2021; Nieder et al., 2021; Nobili et al., 2018; Robles et al., 2016). Một người TGD trưởng thành có thể có sự bất tương hợp giới kéo dài mà không có đau khổ đáng kể và vẫn hưởng lợi từ GAMST.

Thực hành lâm sàng đã được thiết lập xem xét tính bền vững của sự bất tương hợp giới khi cân nhắc bắt đầu GAMST (Chen & Loshak, 2020). Trong một tổng quan 200 ghi chú lâm sàng, Jones, Brewin et al. (2017) đã xác định tầm quan trọng của “tính ổn định của bản dạng giới” trong lập kế hoạch chăm sóc. Việc cung cấp GAMST cho người TGD có sự bất tương hợp giới kéo dài có liên quan đến tỷ lệ hối tiếc thấp và mức độ hài

lòng cao của bệnh nhân (Becker et al., 2018; El-Hadi et al., 2018; Staples et al., 2020; Wiepjes et al., 2018). Tuy nhiên, mặc dù ICD-11 (WHO, 2019a) yêu cầu sự hiện diện của sự bất tương hợp giới rõ rệt và kéo dài để chẩn đoán bất tương hợp giới, hiện có rất ít bằng chứng cụ thể về thời gian kéo dài bao lâu là cần thiết để điều trị ở người trưởng thành. Các HCP tham gia đánh giá người TGD cho GAMST được khuyến khích cân nhắc đầy đủ giai đoạn cuộc đời, tiền sử và hoàn cảnh hiện tại của người trưởng thành được đánh giá.

Tuyên bố 5.3.b

Đảm bảo đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán trước khi bắt đầu các điều trị khẳng định giới ở những khu vực mà chẩn đoán là điều kiện cần để tiếp cận chăm sóc y tế.

Một chẩn đoán bất tương hợp giới có thể cần thiết tại một số khu vực để tiếp cận chăm sóc liên quan đến chuyển giới. Khi chẩn đoán là cần thiết để tiếp cận GAMST, việc đánh giá cho GAMST sẽ bao gồm việc xác định chẩn đoán bằng văn bản. Trong những trường hợp này, HCP nên có năng lực sử dụng phiên bản mới nhất của Phân loại Quốc tế về Bệnh tật và Các Vấn đề Sức khỏe Liên quan (ICD) (WHO, 2019a). Tại các khu vực mà chẩn đoán là cần thiết để tiếp cận chăm sóc sức khỏe, chẩn đoán HA60 Bất tương hợp giới ở tuổi vị thành niên hoặc trưởng thành nên được xác định trước các can thiệp khẳng định giới. Các can thiệp khẳng định giới thứ cấp dựa trên chẩn đoán HA6Z Bất tương hợp giới, không xác định có thể được xem xét trong bối cảnh đánh giá toàn diện hơn bởi nhóm đa chuyên ngành.

Có bằng chứng cho thấy việc sử dụng các công cụ đánh giá cứng nhắc về “mức độ sẵn sàng chuyển giới” có thể làm giảm khả năng tiếp cận chăm sóc và không phải lúc nào cũng phục vụ lợi ích tốt nhất của người TGD (MacKinnon et al., 2020). Do đó, trong những tình huống mà việc gán chẩn đoán là bắt buộc để tiếp cận chăm sóc, quy trình này nên được tiếp cận với sự tin cậy và minh bạch giữa HCP và cá nhân TGD yêu cầu GAMST, với nhu cầu của cá nhân TGD được đặt làm trung tâm. Thật vậy, các mối quan hệ chất lượng cao giữa người TGD và HCP của họ có liên quan đến mức độ đau khổ về cảm xúc thấp hơn và kết quả can thiệp tốt hơn (Kattari et al., 2016). Bởi vì nhiều người TGD lo ngại rằng HCP sẽ nhầm lẫn bản dạng chuyển giới với bệnh tâm thần (Ellis et al., 2015), việc đánh giá chẩn đoán nên được thực hiện một cách nhạy cảm để

tạo điều kiện cho mối quan hệ tốt nhất giữa nhà cung cấp dịch vụ và cá nhân TGD.

Tuyên bố 5.3.c

Xác định và loại trừ các nguyên nhân khác có thể gây ra biểu hiện bất tương hợp giới trước khi bắt đầu các điều trị khẳng định giới.

Trong những trường hợp hiếm gặp, cá nhân TGD có thể có một tình trạng dễ bị nhầm lẫn với bất tương hợp giới, hoặc có thể có lý do khác để tìm kiếm điều trị ngoài việc giảm nhẹ sự bất tương hợp giới. Trong những trường hợp này, và khi có sự mơ hồ liên quan đến chẩn đoán bất tương hợp giới, việc đánh giá chi tiết và toàn diện hơn là quan trọng. Ví dụ, có thể cần đánh giá thêm để xác định liệu sự bất tương hợp giới có tồn tại ngoài một giai đoạn loạn thần cấp tính hay không. Nếu sự bất tương hợp giới vẫn tồn tại sau khi giai đoạn loạn thần cấp tính đã được giải quyết, GAMST có thể được xem xét miễn là người TGD có năng lực đồng thuận và trải qua điều trị cụ thể đó. Nếu sự bất tương hợp giới không kéo dài và chỉ xảy ra trong giai đoạn như vậy, điều trị không nên được xem xét. Điều quan trọng là những hoàn cảnh như vậy phải được xác định và loại trừ trước khi bắt đầu GAMST (Byne et al., 2012, 2018; Hembree et al., 2017). Tuy nhiên, cần hiểu rằng người TGD có thể đồng thời biểu hiện sự bất tương hợp giới và một tình trạng sức khỏe tâm thần, rối loạn phổ tự kỷ, hoặc các dạng đa dạng thần kinh khác (Glidden et al., 2016). Thật vậy, một số tình trạng sức khỏe tâm thần, như lo âu (Bouman et al., 2017), trầm cảm (Heylens, Elaut et al., 2014; Witcomb et al., 2018), và hành vi tự gây hại (Arcelus et al., 2016; Claes et al., 2015) phổ biến hơn ở người TGD chưa tiếp cận GAMST. Các nghiên cứu dọc gần đây cho thấy các triệu chứng sức khỏe tâm thần mà người TGD trải qua có xu hướng cải thiện sau GAMST (Aldridge et al., 2020; Heylens, Verroken et al., 2014; White Hughto & Reisner, 2016). Không có bằng chứng nào cho thấy lợi ích của việc trì hoãn GAMST ở người TGD có sự bất tương hợp giới chỉ đơn thuần dựa trên việc họ có tình trạng sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn phát triển thần kinh. Để biết thêm thông tin, xem Chương 18 — Sức khỏe Tâm thần.

Tuyên bố 5.3.d

Đảm bảo mọi tình trạng sức khỏe tâm thần có thể ảnh hưởng tiêu cực đến kết quả của các điều trị y khoa khẳng định giới được đánh giá, cùng với việc

thảo luận về nguy cơ và lợi ích, trước khi đưa ra quyết định điều trị.

Giống như những người hợp giới, người chuyển giới và đa dạng giới có thể gặp các vấn đề về sức khỏe tâm thần. Việc điều trị các vấn đề sức khỏe tâm thần có thể và nên được thực hiện song song với các can thiệp y khoa và phẫu thuật khẳng định giới (GAMSTs) khi cần thiết cho quá trình chuyển đổi y tế. Điều tối quan trọng là chăm sóc khẳng định giới không bị cản trở, trừ trong một số trường hợp cực kỳ hiếm hoi khi có bằng chứng vững chắc cho thấy việc trì hoãn là cần thiết để ngăn ngừa sự mất bù nghiêm trọng với nguy cơ gây hại cho bản thân hoặc người khác. Trong những trường hợp đó, cũng cần cân nhắc các nguy cơ mà việc trì hoãn GAMSTs gây ra đối với sức khỏe tâm thần và thể chất của người TGD (Byne et al., 2018).

Nhìn chung, cả chuyển đổi xã hội và chuyển đổi y tế ở người TGD đều có liên quan đến sự giảm các vấn đề sức khỏe tâm thần (Aldridge et al., 2020; Bouman et al., 2017; Durwood et al., 2017; Glynn et al., 2016; Hughto & Reisner, 2016; Wilson et al., 2015; Witcomb et al., 2018). Tuy nhiên, sự mất đi hỗ trợ xã hội và các căng thẳng về thể chất và tài chính xuất hiện kèm theo việc bắt đầu GAMSTs có thể làm trầm trọng thêm các vấn đề sức khỏe tâm thần có sẵn và đòi hỏi sự hỗ trợ bổ sung từ HCP điều trị (Budge et al., 2013; Yang, Wang et al., 2016). Việc đánh giá các triệu chứng sức khỏe tâm thần có thể cải thiện kết quả chuyển đổi, đặc biệt khi đánh giá này được sử dụng để tạo điều kiện tiếp cận các hỗ trợ tâm lý và xã hội trong quá trình chuyển đổi (Byne et al., 2012). Trong những trường hợp hiếm hoi, việc trì hoãn chuyển đổi có thể được cân nhắc, ví dụ khi người TGD không thể tham gia vào quá trình chuyển đổi hoặc không thể quản lý chăm sóc hậu phẫu sau phẫu thuật, ngay cả khi có hỗ trợ. Khi việc trì hoãn GAMSTs như một biện pháp cuối cùng được xác định là cần thiết, HCP nên cung cấp các nguồn lực và hỗ trợ nhằm cải thiện sức khỏe tâm thần và tạo điều kiện để người TGD tái tham gia vào quá trình GAMSTs sớm nhất có thể. Cần lưu ý rằng việc tiếp cận chuyển đổi y tế cho người TGD tạo điều kiện cho chuyển đổi xã hội và cải thiện mức độ an toàn nơi công cộng (Rood et al., 2017). Ngược lại, mức độ mà biểu hiện bên ngoài của người TGD phù hợp với bản dạng giới của họ là yếu tố dự báo tốt nhất về chất lượng cuộc sống và kết quả sức khỏe tâm thần sau chuyển đổi y tế (Austin & Goodman, 2017). Việc trì hoãn tiếp cận GAMSTs do sự hiện diện của các vấn đề sức khỏe tâm thần có thể làm trầm trọng

thêm các triệu chứng (Owen-Smith et al., 2018) và làm tổn hại mối quan hệ điều trị; do đó, chỉ nên thực hiện khi thực sự không còn cách nào khác.

Tuyên bố 5.3.e

Đảm bảo mọi tình trạng sức khỏe thể chất có thể ảnh hưởng tiêu cực đến kết quả của các điều trị y khoa khẳng định giới được đánh giá, cùng với việc thảo luận về nguy cơ và lợi ích, trước khi đưa ra quyết định điều trị.

Trong những trường hợp hiếm hoi, các điều trị khẳng định giới như can thiệp nội tiết và phẫu thuật, có thể gây ra các hậu quả do can thiệp y khoa hoặc làm trầm trọng thêm các tình trạng sức khỏe thể chất có sẵn (Hembree et al., 2017). Trong những trường hợp này, bất cứ khi nào có thể, cần thận trọng trong việc quản lý các tình trạng sức khỏe thể chất có sẵn trong khi bắt đầu (nếu phù hợp) hoặc khi tiếp tục các điều trị khẳng định giới. Mọi gián đoạn trong điều trị nên được rút ngắn tối đa và việc điều trị cần được tái khởi động sớm nhất có thể. Dữ liệu hạn chế và các kết quả không nhất quán cho thấy có mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch và chuyển hóa với liệu pháp hormone ở người TGD trưởng thành (Getahun, 2018; Iwamoto, Defreyne et al., 2019; Iwamoto et al., 2021; Spanos et al., 2020). Do khả năng gây hại liên quan đến điều trị dài hạn và các lợi ích có thể đạt được từ các biện pháp phòng ngừa được áp dụng trước và trong quá trình điều trị hormone, việc đánh giá cẩn thận các tình trạng sức khỏe thể chất trước khi bắt đầu điều trị là rất quan trọng. Một số tình trạng cụ thể, chẳng hạn như tiền sử ung thư nhạy cảm với hormone, có thể cần được đánh giá và quản lý thêm, và có thể loại trừ việc điều trị hormone (Center of Excellence for Transgender Health, 2016; Hembree et al., 2017).

Những mối quan tâm tương tự cũng có thể xuất hiện ở người TGD trưởng thành mong muốn tiếp cận các can thiệp phẫu thuật. Mỗi can thiệp phẫu thuật khẳng định giới đều có các nguy cơ cụ thể và những hậu quả bất lợi tiềm tàng (Bryson & Honig, 2019; Nassiri et al., 2020; Remington et al., 2018). Tuy nhiên, các nguy cơ đặc thù của từng can thiệp liên quan đến sự hiện diện của các tình trạng sức khỏe thể chất cụ thể chưa được nghiên cứu đầy đủ. Do đó, các mối quan tâm y khoa được người TGD nêu ra trong quá trình đánh giá thường không khác với những mối quan tâm của bất kỳ ứng viên phẫu thuật nào khác.

Xét đến các bất bình đẳng về sức khỏe tâm thần và thể chất (Brown & Jones, 2016) cũng như các rào cản

trong tiếp cận chăm sóc y tế (Safer et al., 2016) mà người TGD gặp phải, việc đánh giá các tình trạng sức khỏe thể chất của HCP không nên chỉ giới hạn ở tiền sử can thiệp y khoa. Nếu người TGD có các tình trạng sức khỏe thể chất, điều quan trọng là các tình trạng này được quản lý trong khi bắt đầu hoặc tiếp tục GAMSTs, bất cứ khi nào có thể. Mọi gián đoạn điều trị nên được thực hiện với mục tiêu tái khởi động điều trị sớm nhất có thể. Đồng thời, HCP cần xây dựng chiến lược điều trị nhằm quản lý các tình trạng sức khỏe thể chất theo cách tạo điều kiện cho sức khỏe và thúc đẩy sự tuân thủ nhất quán với kế hoạch điều trị.

Tuyên bố 5.3.f

Đánh giá năng lực đồng ý đối với các điều trị khẳng định giới cụ thể trước khi bắt đầu điều trị.

Thực hành đồng thuận dựa trên hiểu biết là trung tâm của việc cung cấp chăm sóc y tế. Đồng thuận dựa trên hiểu biết tuân theo nguyên tắc đạo đức rằng người nhận chăm sóc y tế cần hiểu rõ việc chăm sóc mà họ nhận được và mọi hậu quả tiềm tàng có thể xảy ra. Tầm quan trọng của đồng thuận dựa trên hiểu biết được lồng ghép trong nhiều quy định và hướng dẫn thực hành cho nhân viên y tế trên toàn thế giới (Jefford & Moore, 2008). Không thể biết trước tất cả các hậu quả tiềm tàng của một điều trị y tế; thay vào đó, việc xem xét những gì có thể “hợp lý” để mong đợi thường được sử dụng như một tiêu chí tối thiểu cho sự đồng thuận (Jefford & Moore, 2008; Spatz et al., 2016), và điều này vẫn đúng đối với GAMSTs. Khả năng đồng thuận với một thủ thuật y tế hoặc can thiệp lâm sàng đòi hỏi quá trình nhận thức phức tạp. Sự đồng thuận đòi hỏi năng lực nhận thức để hiểu các nguy cơ và lợi ích của điều trị cũng như các kết quả tiêu cực và tích cực tiềm tàng, cũng như khả năng ghi nhớ thông tin đó nhằm phục vụ cho việc ra quyết định (sử dụng các công cụ hỗ trợ khi cần) và khả năng nhận thức để vận dụng sự hiểu biết đó nhằm đưa ra một quyết định có hiểu biết (American Medical Association, 2021; Applebaum, 2007). Điều quan trọng là người TGD và HCP thực hiện đánh giá cần xem xét trước bản chất của điều trị được yêu cầu và các tác động tích cực và tiêu cực tiềm tàng của nó đối với các khía cạnh sinh học, tâm lý và xã hội trong cuộc sống của người TGD.

Việc nhận thức bệnh tâm thần là rất quan trọng, đặc biệt là các triệu chứng suy giảm nhận thức hoặc loạn thần, có thể ảnh hưởng đến khả năng đồng thuận với GAMSTs (Hostiuc et al., 2018). Tuy nhiên, sự hiện diện

của các triệu chứng này không nhất thiết đồng nghĩa với việc không có khả năng đưa ra sự đồng thuận, bởi vì nhiều người có các triệu chứng sức khỏe tâm thần đáng kể vẫn có thể hiểu đủ các nguy cơ và lợi ích của điều trị để đưa ra một quyết định có hiểu biết (Carpenter et al., 2000). Thay vào đó, điều quan trọng là phải tiến hành một đánh giá cẩn thận nhằm xem xét khả năng của từng người TGD trong việc hiểu bản chất của GAMST cụ thể đang được cân nhắc, xem xét các lựa chọn điều trị bao gồm nguy cơ và lợi ích, nhận thức được các hậu quả ngắn hạn và dài hạn tiềm tàng của quyết định, và truyền đạt lựa chọn của họ để có thể nhận được điều trị (Grootens-Wiegers et al., 2017).

Có thể có những trường hợp cá nhân thiếu năng lực đồng thuận với chăm sóc y tế, chẳng hạn như trong một đợt loạn thần cấp tính hoặc trong các tình huống suy giảm nhận thức kéo dài. Tuy nhiên, những giới hạn về năng lực đồng thuận với điều trị không nên ngăn cản cá nhân tiếp cận các GAMSTs phù hợp. Đối với một số người, việc hiểu các nguy cơ và lợi ích có thể đòi hỏi các giải thích lặp đi lặp lại bằng ngôn ngữ không chuyên môn theo thời gian hoặc sử dụng các sơ đồ để hỗ trợ giải thích và tăng cường hiểu biết. Một đánh giá toàn diện và kỹ lưỡng được thực hiện bởi nhóm chăm sóc y tế đa chuyên ngành có thể cung cấp thêm thông tin cho quá trình này. Đối với những người khác, có thể cần chỉ định một người ra quyết định thay thế, chẳng hạn như người giám hộ hợp pháp hoặc người ra quyết định độc lập được cơ quan quản lý phê duyệt. Những tình huống này cần được xem xét theo từng trường hợp cụ thể với mục tiêu đảm bảo việc chăm sóc y tế mang tính khẳng định và ít hạn chế nhất được cung cấp cho cá nhân. Xem thêm Chương 11—Môi trường thể chế.

Tuyên bố 5.3.g

Đánh giá năng lực của người trưởng thành chuyển giới và đa dạng giới trong việc hiểu tác động của điều trị khẳng định giới đối với sinh sản và thảo luận các lựa chọn sinh sản với cá nhân trước khi khởi động điều trị khẳng định giới.

Vì các can thiệp y khoa khẳng định giới thường ảnh hưởng đến khả năng sinh sản, HCP cần đảm bảo người TGD nhận thức được các hệ quả của điều trị đối với sinh sản và các lựa chọn lưu trữ giao tử và hỗ trợ sinh sản. Các điều trị hormone khẳng định giới đã được chứng minh là ảnh hưởng đến chức năng và khả năng sinh sản, mặc dù các hệ quả này không đồng nhất ở những người thuộc giới tính khi sinh khác nhau

(Adeleye et al., 2019; Jindarak et al., 2018; Taub et al., 2020). Có thể có những khác biệt cá nhân và sự dao động trong các tác động này ở người TGD trưởng thành. Do đó, điều thiết yếu là HCP phải thông tin cho người TGD về tác động có thể có của điều trị đối với khả năng sinh sản của họ trong quá trình đánh giá và xem đó như một phần của việc đánh giá năng lực đồng thuận đối với GAMSTs. Các lựa chọn sinh sản cần được cân nhắc và thảo luận trước khi bắt đầu các điều trị khẳng định giới. Do tài liệu y văn chưa rõ ràng về khả năng thụ thai trong khi đang điều trị hormone, có thể cần cung cấp thông tin về sự cần thiết sử dụng biện pháp ngừa thai để tránh mang thai ngoài ý muốn và các phương pháp tránh thai khác nhau (Light et al., 2014; Schubert & Carey, 2020).

Các nghiên cứu cắt ngang trên các mẫu lâm sàng và phi lâm sàng từ các quần thể khác nhau nhất quán cho thấy người TGD trưởng thành bày tỏ mong muốn làm cha mẹ và mong muốn theo đuổi bảo tồn khả năng sinh sản với các tỷ lệ khác nhau, liên quan đến tuổi, giới, và thời gian điều trị hormone khẳng định giới (Auer et al., 2018; De Sutter et al., 2002; Defreyne, Van Schuvlenbergh et al., 2020; Wierckx, Stuyver et al., 2012). Trong một mẫu nhỏ, việc cung cấp thông tin về khả năng sinh sản được phát hiện có ảnh hưởng đến quá trình ra quyết định liên quan đến việc sử dụng các biện pháp bảo tồn khả năng sinh sản (Chen et al., 2019). Mặc dù không có so sánh giữa các nhóm có và không nhận tư vấn về khả năng sinh sản, tỷ lệ bảo tồn khả năng sinh sản cao đã được ghi nhận sau tư vấn toàn diện về khả năng sinh sản ở người chuyển giới (Amir et al., 2020). Ngoài ra, một nghiên cứu cho thấy việc tham vấn với chuyên gia làm giảm sự hối tiếc liên quan đến quyết định có theo đuổi các thủ thuật bảo tồn khả năng sinh sản hay không (Vyas et al., 2021). Để biết thêm thông tin, xem Chương 16—Sức khỏe sinh sản.

Tuyên bố 5.4

Chúng tôi gợi ý rằng, như một phần của quá trình đánh giá cho điều trị hormone hoặc phẫu thuật khẳng định giới, các chuyên gia có năng lực trong việc đánh giá người chuyển giới và đa dạng giới mong muốn điều trị y khoa liên quan đến giới nên xem xét vai trò của chuyển đổi xã hội cùng với cá nhân đó.

Chuyển đổi xã hội có thể mang lại lợi ích rất lớn cho nhiều người TGD, mặc dù không phải tất cả người TGD đều có thể hoặc mong muốn chuyển đổi xã hội

(Bränström & Pachankis, 2021; Koehler et al., 2018; Nieder, Eyssel et al., 2020). Do đó, một số người TGD tìm đến các can thiệp khẳng định giới sau khi đã chuyển đổi xã hội, một số trước, một số trong quá trình, và một số trong bối cảnh không có chuyển đổi xã hội.

Chuyển đổi xã hội và việc công khai bản dạng giới có thể cải thiện sức khỏe tâm thần của người TGD tìm kiếm các can thiệp khẳng định giới (Hughto et al., 2020; McDowell et al., 2019). Ngoài ra, các phẫu thuật vùng ngực và khuôn mặt trước khi điều trị hormone có thể tạo điều kiện cho chuyển đổi xã hội (Altman, 2012; Davis & Colton Meier, 2014; Olson-Kennedy, Warus et al., 2018; Van Boerum et al., 2019). Là một phần của quá trình đánh giá, HCP nên thảo luận về vai trò xã hội nào là thoải mái nhất đối với người TGD, liệu có kế hoạch chuyển đổi xã hội hay không, và thời điểm cho bất kỳ chuyển đổi xã hội dự kiến nào (Barker & Wylie, 2008). Điều bắt buộc trong quá trình đánh giá là HCP phải tôn trọng sự đa dạng rộng lớn của các vai trò xã hội mang tính giới, bao gồm cả các bản dạng và cách thể hiện phi nhị nguyên cũng như nhị nguyên, vốn thay đổi tùy theo văn hóa, cộng đồng địa phương và cách hiểu của từng cá nhân.

Không phải tất cả những người yêu cầu GAMSTs đều muốn hoặc có thể chuyển đổi xã hội. Ít có thông tin về những người TGD không chuyển đổi xã hội trước, trong hoặc sau điều trị y khoa, vì điều này chưa được nghiên cứu một cách hệ thống. Những lý do thường gặp nhất được xác định cho việc tránh chuyển đổi xã hội là sợ bị gia đình hoặc bạn bè bỏ rơi, lo sợ mất mát kinh tế (Bradford et al., 2013), và bị phân biệt đối xử cũng như kỳ thị (Langenderfer-Magruder et al., 2016; McDowell et al., 2019; White Hughto et al., 2015). Tuy nhiên, một số người không theo đuổi chuyển đổi xã hội vì họ cảm thấy các điều trị hormone hoặc phẫu thuật mang lại đủ sự cải thiện chủ quan để làm giảm phiền muộn giới.

Nếu không có kế hoạch rõ ràng hoặc không mong muốn chuyển đổi xã hội, cần có đánh giá bổ sung để xác định bản chất cụ thể và tính phù hợp của yêu cầu điều trị, đặc biệt nếu yêu cầu điều trị phẫu thuật. Đánh giá bổ sung có thể mang lại cho người TGD cơ hội xem xét các tác động có thể có của việc không chuyển đổi xã hội trong khi vẫn tiếp nhận GAMSTs. Do thiếu dữ liệu về kết quả sức khỏe ở người TGD không chuyển đổi xã hội (Evans et al., 2021; Levine, 2009; Turban, Loo et al., 2021), GAMSTs nên được tiếp cận một cách thận trọng trong những hoàn cảnh này.

Tuyên bố 5.5

Chúng tôi khuyến nghị rằng người trưởng thành chuyển giới và đa dạng giới đáp ứng các tiêu chí để điều trị y khoa và phẫu thuật khẳng định giới chỉ cần một ý kiến chuyên môn để khởi động điều trị này, được đưa ra bởi một chuyên gia có năng lực trong việc đánh giá người chuyển giới và đa dạng giới mong muốn điều trị y khoa và phẫu thuật liên quan đến giới.

Các phiên bản trước của Hướng dẫn SOC yêu cầu người TGD phải được đánh giá để tiếp cận GAMSTs bởi hai HCP đủ điều kiện. Việc có hai ý kiến độc lập được cho là thực hành tốt nhất vì giúp đảm bảo an toàn cho cả người TGD và HCP. Ví dụ, người ta cho rằng việc gặp hai HCP sẽ mang lại sự bảo đảm cho cả người TGD và các HCP đánh giá họ khi theo đuổi các can thiệp y khoa không thể đảo ngược.

Tuy nhiên, các nghiên cứu hạn chế trong lĩnh vực này cho thấy hai ý kiến phần lớn là không cần thiết. Ví dụ, Jones, Brewin và cộng sự (2017) đã rà soát hồ sơ bệnh án của các HCP giàu kinh nghiệm làm việc trong một dịch vụ giới được tài trợ bởi nhà nước và nhận thấy có sự tương quan áp đảo giữa hai ý kiến—có thể lập luận rằng một trong hai ý kiến là dư thừa. Ngoài ra, Bouman và cộng sự (2014) xác định rằng yêu cầu hai người đánh giá độc lập phản ánh tính gia trưởng trong các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và làm dấy lên nguy cơ vi phạm quyền tự chủ của người TGD. Các tác giả cho rằng khi thân chủ được chuẩn bị và đánh giá đầy đủ dưới sự chăm sóc của một nhóm đa chuyên ngành, thì việc đánh giá độc lập lần thứ hai là không cần thiết.

Do đó, nếu cần có tài liệu bằng văn bản hoặc thư giới thiệu để khuyến cáo điều trị y khoa và phẫu thuật khẳng định giới (GAMST), người TGD tìm kiếm các điều trị bao gồm hormone và các phẫu thuật khẳng định giới như phẫu thuật sinh dục, ngực, khuôn mặt và các phẫu thuật khác chỉ cần một ý kiến/chữ ký bằng văn bản duy nhất từ một HCP có năng lực đánh giá và chẩn đoán độc lập (Bouman et al., 2014; Yuan et al., 2021). Các ý kiến/chữ ký bổ sung bằng văn bản có thể được yêu cầu khi có nhu cầu lâm sàng cụ thể.

Tuyên bố 5.6

Chúng tôi gợi ý rằng các chuyên gia y tế đánh giá người chuyển giới và đa dạng giới tìm kiếm phẫu thuật cắt bỏ tuyến sinh dục nên cân nhắc tối thiểu 6 tháng điều trị hormone phù hợp với mục tiêu giới họ, trước khi người đó trải qua can thiệp phẫu thuật

không thể đảo ngược (trừ khi hormone không được chỉ định về mặt lâm sàng cho cá nhân đó).

Hướng dẫn Thực hành Lâm sàng của Hội Nội tiết (The Endocrine Society Clinical Practice Guidelines) khuyến cáo một giai đoạn điều trị hormone liên tục trước phẫu thuật sinh dục (Hembree et al., 2017). Mặc dù có ít nghiên cứu hỗ trợ, khuyến cáo này được coi là thực hành lâm sàng tốt vì cho phép một trải nghiệm có thể đảo ngược trước khi bước vào trải nghiệm không thể đảo ngược của phẫu thuật. Ví dụ, có thể có những thay đổi về ham muốn tình dục sau phẫu thuật sinh dục loại bỏ tinh hoàn (Lawrence, 2005; Wierckx, Van de Peer et al., 2014). Trong bối cảnh này, việc ức chế testosterone có thể đảo ngược mang lại cho người TGD một khoảng thời gian để trải nghiệm sự vắng mặt của testosterone và quyết định xem điều đó có phù hợp với họ hay không. Cần lưu ý rằng các tác động của việc giảm estrogen đối với ham muốn và chức năng tình dục của người TGD sau phẫu thuật cắt buồng trứng ít được ghi nhận hơn.

Phẫu thuật loại bỏ tuyến sinh dục là một thủ thuật không thể đảo ngược, dẫn đến mất khả năng sinh sản và mất các tác động của hormone sinh dục nội sinh. Cả hai hệ quả này phải được thảo luận như một phần của quá trình đánh giá. Để biết thêm thông tin, xem Chương 16—Sức khỏe sinh sản. Tất nhiên, hormone không được chỉ định về mặt lâm sàng cho những người TGD trưởng thành không mong muốn sử dụng hoặc trong các trường hợp bị chống chỉ định do lý do sức khỏe. Để biết thêm thông tin, xem Chương 13—Phẫu thuật và Chăm sóc hậu phẫu.

Tuyên bố 5.7

Chúng tôi khuyến nghị rằng các chuyên gia y tế đánh giá người trưởng thành mong muốn đảo ngược chuyển giới và tìm kiếm can thiệp hormone liên quan đến giới, can thiệp phẫu thuật, hoặc cả hai, nên sử dụng một đánh giá đa chuyên ngành toàn diện, bao gồm các quan điểm bổ sung từ các chuyên gia y tế có kinh nghiệm trong lĩnh vực sức khỏe chuyển giới và cùng với cá nhân đó xem xét vai trò của chuyển đổi xã hội như một phần của quá trình đánh giá.

Nhiều người TGD trưởng thành có thể cân nhắc nhiều bản dạng và các yếu tố của biểu hiện giới trong khi họ khám phá bản dạng giới của mình và xem xét các lựa chọn chuyển đổi. Theo đó, một số người có thể sống trong một bản dạng hoặc biểu hiện giới trong một

khoảng thời gian trước khi nhận ra rằng điều đó không còn phù hợp, và sau đó điều chỉnh hoặc quay lại một bản dạng hay biểu hiện trước đó (Turban, King et al., 2021). Một số người TGD trưởng thành cũng có thể trải qua sự thay đổi bản dạng giới theo thời gian, dẫn đến nhu cầu điều trị y khoa của họ thay đổi. Đây là một quá trình lành mạnh và hợp lý để xác định cách sống thoải mái và phù hợp nhất, được định hình bởi bản dạng giới của cá nhân và bối cảnh cuộc sống của họ. Quá trình khám phá bản dạng này không nhất thiết phải được xem là sự hối tiếc, nhầm lẫn hoặc ra quyết định kém, bởi vì bản dạng giới của một người TGD trưởng thành có thể thay đổi mà không làm mất giá trị các quyết định chuyển đổi trước đó (MacKinnon et al., 2021; Turban, Loo et al., 2021). Người TGD trưởng thành nên được hỗ trợ trong quá trình khám phá này và trong mọi thay đổi khác của bản dạng của họ (Expósito-Campos, 2021). Trong khi việc khám phá vẫn tiếp diễn, các điều trị khẳng định giới không thể đảo ngược nên được tránh cho đến khi đạt được sự rõ ràng về các mục tiêu và kết quả dài hạn.

Quyết định đảo ngược chuyển giới dường như là hiếm gặp (Defreyne, Motmans et al., 2017; Hadje-Moussa et al., 2019; Wiepjes et al., 2018). Các ước tính về số lượng người đảo ngược chuyển giới do thay đổi bản dạng có khả năng bị phóng đại do các nghiên cứu trộn lẫn các nhóm đối tượng khác nhau (Expósito-Campos, 2021). Ví dụ, các nhóm nghiên cứu về đảo ngược chuyển giới thường bao gồm cả những người TGD trưởng thành lựa chọn đảo ngược chuyển giới do thay đổi bản dạng cũng như những người đảo ngược chuyển giới mà không có sự thay đổi bản dạng. Trong khi rất ít nghiên cứu được tiến hành một cách hệ thống để xem xét các biến số liên quan đến quyết định dừng quá trình chuyển đổi hoặc đảo ngược chuyển giới, một nghiên cứu gần đây cho thấy phần lớn người TGD lựa chọn đảo ngược chuyển giới làm vậy do các yếu tố bên ngoài, chẳng hạn như kỳ thị và thiếu hỗ trợ xã hội, chứ không phải do thay đổi bản dạng giới (Turban, King et al., 2021). Những người TGD trưởng thành không trải qua thay đổi bản dạng có thể lựa chọn dừng chuyển đổi hoặc đảo ngược chuyển giới do áp bức, bạo lực và xung đột xã hội/quan hệ, biến chứng phẫu thuật, lo ngại về sức khỏe, chống chỉ định về thể chất, thiếu nguồn lực hoặc không hài lòng với kết quả (Expósito-Campos, 2021). Trong những trường hợp này, các chuyên gia sức khỏe tâm thần là phù hợp để hỗ trợ người TGD đối diện với các thách thức này.

Mặc dù việc lựa chọn đảo ngược chuyển giới là hiếm gặp theo tỷ lệ, dự kiến rằng sự gia tăng tổng thể số lượng người trưởng thành xác định là TGD sẽ dẫn đến sự gia tăng về số lượng tuyệt đối những người tìm kiếm việc dùng hoặc đảo ngược quá trình chuyển đổi. Tuy nhiên, dù số lượng tuyệt đối có thể tăng, tỷ lệ những người tìm cách dùng hoặc đảo ngược các thay đổi thể chất vĩnh viễn được kỳ vọng sẽ vẫn ổn định và ở mức thấp. Sự tồn tại của những yêu cầu hiếm hoi này không được sử dụng như một lý do để gián đoạn việc chăm sóc thiết yếu, cần thiết về mặt y khoa—bao gồm điều trị hormone và phẫu thuật—đối với đại đa số người TGD trưởng thành.

Do các nghiên cứu trong lĩnh vực này còn hạn chế, hướng dẫn lâm sàng chủ yếu dựa trên các ca bệnh đơn lẻ và ý kiến chuyên gia của các HCP làm việc với người TGD trưởng thành (Expósito-Campos, 2021; Richards & Barrett, 2020). Theo đó, nếu một người TGD trưởng thành đã trải qua các thay đổi thể chất vĩnh viễn và tìm cách đảo ngược chúng, HCP đánh giá nên là thành viên của một nhóm đánh giá đa chuyên ngành toàn diện. Nhóm đa chuyên ngành cho phép đóng góp thêm các quan điểm từ những HCP có kinh nghiệm trong lĩnh vực sức khỏe chuyển giới. Phối hợp với người TGD trưởng thành, nhóm đa chuyên ngành được khuyến khích hiểu thấu đáo các động cơ dẫn đến điều trị ban đầu cũng như quyết định đảo ngược chuyển giới. Mọi mối quan ngại về các thay đổi thể chất trước đó cần được khám phá cẩn trọng và cần có nỗ lực đáng kể để đảm bảo những mối quan ngại tương tự không bị lặp lại trong quá trình đảo ngược.

Để đảm bảo khả năng cao nhất về sự hài lòng và thoải mái với việc đảo ngược các thay đổi thể chất vĩnh viễn, người TGD trưởng thành và nhóm đa chuyên ngành nên cùng nhau xem xét vai trò của chuyển đổi xã hội trong quá trình đánh giá và trong sự chuẩn bị cho việc đảo ngược. Trong những trường hợp như vậy, rất có khả năng sẽ cần một giai đoạn kéo dài sống trong vai trò phù hợp trước khi khuyến cáo các thay đổi thể chất tiếp theo. Chuyên gia y tế nên hỗ trợ người TGD trưởng

thành trong mọi thay đổi xã hội, cũng như trong các cảm xúc thất bại, xấu hổ, trầm cảm hoặc tội lỗi khi đưa ra quyết định thay đổi như vậy. Ngoài ra, cần hỗ trợ cá nhân đối phó với bất kỳ định kiến hoặc khó khăn xã hội nào mà họ có thể đã trải qua dẫn đến quyết định đảo ngược chuyển giới hoặc phát sinh từ quyết định đó. Việc giúp người đó duy trì sự gắn kết với hệ thống chăm sóc y tế trong suốt quá trình cũng là điều quan trọng (Narayan et al., 2021).

Mặc dù các nghiên cứu hiện có nhất quán cho thấy các kết quả tích cực đối với đa số người TGD trưởng thành lựa chọn chuyển đổi (Aldridge et al., 2020; Byne et al., 2012; Gorin-Lazard et al., 2012; Owen-Smith et al., 2018; White Hughto & Reisner, 2016), một số người TGD trưởng thành có thể mất cân bằng hoặc trải qua tình trạng xấu đi sau chuyển đổi. Rất ít nghiên cứu được tiến hành để xem xét một cách hệ thống các biến số liên quan đến các kết quả sinh học, tâm lý hoặc xã hội kém hoặc xấu đi sau chuyển đổi (Hall et al., 2021; Littman, 2021); tuy nhiên, hiện tượng này dường như là hiếm gặp (Hall et al., 2021; Wiepjes et al., 2018). Trong những trường hợp mà cá nhân mất cân bằng sau chuyển đổi thể chất hoặc xã hội và sau đó vẫn ở trong tình trạng sinh học, tâm lý hoặc xã hội kém hơn so với trước khi chuyển đổi, cần cân nhắc nghiêm túc liệu việc chuyển đổi có hữu ích tại thời điểm này, đối với cá nhân này, hoặc cả hai hay không. Trong những trường hợp việc điều trị không còn được ủng hộ, cần sắp xếp hỗ trợ để giúp cá nhân quản lý quá trình dừng điều trị và xử lý các khó khăn đi kèm (Narayan et al., 2021).

Điều thiết yếu là những người đảo ngược chuyển giới, vì bất kỳ lý do nào, đều phải được hỗ trợ. Tuy nhiên, cần ghi nhớ rằng đây là hiện tượng hiếm gặp và y văn cho thấy các kết quả tích cực nhất quán đối với đại đa số người TGD trưởng thành chuyển đổi sang một giới phù hợp và thoải mái với họ, bao gồm cả những người nhận các GAMSTs (Byne et al., 2012; Green & Fleming, 1990; Lawrence, 2003; Motmans et al., 2012; Van de Grift, Elaut et al., 2018).

CHƯƠNG 6 - Trẻ Vị Thành Niên

Bối cảnh lịch sử và những thay đổi so với các Tiêu chuẩn Chăm sóc trước đây

Chăm sóc sức khỏe chuyên biệt cho trẻ vị thành niên chuyển giới bắt đầu từ những năm 1980, khi một số ít phòng khám chuyên về giới tính dành cho trẻ em và thanh thiếu niên được phát triển trên thế giới, phục vụ lượng nhỏ trẻ em và thanh thiếu niên. Trong những năm gần đây, số lượng thanh thiếu niên có nhu cầu chăm sóc sức khỏe về giới đã tăng mạnh (Arnoldussen et al., 2019; Kaltiala, Bergman et al., 2020). Kể từ đó, dù các phòng khám mới đã được thành lập, nhưng các dịch vụ lâm sàng ở nhiều nơi vẫn chưa bắt kịp với số lượng ngày càng tăng những người trẻ tìm kiếm sự chăm sóc. Do đó, tình trạng danh sách chờ kéo dài thường xuyên xảy ra, và vẫn tồn tại những rào cản trong việc tiếp cận chăm sóc đối với nhiều thanh thiếu niên chuyển giới trên toàn thế giới (Tollit et al., 2018).

Cho đến gần đây, vẫn còn rất ít thông tin về tỷ lệ đa dạng giới ở thanh thiếu niên. Các nghiên cứu được thực hiện trên mẫu học sinh trung học cho thấy tỷ lệ này cao hơn nhiều so với suy nghĩ trước đây, với báo cáo cho thấy có tới 1,2% người tham gia tự xác định là người chuyển giới (Clark et al, 2014), và có tới 2,7% hoặc hơn (ví dụ: 7–9%) trải nghiệm một mức độ nào đó của sự đa dạng giới được tự báo cáo (Eisenberg et al, 2017; Kidd et al, 2021; Wang et al, 2020). Những nghiên cứu này cho thấy rằng sự đa dạng giới ở thanh thiếu niên không còn nên được xem là hiếm gặp. Bên cạnh đó, một mô hình tỷ lệ không đồng đều theo giới tính được xác định khi sinh đã được ghi nhận tại các phòng khám giới tính, trong đó các trẻ vị thành niên được xác định là nữ khi sinh (AFAB) khởi đầu chăm sóc y tế nhiều hơn từ 2,5 đến 7,1 lần so với các trẻ vị thành niên được xác định là nam khi sinh (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).

Một chương riêng trong Tiêu chuẩn Chăm sóc (Standards of Care - SOC) của Hiệp hội Chuyên gia Thế giới về Sức khỏe Người Chuyển giới (WPATH), dành riêng cho nhu cầu của trẻ em và thanh thiếu niên, lần đầu tiên được đưa vào phiên bản thứ 5 năm 1998 (Levine et al, 1998). Thanh thiếu niên từ 16 tuổi trở lên được xem là có khả năng đủ điều kiện để nhận chăm sóc y tế khẳng định giới, nhưng chỉ trong một số trường hợp cụ thể. Các phiên bản tiếp theo – phiên bản thứ 6

(Meyer et, 2005) và thứ 7 (Coleman et al, 2012) – đã phân chia các can thiệp y tế khẳng định giới cho thanh thiếu niên thành ba nhóm, đồng thời đưa ra tiêu chí đủ điều kiện dựa theo độ tuổi và giai đoạn phát triển dậy thì, cụ thể như sau: liệu pháp ức chế dậy thì hoàn toàn có thể đảo ngược (sử dụng thuốc chẹn trục hạ đồi – tuyến yên – sinh dục) được chỉ định ngay khi dậy thì đã bắt đầu; liệu pháp hormone giới tính – một phần có thể đảo ngược (testosterone, estrogen), áp dụng cho thanh thiếu niên đã đạt độ tuổi trưởng thành theo pháp luật, tức 16 tuổi ở một số quốc gia châu Âu; can thiệp phẫu thuật không thể đảo ngược, được khuyến nghị từ 18 tuổi trở lên, ngoại trừ phẫu thuật cắt tuyến vú để tạo hình ngực nam tính (mastectomy), có thể được thực hiện từ 16 tuổi. Các tiêu chí bổ sung để đủ điều kiện nhận chăm sóc y tế liên quan đến giới bao gồm có tiền sử kéo dài và dai dẳng từ thời thơ ấu về không phù hợp giới tính được xác định khi sinh hoặc phiên muộn giới, xuất hiện hoặc tăng lên khi bắt đầu dậy thì; không có hoặc đã kiểm soát được các vấn đề tâm lý, y tế hoặc xã hội có thể cản trở quá trình điều trị; có sự đồng thuận và hỗ trợ từ cha mẹ hoặc người giám hộ đối với việc bắt đầu can thiệp y tế; có sự đồng thuận tham gia điều trị sau khi được cung cấp đầy đủ thông tin. Một chương riêng biệt dành cho thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới – tách biệt với chương dành cho trẻ em – đã được đưa vào phiên bản thứ 8 của Tiêu chuẩn Chăm sóc nhằm phản ánh: 1) sự gia tăng đột biến trong tỷ lệ thanh thiếu niên được giới thiệu đến chăm sóc; 2) số lượng nghiên cứu ngày càng tăng về chăm sóc y tế liên quan đến đa dạng giới ở thanh thiếu niên; 3) những vấn đề đặc thù về phát triển và chăm sóc khẳng định giới ở lứa tuổi này.

Các thuật ngữ không cụ thể liên quan đến chăm sóc giới (như “mô hình khẳng định giới”, “mô hình khám phá giới”) được tránh sử dụng, vì chúng không đại diện cho thực hành thống nhất, mà là các cách tiếp cận chăm sóc khác nhau được định nghĩa không đồng nhất giữa các trung tâm.

Tổng quan về giai đoạn vị thành niên

Giai đoạn vị thành niên là một giai đoạn phát triển đặc trưng bởi sự trưởng thành nhanh chóng về thể chất và tâm lý, đóng vai trò là cầu nối giữa thời thơ ấu và tuổi trưởng thành (Sanders, 2013). Trong giai đoạn này, nhiều quá trình phát triển xảy ra đồng thời, bao gồm cả các thay đổi do dậy thì khởi phát. Các hệ thống nhận thức, cảm xúc và xã hội dần hoàn thiện, đồng thời các thay đổi thể chất liên quan đến dậy thì cũng tiến triển.

Tuy nhiên, các quá trình này không bắt đầu hoặc kết thúc cùng thời điểm ở mọi cá nhân, và cũng không xảy ra ở cùng một độ tuổi đối với tất cả mọi người. Do đó, giới hạn dưới và trên của giai đoạn vị thành niên không thể xác định chính xác chỉ dựa vào độ tuổi. Ví dụ, các thay đổi thể chất do dậy thì có thể bắt đầu từ cuối thời thơ ấu, trong khi sự phát triển của các hệ thống thần kinh điều hành tiếp tục phát triển cho đến khoảng giữa độ tuổi 20 (Ferguson et al, 2021). Bên cạnh đó, việc xác định độ tuổi trưởng thành (tức độ tuổi được quyền tự quyết về mặt pháp lý) cũng không đồng nhất giữa các quốc gia (Dick et al, 2014). Trong khi nhiều quốc gia quy định tuổi trưởng thành là 18, thì ở một số nơi, tuổi này có thể thấp hơn (15 tuổi như Indonesia và Myanmar), hoặc cao hơn (21 tuổi như bang Mississippi của Hoa Kỳ và Singapore).

Để rõ ràng, chương này áp dụng cho nhóm vị thành niên từ khi bắt đầu dậy thì cho đến độ tuổi trưởng thành theo pháp luật (thường là 18 tuổi). Tuy nhiên, một số nội dung phát triển được đề cập trong chương này, bao gồm tầm quan trọng của sự tham gia từ phụ huynh hoặc người chăm sóc, vẫn thường có liên quan trong quá trình chăm sóc cho nhóm thanh niên chuyển tiếp sang giai đoạn trưởng thành, và cần được cân nhắc một cách phù hợp.

Phát triển nhận thức ở tuổi vị thành niên thường được đặc trưng bởi sự tiến bộ trong tư duy trừu tượng, lý luận phức tạp và siêu nhận thức (tức khả năng của thanh thiếu niên trong việc suy nghĩ về cảm xúc của chính mình trong mối liên hệ với cách người khác nhìn nhận về họ; Sanders, 2013). Khả năng suy luận các tình huống giả định giúp thanh thiếu niên hình dung được những hệ quả tiềm tàng của một quyết định cụ thể. Tuy nhiên, giai đoạn vị thành niên cũng thường đi kèm với sự gia tăng các hành vi tìm kiếm cảm giác mạnh hoặc chấp nhận rủi ro. Song song với các thay đổi nổi bật đó, tuổi vị thành niên còn được đặc trưng bởi quá trình tách biệt dần khỏi cha mẹ và phát triển tính tự chủ cá nhân. Ở giai đoạn này, các mối quan hệ bạn bè trở nên đặc biệt quan trọng, vừa có thể mang lại tác động tích cực, vừa có thể gây ảnh hưởng tiêu cực (Gardner & Steinberg, 2005). Thanh thiếu niên thường trải qua cảm giác cấp bách xuất phát từ sự nhạy cảm quá mức với phần thưởng, và cảm nhận về thời gian của các em được chứng minh là khác biệt so với người trưởng thành (Van Leijenhorst et al, 2010). Phát triển cảm xúc – xã hội thường có những tiến triển trong giai đoạn vị thành niên, tuy nhiên mức độ trưởng thành trong giao tiếp nội

tâm và giao tiếp xã hội giữa các thanh thiếu niên có sự dao động lớn (Grootens-Wiegers et al, 2017). Đối với thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới (TGD) đang đưa ra quyết định về các can thiệp khẳng định giới – những quyết định có thể mang tính chất lâu dài – thì việc hiểu rõ toàn diện những yếu tố phát triển nêu trên là rất quan trọng, vì chúng có thể ảnh hưởng đến quá trình ra quyết định của từng cá nhân, trong từng bối cảnh văn hóa cụ thể.

Phát triển bản dạng giới trong giai đoạn vị thành niên

Hiểu biết của chúng ta về sự phát triển bản dạng giới trong giai đoạn vị thành niên vẫn đang tiếp tục được hoàn thiện. Khi cung cấp dịch vụ chăm sóc lâm sàng cho thanh thiếu niên đa dạng giới và gia đình của họ, điều quan trọng là hiểu được đâu là những điều đã rõ và đâu là những điều còn chưa chắc chắn liên quan đến quá trình phát triển bản dạng giới (Berenbaum, 2018). Khi xem xét các phương án can thiệp, các gia đình có thể đặt ra câu hỏi về quá trình hình thành bản dạng giới của con em mình, và liệu bản dạng giới mà thanh thiếu niên khẳng định hiện tại có duy trì ổn định theo thời gian hay không. Đối với một số thanh thiếu niên, bản dạng giới được khẳng định khác với giới tính được xác định khi sinh không phải là điều bất ngờ đối với cha mẹ/người chăm sóc, vì biểu hiện đa dạng giới của các em đã xuất hiện từ thời thơ ấu (Leibowitz & de Vries, 2016). Đối với những trẻ khác, việc khẳng định bản dạng giới có thể chỉ xuất hiện khi bắt đầu có những thay đổi dậy thì, hoặc thậm chí muộn hơn – trong giai đoạn giữa tuổi vị thành niên (McCallion et al, 2021; Sorbara et al, 2020).

Trước đây, các nghiên cứu về phát triển giới dựa trên lý thuyết học tập xã hội và phát triển nhận thức chủ yếu được thực hiện trên trẻ không có biểu hiện đa dạng giới, và thường được xây dựng dựa trên giả định rằng giới tính sinh học tương ứng với một bản dạng giới nhất định. Vì vậy, phát triển bản dạng giới từng ít được chú trọng trong nghiên cứu. Bên cạnh các yếu tố sinh học ảnh hưởng đến sự phát triển bản dạng giới, nghiên cứu cũng cho thấy các yếu tố tâm lý và xã hội cũng đóng vai trò quan trọng (Perry & Pauletti, 2011). Mặc dù có ít nghiên cứu hơn về phát triển bản dạng giới ở thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới (TGD), nhưng có nhiều cơ sở để cho rằng, ngoài yếu tố sinh học, các yếu tố tâm lý – xã hội cũng tham gia vào quá trình này (Steensma, Kreukels et al, 2013). Đối với một số thanh thiếu niên, bản dạng giới có thể ổn định từ sớm và được

biểu hiện rõ ràng ngay từ khi còn nhỏ; trong khi đó, với những trẻ khác, bản dạng giới có thể được hình thành qua một quá trình phát triển kéo dài theo thời gian.

Các nghiên cứu hình ảnh học thần kinh, nghiên cứu di truyền, và các nghiên cứu nội tiết tố ở người liên giới tính đã cho thấy rằng có sự đóng góp của yếu tố sinh học trong quá trình hình thành bản dạng giới ở một số cá nhân có bản dạng giới không trùng khớp với giới tính được xác định khi sinh (Steensma, Kreukels et al, 2013). Vì các gia đình thường đặt câu hỏi liên quan đến chính vấn đề này, nên điều quan trọng cần lưu ý là: hiện nay chưa thể phân biệt rõ ràng giữa những người có bản dạng giới dường như đã ổn định từ khi sinh ra với những người mà bản dạng giới được hình thành như một quá trình phát triển theo thời gian. Do không thể xác định chắc chắn mức độ đóng góp của từng yếu tố khác nhau trong quá trình hình thành bản dạng giới ở mỗi thanh thiếu niên, nên việc tiếp cận lâm sàng toàn diện là cần thiết và quan trọng (xem Tuyên bố số 3). Các nghiên cứu trong tương lai sẽ giúp làm sáng tỏ hơn về quá trình phát triển bản dạng giới nếu được thực hiện trong thời gian dài và trên các nhóm đoàn hệ đa dạng. Việc thay đổi cách tiếp cận khái niệm bản dạng giới – từ mô hình nhị nguyên (nam hoặc nữ) sang phổ bản dạng giới liên tục cũng là điều cần thiết (APA, 2013).

Giai đoạn vị thành niên có thể là một thời điểm then chốt trong quá trình phát triển bản dạng giới ở thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới (TGD) (Steensma, Kreukels et al, 2013). Các nghiên cứu theo dõi lâm sàng tại Hà Lan trên các thanh thiếu niên có phiền muộn giới từ thời thơ ấu và được can thiệp bằng ức chế dậy thì, liệu pháp hormone khẳng định giới, hoặc cả hai, cho thấy không có trường hợp nào trong số những người tham gia hối hận về quyết định của mình khi bước vào tuổi trưởng thành (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; de Vries et al, 2014). Kết quả này cho thấy rằng, đối với những thanh thiếu niên đã được đánh giá lâm sàng toàn diện và xác định là có đủ mức độ trưởng thành cảm xúc để đưa ra quyết định điều trị y tế khẳng định giới, thì bản dạng giới của họ nhìn chung ổn định trong suốt thời gian nghiên cứu.

Tuy nhiên, khi áp dụng các kết quả từ các nghiên cứu dài hạn tại Hà Lan cho nhóm thanh thiếu niên đa dạng giới trong bối cảnh hiện tại, điều quan trọng là phải cân nhắc những thay đổi xã hội đã diễn ra theo thời gian liên quan đến cộng đồng thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới (TGD). Trước sự gia tăng mức độ hiện diện công khai của các bản dạng TGD, cần hiểu

rằng sự nhận thức xã hội ngày càng tăng có thể ảnh hưởng đến quá trình phát triển bản dạng giới theo những cách khác nhau (Kornienko et al, 2016). Một xu hướng đang được ghi nhận là ngày càng có nhiều thanh thiếu niên tìm đến các phòng khám giới với bản dạng phi nhị nguyên (Twist & de Graaf, 2019). Một hiện tượng khác trong thực hành lâm sàng là ngày càng có nhiều thanh thiếu niên tìm kiếm chăm sóc dù trước đó không có biểu hiện rõ ràng hoặc trải nghiệm được ghi nhận về sự đa dạng giới trong thời thơ ấu. Một nhà nghiên cứu đã cố gắng mô tả một hình thức đa dạng giới khởi phát muộn như vậy (Littman, 2018). Tuy nhiên kết quả của nghiên cứu này cần được xem xét trong bối cảnh những hạn chế lớn về phương pháp, bao gồm: 1) Nghiên cứu khảo sát phụ huynh, chứ không phải thanh thiếu niên trực tiếp; 2) Cách tuyển chọn mẫu nghiêng về các nhóm phụ huynh từ cộng đồng vốn có quan điểm hoài nghi hoặc phản đối các can thiệp điều trị đối với khó chịu giới. Ngoài ra, các phát hiện từ nghiên cứu này chưa từng được lặp lại trong các nghiên cứu khác. Với một nhóm nhỏ thanh thiếu niên, tác động của ảnh hưởng xã hội đến quá trình phát triển bản dạng giới có thể là một yếu tố phân biệt quan trọng cần được xem xét (Kornienko et al, 2016). Tuy nhiên, cần hết sức thận trọng, không nên vội vàng gán hiện tượng này cho một cá nhân cụ thể khi mà thông tin đưa ra lại dựa trên các dữ liệu có thể mang sai lệch do cách chọn mẫu (Bauer et al, 2022; WPATH, 2018). Điều quan trọng là cần cân nhắc đến lợi ích của sự kết nối xã hội đối với thanh thiếu niên TGD, đặc biệt khi các em được kết nối với những người ủng hộ và hỗ trợ mình (Tuzun et al, 2022) (xem Tuyên bố số 4).

Trước bản chất còn đang phát triển của lý thuyết liên quan đến quá trình hình thành bản dạng giới ở tuổi vị thành niên, việc tiếp cận lâm sàng cá thể hóa được xem là vừa cần thiết vừa phù hợp về mặt đạo đức. Như trong tất cả các lĩnh vực khác của y học, mỗi nghiên cứu đều có những giới hạn về mặt phương pháp, và các kết luận rút ra từ nghiên cứu không thể và không nên được áp dụng một cách đồng nhất cho tất cả thanh thiếu niên. Điều này cũng đúng khi giải quyết những băn khoăn thường gặp từ phụ huynh liên quan đến sự ổn định hay không ổn định trong quá trình phát triển bản dạng giới của con em họ. Dù các nghiên cứu trong tương lai sẽ tiếp tục đóng góp vào việc nâng cao hiểu biết khoa học về bản dạng giới, thì vẫn có thể luôn tồn tại những khoảng trống nhất định. Tuy nhiên, với nguyên tắc đạo đức về quyền tự quyết trong chăm sóc y tế, những

khoảng trống này không nên trở thành lý do để từ chối hoặc trì hoãn việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc cần thiết và quan trọng cho thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới (TGD).

Bằng chứng nghiên cứu về điều trị y khoa khẳng định giới cho thanh thiếu niên chuyển giới

Một thách thức then chốt trong chăm sóc sức khỏe cho thanh thiếu niên chuyển giới là chất lượng bằng chứng đánh giá hiệu quả của các can thiệp y tế và phẫu thuật khẳng định giới cần thiết về mặt y khoa (GAMSTs) theo thời gian (xem tuyên bố về tính cần thiết y khoa trong chương khả năng áp dụng toàn cầu, Tuyên bố 2.1). Do các can thiệp y tế này có thể bắt đầu từ độ tuổi còn rất trẻ và mang theo những hệ quả suốt đời, thanh thiếu niên, cha mẹ của họ, cũng như các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần được cung cấp đầy đủ thông tin về bản chất và chất lượng của các bằng chứng hiện có. Việc đưa ra quyết định tiến hành can thiệp y tế hoặc phẫu thuật khẳng định giới nên được cân nhắc một cách cẩn trọng. Mặc dù hiện nay đã có một số bằng chứng ngày càng tăng cho thấy hiệu quả của việc can thiệp y tế sớm, nhưng số lượng nghiên cứu vẫn còn hạn chế, và các nghiên cứu đánh giá kết quả dài hạn khi thanh thiếu niên trưởng thành vẫn rất ít. Vì lý do đó, chưa thể thực hiện một tổng quan hệ thống về kết quả điều trị ở nhóm thanh thiếu niên. Thay vào đó, chỉ có thể cung cấp một tổng quan tóm tắt dạng tường thuật ngắn gọn.

Tại thời điểm biên soạn chương này, đã có một số nghiên cứu đoàn hệ theo dõi dài hạn báo cáo kết quả tích cực của các can thiệp y tế sớm (tức là ở tuổi vị thành niên). Trong một thời gian dài, phần lớn các nghiên cứu này được thực hiện tại một phòng khám Hà Lan (ví dụ: Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; de Vries, Steensma et al, 2011; de Vries et al, 2014; Smith et al, 2001, 2005). Các kết quả nghiên cứu cho thấy việc cải thiện hoặc giải quyết tình trạng phiền muộn giới có liên quan đến sự cải thiện chức năng tâm lý và sự hài lòng với hình thể. Phần lớn các nghiên cứu này áp dụng thiết kế tiền cứu – hồi cứu, so sánh tình trạng tâm lý tại thời điểm ban đầu với kết quả sau khi được điều trị y tế khẳng định giới. Các nghiên cứu khác nhau đánh giá từng hình thức can thiệp riêng lẻ hoặc phối hợp, bao gồm: 1) Liệu pháp hormone và phẫu thuật khẳng định giới (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; Smith et al, 2001, 2005); 2) Ức chế dậy thì (de Vries, Steensma et al, 2011); 3) Ức chế dậy thì kết hợp với liệu pháp hormone khẳng định giới và phẫu thuật (de Vries et al,

2014). Nghiên cứu theo dõi dài hạn công bố năm 2014 là nghiên cứu duy nhất theo dõi thanh thiếu niên từ giai đoạn đầu vị thành niên (trước điều trị, trung bình 13,6 tuổi) đến tuổi trưởng thành (sau điều trị, trung bình 20,7 tuổi). Đây là nghiên cứu đầu tiên cho thấy rằng các điều trị y tế khẳng định giới giúp thanh thiếu niên chuyển giới có thể trải qua các giai đoạn phát triển phù hợp với độ tuổi, sống với bản dạng giới được khẳng định của mình, và đạt được kết quả tích cực cả về mặt khách quan lẫn chủ quan trong giai đoạn trưởng thành (de Vries et al, 2014). Mặc dù cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ ($n = 55$), có tính chọn lọc và phần lớn được hỗ trợ xã hội, kết quả nghiên cứu vẫn rất thuyết phục. Cần lưu ý rằng những người tham gia đều là bệnh nhân tại phòng khám Hà Lan nổi tiếng với mô hình can thiệp đa chuyên khoa, bao gồm đánh giá toàn diện liên tục, quản lý tình trạng phiền muộn giới, và hỗ trợ sức khỏe tâm lý – cảm xúc.

Một số nghiên cứu được công bố gần đây đã theo dõi và đánh giá người tham gia tại các giai đoạn khác nhau trong quá trình điều trị y tế khẳng định giới. Trong các nghiên cứu này, một số người tham gia chưa bắt đầu điều trị y tế khẳng định giới, một số đã được điều trị bằng thuốc ức chế dậy thì, trong khi những người khác đã bắt đầu liệu pháp hormone khẳng định giới, hoặc thậm chí đã trải qua phẫu thuật khẳng định giới (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). Do tính không đồng nhất trong can thiệp và phương pháp nghiên cứu, thiết kế kiểu này khiến việc diễn giải kết quả trở nên phức tạp hơn. Tuy vậy, khi so sánh với các đánh giá ban đầu, dữ liệu nhất quán cho thấy sự cải thiện hoặc duy trì ổn định về mặt chức năng tâm lý, hình ảnh cơ thể và mức độ hài lòng với điều trị, với khoảng thời gian theo dõi từ ba tháng đến hai năm kể từ khi bắt đầu điều trị.

Các nghiên cứu cắt ngang là một thiết kế nghiên cứu khác được sử dụng để đánh giá hiệu quả của các điều trị y tế khẳng định giới. Một nghiên cứu như vậy đã so sánh chức năng tâm lý ở thanh thiếu niên chuyển giới tại thời điểm ban đầu và trong khi đang được điều trị ức chế dậy thì, với nhóm bạn đồng trang lứa không chuyển giới đang học trung học, tại hai thời điểm khác nhau. Tại thời điểm ban đầu, thanh thiếu niên chuyển giới thể hiện chức năng tâm lý thấp hơn so với bạn bè không chuyển giới; tuy nhiên, khi đang được điều trị bằng thuốc ức chế dậy thì, các em lại cho thấy chức năng tâm lý tốt hơn so với nhóm đối chứng (van der Miesen et al, 2020). Ngoài ra, nghiên cứu của Grannis et al (2021)

cho thấy rằng nam thanh thiếu niên chuyển giới đã bắt đầu điều trị bằng testosterone có mức độ triệu chứng rối loạn sức khỏe tâm thần nội sinh thấp hơn (bao gồm trầm cảm và lo âu) so với những người chưa bắt đầu điều trị testosterone.

Bốn nghiên cứu bổ sung khác sử dụng các thiết kế đánh giá kết quả khác nhau. Trong một nghiên cứu hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án, Kaltiala, Heino et al (2020) báo cáo rằng thanh thiếu niên chuyển giới không có hoặc chỉ có rất ít vấn đề sức khỏe tâm thần trước khi bắt đầu liệu pháp hormone khẳng định giới nhìn chung đáp ứng tốt trong quá trình điều trị. Tuy nhiên, những thanh thiếu niên có nhiều vấn đề sức khỏe tâm thần ngay từ ban đầu tiếp tục gặp phải các biểu hiện của các vấn đề đó trong suốt quá trình điều trị y tế khẳng định giới. Nieder et al (2021) nghiên cứu mức độ hài lòng với dịch vụ chăm sóc như một tiêu chí đánh giá, và cho thấy thanh thiếu niên chuyển giới cảm thấy hài lòng hơn khi tiến triển xa hơn trong việc điều trị mà họ đã khởi đầu ban đầu. Hisle-Gorman et al (2021) so sánh mức độ sử dụng dịch vụ y tế trước và sau khi bắt đầu sử dụng các thuốc khẳng định giới như một chỉ số gián tiếp để đánh giá mức độ nghiêm trọng của tình trạng sức khỏe tâm thần, trên mẫu 3754 thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới (TGD) trong một cơ sở dữ liệu chăm sóc sức khỏe quy mô lớn. Trái với giả thuyết ban đầu của nhóm nghiên cứu rằng sức khỏe tâm thần sẽ được cải thiện, việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần không thay đổi đáng kể, và số lượng đơn thuốc cho các thuốc hướng thần lại tăng lên. Trong một nghiên cứu trên mẫu lớn không xác suất gồm người trưởng thành tự nhận định là chuyển giới, Turban et al (2022) phát hiện rằng những người từng tiếp cận liệu pháp hormone khẳng định giới từ thời vị thành niên có khả năng thấp hơn mắc hành vi tự sát trong một năm, so với những người chỉ bắt đầu sử dụng hormone khi đã trưởng thành.

Các nhân viên y tế cần cân nhắc khả năng một số thanh thiếu niên có thể hối tiếc về các quyết định khẳng định giới được đưa ra trong giai đoạn vị thành niên, và sau này có thể mong muốn ngừng điều trị để quay trở lại sống với vai trò giới được xác định khi sinh. Hai nghiên cứu tại Hà Lan báo cáo tỷ lệ rất thấp thanh thiếu niên chọn ngừng điều trị ức chế dậy thì (1,9% và 3,5%) (Brik et al, 2019; Wiepjes et al, 2018). Cần lưu ý rằng các nghiên cứu này được thực hiện tại các phòng khám áp dụng quy trình đánh giá lâm sàng toàn diện trước khi bắt đầu bất kỳ can thiệp y tế khẳng định giới nào. Hiện

tại, chưa có nghiên cứu đoàn hệ lâm sàng nào ghi nhận được đặc điểm của những thanh thiếu niên bày tỏ sự hối tiếc với quyết định ban đầu hoặc ngừng sống theo bản dạng giới đã được khẳng định và quay lại vai trò giới được chỉ định khi sinh sau khi đã trải qua các điều trị y tế không thể đảo ngược. Một số nghiên cứu gần đây cho thấy có những thanh thiếu niên ngừng sống theo bản dạng giới đã được khẳng định nhưng không hối tiếc về việc từng bắt đầu điều trị, vì họ coi trải nghiệm điều trị ban đầu là một phần của quá trình hiểu rõ hơn về nhu cầu chăm sóc liên quan đến bản dạng giới của mình (Turban, 2018). Tuy nhiên, đây có thể không phải là góc nhìn phổ biến ở tất cả những người dừng chuyển giới (Littman, 2021; Vandenbussche, 2021). Một số thanh thiếu niên có thể hối tiếc về các bước can thiệp đã trải qua (Dyer, 2020). Vì vậy, việc cung cấp thông tin đầy đủ về tất cả các khả năng và kết quả tiềm ẩn là điều rất quan trọng khi hỗ trợ thanh thiếu niên chuyển giới. Nhân viên y tế nên thảo luận vấn đề này một cách hợp tác, cởi mở và dựa trên lòng tin (tức là dưới hình thức “một khả năng hoặc trải nghiệm tiềm tàng trong tương lai”) với thanh thiếu niên và cha mẹ/người giám hộ của họ trước khi bắt đầu bất kỳ can thiệp y tế khẳng định giới nào. Bên cạnh đó, các nhân viên y tế cũng cần sẵn sàng hỗ trợ những thanh thiếu niên dừng quá trình chuyển giới và quay lại giới tính được xác định khi sinh. Trong một khảo sát trực tuyến dựa trên mẫu gồm 237 người tự nhận đã dừng chuyển giới, với độ tuổi trung bình là 25.02 tuổi, trong đó hơn 90% là người được xác định là nữ khi sinh, có 25% đã từng điều trị y tế trước 18 tuổi và 14% dừng chuyển giới trước 18 tuổi (Vandenbussche, 2021). Mặc dù khảo sát trực tuyến có thể chịu sự sai lệch do lựa chọn người tham gia, nghiên cứu này gợi ý rằng việc dừng chuyển giới có thể xảy ra ở một bộ phận thanh thiếu niên chuyển giới, và các chuyên gia y tế cần nhận thức rõ điều này. Nhiều người trong số đó chia sẻ rằng họ gặp khó khăn trong việc tìm kiếm hỗ trợ y tế phù hợp trong việc dừng quá trình chuyển giới - quay lại giới tính được xác định khi sinh, và coi đây là một trải nghiệm cô lập, thiếu thốn sự hỗ trợ đầy đủ và thích hợp (Vandenbussche, 2021).

Tóm lại, mặc dù các nghiên cứu hiện tại chỉ khảo sát trên những nhóm thanh thiếu niên có quy mô tương đối nhỏ (ví dụ: từ 22 đến 101 người mỗi nghiên cứu), và thời gian theo dõi sau can thiệp khác nhau giữa các nghiên cứu (từ 6 tháng đến 7 năm), nhưng hệ thống bằng chứng đang hình thành này cho thấy nhìn chung có sự cải thiện đáng kể trong cuộc sống của thanh thiếu

niên chuyển giới, những người đã được đánh giá lâm sàng cẩn trọng và sau đó nhận các điều trị y tế khẳng định giới cần thiết về mặt y khoa. Hơn nữa, tỷ lệ báo cáo về hối tiếc trong suốt thời gian theo dõi nghiên cứu là thấp. Xét tổng thể, các dữ liệu cho thấy rằng can thiệp y tế sớm khi được tích hợp trong mô hình chăm sóc toàn diện, kết hợp giữa đánh giá và điều trị, tập trung vào phiên muộn giới và sức khỏe toàn diện – có thể mang lại hiệu quả và lợi ích rõ rệt cho nhiều thanh thiếu niên chuyển giới tìm kiếm các can thiệp này.

Góc nhìn đạo đức y học và quyền con người

Các khía cạnh về đạo đức y học và quyền con người cũng đã được xem xét trong quá trình xây dựng các khuyến nghị của Tiêu chuẩn Chăm sóc (SOC) dành cho thanh thiếu niên. Ví dụ, việc để quá trình dậy thì không thể đảo ngược diễn ra ở những thanh thiếu niên đang trải qua tình trạng không đồng nhất giới không phải là một hành động trung lập, vì điều này có thể gây ra những hậu quả bất lợi tức thì và lâu dài đối với sức khỏe thể chất và tinh thần của thanh thiếu niên chuyển giới (Giordano, 2009; Giordano & Holm, 2020; Kreukels & Cohen-Kettenis, 2011). Từ góc độ quyền con người, việc coi sự đa dạng giới như một phần tự nhiên và được kỳ vọng trong phổ đa dạng của trải nghiệm con người đồng nghĩa với việc thanh thiếu niên có quyền tham gia vào quá trình ra quyết định liên quan đến sức khỏe và cuộc sống của chính mình, bao gồm quyền tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe giới tính (Amnesty International, 2020).

Tóm tắt ngắn gọn về các khuyến nghị và các vấn đề đặc thù ở tuổi vị thành niên

Bộ hướng dẫn này được xây dựng nhằm phản ánh cả những gì đã biết và chưa biết về quá trình phát triển bản dạng giới ở tuổi vị thành niên, bằng chứng hiện có về chăm sóc khẳng định giới ở lứa tuổi này, cũng như những đặc điểm riêng biệt khiến giai đoạn vị thành niên khác biệt so với các giai đoạn phát triển khác.

Khám phá bản dạng: Một đặc điểm nổi bật của giai đoạn vị thành niên là sự củng cố các khía cạnh của bản dạng, bao gồm cả bản dạng giới. Tuyên bố 6.2 đề cập đến quá trình khám phá bản dạng trong bối cảnh phát triển bản dạng giới. Tuyên bố 6.12.b nhấn mạnh tầm quan trọng của thời gian cần thiết để một thanh thiếu niên có thể trải nghiệm, thể hiện một bản dạng giới đa dạng hoặc cả hai, từ đó đưa ra quyết định có ý nghĩa liên quan đến chăm sóc khẳng định giới.

Sự đồng thuận và năng lực ra quyết định: Trong giai đoạn vị thành niên, việc đồng thuận điều trị và ra quyết định đòi hỏi phải đánh giá mức độ phát triển cảm xúc, nhận thức và tâm lý xã hội của cá nhân. Tuyên bố 6.12.c đề cập trực tiếp đến mức độ trưởng thành về cảm xúc và nhận thức, đồng thời mô tả các thành phần thiết yếu trong quy trình đánh giá năng lực ra quyết định.

Sự tham gia của cha mẹ/người chăm sóc: Thanh thiếu niên thường phụ thuộc vào cha mẹ hoặc người chăm sóc trong nhiều khía cạnh, bao gồm cả việc đưa ra định hướng trong quá trình cân nhắc các lựa chọn điều trị. Tuyên bố 6.11 đề cập đến tầm quan trọng của việc có sự tham gia của cha mẹ/người chăm sóc và thảo luận về vai trò của họ trong quá trình đánh giá và điều trị. Không một bộ hướng dẫn nào có thể bao quát toàn bộ các hoàn cảnh cá nhân đa dạng trên phạm vi toàn cầu.

Các Tuyên Bố Khuyến Nghị

- 6.1- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế làm việc với thanh thiếu niên đa dạng giới nên:
 - 6.1.a- Có giấy phép hành nghề hợp pháp từ cơ quan có thẩm quyền và có bằng sau đại học hoặc trình độ tương đương trong một lĩnh vực lâm sàng phù hợp, được cấp bởi cơ sở giáo dục được công nhận ở cấp quốc gia.
 - 6.1.b- Được đào tạo lý thuyết và dựa trên bằng chứng, đồng thời phát triển chuyên môn về sức khỏe tâm thần trẻ em, thanh thiếu niên và gia đình trong suốt quá trình phát triển.
 - 6.1.c- Được đào tạo và có chuyên môn về sự phát triển bản dạng giới, đa dạng giới ở trẻ em và thanh thiếu niên, có khả năng đánh giá năng lực đồng thuận/thỏa thuận điều trị, và có hiểu biết tổng quát về đa dạng giới trong suốt vòng đời.
 - 6.1.d- Được đào tạo và có chuyên môn về rối loạn phổ tự kỷ và các biểu hiện thần kinh phát triển khác, hoặc phối hợp với chuyên gia trong lĩnh vực khuyết tật phát triển khi làm việc với thanh thiếu niên đa dạng giới có rối loạn phổ tự kỷ hoặc đặc điểm thần kinh không điển hình.
 - 6.1.e- Tiếp tục tham gia vào quá trình phát triển chuyên môn liên tục trong tất cả các lĩnh vực liên quan đến trẻ em, thanh thiếu niên và gia đình đa dạng giới.
- 6.2- Chúng tôi khuyến nghị chuyên gia y tế tạo điều kiện cho thanh thiếu niên đa dạng giới khám phá và thể hiện bản dạng giới một cách cởi mở, tôn trọng, không thiên vị bất kỳ bản dạng nào.
- 6.3- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế làm việc với thanh thiếu niên đa dạng giới thực hiện một đánh giá toàn diện theo mô hình sinh học – tâm lý – xã hội đối với những thanh thiếu niên trình bày mối quan ngại liên quan đến bản dạng giới

và có nhu cầu tiếp cận các can thiệp y tế/phẫu thuật khẳng định giới. Quy trình đánh giá này cần được tiến hành trong một môi trường hợp tác và hỗ trợ.

6.4- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế phối hợp với gia đình, nhà trường và các môi trường liên quan khác để thúc đẩy sự chấp nhận đối với các biểu hiện hành vi và bản dạng giới đa dạng của thanh thiếu niên.

6.5- Chúng tôi khuyến nghị không cung cấp các liệu pháp chuyển đổi hoặc “sửa chữa” với mục đích thay đổi bản dạng giới hoặc biểu hiện giới của cá nhân nhằm phù hợp với giới tính được chỉ định khi sinh.

6.6- Chúng tôi đề nghị các chuyên gia y tế cung cấp giáo dục sức khỏe cho thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới về kỹ thuật bó ngực và che giấu bộ phận sinh dục, bao gồm cả việc trao đổi về lợi ích và nguy cơ của các phương pháp này.

6.7- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế cân nhắc kê đơn thuốc ức chế kinh nguyệt cho những thanh thiếu niên trải qua tình trạng không phù hợp giới, bao gồm: những người không mong muốn sử dụng testosterone; những người mong muốn nhưng chưa bắt đầu điều trị bằng testosterone; hoặc kết hợp sử dụng với testosterone trong trường hợp xuất huyết âm đạo bất thường.

6.8- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế duy trì mối quan hệ điều trị liên tục với thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới, cùng với những người chăm sóc có liên quan, nhằm hỗ trợ các em trong quá trình ra quyết định xuyên suốt giai đoạn điều trị ức chế dậy thì, điều trị hormone và phẫu thuật khẳng định giới, cho đến khi chuyển giao sang hệ thống chăm sóc người trưởng thành.

6.9- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế huy động sự tham gia của các chuyên ngành liên quan – bao gồm chuyên gia sức khỏe tâm thần và chuyên gia y khoa – trong việc đưa ra quyết định về việc bắt đầu ức chế dậy thì, điều trị hormone hoặc phẫu thuật khẳng định giới cho thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới, và đảm bảo rằng các can thiệp này vẫn còn phù hợp trong suốt quá trình điều trị cho đến khi chuyển giao sang chăm sóc người lớn.

6.10- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế làm việc với thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới có yêu cầu điều trị y tế hoặc phẫu thuật khẳng định giới cần cung cấp thông tin đầy đủ cho các em, trước khi bắt đầu điều trị, về những ảnh hưởng đến khả năng sinh sản — bao gồm nguy cơ mất khả năng sinh sản và các lựa chọn bảo tồn khả năng sinh sản — phù hợp với giai đoạn phát triển dậy thì hiện tại của các em.

6.11- Chúng tôi khuyến nghị rằng, khi các can thiệp y tế hoặc phẫu thuật khẳng định giới được chỉ định cho thanh thiếu niên, các chuyên gia y tế làm việc với thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới nên mời cha mẹ hoặc người giám hộ tham gia vào quá trình đánh giá và điều trị, trừ khi việc tham gia đó được xác định là gây hại cho thanh thiếu niên hoặc không thể thực hiện được.

Các khuyến nghị sau đây được đưa ra liên quan đến điều kiện để thực hiện can thiệp y tế và phẫu thuật khẳng định giới (Tất cả các điều kiện đều phải được đáp ứng):

6.12- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế khi đánh giá thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới chỉ nên đề xuất các can thiệp y tế hoặc phẫu thuật khẳng định giới theo yêu cầu của người bệnh khi:

6.12.a- Thanh thiếu niên đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán không phù hợp giới theo ICD-11 trong các trường hợp cần chẩn đoán để tiếp cận dịch vụ y tế. Tại các quốc gia chưa áp dụng phiên bản ICD mới nhất, có thể sử dụng hệ thống phân loại khác, tuy nhiên nên nỗ lực áp dụng ICD mới nhất sớm nhất có thể.

6.12.b- Trải nghiệm đa dạng giới hoặc không phù hợp giới phải rõ ràng và kéo dài theo thời gian.

6.12.c- Thanh thiếu niên thể hiện mức độ trưởng thành về mặt cảm xúc và nhận thức đủ để đưa ra quyết định đồng thuận hoặc chấp thuận điều trị.

6.12.d- Các vấn đề sức khỏe tâm thần (nếu có) có thể gây ảnh hưởng đến độ rõ ràng trong chẩn đoán, khả năng đồng thuận và tiến trình điều trị khẳng định giới đã được đánh giá và can thiệp phù hợp.

6.12.e- Thanh thiếu niên đã được cung cấp thông tin về các tác động sinh sản, bao gồm nguy cơ mất khả năng sinh sản và các lựa chọn bảo tồn khả năng sinh sản, đồng thời các thông tin này đã được thảo luận trong bối cảnh phù hợp với giai đoạn phát triển dậy thì của các em.

6.12.f- Thanh thiếu niên đã đạt ít nhất Giai đoạn 2 theo thang đo Tanner để có thể bắt đầu can thiệp ức chế dậy thì.

6.12.g- Thanh thiếu niên đã được điều trị bằng liệu pháp hormone khẳng định giới trong ít nhất 12 tháng, hoặc lâu hơn nếu cần thiết để đạt được kết quả mong muốn cho các thủ thuật phẫu thuật khẳng định giới như: tạo hình vú, cắt tinh hoàn, tạo hình âm đạo, cắt tử cung, tạo hình dương vật, tạo dương vật từ âm vật, và phẫu thuật khuôn mặt, trừ khi liệu pháp hormone không được mong muốn hoặc có chống chỉ định y khoa.

Tuyên bố 6.1

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế làm việc với thanh thiếu niên đa dạng giới cần đáp ứng các tiêu chuẩn sau:

- a. Có giấy phép hành nghề hợp pháp được cấp bởi cơ quan có thẩm quyền và có bằng sau đại học hoặc trình độ tương đương trong một lĩnh vực lâm sàng phù hợp với vai trò, được cấp

bởi cơ sở đào tạo được công nhận ở cấp quốc gia.

- b. Được đào tạo lý thuyết và dựa trên bằng chứng, đồng thời phát triển chuyên môn trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần trẻ em, thanh thiếu niên và gia đình, bao quát toàn bộ phổ phát triển.

- c. **Được đào tạo và có chuyên môn về sự phát triển bản dạng giới, đa dạng giới ở trẻ em và thanh thiếu niên; có khả năng đánh giá năng lực thỏa thuận/đồng thuận điều trị; và có kiến thức tổng quát về đa dạng giới trong suốt vòng đời.**
- d. **Được đào tạo và có chuyên môn về rối loạn phổ tự kỷ và các biểu hiện thần kinh phát triển khác, hoặc phối hợp với chuyên gia trong lĩnh vực khuyết tật phát triển khi làm việc với thanh thiếu niên đa dạng giới có rối loạn phổ tự kỷ hoặc đặc điểm thần kinh không điển hình.**
- e. **Tiếp tục tham gia vào quá trình phát triển chuyên môn liên tục trong tất cả các lĩnh vực liên quan đến trẻ em, thanh thiếu niên và gia đình đa dạng giới.**

Khi đánh giá và hỗ trợ thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới (TGD) cùng với gia đình của các em, các chuyên gia y tế/chuyên gia chăm sóc sức khỏe (HCPs) cần có cả kiến thức và đào tạo chung lẫn kiến thức chuyên biệt liên quan đến giới. Những người đã được đào tạo để làm việc với thanh thiếu niên và gia đình đóng vai trò quan trọng trong việc điều hướng các yếu tố phát triển của tuổi vị thành niên và động lực gia đình trong quá trình chăm sóc trẻ và gia đình (Adelson et al, 2012; Hiệp hội Tâm lý Hoa Kỳ, 2015; Hembree et al, 2017). Các chương khác trong bộ Tiêu chuẩn chăm sóc này mô tả chi tiết hơn về tiêu chuẩn đối với các chuyên gia cung cấp dịch vụ chăm sóc liên quan đến giới (xem Chương 5 – Đánh giá đối với người trưởng thành; Chương 7 – Trẻ em; và Chương 13 – Phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu). Các chuyên gia làm việc với thanh thiếu niên cần hiểu rõ những gì đã biết và chưa biết về sự phát triển bản dạng giới ở tuổi vị thành niên, cũng như sự khác biệt của nền tảng kiến thức này so với nhóm người trưởng thành và trẻ chưa bước vào dậy thì. Trong nhóm các chuyên gia y tế, chuyên gia sức khỏe tâm thần (MHPs) là người có đào tạo phù hợp nhất và có thời gian lâm sàng chuyên biệt để thực hiện việc đánh giá, xác định ưu tiên và mục tiêu điều trị khi làm việc với thanh thiếu niên chuyển giới, bao gồm những em đang tìm kiếm can thiệp y tế hoặc phẫu thuật khẳng định giới. Việc hiểu và xử lý các động lực gia đình, đặc biệt khi các thành viên trong gia đình có quan điểm khác nhau về tiền sử và nhu cầu của thanh thiếu niên, là một năng lực quan trọng – và đây là lĩnh vực mà các

chuyên gia sức khỏe tâm thần thường được đào tạo bài bản nhất.

Khi không thể tiếp cận với các chuyên gia đã được đào tạo bài bản về phát triển trẻ em và vị thành niên, các chuyên gia chăm sóc sức khỏe (HCPs) cần cam kết tham gia đào tạo bổ sung về động lực gia đình và phát triển vị thành niên, bao gồm cả phát triển bản dạng giới. Tương tự, vì thanh thiếu niên chuyển giới có rối loạn phổ tự kỷ hoặc đặc điểm thần kinh không điển hình chiếm một tỷ lệ đáng kể trong số các bệnh nhân tại các phòng khám giới trên toàn cầu, nên việc các chuyên gia chăm sóc sức khỏe (HCPs) được đào tạo thêm về phổ tự kỷ là rất quan trọng, cũng như hiểu rõ các yếu tố đặc thù trong chăm sóc nhóm trẻ này (Strang, Meagher et al, 2018). Nếu không thể đáp ứng trực tiếp các năng lực này, các chuyên gia chăm sóc sức khỏe (HCPs) nên tham khảo ý kiến và phối hợp với các chuyên gia có chuyên môn trong lĩnh vực tự kỷ và đa dạng thần kinh.

Tuyên bố 6.2

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế làm việc với thanh thiếu niên đa dạng giới cần tạo điều kiện để các em khám phá và thể hiện bản dạng giới một cách cởi mở, tôn trọng, và không thiên vị bất kỳ bản dạng giới nào.

Giai đoạn vị thành niên là một giai đoạn phát triển đặc trưng bởi những thay đổi cả về thể chất và tâm lý, trong đó diễn ra quá trình phân tách dần khỏi sự phụ thuộc vào người chăm sóc và chuyển tiếp sang tính tự chủ cá nhân (Berenbaum et al, 2015; Steinberg, 2009). Đây cũng là thời điểm thanh thiếu niên có thể khám phá nhiều khía cạnh khác nhau của bản dạng, bao gồm cả bản dạng giới.

Thanh thiếu niên khác nhau về mức độ khám phá và cam kết đối với các khía cạnh của bản dạng cá nhân (Meeus et al, 2012). Với một số trẻ vị thành niên, quá trình củng cố bản dạng diễn ra nhanh chóng, trong khi với những trẻ khác, tiến trình này diễn ra chậm hơn. Ở một số thanh thiếu niên, sự phát triển về thể chất, cảm xúc và tâm lý diễn ra đồng thời, trong khi ở những trẻ khác, có thể có sự chênh lệch giữa các khía cạnh phát triển này. Tương tự, quá trình phát triển bản dạng giới cũng có sự khác biệt về thời điểm và tiến trình (Arnoldussen et al, 2020; Katz-Wise et al, 2017). Với một số thanh thiếu niên, bản dạng giới được hình thành rõ ràng từ thời thơ ấu; với những trẻ khác, các thay đổi do dậy thì có thể đóng vai trò kích hoạt quá trình nhận thức bản thân như một giới tính cụ thể (Steensma,

Kreukels et al, 2013); và với nhiều trẻ khác, quá trình phát triển bản dạng giới có thể bắt đầu sau khi các thay đổi dậy thì đã hoàn tất. Trước sự đa dạng này, không thể dự đoán được một tốc độ, một tiến trình hay một kết quả nhất định nào cho từng cá nhân thanh thiếu niên đang tìm kiếm chăm sóc khẳng định giới.

Vì vậy, các chuyên gia y tế làm việc với thanh thiếu niên cần thúc đẩy các môi trường hỗ trợ mà ở đó vừa tôn trọng bản dạng giới được khẳng định của các em, vừa tạo điều kiện để các em được tự do khám phá các nhu cầu liên quan đến giới, bao gồm cả những can thiệp xã hội, y tế và thể chất, trong trường hợp các nhu cầu đó thay đổi hoặc phát triển theo thời gian.

Tuyên bố 6.3

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế làm việc với thanh thiếu niên đa dạng giới thực hiện một đánh giá toàn diện về sinh học – tâm lý – xã hội đối với những thanh thiếu niên có mối quan ngại liên quan đến bản dạng giới và đang tìm kiếm các can thiệp y tế hoặc phẫu thuật khẳng định giới. Việc đánh giá này cần được tiến hành theo cách tiếp cận hợp tác và hỗ trợ.

Xét đến sự đa dạng trong quá trình phát triển bản dạng giới ở tuổi vị thành niên, chúng tôi khuyến nghị sử dụng phương pháp đánh giá toàn diện sinh học tâm lý xã hội để định hướng quyết định điều trị và tối ưu hóa kết quả chăm sóc. Việc đánh giá này nhằm mục đích hiểu rõ điểm mạnh, các yếu tố dễ tổn thương, hồ sơ chẩn đoán và các nhu cầu riêng biệt của từng thanh thiếu niên nhằm cá thể hóa kế hoạch chăm sóc. Như đã đề cập trong Tuyên bố 6.1, chuyên gia sức khỏe tâm thần (MHP) là người có trình độ chuyên môn, kinh nghiệm và thời gian lâm sàng chuyên biệt phù hợp nhất để thu thập các thông tin cần thiết trong quá trình đánh giá. Quá trình đánh giá nên được thực hiện một cách hợp tác với thanh thiếu niên và cha mẹ/người chăm sóc của các em, cả riêng biệt và cùng nhau, như được trình bày chi tiết hơn trong Tuyên bố 6.11. Việc đánh giá cần được tiến hành trước khi xem xét bất kỳ can thiệp y tế hay phẫu thuật nào được xác định là cần thiết về mặt y khoa (ví dụ: thuốc ức chế dậy thì, liệu pháp nội tiết khẳng định giới, phẫu thuật khẳng định giới). Xem thêm nội dung về can thiệp cần thiết về mặt y khoa trong Chương 2 – Khả năng áp dụng toàn cầu, Tuyên bố 2.1; cũng như Chương 12 – Liệu pháp nội tiết và Chương 13 – Phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu.

Thanh thiếu niên có thể trải qua nhiều hành trình phát triển bản dạng giới khác nhau. Các định nghĩa và trải nghiệm về giới theo bối cảnh xã hội văn hóa tiếp tục thay đổi theo thời gian, và ngày càng có nhiều thanh thiếu niên thể hiện bản dạng đa dạng hơn cũng như sử dụng nhiều cách khác nhau để mô tả trải nghiệm và nhu cầu liên quan đến giới của bản thân (Twist & de Graaf, 2019). Ví dụ, một số thanh thiếu niên nhận ra rằng họ là người chuyển giới hoặc thuộc phổ đa dạng giới rộng hơn, và mong muốn thực hiện các bước cần thiết để thể hiện bản dạng giới đó. Với một số em, việc tiếp cận các can thiệp y tế khẳng định giới là quan trọng, trong khi với những em khác, các bước can thiệp y tế có thể không cần thiết. Chẳng hạn, quá trình khám phá bản thân qua thời gian có thể không dẫn đến việc thanh thiếu niên tự khẳng định hay thể hiện bản dạng giới khác với giới được chỉ định khi sinh, và do đó sẽ không bao gồm các can thiệp y tế (Arnoldussen et al, 2019).

Bằng chứng nghiên cứu mạnh mẽ nhất hiện có về lợi ích của các can thiệp y tế và phẫu thuật khẳng định giới ở lứa tuổi vị thành niên được thu thập trong bối cảnh lâm sàng áp dụng quy trình đánh giá chẩn đoán toàn diện, chi tiết và kéo dài theo thời gian như một phần của quy trình chăm sóc (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; de Vries et al, 2014). Dựa trên cơ sở nghiên cứu này cùng với sự phát triển liên tục của các trải nghiệm đa dạng giới trong xã hội, việc thực hiện một quy trình đánh giá chẩn đoán toàn diện theo hướng tiếp cận sinh học – tâm lý – xã hội trong giai đoạn vị thành niên là một thực hành dựa trên bằng chứng, đồng thời đảm bảo tính toàn vẹn của quá trình ra quyết định. Trong trường hợp không có hồ sơ chẩn đoán đầy đủ, các vấn đề sức khỏe tâm thần khác, vốn cần được ưu tiên phát hiện và điều trị, có thể không được nhận diện. Hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả dài hạn của các can thiệp y tế liên quan đến giới ở thanh thiếu niên mà không trải qua quá trình đánh giá toàn diện. Việc bắt đầu điều trị trong bối cảnh thiếu hoặc không có đánh giá đầy đủ không được hỗ trợ bởi bằng chứng thực nghiệm, do đó tiềm ẩn nguy cơ rằng quyết định bắt đầu can thiệp y tế khẳng định giới có thể không phục vụ tốt nhất cho lợi ích lâu dài của thanh thiếu niên tại thời điểm đó.

Vì việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và tiếp cận các chuyên gia chuyên khoa khác nhau trên toàn cầu, nên thường cần thiết phải thiết kế một quy trình đánh giá cụ thể phù hợp với nguồn lực sẵn có. Trong một số trường hợp, một quy trình đánh giá kéo dài hơn

có thể hữu ích, chẳng hạn đối với những thanh thiếu niên có những biểu hiện phức tạp hơn (ví dụ: lịch sử sức khỏe tâm thần phức tạp (Leibowitz & de Vries, 2016)), các đặc điểm đồng xuất hiện thuộc rối loạn phổ tự kỷ (Strang, Powers et al, 2018), và/hoặc thiếu sự không phù hợp giới rõ rệt trong thời thơ ấu (Ristori & Steensma, 2016). Xét đến các yếu tố văn hóa, tài chính và địa lý riêng biệt tồn tại trong từng nhóm dân số, các nhà cung cấp dịch vụ nên thiết kế mô hình đánh giá linh hoạt và cho phép hỗ trợ chăm sóc đúng thời điểm cho càng nhiều thanh thiếu niên càng tốt, miễn là quy trình đánh giá đó thu thập hiệu quả các thông tin về thể mạnh, những điểm dễ tổn thương, hồ sơ chẩn đoán và nhu cầu cá nhân của thanh thiếu niên. Các thang đo tâm lý – xã hội và các công cụ đánh giá liên quan đến giới đã được kiểm định về mặt tâm trắc học cũng có thể được sử dụng để cung cấp thêm thông tin.

Quy trình đánh giá đa ngành cho thanh thiếu niên tìm kiếm các can thiệp y tế/phẫu thuật khẳng định giới bao gồm các lĩnh vực sau đây, tương ứng với các tuyên bố liên quan:

- **Phát triển bản dạng giới:** Tuyên bố 6.12.a và 6.12.b làm rõ các yếu tố liên quan đến phát triển bản dạng giới trong bối cảnh văn hóa cụ thể khi đánh giá thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới (TGD).
- **Phát triển xã hội và hỗ trợ; Tính giao thoa:** Tuyên bố 6.4 và 6.11 làm rõ tầm quan trọng của việc đánh giá áp lực thiểu số giới, động lực gia đình và các khía cạnh khác góp phần vào phát triển xã hội và tính giao thoa.
- **Đánh giá chẩn đoán các vấn đề sức khỏe tâm thần và/hoặc phát triển đồng xuất hiện có thể có:** Tuyên bố 6.12.d làm rõ tầm quan trọng của việc hiểu mối quan hệ tồn tại (nếu có) giữa bất kỳ vấn đề sức khỏe tâm thần hoặc phát triển đồng xuất hiện nào với bản dạng giới/ cách thể hiện đa dạng giới của thanh thiếu niên.
- **Năng lực ra quyết định:** Tuyên bố 6.12.c làm rõ việc đánh giá mức độ trưởng thành cảm xúc và nhận thức của thanh thiếu niên, cũng như ý nghĩa của điều này khi một vị thành niên cân nhắc các can thiệp y tế/phẫu thuật khẳng định giới.

Tuyên bố 6.4

Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế làm việc với thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới nên

phối hợp với gia đình, nhà trường và các môi trường liên quan khác để thúc đẩy sự chấp nhận các cách thể hiện hành vi và bản dạng giới đa dạng của thanh thiếu niên.

Nhiều nghiên cứu cùng với đồng thuận chuyên gia có liên quan đã ủng hộ việc triển khai các phương pháp nhằm thúc đẩy sự chấp nhận và khẳng định thanh thiếu niên đa dạng giới trong mọi môi trường sống, bao gồm gia đình, nhà trường, cơ sở y tế, cũng như các tổ chức và cộng đồng khác mà các em tương tác (ví dụ: Pariseau et al, 2019; Russell et al, 2018; Simons et al, 2013; Toomey et al, 2010; Travers et al, 2012). Việc chấp nhận và khẳng định bản dạng giới được thực hiện thông qua nhiều phương pháp, hành động và chính sách mà chúng tôi khuyến nghị nên được áp dụng trong tất cả các mối quan hệ và môi trường sống nơi thanh thiếu niên hiện diện và phát triển. Điều quan trọng là các thành viên trong gia đình và cộng đồng, những người có vai trò trong cuộc sống của thanh thiếu niên cần hợp tác trong những nỗ lực này, trừ khi sự tham gia của họ được xác định là gây hại cho thanh thiếu niên. Một số ví dụ về hành động thể hiện sự chấp nhận và khẳng định đa dạng giới, cũng như hỗ trợ quá trình tìm hiểu và thể hiện bản dạng giới của thanh thiếu niên có thể được thực hiện bởi gia đình, nhân viên và tổ chức đã được đề xuất bởi Pariseau et al (2019) và các tác giả khác như sau:

1. Thực hiện các hành động thể hiện sự ủng hộ thanh thiếu niên tham gia vào các hoạt động và sở thích thể hiện bản dạng giới mở rộng, ví dụ như các hành vi hoặc sở thích không tuân theo các chuẩn mực giới truyền thống.
2. Giao tiếp một cách hỗ trợ, tích cực khi thanh thiếu niên chia sẻ trải nghiệm liên quan đến bản dạng giới và quá trình khám phá bản dạng giới của bản thân.
3. Tôn trọng và sử dụng tên gọi và đại từ mà thanh thiếu niên tự khẳng định phù hợp với bản dạng giới của các em.
4. Hỗ trợ thanh thiếu niên lựa chọn trang phục/đồng phục, kiểu tóc, và các phụ kiện (ví dụ: trang sức, cách trang điểm) mà các em cảm thấy phù hợp và giúp khẳng định bản dạng giới của mình.
5. Duy trì giao tiếp tích cực và mang tính hỗ trợ với thanh thiếu niên về các vấn đề liên quan đến bản dạng giới và mối quan tâm về giới.

6. Giáo dục về các vấn đề liên quan đến đa dạng giới cho những người có vai trò trong cuộc sống của thanh thiếu niên (ví dụ: thành viên gia đình, nhân viên y tế, mạng lưới hỗ trợ xã hội), bao gồm thông tin về cách thức trở thành người đồng hành và vận động cho thanh thiếu niên đa dạng giới trong cộng đồng, trường học, cơ sở y tế và các môi trường khác, khi cần thiết.
7. Hỗ trợ thanh thiếu niên đa dạng giới kết nối với các cộng đồng hỗ trợ, ví dụ như các nhóm LGBTQ, sự kiện cộng đồng hoặc các mối quan hệ bạn bè có tính hỗ trợ.
8. Tạo điều kiện cho thanh thiếu niên được trao đổi, cân nhắc và khám phá các lựa chọn điều trị y tế khi có chỉ định phù hợp, như các can thiệp khẳng định giới về nội tiết hoặc phẫu thuật.
9. Thực thi nghiêm túc các chính sách chống bắt nạt, đặc biệt là những hành vi kỳ thị dựa trên bản dạng giới hoặc cách thể hiện giới.
10. Lồng ghép trải nghiệm của những người không thuộc hệ nhị nguyên giới vào đời sống hằng ngày, tài liệu học tập và chương trình giảng dạy (ví dụ: sách, lớp giáo dục sức khỏe và giới tính, chủ đề bài luận vượt ra ngoài khuôn khổ nhị nguyên giới, các nhóm LGBTQ và nhóm đồng minh).
11. Cung cấp các cơ sở vật chất bao gồm đa dạng giới mà thanh thiếu niên có thể dễ dàng tiếp cận mà không bị tách biệt khỏi các bạn cùng trang lứa không đa dạng giới (ví dụ: nhà vệ sinh, phòng thay đồ).

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế làm việc với thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới hợp tác với cha mẹ, nhà trường và các tổ chức/nhóm khác để thúc đẩy sự chấp nhận và khẳng định đối với bản dạng và cách thể hiện giới của thanh thiếu niên TGD, cho dù các can thiệp xã hội hay y tế có được thực hiện hay không, vì sự chấp nhận và khẳng định này liên quan đến việc giảm các triệu chứng tiêu cực về sức khỏe tâm thần và hành vi, đồng thời gia tăng sự hoạt động tâm lý – hành vi tích cực (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) đã phát hiện rằng mức độ cải thiện sức khỏe tâm thần tăng lên khi có nhiều sự chấp nhận và khẳng định ở nhiều môi trường

khác nhau (ví dụ: tại gia đình, trường học, nơi làm việc và trong mối quan hệ bạn bè). Ngược lại, sự từ chối từ phía gia đình, bạn bè và nhân viên nhà trường (chẳng hạn, cố tình sử dụng tên và đại từ mà thanh thiếu niên không tự nhận, không thừa nhận bản dạng giới đã được khẳng định, bắt nạt, quấy rối, lạm dụng về lời nói và thể chất, các mối quan hệ xấu, bị từ chối vì là TGD, hoặc bị đuổi khỏi nơi ở) liên quan mật thiết với các kết quả tiêu cực như lo âu, trầm cảm, suy nghĩ tự tử, cố gắng tự tử, và sử dụng chất gây nghiện (Grossman et al, 2005; Klein & Golub, 2016; Pariseau et al, 2019; Peng et al, 2019; Reisner, Greytak et al, 2015; Roberts et al, 2013). Cần nhận thức rằng các triệu chứng tiêu cực này gia tăng theo mức độ bị từ chối và tiếp tục kéo dài cho đến khi trưởng thành (Roberts et al, 2013).

Các phản ứng trung lập hoặc thờ ơ đối với sự đa dạng giới và quá trình khám phá bản dạng của thanh thiếu niên (ví dụ: cho phép trẻ nói với người khác về tên gọi mà các em chọn nhưng không sử dụng tên đó, không thông báo cho gia đình hoặc bạn bè khi thanh thiếu niên muốn họ biết, không phản đối đối với các hành vi từ chối/kỳ thị từ nhân viên nhà trường hoặc bạn bè, không tham gia hoặc hỗ trợ các cơ chế hỗ trợ khác như kết nối với bác sĩ tâm lý hay các nhóm hỗ trợ) cũng đã được chứng minh có những hệ quả tiêu cực, chẳng hạn như tăng các triệu chứng trầm cảm (Pariseau et al, 2019). Vì những lý do này, điều quan trọng là không nên phớt lờ việc thanh thiếu niên đặt câu hỏi về giới của mình hoặc trì hoãn cân nhắc các nhu cầu chăm sóc liên quan đến giới của các em. Có giá trị đặc biệt khi các chuyên gia nhận ra rằng thanh thiếu niên cần những cách tiếp cận cá thể hóa, sự hỗ trợ và cân nhắc phù hợp đối với các nhu cầu liên quan đến thể hiện giới, bản dạng giới và sự biểu hiện thể chất theo thời gian và trong nhiều bối cảnh cũng như các mối quan hệ khác nhau. Thanh thiếu niên có thể cần sự hỗ trợ để đối phó với căng thẳng khi phải chịu đựng quá trình người khác tiếp nhận, điều chỉnh quan điểm trước việc khám phá và thay đổi bản dạng của họ (ví dụ: Kuper, Lindley et al, 2019). Điều quan trọng là các chuyên gia hợp tác với cha mẹ và những người liên quan khi họ xử lý những mối quan ngại và cảm xúc của mình, đồng thời tự trang bị kiến thức về đa dạng giới, vì những quá trình này không nhất thiết phản ánh sự từ chối hay thái độ trung lập, mà có thể là những nỗ lực nhằm phát triển thái độ và thu thập thông tin để thúc đẩy sự chấp nhận (ví dụ: Katz-Wise et al, 2017).

Tuyên bố 6.5

Chúng tôi khuyến nghị không nên cung cấp các liệu pháp sửa chữa hay chuyển đổi với mục đích thay đổi bản dạng giới hoặc cách thể hiện giới của một người nhằm làm cho họ phù hợp hơn với giới tính được chỉ định khi sinh.

Một số nhân viên y tế, các tổ chức tôn giáo hoặc phi tôn giáo, cũng như những gia đình có thái độ chối bỏ, có thể thực hiện các biện pháp nhằm cản trở thanh thiếu niên thể hiện sự đa dạng giới, hoặc cản trở việc khẳng định bản dạng giới khác biệt so với các biểu hiện và hành vi gắn liền với giới tính được chỉ định khi sinh. Những nỗ lực như vậy để ngăn chặn sự thể hiện xã hội có thể đảo ngược hoặc quá trình chuyển giới xã hội có thể bao gồm việc lựa chọn không sử dụng tên gọi và đại từ mà thanh thiếu niên tự khẳng định, hoặc hạn chế quyền tự thể hiện qua trang phục và kiểu tóc (Craig et al, 2017; Green et al, 2020). Các hành vi bác bỏ này thường nhằm củng cố quan điểm cho rằng bản dạng giới/cách thể hiện giới của một thanh thiếu niên phải khớp với giới liên quan đến giới tính được chỉ định khi sinh, hoặc phải phù hợp với các kỳ vọng dựa trên giới tính được chỉ định khi sinh. Các hoạt động và phương pháp tiếp cận (đôi khi được gọi là “liệu pháp”) nhằm cố gắng thay đổi bản dạng giới và cách thể hiện giới của một người để cho phù hợp hơn với giới tính được chỉ định khi sinh đã được thực hiện, nhưng những phương pháp này không dẫn đến sự thay đổi bản dạng giới (Craig et al, 2017; Green et al, 2020). Chúng tôi khuyến cáo không nên thực hiện những nỗ lực như vậy, vì chúng đã được chứng minh là không hiệu quả, đồng thời liên quan đến sự gia tăng các rối loạn tâm thần và chức năng tâm lý kém hơn (Craig et al, 2017; Green et al, 2020; Turban, Beckwith et al, 2020).

Phần lớn các nghiên cứu đánh giá “liệu pháp chuyển đổi” và “liệu pháp sửa chữa” tập trung vào tác động của các nỗ lực nhằm thay đổi cách thể hiện giới (ví dụ: nam tính hoặc nữ tính), đồng thời đánh đồng xu hướng tính dục với bản dạng giới (APA, 2009; Burnes et al, 2016; Craig et al, 2017). Một số nỗ lực này nhắm tới cả bản dạng giới lẫn cách thể hiện giới (AACAP, 2018). Các liệu pháp chuyển đổi/sửa chữa đã được chứng minh là có liên quan đến sự gia tăng lo âu, trầm cảm, ý tưởng tự sát, hành vi tự sát và xu hướng né tránh tiếp cận dịch vụ y tế (Craig et al, 2017; Green et al, 2020; Turban, Beckwith et al, 2020). Mặc dù một số nghiên cứu trong lĩnh vực này từng bị chỉ trích về phương pháp nghiên cứu và kết luận (ví dụ: D’Angelo et al, 2020), điều đó

không làm giảm tầm quan trọng của việc nhấn mạnh rằng các nỗ lực được thực hiện nhằm thay đổi bản dạng của một cá nhân ngay từ đầu là không phù hợp về mặt lâm sàng và vi phạm đạo đức y học. Chúng tôi khuyến cáo không áp dụng bất kỳ hình thức liệu pháp chuyển đổi nào hoặc các nỗ lực nhằm thay đổi bản dạng giới của một người, vì: (1) các nỗ lực thay đổi bản dạng giới hoặc sự thể hiện giới, dù xuất phát từ các tổ chức phi tôn giáo hay tôn giáo, đều liên quan đến các chức năng tâm lý tiêu cực kéo dài đến tuổi trưởng thành (Turban, Beckwith et al, 2020); và (2) tồn tại những cơ sở đạo đức quan trọng hơn đòi hỏi sự tôn trọng đối với các bản dạng giới đa dạng.

Cần lưu ý rằng các yếu tố tiềm ẩn thúc đẩy trải nghiệm liên quan đến giới và việc báo cáo không phù hợp giới của một thanh thiếu niên khi được thực hiện trong bối cảnh hỗ trợ quá trình tự khám phá bản thân không được coi là liệu pháp sửa chữa miễn là không có mục tiêu trước nhằm thay đổi hoặc ưu tiên một bản dạng giới hay cách thể hiện giới cụ thể nào (AACAP, 2018; xem thêm Tuyên bố 6.2). Để đảm bảo rằng những khám phá này mang tính trị liệu, chúng tôi khuyến nghị sử dụng một cách tiếp cận mang tính khẳng định và giọng điệu hỗ trợ khi thảo luận về các bước đã được thanh thiếu niên thử, cân nhắc và lên kế hoạch liên quan đến cách thể hiện giới của họ. Các chủ đề thảo luận này có thể bao gồm việc xác định những gì mang lại cảm giác hữu ích hoặc thúc đẩy sự khẳng định bản dạng, những gì gây cảm giác không hữu ích hoặc khó chịu và lý do vì sao. Chúng tôi khuyến nghị sử dụng các phản hồi mang tính khẳng định đối với những bước đi và nội dung thảo luận này, tương tự như những phản hồi được nêu trong Tuyên bố 6.4 của Tiêu chuẩn Chăm sóc (SOC-8).

Tuyên bố 6.6

Chúng tôi đề nghị các chuyên gia y tế cung cấp cho thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới giáo dục sức khỏe về kỹ thuật bó ngực và che giấu bộ phận sinh dục, bao gồm cả việc xem xét kỹ lưỡng lợi ích và nguy cơ liên quan đến các phương pháp này.

Thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới (TGD) có thể trải qua trạng thái khó chịu liên quan đến cấu trúc ngực và cơ quan sinh dục. Các phương pháp như bó ngực, đệm ngực, che giấu bộ phận sinh dục và lấp đệm vùng sinh dục là những can thiệp không y khoa, có thể đảo ngược, giúp giảm bớt cảm giác khó chịu này (Callen-Lorde, 2020a, 2020b; Deutsch, 2016a;

Olson-Kennedy, Rosenthal et al, 2018; Transcare BC, 2020). Việc đánh giá mức độ khó chịu liên quan đến phát triển thể chất hoặc cấu trúc giải phẫu, cung cấp kiến thức cho thanh thiếu niên về các can thiệp không y khoa có thể giúp giải quyết tình trạng này, và thảo luận về cách sử dụng an toàn các phương pháp đó là điều rất quan trọng.

Bó ngực là kỹ thuật nén mô vú nhằm tạo bề mặt ngực phẳng hơn. Các nghiên cứu cho thấy có tới khoảng 87% bệnh nhân chuyển giới nam báo cáo từng bó ngực (Jones, 2015; Peitzmeier, 2017). Phương pháp bó ngực có thể bao gồm: sử dụng đai bó ngực thương mại, áo ngực thể thao, chông nhiều lớp áo, chông nhiều lớp áo ngực thể thao, hoặc sử dụng dây đàn hồi/băng gạc khác (Peitzmeier, 2017). Hiện nay, hầu hết thanh thiếu niên cho biết họ học về kỹ thuật bó ngực từ các cộng đồng trực tuyến gồm bạn bè đồng trang lứa (Julian, 2019). Nhân viên y tế có thể đóng vai trò quan trọng trong việc đảm bảo thanh thiếu niên nhận được thông tin chính xác và đáng tin cậy về các lợi ích và nguy cơ tiềm tàng của bó ngực. Bên cạnh đó, các nhân viên y tế nên tư vấn về các thực hành bó ngực an toàn và theo dõi các tác động tiêu cực có thể xảy ra đối với sức khỏe. Mặc dù bó ngực có thể gây ra các tác động vật lý tiêu cực, thanh thiếu niên thực hiện bó ngực báo cáo nhiều lợi ích, bao gồm: tăng sự thoải mái, cải thiện cảm giác an toàn, và giảm tỷ lệ bị gọi sai giới (Julian, 2019). Các ảnh hưởng sức khỏe tiêu biểu không mong muốn của bó ngực ở thanh thiếu niên bao gồm đau lưng/ngực, khó thở, và quá nóng (Julian, 2019). Các tác động nghiêm trọng hơn như nhiễm trùng da, nhiễm trùng hô hấp và gãy xương sườn ít gặp hơn nhưng đã được ghi nhận ở người lớn thực hiện bó ngực (Peitzmeier, 2017). Nếu một thanh thiếu niên lựa chọn bó ngực, các em nên được tư vấn chỉ sử dụng những phương pháp được coi là an toàn, chẳng hạn như đai bó ngực được thiết kế riêng cho người đa dạng giới, nhằm giảm nguy cơ gặp phải các tác động tiêu cực nghiêm trọng đối với sức khỏe. Những phương pháp được coi là không an toàn để bó ngực bao gồm sử dụng băng keo, băng quấn, và màng bọc nhựa – vì những vật dụng này có thể hạn chế lưu thông máu, gây tổn hại da và cản trở hô hấp. Nếu thanh thiếu niên báo cáo có các tác động tiêu cực đối với sức khỏe từ việc bó ngực, điều này cần được giải quyết bởi một nhân viên y tế khẳng định giới có kinh nghiệm làm việc với thanh thiếu niên TGD.

Che giấu bộ phận sinh dục là kỹ thuật đặt dương vật và tinh hoàn vào vị trí nhằm làm giảm sự lộ rõ của vùng

lỗi bộ phận sinh dục. Các phương pháp tucking bao gồm: đặt dương vật và tinh hoàn giữa hai đùi, hoặc đẩy tinh hoàn vào ống bẹn và kéo dương vật lùi lại giữa hai chân. Thông thường, bộ phận sinh dục được giữ cố định bằng quần lót ôm sát hoặc bằng gaff — một loại trang phục hỗ trợ, có thể mua sẵn hoặc tự làm. Hiện có rất ít nghiên cứu về các nguy cơ và lợi ích cụ thể của che giấu bộ phận sinh dục ở người lớn, và chưa có nghiên cứu nào được thực hiện ở thanh thiếu niên. Các nghiên cứu trước đây cho thấy việc mặc trang phục ôm sát quá chặt có liên quan đến giảm nồng độ tinh trùng và khả năng di động của tinh trùng. Ngoài ra, nhiệt độ bìu tăng cao có thể liên quan đến đặc tính tinh trùng kém, và việc che giấu bộ phận sinh dục theo lý thuyết ảnh hưởng đến quá trình sinh tinh và khả năng sinh sản (Marsh, 2019), mặc dù hiện chưa có nghiên cứu nào xác định rõ ràng các kết quả bất lợi này. Cần có thêm nghiên cứu để xác định các lợi ích và nguy cơ cụ thể của việc che giấu bộ phận sinh dục ở thanh thiếu niên.

Tuyên bố 6.7

Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế cân nhắc kê đơn thuốc ức chế kinh nguyệt cho các vị thành niên trải qua không phù hợp giới, bao gồm: những người không mong muốn điều trị bằng testosterone, những người có nhu cầu nhưng chưa bắt đầu liệu pháp testosterone, hoặc kết hợp với liệu pháp testosterone trong trường hợp xảy ra xuất huyết âm đạo bất thường.

Khi thảo luận về các lựa chọn thuốc ức chế kinh nguyệt với thanh thiếu niên đa dạng giới, các nhân viên y tế nên thực hiện quá trình ra quyết định chung, sử dụng ngôn ngữ bao gồm giới tính (ví dụ như hỏi bệnh nhân những thuật ngữ mà họ sử dụng để nói về kinh nguyệt, cơ quan sinh sản và bộ phận sinh dục) và thực hiện khám thể chất một cách nhạy cảm, mang tính khẳng định giới (Bonnington et al., 2020; Krempasky et al, 2020). Hiện không có nghiên cứu chính thức đánh giá tác động của việc ức chế kinh nguyệt đối với không phù hợp giới và/hoặc phiền muộn giới. Tuy nhiên, việc sử dụng thuốc ức chế kinh nguyệt có thể là một can thiệp ban đầu giúp thanh thiếu niên tiếp tục khám phá mục tiêu chăm sóc liên quan đến giới, ưu tiên các can thiệp sức khỏe tâm thần khác, hoặc cả hai, đặc biệt là với những người bị phiền muộn giới gia tăng do hành kinh không mong muốn (xem Tuyên bố 6.12.d; Mehringer & Dowshen, 2019). Khi không sử dụng testosterone, ức chế kinh nguyệt có thể đạt được bằng

cách dùng progestin. Để loại trừ bất kỳ rối loạn kinh nguyệt nền tảng nào, việc ghi lại chu kỳ lịch sử kinh nguyệt chi tiết và đánh giá thích hợp là rất quan trọng trước khi bắt đầu điều trị ức chế kinh nguyệt (Carswell & Roberts, 2017). Trong phần thảo luận về thuốc ức chế kinh nguyệt, cũng cần đề cập đến nhu cầu tránh thai và cung cấp thông tin về hiệu quả của các thuốc ức chế kinh nguyệt như các phương pháp tránh thai (Bonnington et al, 2020). Nhiều lựa chọn ức chế kinh nguyệt khác nhau nên được cung cấp để cho phép xây dựng kế hoạch điều trị cá thể hóa, đồng thời cân nhắc khả năng sẵn có, chi phí và phạm vi bảo hiểm, cũng như chống chỉ định và tác dụng phụ, bao gồm: thuốc kết hợp estrogen–progestin, progestin dạng uống, progestin dạng tiêm hoặc cấy dưới da, và các thiết bị tránh thai đặt trong tử cung (Kanj et al, 2019).

Các thuốc nội tiết chỉ chứa progestin là những lựa chọn phù hợp, đặc biệt ở những thanh thiếu niên chuyển giới nam hoặc phi nhị nguyên giới không muốn sử dụng các liệu pháp y tế chứa estrogen, cũng như ở những người có nguy cơ huyết khối tắc mạch hoặc có các chống chỉ định khác đối với liệu pháp estrogen (Carswell & Roberts, 2017). Các thuốc nội tiết chỉ chứa progestin bao gồm: progestin dạng uống, tiêm depo - medroxyprogesterone, cấy etonogestrel, và các thiết bị tránh thai đặt trong tử cung chứa levonorgestrel (Schwartz et al, 2019). Các thuốc nội tiết chỉ chứa progestin này khác nhau về hiệu quả trong việc đạt được ức chế kinh nguyệt, và nhìn chung có tỷ lệ đạt vô kinh thấp hơn so với các biện pháp tránh thai kết hợp dạng uống (Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). Mô tả chi tiết hơn về các nghiên cứu lâm sàng liên quan được trình bày trong Chương 12 – Liệu pháp nội tiết. Nhân viên y tế không nên đưa ra giả định về liệu pháp dùng thuốc ưa thích của từng cá nhân, vì một số thanh thiếu niên chuyển giới nam có thể thích vòng đặt trong âm đạo hoặc cấy các thiết bị tránh thai đặt trong tử cung (Akgul et al, 2019). Mặc dù các thuốc nội tiết có thể cần theo dõi vì nguy cơ làm thay đổi tâm trạng, trầm cảm, hoặc cả hai, lợi ích và nguy cơ của việc không ức chế kinh nguyệt trong bối cảnh phiên muộn giới cần được đánh giá theo từng trường hợp cụ thể. Một số bệnh nhân có thể chọn biện pháp tránh thai kết hợp dạng uống chứa kết hợp ethinyl estradiol với các progestin thế hệ khác nhau ở liều lượng khác nhau (Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). Thành phần ethinyl estradiol liều thấp trong viên tránh thai kết hợp dạng uống thường liên quan đến tăng nguy cơ xuất huyết âm

đạo bất thường. Các viên tránh thai kết hợp liên tục có thể được sử dụng để đạt ức chế kinh nguyệt liên tục, và có thể được cung cấp dưới dạng miếng dán qua da hoặc vòng đặt âm đạo.

Việc sử dụng các chất đồng vận gonadotropin cũng có thể dẫn đến ức chế kinh nguyệt. Tuy nhiên, nên đảm bảo rằng thanh thiếu niên đa dạng giới đáp ứng các tiêu chí đủ điều kiện (như được nêu trong Tuyên bố 6.12) trước khi xem xét sử dụng thuốc này chỉ với mục đích ức chế kinh nguyệt (Carswell & Roberts, 2017; Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). Cuối cùng, thuốc ức chế kinh nguyệt có thể được chỉ định như một liệu pháp hỗ trợ đối với xuất huyết âm đạo bất thường có thể xảy ra khi đang sử dụng testosterone ngoại sinh, hoặc như một thuốc chuyển tiếp trong khi chờ đạt được ức chế kinh nguyệt thông qua liệu pháp testosterone. Khi testosterone ngoại sinh được sử dụng như hormone khẳng định giới, ức chế kinh nguyệt thường đạt được trong sáu tháng đầu của liệu pháp (Ahmad & Leinung, 2017). Tuy nhiên, việc tư vấn cho thanh thiếu niên rằng trứng rụng và mang thai vẫn có thể xảy ra ngay cả khi đã đạt vô kinh là điều rất quan trọng (Gomez et al, 2020; Kanj et al, 2019).

Tuyên bố 6.8

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế duy trì mối quan hệ điều trị liên tục với thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới cùng với những người chăm sóc có liên quan, nhằm hỗ trợ thanh thiếu niên trong quá trình ra quyết định xuyên suốt giai đoạn điều trị ức chế dậy thì, điều trị hormone và phẫu thuật liên quan đến giới tính, cho đến khi các em chuyển tiếp sang hệ thống chăm sóc người trưởng thành.

Các nhân viên y tế có chuyên môn về phát triển trẻ em và vị thành niên, như được mô tả trong Tuyên bố 6.1, đóng vai trò quan trọng trong việc duy trì tính liên tục của chăm sóc cho người trẻ trong suốt quá trình đáp ứng các nhu cầu điều trị liên quan đến giới của họ. Việc hỗ trợ thanh thiếu niên và gia đình của họ đòi hỏi một cách tiếp cận chăm sóc dựa trên lắng kính phát triển, qua đó có thể hiểu được mức độ trưởng thành cảm xúc và các nhu cầu chăm sóc đang dần thay đổi theo thời gian của từng cá nhân. Vì các lộ trình điều trị khẳng định giới khác nhau tùy theo nhu cầu và trải nghiệm của từng thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới (TGD), việc ra quyết định đối với các can thiệp này (ức chế dậy thì, estrogen/androgen, phẫu thuật khẳng định

giới) có thể xảy ra ở những thời điểm khác nhau trong khoảng thời gian nhiều năm. Các nghiên cứu cho thấy lợi ích của việc ức chế dậy thì và điều trị hormone kháng định giới đã được thực hiện trong bối cảnh duy trì mối quan hệ lâm sàng liên tục giữa thanh thiếu niên/gia đình và đội ngũ đa ngành (de Vries et al, 2014).

Các cơ sở lâm sàng cho phép thời gian hẹn khám kéo dài hơn tạo điều kiện cho thanh thiếu niên và người chăm sóc chia sẻ những khía cạnh tâm lý xã hội quan trọng liên quan đến sức khỏe cảm xúc (ví dụ: động lực gia đình, trường học, trải nghiệm lãng mạn và tình dục) những yếu tố này giúp đặt bối cảnh cho các nhu cầu và quyết định điều trị y tế kháng định giới cá thể hóa, như đã mô tả ở các phần khác trong chương. Một mối quan hệ lâm sàng liên tục có thể diễn ra trong nhiều bối cảnh khác nhau, dù đó là trong một đội ngũ đa ngành hay với các nhà cung cấp dịch vụ ở các địa điểm khác nhau nhưng có sự phối hợp với nhau. Xét đến sự khác biệt lớn về khả năng tiếp cận các trung tâm chăm sóc chuyên biệt về giới, đặc biệt đối với các nhóm bị thiệt thòi gặp khó khăn trong tiếp cận dịch vụ, việc các nhân viên y tế nhận thức được sự tồn tại của bất kỳ rào cản nào đối với việc tiếp cận chăm sóc là điều rất quan trọng, đồng thời giữ được tính linh hoạt trong việc xác định cách thức duy trì mối quan hệ lâm sàng liên tục phù hợp với từng bối cảnh cụ thể.

Một mối quan hệ lâm sàng liên tục giúp tăng cường khả năng phục hồi ở thanh thiếu niên và cung cấp hỗ trợ cho cha mẹ/người chăm sóc, những người cũng có thể có nhu cầu điều trị riêng, cuối cùng có thể dẫn đến sự chấp nhận của cha mẹ/người chăm sóc, khi cần thiết, mà điều này liên quan đến kết quả sức khỏe tâm thần tốt hơn ở thanh thiếu niên (Ryan, Huebner et al, 2009).

Tuyên bố 6.9

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia chăm sóc sức khỏe phối hợp với các chuyên ngành liên quan, bao gồm chuyên gia sức khỏe tâm thần và chuyên gia y tế, nhằm đưa ra quyết định liệu việc can thiệp ức chế dậy thì, khởi trị liệu hormone, hoặc can thiệp phẫu thuật liên quan đến giới đối với thanh thiếu niên đa dạng giới và chuyển giới có phù hợp và còn chỉ định trong suốt quá trình điều trị cho đến khi chuyển tiếp sang hệ thống chăm sóc sức khỏe người trưởng thành.

Thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới (TGD) trải qua phiền muộn giới hoặc không phù hợp giới và có

nhu cầu tiếp cận các can thiệp y tế và phẫu thuật kháng định giới sẽ được hưởng lợi từ sự tham gia của các chuyên gia chăm sóc sức khỏe thuộc nhiều chuyên ngành khác nhau. Việc cung cấp chăm sóc cho thanh thiếu niên TGD bao gồm: 1) các yếu tố chẩn đoán (xem Tuyên bố 6.3, 6.12a và 6.12b) được thực hiện bởi chuyên gia chăm sóc sức khỏe chuyên về giới (theo định nghĩa tại Tuyên bố 6.1), trong những trường hợp cần thiết và khả thi; và 2) các cân nhắc điều trị khi kê đơn, quản lý và theo dõi thuốc trong quá trình chăm sóc y tế và phẫu thuật kháng định giới, đòi hỏi chuyên môn phù hợp của các chuyên gia y tế/phẫu thuật tương ứng. Danh sách các chuyên ngành chủ chốt bao gồm: y học vị thành niên/chăm sóc ban đầu, nội tiết nhi, tâm lý học, tâm thần học, ngữ âm trị liệu, công tác xã hội, nhân viên hỗ trợ và nhóm phẫu thuật.

Các bằng chứng ngày càng phát triển đã cho thấy lợi ích lâm sàng rõ rệt đối với trẻ vị thành niên chuyển giới khi các em được tiếp cận các can thiệp kháng định giới tại các phòng khám đa chuyên khoa chuyên về giới (de Vries et al., 2014; Kuper et al., 2020; Tollit et al., 2019). Cuối cùng, những thanh thiếu niên tìm kiếm chăm sóc kháng định giới tại các cơ sở đa chuyên khoa thường có biểu hiện lâm sàng phức tạp, đòi hỏi sự phối hợp chặt chẽ giữa các chuyên gia sức khỏe tâm thần, y khoa và/hoặc phẫu thuật (McCallion et al., 2021; Sorbara et al., 2020; Tishelman et al., 2015).

Không phải tất cả người bệnh và gia đình đều có điều kiện hoặc đang sinh sống tại khu vực có thể tiếp cận mô hình chăm sóc đa chuyên khoa; tuy nhiên, việc thiếu hụt các chuyên khoa sẵn có không nên là lý do ngăn cản trẻ vị thành niên tiếp cận các dịch vụ chăm sóc cần thiết một cách kịp thời. Khi có sẵn các chuyên khoa, đặc biệt tại các trung tâm đã có đội ngũ chăm sóc đa chuyên ngành hoặc các chuyên gia liên quan, nên ưu tiên huy động sự tham gia của các chuyên gia phù hợp khi xây dựng nhóm chăm sóc sức khỏe giới. Tuy nhiên, điều này không có nghĩa là mọi chuyên ngành đều bắt buộc phải tham gia vào quá trình chăm sóc đối với từng trường hợp thanh thiếu niên và gia đình cụ thể.

Nếu cần tài liệu bằng văn bản hoặc thư đề nghị điều trị y tế và phẫu thuật kháng định giới cho vị thành niên, chỉ cần một thư đánh giá từ một thành viên trong đội ngũ chăm sóc đa chuyên khoa. Thư này cần phản ánh đánh giá và ý kiến của toàn bộ nhóm, bao gồm cả chuyên gia y tế và chuyên gia sức khỏe tâm thần (Hiệp hội Tâm thần học Hoa Kỳ, 2015; Hembree et al, 2017; Telfer et al, 2018). Kết quả đánh giá chi tiết hơn và các

ý kiến bằng văn bản bổ sung có thể được yêu cầu khi có nhu cầu lâm sàng cụ thể, hoặc khi các thành viên trong nhóm làm việc ở những địa điểm khác nhau hoặc lựa chọn tự viết bản tóm tắt đánh giá riêng của họ. Để biết thêm thông tin, xem Chương 5 — Đánh giá đối với người lớn, Tuyên bố 5.5.

Tuyên bố 6.10

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế đang chăm sóc cho thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới, khi những người trẻ này có nhu cầu can thiệp y tế hoặc phẫu thuật khẳng định giới, cần cung cấp thông tin cho họ trước khi bắt đầu điều trị về tác động của điều trị đối với chức năng sinh sản, bao gồm nguy cơ mất khả năng sinh sản và các lựa chọn bảo tồn khả năng sinh sản có sẵn, phù hợp với giai đoạn phát triển dậy thì hiện tại của trẻ vị thành niên.

Khi đánh giá các thanh thiếu niên có nhu cầu can thiệp y tế hoặc phẫu thuật khẳng định giới, các chuyên gia y tế cần trao đổi về những cách thức cụ thể mà các can thiệp cần thiết có thể ảnh hưởng đến khả năng sinh sản. Các vấn đề liên quan đến khả năng sinh sản và các lựa chọn cụ thể để bảo tồn khả năng sinh sản được trình bày chi tiết hơn trong Chương 12 – Liệu pháp hormone và Chương 16 – Sức khỏe sinh sản.

Điều quan trọng là các chuyên gia y tế cần hiểu rõ các lựa chọn bảo tồn khả năng sinh sản hiện có để có thể cung cấp thông tin đầy đủ cho thanh thiếu niên. Phụ huynh được khuyến khích tham gia vào quá trình này và cũng cần nắm rõ những ưu điểm và hạn chế của từng phương án. Các chuyên gia y tế cũng nên ghi nhận rằng thanh thiếu niên và phụ huynh có thể có quan điểm khác nhau liên quan đến khả năng sinh sản, và vì vậy có thể đưa ra các quyết định không giống nhau (Quain et al, 2020). Chính vì lý do đó, vai trò của chuyên gia y tế là hướng dẫn và hỗ trợ quá trình ra quyết định một cách phù hợp và cân bằng.

Các chuyên gia y tế cần đặc biệt lưu ý đến khía cạnh phát triển tâm lý và khả năng ra quyết định liên quan đến bảo tồn khả năng sinh sản của từng thanh thiếu niên. Mặc dù một số thanh thiếu niên có thể cho rằng họ đã đưa ra quyết định dứt khoát về khả năng sinh sản của mình, khả năng thay đổi quan điểm trong tương lai về việc có con ruột vẫn cần được trao đổi rõ ràng với một chuyên gia y tế có kinh nghiệm làm việc với thanh thiếu niên, am hiểu về sự phát triển trong lứa tuổi này

và có kinh nghiệm hỗ trợ phụ huynh trong các tình huống tương tự.

Việc trao đổi về hệ quả lâu dài của các can thiệp y tế khẳng định giới lên khả năng sinh sản, cũng như đảm bảo rằng thanh thiếu niên chuyển giới có kỳ vọng thực tế về các lựa chọn bảo tồn khả năng sinh sản hoặc nhận con nuôi, không thể chỉ thực hiện thông qua một cuộc trò chuyện duy nhất, mà cần là một quá trình trao đổi liên tục. Những cuộc trao đổi này nên diễn ra không chỉ trước khi bắt đầu bất kỳ can thiệp y tế nào (như ức chế dậy thì, điều trị nội tiết tố hoặc can thiệp phẫu thuật), mà còn trong suốt quá trình điều trị và giai đoạn chuyển tiếp.

Hiện nay, chỉ có các kết quả sơ bộ từ các nghiên cứu hồi cứu đánh giá những người trưởng thành chuyển giới về các quyết định họ đã đưa ra khi còn trẻ liên quan đến hậu quả của các can thiệp y tế khẳng định giới đối với khả năng sinh sản. Điều quan trọng là không nên đưa ra giả định về những mục tiêu trong tương lai mà một thanh thiếu niên có thể mong muốn. Các nghiên cứu trên những người sống sót sau ung thư thời thơ ấu cho thấy, những người tham gia từng bỏ lỡ cơ hội bảo tồn khả năng sinh sản thường báo cáo có cảm giác đau buồn và hối tiếc liên quan đến nguy cơ vô sinh tiềm ẩn (Armund et al, 2014; Ellis et al, 2016; Lehmann et al, 2017). Thêm vào đó, những người mắc ung thư không ưu tiên việc có con ruột trước khi điều trị cũng đã được ghi nhận là có thể thay đổi suy nghĩ của mình trong giai đoạn sống sót sau điều trị (Armund et al, 2014).

Do tính phức tạp của các lựa chọn bảo tồn khả năng sinh sản khác nhau và những thách thức mà các chuyên gia y tế có thể gặp phải khi thảo luận về khả năng sinh sản với thanh thiếu niên và gia đình (Tishelman et al, 2019), việc tham vấn chuyên sâu về bảo tồn khả năng sinh sản là một yếu tố quan trọng cần được cân nhắc đối với mọi thanh thiếu niên chuyển giới đang theo đuổi các can thiệp y tế khẳng định giới, trừ khi trong bối cảnh địa phương việc tham vấn về bảo tồn khả năng sinh sản không được bảo hiểm chi trả hoặc không nằm trong phạm vi của hệ thống chăm sóc sức khỏe công, hoặc không có sẵn tại địa phương, hoặc hoàn cảnh cá nhân khiến việc tham vấn này không phù hợp.

Tuyên bố 6.11

Chúng tôi khuyến nghị rằng khi các can thiệp y tế hoặc phẫu thuật khẳng định giới được chỉ định cho vị thành niên, các chuyên gia y tế làm việc với thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới nên mời cha

mẹ/người giám hộ tham gia vào quá trình đánh giá và điều trị, trừ khi sự tham gia đó được xác định là gây hại cho thanh thiếu niên hoặc không khả thi.

Khi có dấu hiệu cho thấy một thanh thiếu niên có thể hưởng lợi từ một can thiệp y tế hoặc phẫu thuật khẳng định giới, việc mời cha mẹ hoặc người chăm sóc chính tham gia vào quá trình đánh giá được khuyến nghị trong hầu hết các tình huống (Edwards-Leeper & Spack, 2012; Rafferty et al, 2018). Các trường hợp ngoại lệ có thể bao gồm những tình huống mà thanh thiếu niên đang thuộc diện chăm sóc thay thế, chịu sự quản lý của cơ quan bảo vệ trẻ em, hoặc cả hai; và trong các bối cảnh đó, vấn đề quyền giám hộ cũng như sự tham gia của cha mẹ là bất khả thi, không phù hợp, hoặc có thể gây hại. Sự ủng hộ từ cha mẹ và gia đình đối với thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới là một yếu tố dự báo quan trọng cho sức khỏe tâm thần và hạnh phúc của các em, và được chứng minh là có hiệu quả bảo vệ sức khỏe tâm thần của thanh thiếu niên TGD (Gower, Rider, Coleman và 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). Vì vậy, việc bao gồm cha mẹ/người chăm sóc trong quá trình đánh giá nhằm khuyến khích và tạo điều kiện cho sự hiểu biết và ủng hộ của phụ huynh đối với thanh thiếu niên có thể là một trong những thực hành hữu ích nhất hiện có.

Cha mẹ/người chăm sóc có thể cung cấp thông tin then chốt cho đội ngũ lâm sàng, chẳng hạn như tiền sử phát triển tổng thể, y khoa và sức khỏe tâm thần của thanh thiếu niên, cũng như những hiểu biết sâu sắc về mức độ hỗ trợ hiện tại, chức năng chung và sức khỏe tâm lý, xã hội của trẻ. Sự tương đồng hay khác biệt giữa những gì thanh thiếu niên tự báo cáo và những gì cha mẹ/người chăm sóc cung cấp có thể là thông tin quan trọng đối với nhóm đánh giá, và giúp định hướng thiết kế các hỗ trợ cá thể hóa cho cả thanh thiếu niên và gia đình (De Los Reyes et al, 2019; Katz-Wise et al, 2017). Hiểu biết về bối cảnh gia đình, bao gồm cả các yếu tố tăng cường sự phục hồi và các thách thức, có thể giúp các nhà cung cấp biết được những hỗ trợ đặc thù nào cần thiết trong quá trình điều trị y tế. Sự tham gia của cha mẹ/người chăm sóc cũng quan trọng trong việc giáo dục gia đình về các phương pháp điều trị khác nhau, nhu cầu theo dõi và chăm sóc liên tục, và các biến chứng tiềm ẩn của điều trị. Thông qua giáo dục tâm lý về các lựa chọn chăm sóc y tế liên quan đến giới và sự tham gia vào quá trình đánh giá, vốn có thể diễn ra dần

theo thời gian, cha mẹ/người chăm sóc có thể hiểu rõ hơn về trải nghiệm và nhu cầu liên quan đến giới của con em mình (Andrzejewski et al, 2020; Katz-Wise et al, 2017).

Các mối quan ngại hoặc câu hỏi của cha mẹ/người chăm sóc liên quan đến tính ổn định của nhu cầu liên quan đến giới theo thời gian và những hệ quả của các can thiệp y tế khẳng định giới là điều thường gặp và không nên bị xem nhẹ. Việc cha mẹ/người chăm sóc đặt ra những câu hỏi như vậy là hoàn toàn phù hợp, và trong một số trường hợp, những câu hỏi hoặc mối băn khoăn này của cha mẹ/người chăm sóc có thể giúp cung cấp thông tin quan trọng để hình thành các quyết định và kế hoạch điều trị. Ví dụ, báo cáo từ cha mẹ/người chăm sóc có thể cung cấp bối cảnh quan trọng trong những tình huống mà thanh thiếu niên chỉ mới gần đây hoặc đột ngột nhận thức về sự đa dạng giới và kèm theo là nhu cầu can thiệp khẳng định giới, hoặc khi có mối lo ngại về tác động quá mức của bạn bè và truyền thông xã hội đối với khái niệm bản dạng giới hiện tại của thanh thiếu niên. Việc đặt bối cảnh cho báo cáo của cha mẹ/người chăm sóc cũng rất quan trọng, vì lịch sử liên quan đến bản dạng giới được cha mẹ/người chăm sóc cung cấp có thể phù hợp hoặc không phù hợp với những gì thanh thiếu niên tự báo cáo. Điều đáng chú ý là cha mẹ/người chăm sóc có thể không biết rõ lịch sử bản dạng giới của thanh thiếu niên, bởi vì bản dạng giới là trải nghiệm nội tâm đối với thanh thiếu niên và có thể không được người khác biết đến trừ khi thanh thiếu niên chia sẻ. Vì lý do này, báo cáo của chính thanh thiếu niên về lịch sử và trải nghiệm bản dạng giới của mình là điều cốt lõi trong quá trình đánh giá lâm sàng.

Một số phụ huynh có thể thể hiện quan điểm không ủng hộ hoặc mang tính đối kháng đối với bản dạng TGD, chăm sóc y tế liên quan đến giới, hoặc cả hai (Clark et al, 2020). Những quan điểm không ủng hộ này là mục tiêu trị liệu quan trọng đối với gia đình. Mặc dù việc thách thức những quan điểm của phụ huynh có thể trong một số trường hợp dường như rất cứng nhắc, nhân viên y tế không nên vội cho rằng điều đó là cố định. Có rất nhiều trường hợp cha mẹ/người chăm sóc theo thời gian, nhờ sự hỗ trợ và giáo dục tâm lý, đã trở nên ngày càng chấp nhận hơn đối với sự đa dạng giới và nhu cầu chăm sóc của con em họ là TGD.

Việc hỗ trợ thanh thiếu niên và cha mẹ/người chăm sóc cùng nhau đưa ra các quyết định quan trọng liên quan đến chăm sóc y tế khẳng định giới là một mục tiêu then chốt. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, cha

mẹ/người chăm sóc có thể quá từ chối bản dạng giới và nhu cầu liên quan đến giới của con mình đến mức không thể tham gia vào quá trình đánh giá lâm sàng. Trong những tình huống như vậy, thanh thiếu niên có thể cần đến sự can thiệp của các hệ thống hỗ trợ và vận động lớn hơn để có thể tiếp tục tiến trình chăm sóc và nhận được sự hỗ trợ cần thiết (Dubin et al, 2020).

Tuyên bố 6.12

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế khi đánh giá thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới chỉ nên đề xuất các can thiệp y tế hoặc phẫu thuật khẳng định giới theo yêu cầu của bệnh nhân khi các điều kiện sau được đáp ứng:

Tuyên bố 6.12.a

Thanh thiếu niên đáp ứng các tiêu chí chẩn đoán không phù hợp giới theo ICD-11 trong các trường hợp cần có chẩn đoán để tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Tại những quốc gia chưa áp dụng phiên bản ICD mới nhất, có thể sử dụng các hệ thống phân loại khác, tuy nhiên nên nỗ lực để áp dụng sớm nhất có thể phiên bản ICD mới nhất.

Khi làm việc với thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới (TGD), các chuyên gia y tế cần nhận thức rằng mặc dù một hệ thống phân loại có thể giúp tiếp cận dịch vụ chăm sóc, việc xem bản dạng chuyển giới là một rối loạn có thể khiến người trẻ cảm thấy bị kỳ thị (Beek et al, 2016). Các đánh giá liên quan đến sức khỏe giới và đa dạng giới đã từng bị chỉ trích, và tồn tại những tranh cãi xung quanh các hệ thống chẩn đoán (Drescher, 2016).

Các chuyên gia y tế nên đánh giá toàn bộ lịch sử liên quan đến giới và các nhu cầu chăm sóc liên quan đến giới của thanh thiếu niên. Thông qua quy trình đánh giá này, các chuyên gia y tế có thể đưa ra chẩn đoán khi chẩn đoán là cần thiết để tiếp cận các dịch vụ chăm sóc liên quan đến chuyển giới.

Không phù hợp giới và phiên muộn giới là hai thuật ngữ chẩn đoán được sử dụng trong Phân loại Quốc tế về Bệnh tật (ICD) của Tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organization's International Classification of Diseases) và Sổ tay Chẩn đoán và Thống kê các Rối loạn Tâm thần (DSM) của Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Trong hai hệ thống phân loại được sử dụng rộng rãi này, DSM chỉ dành cho chẩn đoán trong lĩnh vực tâm thần, còn ICD bao gồm tất cả các bệnh và tình trạng liên quan đến cả sức khỏe thể chất lẫn sức khỏe

tâm thần. Các phiên bản gần đây nhất của hai hệ thống này, DSM-5 và ICD-11, phản ánh một quá trình dài của việc tái khái niệm hóa và phi bệnh lý hóa các chẩn đoán liên quan đến giới (Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ 2013; Tổ chức Y tế thế giới, 2019a). So với phiên bản trước, DSM-5 đã thay thế thuật ngữ “rối loạn bản dạng giới” bằng “phiền muộn giới”, thừa nhận sự đau khổ mà một số người trải qua do sự không phù hợp giữa bản dạng giới họ kinh nghiệm và giới tính được chỉ định khi sinh. Trong bản chỉnh sửa mới nhất, DSM-5-TR, không có thay đổi về tiêu chí chẩn đoán phiên muộn giới, nhưng thuật ngữ đã được cập nhật theo ngôn ngữ phù hợp hiện tại (ví dụ, sử dụng “giới được xác định khi sinh” thay vì “giới sinh ra” và “điều trị khẳng định giới” thay vì “chuyển đổi giới”) (Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ, 2022). So với phiên bản thứ 10 của ICD (ICD-10), trong ICD-11, phân loại về không phù hợp giới đã được chuyển từ chương Sức khỏe Tâm thần sang chương Các Tình trạng Liên quan đến Sức khỏe Tinh dục. Khi so sánh với phân loại khó chịu giới trong DSM-5, một điểm tái khái niệm quan trọng là trong phân loại không phù hợp giới của ICD-11, “khó chịu” không còn là một chỉ số bắt buộc (WHO, 2019a). Bởi lẽ, khi lớn lên trong một môi trường hỗ trợ và chấp nhận, tiêu chí về khó chịu và suy giảm chức năng, vốn là một phần vốn có của mọi chẩn đoán sức khỏe tâm thần, có thể không phù hợp (Drescher, 2012). Do đó, phân loại không phù hợp giới trong ICD-11 có thể phản ánh đầy đủ hơn trải nghiệm đa dạng giới và những nhu cầu lâm sàng liên quan đến chăm sóc giới.

Tiêu chí phân loại không phù hợp giới theo ICD-11 ở tuổi vị thành niên hoặc trưởng thành yêu cầu sự không phù hợp rõ rệt và dai dẳng giữa bản dạng giới mà cá nhân đó trải nghiệm và giới tính được xác định khi sinh. Sự không phù hợp này thường dẫn tới nhu cầu “chuyển tiếp” nhằm sống và được chấp nhận như một người theo bản dạng giới mà họ trải nghiệm. Đối với một số người, điều này có thể bao gồm điều trị hormone, phẫu thuật hoặc các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác để giúp cơ thể phù hợp mức độ cần thiết và trong khả năng có thể với bản dạng giới mà họ trải nghiệm. Một điểm đặc biệt quan trọng đối với vị thành niên là chỉ số phân loại này không được gán trước khi bắt đầu dậy thì. Cuối cùng, cần lưu ý rằng “hành vi và sở thích khác với chuẩn giới” đơn thuần không phải là cơ sở để gán phân loại này (WHO, ICD-11, 2019a).

Tiêu chí chẩn đoán phiên muộn giới theo DSM-5 và DSM-5-TR ở lứa tuổi vị thành niên và người trưởng

thành mô tả sự không phù hợp rõ rệt giữa giới mà cá nhân trải nghiệm/thể hiện và giới được xác định khi sinh, kéo dài ít nhất 6 tháng (tiêu chí A, được đáp ứng khi có ít nhất 2 trong 6 tiêu chí phụ; DSM-5, APA, 2013; DSM-5-TR, APA, 2022).

Cần lưu ý rằng, mặc dù một phân loại chẩn đoán liên quan đến giới là một trong những yêu cầu để tiếp cận chăm sóc y tế khẳng định giới, nhưng bản thân chẩn đoán đó không đồng nghĩa với việc cá nhân bắt buộc phải cần can thiệp y tế khẳng định giới. Sự đa dạng trong trải nghiệm không phù hợp giới của thanh thiếu niên đòi hỏi các chuyên gia phải cung cấp một phổ rộng các can thiệp hoặc phương thức điều trị, dựa trên nhu cầu cá thể hóa của từng người trẻ. Các can thiệp này có thể bao gồm tư vấn tâm lý, hỗ trợ khám phá giới, đánh giá sức khỏe tâm thần và, khi cần thiết, điều trị với các chuyên gia sức khỏe tâm thần được đào tạo về phát triển bản dạng giới, có hoặc không kèm theo việc triển khai các can thiệp y tế khẳng định giới.

Tuyên bố 6.12.b

Trải nghiệm về đa dạng giới/không phù hợp giới phải rõ rệt và kéo dài theo thời gian.

Nhiều thanh thiếu niên trải qua quá trình khám phá và củng cố bản dạng (Klimstra và et al, 2010; Topolewska-Siedzik & Ciecuch, 2018). Quá trình khám phá bản dạng trong giai đoạn vị thành niên có thể bao gồm một quá trình tự nhận thức liên quan đến giới và bản dạng giới (Steensma, Kreukels et al, 2013). Hiện vẫn còn ít hiểu biết về cách các quá trình nền tảng dẫn đến việc củng cố bản dạng giới ở tuổi vị thành niên (ví dụ: quá trình cam kết với một bản dạng nhất định) có thể ảnh hưởng đến trải nghiệm hoặc nhu cầu của một người trẻ theo thời gian như thế nào.

Do đó, mức độ có thể đảo ngược của một can thiệp y tế khẳng định giới cần được cân nhắc cùng với thời gian trải nghiệm không phù hợp giới kéo dài của thanh thiếu niên khi bắt đầu điều trị. Vì những thay đổi về trải nghiệm và nhu cầu liên quan đến giới có thể diễn ra trong giai đoạn vị thành niên, điều quan trọng là cần xác định rằng thanh thiếu niên đã trải qua nhiều năm liên tục về đa dạng giới/không phù hợp giới trước khi bắt đầu các can thiệp ít có thể đảo ngược hơn như liệu pháp hormone khẳng định giới hoặc phẫu thuật. Điều trị ức chế dậy thì, vốn tạo thêm thời gian cho thanh thiếu niên trẻ tuổi phát triển năng lực ra quyết định, cũng đặt ra những cân nhắc quan trọng (xem Tuyên bố 6.12f và Chương 12 — Liệu pháp Hormone), nhấn mạnh tầm

quan trọng của việc có trải nghiệm đa dạng giới/không phù hợp giới kéo dài trước khi bắt đầu điều trị. Tuy nhiên, đối với nhóm vị thành niên còn trẻ hơn, việc yêu cầu nhiều năm trải nghiệm không phải lúc nào cũng thực tế hoặc cần thiết, vì mục đích của can thiệp là tạo thêm thời gian đồng thời tránh được sự khó chịu do những thay đổi dậy thì không thể đảo ngược. Đối với những thanh thiếu niên có thời gian trải nghiệm không phù hợp giới ngắn hơn, các hỗ trợ liên quan đến chuyển giới xã hội và/hoặc các hỗ trợ y tế khác (ví dụ: ức chế kinh nguyệt hoặc androgen) cũng có thể mang lại sự giảm nhẹ triệu chứng, đồng thời cung cấp thêm thông tin cho đội ngũ lâm sàng về nhu cầu chăm sóc giới toàn diện của thanh thiếu niên đó (xem Tuyên bố 6.4, 6.6 và 6.7).

Việc thiết lập bằng chứng về đa dạng giới/không phù hợp giới kéo dài thường đòi hỏi một quá trình đánh giá cẩn trọng với thanh thiếu niên theo thời gian (xem Tuyên bố 6.3). Trong mọi trường hợp có thể và phù hợp, quá trình đánh giá và phân biệt này cũng nên bao gồm cha mẹ/người chăm sóc (xem Tuyên bố 6.11). Bằng chứng cho thấy sự đa dạng giới/không phù hợp giới kéo dài theo thời gian có thể được thu thập thông qua lịch sử được ghi nhận trực tiếp từ thanh thiếu niên và cha mẹ/người chăm sóc, trong những trường hợp mà thông tin này chưa được ghi chép trong hồ sơ y tế.

Các tài liệu nghiên cứu liên quan đến tính liên tục so với gián đoạn của nhu cầu/yêu cầu chăm sóc y tế khẳng định giới là phức tạp và hơi khó diễn giải. Một loạt các nghiên cứu được thực hiện trong vài thập kỷ qua, bao gồm một số nghiên cứu có thách thức về phương pháp nghiên cứu (như Temple Newhook et al, 2018; Winters et al, 2018), cho thấy trải nghiệm không phù hợp giới không nhất quán đối với tất cả trẻ em khi các em lớn lên đến giai đoạn vị thành niên. Ví dụ, một nhóm nhỏ thanh thiếu niên từng trải qua giai đoạn không phù hợp giới hoặc đã chuyển giới xã hội trước dậy thì theo thời gian có thể cho thấy sự giảm bớt hoặc thậm chí chấm dứt hoàn toàn sự không phù hợp giới (de Vries et al, 2010; Olson et al, 2022; Ristori & Steensma, 2016; Singh et al, 2021; Wagner et al, 2021). Tuy nhiên, có ít nghiên cứu tập trung vào tỷ lệ duy trì hay gián đoạn của không phù hợp giới và các nhu cầu liên quan đến giới trong các nhóm dậy thì và vị thành niên. Dữ liệu hiện có về các nghiên cứu đoàn hệ vị thành niên/thanh thiếu niên được giới thiệu rộng rãi vì nhu cầu liên quan đến giới (từ phòng khám chuyển giới Amsterdam) cho thấy rằng, sau khi được đánh giá mở rộng trong thời

gian dài, một nhóm thanh thiếu niên với không phù hợp giới khi đến tìm chăm sóc giới chọn không tiếp tục can thiệp y tế khẳng định giới (Arnoldussen et al, 2019; de Vries, Steensma et al, 2011). Điều quan trọng là, các kết quả từ những nghiên cứu về các nhóm thanh thiếu niên/chuyên tiếp dạy thì có không phù hợp giới, trong đó người tham gia đã trải qua đánh giá toàn diện và lặp lại theo thời gian, cho thấy không phù hợp giới dai dẳng và nhu cầu liên quan đến giới, và những người này đã được giới thiệu đến chăm sóc y tế khẳng định giới, thì tỷ lệ hối tiếc về quyết định điều trị y tế khẳng định giới là thấp (de Vries et al, 2014; Wiepjes et al, 2018). Đáng chú ý là những kết quả về tỷ lệ hối tiếc thấp này hiện chỉ có thể áp dụng cho những thanh thiếu niên đã chứng minh được sự không phù hợp giới và nhu cầu liên quan đến giới kéo dài theo thời gian thông qua quy trình đánh giá toàn diện và lặp lại (xem Tuyên bố 6.3).

Tuyên bố 6.12.c

Thanh thiếu niên thể hiện được mức độ trưởng thành cảm xúc và nhận thức cần thiết để cung cấp sự đồng thuận thông qua hiểu biết/chấp thuận cho điều trị.

Quy trình đồng thuận thông qua hiểu biết bao gồm sự trao đổi thông tin giữa bệnh nhân và cán bộ y tế liên quan đến mức độ hiểu biết của bệnh nhân về một can thiệp tiềm năng, cũng như đi đến kết quả cuối cùng là quyết định của bệnh nhân về việc có tiếp nhận can thiệp đó hay không. Trong đa số các bối cảnh lâm sàng đối với trẻ vị thành niên, người giám hộ hợp pháp đóng vai trò cốt lõi trong quy trình đồng thuận: nếu một phương pháp điều trị được chỉ định, người giám hộ hợp pháp (thường là cha mẹ hoặc người chăm sóc) sẽ là bên đưa ra sự đồng thuận về mặt pháp lý để thực hiện điều trị đó. Bên cạnh đó, sự chấp thuận là một quy trình diễn ra song song, trong đó trẻ vị thành niên và cán bộ y tế trao đổi về can thiệp, và cán bộ y tế sẽ đánh giá mức độ hiểu biết cũng như nguyện vọng của trẻ.

Một bước thiết yếu trong quy trình đồng thuận thông qua hiểu biết/chấp thuận khi cân nhắc can thiệp y tế khẳng định giới là thảo luận cân trọng với các chuyên gia y tế có chuyên môn phù hợp, được đào tạo trong việc đánh giá mức độ trưởng thành cảm xúc và nhận thức của thanh thiếu niên. Các nội dung cần được trao đổi bao gồm: hiệu quả có thể đảo ngược và không thể đảo ngược của điều trị, các lựa chọn bảo tồn khả năng sinh sản (nếu có áp dụng), cùng mọi lợi ích và rủi ro tiềm ẩn của can thiệp. Những trao đổi này là bắt buộc

trong quá trình lấy sự đồng thuận hiểu biết/chấp thuận. Đánh giá mức độ trưởng thành về nhận thức và cảm xúc đóng vai trò quan trọng vì giúp nhóm chăm sóc hiểu rõ khả năng tiếp nhận thông tin của thanh thiếu niên để đưa ra quyết định y tế có hiểu biết.

Các kỹ năng cần thiết để thanh thiếu niên có thể đưa ra chấp thuận/đồng thuận hiểu biết đối với bất kỳ can thiệp hay điều trị y tế nào bao gồm khả năng: 1) hiểu bản chất của phương pháp điều trị; 2) lý giải về các lựa chọn điều trị, bao gồm cả lợi ích và rủi ro; 3) nhận thức được bản chất của quyết định, bao gồm hệ quả lâu dài; và 4) diễn đạt lựa chọn của bản thân (Grootens-Wiegers et al, 2017). Trong trường hợp các can thiệp y tế khẳng định giới, thanh thiếu niên cần được cung cấp đầy đủ thông tin về điều trị có thể và không thể đạt được những gì, mốc thời gian thông thường để các thay đổi xuất hiện (ví dụ: khi dùng liệu pháp nội tiết tố khẳng định giới), và hệ quả của việc ngừng điều trị. Thanh thiếu niên đa dạng giới cần hiểu rõ các tác động có thể đảo ngược, một phần đảo ngược, và không thể đảo ngược của điều trị, cũng như giới hạn của hiểu biết hiện tại về một số phương pháp điều trị nhất định (ví dụ: tác động của ức chế dậy thì lên phát triển não bộ (Chen và Loshak, 2020)). Thanh thiếu niên cũng cần hiểu rằng, mặc dù nhiều người trẻ đa dạng giới bắt đầu điều trị y tế khẳng định giới và thấy rằng phù hợp về lâu dài, vẫn có một tỉ lệ nhỏ việc điều trị này không còn phù hợp với họ theo thời gian (Wiepjes et al, 2018). Những thay đổi này đôi khi liên quan đến sự thay đổi trong nhu cầu giới, và trong một số trường hợp, là sự thay đổi trong bản dạng giới. Dựa trên các thông tin đó, thanh thiếu niên đa dạng giới cần có khả năng suy luận chín chắn về các lựa chọn điều trị, cân nhắc đến hệ quả của các quyết định đang cân nhắc. Bên cạnh đó, để có thể cung cấp thỏa thuận, người trẻ cần có khả năng truyền đạt rõ ràng lựa chọn của mình.

Các kỹ năng cần thiết để hoàn thành các nhiệm vụ yêu cầu trong quá trình chấp thuận/đồng thuận hiểu biết không nhất thiết xuất hiện ở một độ tuổi nhất định (Grootens-Wiegers et al, 2017). Có thể tồn tại sự biến đổi trong những năng lực này liên quan đến sự khác biệt trong phát triển và các biểu hiện sức khỏe tâm thần (Shumer & Tishelman, 2015), cũng như phụ thuộc vào cơ hội mà một người trẻ đã có để thực hành những kỹ năng đó (Alderson, 2007). Hơn nữa, việc đánh giá mức độ trưởng thành cảm xúc và nhận thức phải được tiến hành riêng biệt cho từng quyết định điều trị liên quan đến giới (Vrouenraets et al, 2021).

Những câu hỏi sau đây có thể hữu ích khi xem xét mức độ sẵn sàng về cảm xúc và nhận thức của một thanh thiếu niên để chấp thuận/thỏa thuận thông qua hiểu biết đối với một can thiệp y tế khẳng định giới cụ thể:

- Liệu thanh thiếu niên có khả năng suy nghĩ cân trọng về tương lai và cân nhắc các hệ quả của một can thiệp bán đảo ngược hoặc không thể đảo ngược hoàn toàn không?
- Liệu thanh thiếu niên có đủ năng lực tự phản ánh để xem xét khả năng rằng các nhu cầu và ưu tiên liên quan đến giới có thể phát triển theo thời gian, và các ưu tiên đó tại một thời điểm nhất định có thể thay đổi không?
- Liệu thanh thiếu niên đã phân nào suy nghĩ về các hệ quả mà họ có thể gặp nếu các ưu tiên liên quan đến giới của họ thay đổi trong tương lai không?
- Thanh thiếu niên có khả năng hiểu và quản lý được các khía cạnh ngắn hạn và dài hạn trong điều trị y tế cụ thể hay không (ví dụ: tuân thủ điều trị, cách dùng thuốc, và các theo dõi y tế cần thiết)?

Việc đánh giá mức độ trưởng thành về cảm xúc và nhận thức có thể được thực hiện theo thời gian khi nhóm chăm sóc sức khỏe tiếp tục tiến hành các cuộc trao đổi với thanh thiếu niên về các lựa chọn can thiệp y tế, đồng thời tạo điều kiện để thanh thiếu niên thực hành kỹ năng suy nghĩ hướng đến tương lai và linh hoạt cân nhắc các lựa chọn cũng như hệ quả có thể xảy ra. Đối với những thanh thiếu niên có rối loạn phát triển thần kinh và/hoặc một số dạng rối loạn sức khỏe tâm thần nhất định, các kỹ năng như tư duy hướng tới tương lai, lập kế hoạch, tư duy tổng thể và tự phản ánh có thể chưa phát triển đầy đủ (Dubbelink & Geurts, 2017). Trong những trường hợp này, một cách tiếp cận cân trọng hơn trong quá trình đồng thuận thông qua hiểu biết/chấp thuận là cần thiết, và có thể bao gồm việc kéo dài thời gian đánh giá và cung cấp các cơ hội có cấu trúc để thanh thiếu niên thực hành những kỹ năng cần thiết cho việc ra quyết định y tế (Strang, Powers et al., 2018).

Đối với những tình huống đặc thù mà một thanh thiếu niên chưa thành niên tự đồng thuận cho điều trị của mình mà không có sự cho phép của cha mẹ/người giám hộ (xem Tuyên bố 6.11), cần đặc biệt thận trọng để hỗ trợ quá trình ra quyết định hiểu biết của thanh

thiếu niên. Điều này thường đòi hỏi mức độ tham gia và phối hợp cao hơn giữa các chuyên gia chăm sóc sức khỏe đang làm việc với thanh thiếu niên, nhằm cung cấp cho người trẻ sự hỗ trợ nhận thức và cảm xúc phù hợp để cân nhắc các lựa chọn, đánh giá lợi ích cũng như thách thức/chi phí tiềm ẩn, và phát triển một kế hoạch cho bất kỳ hỗ trợ cần thiết nào (và có thể kéo dài) liên quan đến phương án điều trị đó.

Tuyên bố 6.12.d

Chúng tôi khuyến nghị rằng các mối quan ngại về sức khỏe tâm thần (nếu có) ở thanh thiếu niên có thể cản trở chẩn đoán rõ ràng, khả năng cung cấp đồng thuận điều trị, và/hoặc quá trình điều trị y khoa khẳng định giới cần được đánh giá và xử lý thích hợp.

Bằng chứng cho thấy thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới (TGD) có nguy cơ cao hơn gặp các vấn đề sức khỏe tâm thần, thường liên quan đến sự từ chối từ phía gia đình/người chăm sóc, môi trường cộng đồng thiếu tính ủng hộ, và các yếu tố liên quan đến đa dạng thần kinh (de Vries et al, 2016; Pariseau et al, 2019; Ryan et al, 2010; Weinhardt et al, 2017). Các vấn đề sức khỏe tâm thần mà một thanh thiếu niên trải qua có thể ảnh hưởng đến cách các em hiểu và ghi nhận lịch sử phát triển bản dạng giới cũng như nhu cầu liên quan đến bản dạng, năng lực để đồng thuận điều trị, và khả năng tham gia hoặc tiếp nhận điều trị y tế. Ngoài ra, cũng giống như thanh thiếu niên không chuyển giới, những thanh thiếu niên TGD có thể gặp các vấn đề sức khỏe tâm thần bất kể có tồn tại phiền muộn giới hoặc không phù hợp giới hay không. Đặc biệt, trầm cảm và hành vi tự gây tổn thương là mối quan tâm cụ thể; nhiều nghiên cứu cho thấy chỉ số trầm cảm và các vấn đề cảm xúc hành vi ở thanh thiếu niên TGD tương đương với những gì ghi nhận ở các nhóm được giới thiệu đến các phòng khám sức khỏe tâm thần (Leibowitz & de Vries, 2016). Tỷ lệ có ý định tự tử, cố gắng tự tử và hành vi tự gây tổn thương cũng đã được báo cáo ở mức cao hơn (de Graaf et al, 2020). Ngoài ra, các rối loạn ăn uống cũng xuất hiện với tần suất cao hơn so với kỳ vọng trong các quần thể không được chuyển tuyến đến cơ sở chuyên biệt (Khatchadourian et al, 2013; Ristori et al, 2019; Spack et al, 2012). Điều quan trọng là, thanh thiếu niên TGD cho thấy tỷ lệ cao mắc rối loạn phổ tự kỷ/đặc điểm tự kỷ (Øien et al, 2018; van der Miesen et al, 2016; xem thêm Tuyên bố 6.1d). Các biểu hiện phát triển thần kinh khác và/hoặc các thách thức về sức khỏe

tâm thần khác cũng có thể đồng thời xuất hiện, chẳng hạn như Rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD), khuyết tật trí tuệ, và rối loạn loạn thần (de Vries, Doreleijers và cộng sự, 2011; Meijer và cộng sự, 2018; Parkes & Hall, 2006).

Cần lưu ý rằng nhiều thanh thiếu niên chuyển giới có chức năng thích nghi tốt và không gặp phải hoặc chỉ gặp rất ít vấn đề sức khỏe tâm thần. Ví dụ, những thanh thiếu niên tuổi dậy thì đã thực hiện chuyển giới xã hội và đang được tiếp cận điều trị y tế khẳng định giới tại các cơ sở chuyên khoa giới tính có thể có kết quả sức khỏe tâm thần tương đương với bạn đồng trang lứa không chuyển giới (ví dụ: de Vries et al, 2014; van der Miesen et al, 2020). Một trong những nhiệm vụ then chốt của nhân viên y tế là đánh giá mối liên hệ giữa các khó khăn về sức khỏe tâm thần (nếu có) và sự tự nhận thức của thanh thiếu niên về các nhu cầu chăm sóc giới, từ đó xác định thứ tự ưu tiên can thiệp phù hợp.

Các khó khăn về sức khỏe tâm thần có thể gây cản trở cho quá trình đánh giá và điều trị các nhu cầu liên quan đến bản dạng giới của thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới (TGD) theo nhiều cách khác nhau:

1. Thứ nhất, khi một thanh thiếu niên TGD đang gặp phải tình trạng tự sát cấp tính, tự gây hại, rối loạn ăn uống hoặc các khủng hoảng sức khỏe tâm thần khác đe dọa đến sức khỏe thể chất, việc bảo đảm an toàn phải được đặt lên hàng đầu. Theo bối cảnh địa phương và hướng dẫn hiện hành, việc chăm sóc phù hợp cần được tiến hành để làm giảm nguy cơ hoặc giải quyết khủng hoảng, từ đó tạo điều kiện ổn định và đủ thời gian để thực hiện đánh giá và ra quyết định liên quan đến chăm sóc giới một cách cẩn trọng. Ví dụ, một thanh thiếu niên đang trong tình trạng có ý định tự sát tích cực có thể chưa đủ khả năng về mặt cảm xúc để đưa ra quyết định có hiểu biết liên quan đến can thiệp y tế/phẫu thuật khẳng định giới. Tuy nhiên, nếu có chỉ định, các can thiệp đảm bảo an toàn không nhất thiết loại trừ việc khởi đầu can thiệp y tế khẳng định giới.
2. Thứ hai, sức khỏe tâm thần cũng có thể làm phức tạp việc đánh giá sự phát triển bản dạng giới và các nhu cầu liên quan đến bản dạng giới. Ví dụ, việc phân biệt giữa không phù hợp giới với một số biểu hiện sức khỏe tâm thần cụ thể là hết sức quan trọng, chẳng hạn như ám

ảnh và cưỡng chế, sở thích đặc biệt trong tự kỷ, tư duy cứng nhắc, các vấn đề bản dạng rộng hơn, khó khăn trong tương tác giữa cha mẹ và trẻ, lo âu phát triển nghiêm trọng (ví dụ: sợ lớn lên và các thay đổi dậy thì không liên quan đến bản dạng giới), chấn thương tâm lý, hoặc suy nghĩ hoang tưởng. Các thách thức sức khỏe tâm thần làm cản trở sự rõ ràng trong phát triển bản dạng và quá trình ra quyết định liên quan đến giới cần được ưu tiên đánh giá và xử lý phù hợp.

3. Thứ ba, việc ra quyết định về các can thiệp y tế khẳng định giới có hệ quả kéo dài suốt đời đòi hỏi thanh thiếu niên phải có khả năng suy nghĩ thấu đáo và hướng tới tương lai, với sự hỗ trợ của cha mẹ/người chăm sóc khi cần thiết (xem Tuyên bố 6.11). Để có thể đưa ra quyết định hiểu biết như vậy, thanh thiếu niên cần hiểu rõ các vấn đề, thể hiện lựa chọn của mình, nhận thức và suy nghĩ thận trọng về mong muốn điều trị y tế khẳng định (xem Tuyên bố 6.12c). Các khác biệt phát triển thần kinh, chẳng hạn như các đặc điểm tự kỷ hoặc rối loạn phổ tự kỷ (xem Tuyên bố 6.1d, ví dụ: khác biệt trong giao tiếp; xu hướng tư duy cụ thể hoặc cứng nhắc; khác biệt trong nhận thức về bản thân, tư duy tương lai và lập kế hoạch) có thể gây khó khăn cho quá trình đánh giá và ra quyết định; các thanh niên không điển hình về phát triển thần kinh có thể cần thêm hỗ trợ, cấu trúc, giáo dục tâm lý và thời gian được xây dựng trong quá trình đánh giá (Strang, Powers et al, 2018). Các biểu hiện sức khỏe tâm thần khác bao gồm giảm khả năng giao tiếp và tự đại diện, khó tham gia đánh giá, khó khăn về trí nhớ và tập trung, cảm giác tuyệt vọng, và khó khăn trong tư duy hướng tới tương lai cũng có thể làm phức tạp việc đánh giá và ra quyết định. Trong những trường hợp như vậy, thường cần phải có thời gian kéo dài hơn trước khi có thể đưa ra bất kỳ quyết định nào liên quan đến điều trị y tế khẳng định giới.
4. Cuối cùng, mặc dù việc giải quyết các mối quan ngại về sức khỏe tâm thần là quan trọng trong suốt quá trình điều trị y tế, điều này không có nghĩa là tất cả các vấn đề sức khỏe tâm thần đều có thể hoặc nên được giải quyết hoàn toàn. Tuy nhiên, điều quan trọng là các vấn đề sức khỏe

tâm thần cần được can thiệp đủ mức để đảm bảo điều trị y tế khẳng định giới có thể được thực hiện một cách tối ưu (ví dụ như tuân thủ dùng thuốc, tham dự các cuộc tái khám y khoa định kỳ và chăm sóc bản thân, đặc biệt trong giai đoạn hậu phẫu).

Tuyên bố 6.12.e

Chúng tôi khuyến nghị rằng thanh thiếu niên cần được cung cấp đầy đủ thông tin về các ảnh hưởng của can thiệp y tế khẳng định giới đối với khả năng sinh sản, bao gồm nguy cơ mất khả năng sinh sản, cũng như các lựa chọn hiện có để bảo tồn khả năng sinh sản, và các nội dung này cần được thảo luận trong bối cảnh giai đoạn phát triển dậy thì hiện tại của thanh thiếu niên.

Để biết thêm hướng dẫn về tiếp cận lâm sàng, cơ sở khoa học và lý do khuyến nghị, vui lòng tham khảo Chương 12 – Liệu pháp hormone và Chương 16 – Sức khỏe sinh sản.

Tuyên bố 6.12.f

Chúng tôi khuyến nghị rằng thanh thiếu niên cần đạt ít nhất giai đoạn Tanner 2 của tuổi dậy thì trước khi bắt đầu can thiệp điều trị ức chế dậy thì.

Sự khởi phát dậy thì là một cột mốc quan trọng đối với nhiều trẻ vị thành niên đa dạng giới. Đối với một số người, giai đoạn này có thể làm gia tăng mức độ không phù hợp giới; đối với những người khác, sự khởi phát dậy thì có thể dẫn đến sự linh hoạt trong bản dạng giới (ví dụ, thay đổi từ bản dạng nhị nguyên sang phi nhị nguyên), hoặc thậm chí là sự giảm dần của một bản dạng giới đã được khẳng định trước đó (Drummond et al., 2008; Steensma et al., 2011, Steensma, Kreukels et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Việc sử dụng các thuốc ức chế dậy thì, như thuốc đồng vận GnRH, không được khuyến cáo cho đến khi trẻ đạt tối thiểu giai đoạn dậy thì Tanner 2, vì trải nghiệm sinh lý của tuổi dậy thì có thể đóng vai trò quan trọng trong quá trình phát triển bản dạng giới đối với một số trẻ vị thành niên chuyển giới và đa dạng giới (TGD) (Steensma et al., 2011). Do đó, không nên bắt đầu can thiệp bằng thuốc ức chế dậy thì ở những trẻ đa dạng giới chưa bước vào tuổi dậy thì (Waal & Cohen-Kettenis, 2006). Ở một số trẻ, việc sử dụng thuốc đồng vận GnRH có thể vẫn phù hợp khi trẻ đã bước vào các giai đoạn muộn hơn của tuổi dậy thì hoặc sau dậy thì (ví dụ: Tanner 4 hoặc 5), và cần được cá nhân hóa cao độ. Vui lòng tham khảo Chương 12 – Liệu

pháp hormone để có cái nhìn toàn diện hơn về việc sử dụng thuốc đồng vận GnRH.

Sự khác nhau trong thời điểm khởi phát dậy thì là do nhiều yếu tố (ví dụ: giới được chỉ định khi sinh, di truyền, dinh dưỡng, v.v.). Bảng phân loại Tanner mô tả 5 giai đoạn phát triển dậy thì, từ giai đoạn tiền dậy thì (Tanner 1) đến sau dậy thì và trưởng thành sinh dục ở người lớn (Tanner 5) (Marshall & Tanner, 1969, 1970). Đối với những người được chỉ định là nữ khi sinh, sự bắt đầu dậy thì (chẳng hạn như khởi phát hoạt động tuyến sinh dục) được xác định bằng sự xuất hiện mầm tuyến vú (Tanner 2), và đối với những người được chỉ định là nam khi sinh, sự khởi phát dậy thì được đánh dấu bằng thể tích tinh hoàn ≥ 4 mL (Roberts & Kaiser, 2020). Một nhân viên y tế giàu kinh nghiệm nên là người đảm nhận việc phân biệt giữa khởi phát dậy thì thật sự với các thay đổi sinh lý như sự phát triển lông mu hay mùi cơ thể do hoạt động của tuyến mồ hôi dầu, vốn là hậu quả của việc sản xuất nội tiết tố sinh dục từ tuyến thượng thận (ví dụ: adrenarche). Cần lưu ý rằng adrenarche không phải là dấu hiệu khởi phát dậy thì trung ương và do đó không phải là chỉ định để can thiệp bằng thuốc ức chế dậy thì (Roberts & Kaiser, 2020). Việc giáo dục cha mẹ và gia đình về sự khác biệt giữa adrenarche (sự hoạt hóa tuyến thượng thận) và gonadarche (sự hoạt hóa trục hạ đồi – tuyến yên – tuyến sinh dục) đóng vai trò quan trọng trong việc giúp họ hiểu rõ thời điểm thích hợp để cùng với nhóm chăm sóc đa chuyên khoa tiến hành ra quyết định chung về các can thiệp y tế khẳng định giới.

Tầm quan trọng của việc xem xét các rủi ro và lợi ích khác liên quan đến ức chế dậy thì, cả về mặt giả thiết lẫn thực tế, là điều không thể xem nhẹ. Có bằng chứng hỗ trợ sự tồn tại các biến chứng phẫu thuật đối với những người chuyển giới nữ có sử dụng thuốc ức chế dậy thì (van de Grift et al, 2020). Dữ liệu nghiên cứu cho thấy sự cải thiện về hài lòng trong các mối quan hệ lãng mạn và tình dục ở những thanh thiếu niên được điều trị bằng ức chế dậy thì, liệu pháp hormone và phẫu thuật (Bunger et al, 2020). Một nghiên cứu về kết quả phẫu thuật tạo hình âm đạo theo phương pháp nội soi qua ruột (được thực hiện vì mô sinh dục hạn chế sau khi sử dụng thuốc ức chế dậy thì) ở phụ nữ chuyển giới cho thấy phần lớn người tham gia trải nghiệm khoái cảm đạt được cực khoái sau phẫu thuật (84%) (Bouman, van der Sluis et al, 2016). Tuy nhiên, mối liên quan cụ thể giữa kết quả về khoái cảm tình dục và thời điểm bắt đầu ức chế dậy thì không được đề cập

trong nghiên cứu, và nghiên cứu này không áp dụng cho những người sẽ lựa chọn các thủ thuật phẫu thuật khác. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tiến hành các cuộc thảo luận với gia đình về những điều chưa biết trong tương lai liên quan đến kết quả về phẫu thuật và sức khỏe tình dục.

Tuyên bố 6.12.g

Thanh thiếu niên đã được điều trị bằng liệu pháp hormone khẳng định giới ít nhất 12 tháng, hoặc lâu hơn nếu cần thiết để đạt được kết quả phẫu thuật mong muốn cho các thủ thuật khẳng định giới, bao gồm: tạo hình vú, cắt tinh hoàn, tạo hình âm đạo, cắt tử cung, tạo hình dương vật, tạo hình dương vật từ âm vật và phẫu thuật khuôn mặt như một phần của điều trị khẳng định giới, trừ trường hợp liệu pháp hormone không được mong muốn hoặc bị chống chỉ định y khoa.

Liệu pháp hormone khẳng định giới (GAHT) dẫn đến các thay đổi về mặt giải phẫu, sinh lý và tâm lý. Các tác động về mặt giải phẫu (ví dụ: phì đại âm vật, phát triển mô vú, teo niêm mạc âm đạo) có thể bắt đầu xuất hiện sớm sau khi bắt đầu điều trị, và hiệu quả tối đa thường đạt được sau khoảng 1–2 năm (T'Sjoen et al, 2019). Để đảm bảo có đủ thời gian cho sự thích nghi tâm lý với những thay đổi cơ thể trong một giai đoạn phát triển quan trọng của thanh thiếu niên, khuyến nghị tối thiểu 12 tháng điều trị hormone. Tùy theo kết quả phẫu thuật mong muốn, thời gian điều trị hormone có thể cần kéo dài hơn, ví dụ như: mức độ nam hóa âm vật đầy đủ trước khi thực hiện phẫu thuật tạo hình dương vật từ âm vật hoặc phẫu thuật tạo hình dương vật; sự phát triển mô vú và giãn da trước phẫu thuật tạo hình vú; làm mềm da và thay đổi phân bố mỡ vùng mặt trước các phẫu thuật khẳng định giới vùng mặt (de Blok et al, 2021).

Đối với những cá nhân không sử dụng hormone trước khi can thiệp phẫu thuật, điều quan trọng là bác sĩ phẫu thuật cần xem xét và thảo luận tác động của liệu pháp hormone đối với phẫu thuật dự kiến. Ngoài ra, đối với những người được chỉ định cắt tuyến sinh dục nhưng không điều trị hormone, cần xây dựng kế hoạch liệu pháp hormone thay thế phối hợp với bác sĩ kê đơn trước khi tiến hành phẫu thuật.

Cân nhắc về độ tuổi trong điều trị y tế và phẫu thuật khẳng định giới ở thanh thiếu niên

Độ tuổi có mối tương quan mạnh, dù không hoàn chỉnh, với sự phát triển nhận thức và tâm lý xã hội, và

có thể là một chỉ số khách quan hữu ích để xác định thời điểm tiềm năng cho các can thiệp (Ferguson et al, 2021). Đối với những can thiệp có mức độ không thể đảo ngược cao hơn hoặc phức tạp hơn, thường cần độ tuổi cao hơn (tức là mức trưởng thành lớn hơn). Cách tiếp cận này cho phép sự trưởng thành nhận thức/cảm xúc tiếp tục phát triển, điều mà thanh thiếu niên cần có để có thể xem xét thấu đáo và đồng thuận hiểu biết đối với các can thiệp ngày càng phức tạp (xem Tuyên bố 6.12c).

Một khối lượng bằng chứng ngày càng tăng cho thấy việc cung cấp các can thiệp y tế khẳng định giới cho thanh thiếu niên đa dạng giới đáp ứng tiêu chí chẩn đoán dẫn đến những kết quả tích cực (Achille et al, 2020; de Vries et al, 2014; Kuper et al, 2020). Tuy nhiên, hiện còn hạn chế dữ liệu về thời điểm tối ưu để thực hiện các can thiệp khẳng định giới, cũng như về kết quả lâu dài trên phương diện thể chất, tâm lý và phát triển thần kinh ở người trẻ (Chen et al, 2020; Chew et al, 2018; Olson-Kennedy et al, 2016). Hiện tại, chỉ có các nghiên cứu dọc đang đánh giá các thanh thiếu niên đa dạng giới và kết quả ở tuổi trưởng thành dựa trên một mô hình cụ thể (tức là mô hình Hà Lan) với đánh giá toàn diện ban đầu kèm theo theo dõi định kỳ. Trong mô hình này, ức chế dậy thì được cân nhắc ở khoảng 12 tuổi, liệu pháp hormone khẳng định giới (GAHT) bắt đầu từ 16 tuổi, và các can thiệp phẫu thuật sau 18 tuổi, với một số ngoại lệ trong từng trường hợp. Hiện vẫn chưa rõ liệu việc điều chỉnh khác so với mô hình này có dẫn đến những kết quả tương tự hay khác biệt hay không. Các nghiên cứu dọc đang được tiến hành nhằm xác định rõ hơn về kết quả lâu dài cũng như tính an toàn và hiệu quả của các can thiệp y tế khẳng định giới ở thanh thiếu niên (Olson-Kennedy, Garofalo et al, 2019; Olson-Kennedy, Rosenthal et al, 2019). Mặc dù các tác động lâu dài của các can thiệp khẳng định giới bắt đầu từ tuổi vị thành niên vẫn chưa được biết đầy đủ, những hậu quả có hại tiềm ẩn do trì hoãn điều trị cũng cần được cân nhắc (de Vries et al, 2021). Khi cơ sở bằng chứng về kết quả của các can thiệp khẳng định giới ở thanh thiếu niên tiếp tục được mở rộng, các khuyến nghị về thời điểm và sự sẵn sàng cho những can thiệp này có thể sẽ được cập nhật trong tương lai.

Các hướng dẫn trước đây về điều trị y tế khẳng định giới ở thanh thiếu niên từng khuyến nghị rằng liệu pháp hormone khẳng định giới (GAHT) có thể được bắt đầu khi khoảng 16 tuổi, với mục tiêu can thiệp bằng hormone có tính một phần có thể đảo ngược (Coleman

et al, 2012; Hembree et al, 2009). Các hướng dẫn gần đây hơn cho rằng có thể có những lý do thuyết phục để khởi trị GAHT trước 16 tuổi, mặc dù chỉ có rất ít nghiên cứu ở những thanh thiếu niên bắt đầu điều trị hormone trước 14 tuổi (Hembree và cộng sự, 2017). Một lý do thuyết phục để bắt đầu GAHT sớm hơn, chẳng hạn, là nhằm tránh kéo dài việc ức chế dậy thì, do mối lo ngại về sức khỏe xương và các hệ quả tâm lý xã hội của việc trì hoãn dậy thì, như được mô tả chi tiết hơn trong Chương 12 – Liệu pháp hormone (Klink, Caris et al, 2015; Schagen et al, 2020; Vlot et al, 2017; Zhu & Chan, 2017). Dậy thì là một giai đoạn có sự phát triển đáng kể của não bộ và nhận thức. Tác động tiềm ẩn đối với sự phát triển thần kinh của việc kéo dài ức chế dậy thì ở thanh thiếu niên đa dạng giới đã được xác định là một lĩnh vực cần tiếp tục nghiên cứu (Chen et al, 2020). Trong khi các thuốc đồng vận GnRH đã được chứng minh là an toàn khi dùng để điều trị dậy thì sớm, vẫn có mối quan ngại rằng trì hoãn tiếp xúc với hormone sinh dục (nội sinh hoặc ngoại sinh) vào thời điểm đạt đỉnh khoáng hóa xương có thể dẫn đến giảm mật độ khoáng xương. Việc giảm mật độ khoáng xương tiềm ẩn này, cũng như ý nghĩa lâm sàng của bất kỳ sự giảm nào, đòi hỏi phải được nghiên cứu thêm (Klink, Caris et al, 2015; Lee, Finlayson et al, 2020; Schagen et al, 2020). Những hệ quả tâm lý xã hội tiêu cực tiềm ẩn do không bắt đầu dậy thì cùng với bạn bè có thể đặt thêm gánh nặng lên thanh thiếu niên đa dạng giới, dù điều này chưa được nghiên cứu một cách rõ ràng. Khi cân nhắc thời điểm khởi trị liệu hormone khẳng định giới, các nhà cung cấp dịch vụ y tế nên so sánh lợi ích và rủi ro vật lý và tâm lý của việc bắt đầu điều trị sớm với những rủi ro và lợi ích tiềm ẩn của việc trì hoãn điều trị. Quá trình này cũng có thể giúp xác định những yếu tố thuyết phục có thể đòi hỏi một cách tiếp cận cá thể hóa.

Các nghiên cứu thực hiện trên thanh thiếu niên chuyển giới nam đã chỉ ra rằng khó chịu liên quan đến ngực liên quan đến tỷ lệ cao hơn của lo âu, trầm cảm và căng thẳng, và có thể dẫn đến hạn chế chức năng, chẳng hạn như tránh tập thể dục hoặc tắm rửa (Mehring et al, 2021; Olson-Kennedy, Warus et al, 2018; Sood et al, 2021). Testosterone, đáng tiếc, ít có hiệu quả trong việc giảm bớt sự khó chịu này, mặc dù phẫu thuật tạo hình ngực nam tính là một lựa chọn cho một số người nhằm giải quyết khó chịu này về lâu dài. Các nghiên cứu với thanh thiếu niên đã tìm đến phẫu thuật tạo hình ngực để giảm bớt khó chịu liên quan đến ngực cho thấy kết quả

phẫu thuật tốt, sự hài lòng với kết quả, và tỉ lệ hối tiếc thấp trong thời gian theo dõi nghiên cứu (Marinkovic & Newfield, 2017; Olson-Kennedy, Warus et al, 2018). Phẫu thuật tạo hình ngực có thể được xem xét ngay cả ở người chưa thành niên, khi được đánh giá là phù hợp về mặt lâm sàng và phát triển, dưới sự chỉ định của một đội ngũ đa ngành có kinh nghiệm về phát triển vị thành niên và phát triển bản dạng giới (xem các Tuyên bố liên quan trong chương này). Việc sử dụng liệu pháp testosterone kéo dài hay hiện tại không nên là lý do loại trừ phẫu thuật nếu phẫu thuật đó thực sự có chỉ định. Nhu cầu của một số thanh thiếu niên TGD có thể được đáp ứng chỉ bằng phẫu thuật tạo hình ngực. Đối với thanh thiếu niên chuyển giới nữ, phẫu thuật tạo hình vú có thể là cần thiết, dù dữ liệu về thủ thuật này ở thanh thiếu niên còn ít, có thể do số ít người yêu cầu (Boskey et al, 2019; James, 2016). Liệu pháp hormone khẳng định giới (GAHT), đặc biệt là estrogen, có thể giúp phát triển mô vú, và khuyến nghị rằng thanh thiếu niên nên có ít nhất 12 tháng điều trị hormone, hoặc lâu hơn nếu cần thiết để đạt được kết quả phẫu thuật mong muốn, trước khi thực hiện phẫu thuật tăng kích thước mô vú, trừ khi liệu pháp hormone không được chỉ định về mặt lâm sàng hoặc bị chống chỉ định y khoa.

Dữ liệu hiện còn hạn chế về thời điểm tối ưu để khởi đầu các phẫu thuật khẳng định giới khác ở thanh thiếu niên. Điều này phần nào là do khả năng tiếp cận các can thiệp này còn hạn chế và khác nhau tùy theo vùng địa lý (Mahfouda et al, 2019). Các dữ liệu hiện có cho thấy tỷ lệ thực hiện phẫu thuật khẳng định giới đã tăng lên kể từ năm 2000, và số lượng thanh thiếu niên TGD tìm đến phẫu thuật tạo hình âm đạo cũng tăng lên (Mahfouda et al, 2019; Milrod & Karasic, 2017). Một nghiên cứu năm 2017 khảo sát 20 bác sĩ phẫu thuật liên kết với WPATH tại Hoa Kỳ báo cáo rằng hơn một nửa trong số họ đã từng thực hiện phẫu thuật tạo hình âm đạo cho người chưa thành niên (Milrod & Karasic, 2017). Dữ liệu về kết quả ở thanh thiếu niên trải qua phẫu thuật tạo âm đạo còn rất hạn chế. Một số nghiên cứu nhỏ cho thấy cải thiện chức năng tâm lý xã hội và giảm phiền muộn giới ở thanh thiếu niên sau phẫu thuật tạo hình âm đạo (Becker et al, 2018; Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; Smith et al, 2001). Mặc dù kích thước mẫu nhỏ, các nghiên cứu này gợi ý rằng có thể có lợi ích đối với một số thanh thiếu niên khi thực hiện các thủ thuật này trước 18 tuổi. Các yếu tố có thể ủng hộ việc cân nhắc thực hiện phẫu thuật cho người dưới 18 tuổi gồm có: sự hỗ trợ gia đình tăng lên, việc chăm sóc

hậu phẫu dễ quản lý hơn trước khi bước vào các nhiệm vụ của tuổi trưởng thành sớm (ví dụ: nhập học đại học hoặc đi làm), và những quan ngại về an toàn trong không gian công cộng (chẳng hạn như giảm nguy cơ bạo lực kỳ thị chuyển giới) (Boskey et al, 2018; Boskey et al, 2019; Mahfouda et al, 2019). Tuy nhiên, do tính phức tạp và mức độ không thể đảo ngược của các phẫu thuật này, việc đánh giá khả năng của thanh thiếu niên trong việc tuân thủ các khuyến nghị chăm sóc hậu phẫu và hiểu biết các tác động lâu dài của những thủ thuật này đối với chức năng sinh sản và tình dục là điều cực kỳ quan trọng (Boskey et al, 2019). Đối với phẫu thuật

tạo hình dương vật, do tính phức tạp cao và tỷ lệ biến chứng hiện vẫn cao hơn so với các phẫu thuật khẳng định giới khác, không khuyến nghị xem xét phẫu thuật này ở người dưới 18 tuổi tại thời điểm hiện nay (xem Chương 13 – Phẫu thuật và Chăm sóc sau mổ).

Các yếu tố then chốt khác cần cân nhắc khi thảo luận về thời điểm can thiệp với thanh thiếu niên và gia đình đã được trình bày chi tiết trong các Tuyên bố 6.12a–f. Để xem tóm tắt các tiêu chí/khuyến nghị cho điều trị y tế khẳng định giới cần thiết ở thanh thiếu niên, vui lòng tham khảo Phụ lục D.

CHƯƠNG 7 - Trẻ Em

Các Tiêu chuẩn Chăm sóc này áp dụng cho trẻ em đa dạng giới trước tuổi dậy thì và được xây dựng dựa trên các nghiên cứu, nguyên tắc đạo đức và kiến thức chuyên môn tích lũy qua thực hành. Những nguyên tắc nền tảng của các tiêu chuẩn này bao gồm: 1) sự đa dạng giới ở trẻ em là một khía cạnh bình thường và có thể dự đoán được của quá trình phát triển con người nói chung (Hội Nội Tiết và Hội Nội Tiết Nhi, 2020; Telfer et al, 2018); 2) sự đa dạng giới ở trẻ em không phải là bệnh lý hay rối loạn sức khỏe tâm thần (Hội Nội Tiết và Hội Nội Tiết Nhi, 2020; Oliphant et al, 2018; Telfer et al, 2018); 3) các biểu hiện giới đa dạng ở trẻ em không phải lúc nào cũng có thể được giả định là phản ánh một bản dạng chuyển giới hay không phù hợp giới (Ehrensaft, 2016; Ehrensaft, 2018; Rael et al, 2019); 4) sự hướng dẫn từ các chuyên gia sức khỏe tâm thần có chuyên môn trong chăm sóc giới cho trẻ em có thể hữu ích trong việc hỗ trợ sự thích nghi tích cực cũng như giúp nhận diện các nhu cầu liên quan đến giới theo thời gian (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; Telfer et al, 2018); 5) các liệu pháp chuyển đổi đối với sự đa dạng giới ở trẻ em (tức là bất kỳ nỗ lực “điều trị” nào nhằm ép buộc một trẻ đa dạng giới, thông qua lời nói, hành động, hoặc cả hai, phải nhận diện hoặc hành xử phù hợp với giới gắn với giới tính được chỉ định khi sinh) là có hại và chúng tôi bác bỏ việc sử dụng các liệu pháp này (APA, 2021; Ashley, 2019b; Paré, 2020; SAMHSA, 2015; Telfer et al, 2018; Hội đồng Nhân quyền Liên Hợp Quốc, 2020).

Trong toàn bộ văn bản, thuật ngữ “nhân viên y tế” (health care professional – HCP) được sử dụng theo nghĩa rộng để chỉ các chuyên gia làm việc với trẻ em đa dạng giới. Không giống như thanh thiếu niên đang dậy thì và người trưởng thành, trẻ em đa dạng giới trước tuổi dậy thì không đủ điều kiện tiếp cận các can thiệp y khoa (Hội Nội Tiết Nhi, 2020); do đó, khi cần đến ý kiến chuyên môn, nhiều khả năng sự hỗ trợ sẽ đến từ một HCP chuyên sâu về hỗ trợ tâm lý xã hội và phát triển giới. Vì vậy, chương này tập trung một cách đặc thù vào các thực hành tâm lý xã hội phù hợp với sự phát triển, mặc dù các HCP khác, như bác sĩ nhi khoa và bác sĩ gia đình, cũng có thể thấy các tiêu chuẩn này hữu ích trong quá trình làm việc chuyên môn với trẻ em đa dạng giới và gia đình của các em.

Chương này sử dụng thuật ngữ “đa dạng giới” bởi vì quỹ đạo phát triển giới ở trẻ em trước tuổi dậy thì

không thể dự đoán trước và có thể thay đổi theo thời gian (Steensma, Kreukels et al, 2013). Đồng thời, chương này cũng thừa nhận rằng một số trẻ sẽ duy trì ổn định bản dạng giới mà các em thể hiện sớm trong cuộc sống, và bản dạng này khác với giới tính được chỉ định khi sinh (Olson et al, 2022). Thuật ngữ “đa dạng giới” bao gồm cả trẻ em chuyển giới nhị nguyên giới, phi nhị nguyên giới, cũng như trẻ em có sự đa dạng về giới nhưng sau này có thể không xác định bản dạng là người chuyển giới. Thuật ngữ liên quan đến giới vốn mang tính văn hóa đặc thù và có xu hướng tiếp tục phát triển theo thời gian. Do đó, các thuật ngữ được sử dụng hiện nay có thể sẽ trở nên lỗi thời, và chúng ta có thể tìm thấy những cách diễn đạt phù hợp hơn trong tương lai.

Chương này mô tả các khía cạnh của chăm sóc y tế cần thiết nhằm thúc đẩy sự hài lòng và đáp ứng các nhu cầu liên quan đến giới của trẻ em (xem khẳng định y tế cần thiết trong chương Khả năng áp dụng toàn cầu, Khuyến nghị 2.1). Chương này khuyến nghị rằng mọi người áp dụng những tiêu chuẩn này trong phạm vi có thể. Có thể tồn tại các tình huống hoặc địa điểm mà các nguồn lực được khuyến nghị không hoàn toàn có sẵn. Các bác sĩ/chuyên gia chăm sóc sức khỏe hoặc đội ngũ thiếu hụt nguồn lực cần nỗ lực hướng tới đáp ứng các tiêu chuẩn này. Tuy nhiên, nếu những hạn chế không thể tránh được khiến một số thành phần của các khuyến nghị này không thể thực hiện được, điều đó không nên cản trở việc cung cấp các dịch vụ tốt nhất hiện có. Ở những nơi mà một số dịch vụ được khuyến nghị đã tồn tại nhưng không đầy đủ, việc lựa chọn không triển khai những dịch vụ chăm sóc có khả năng mang lại lợi ích có thể dẫn đến tác hại cho trẻ em (Murchison et al, 2016; Telfer et al, 2018; Riggs et al, 2020). Nhìn chung, điều quan trọng là phải đặt ưu tiên vào quyền lợi tốt nhất của trẻ.

Một kho tàng tài liệu thực nghiệm tâm lý học cho thấy các trải nghiệm thời thơ ấu sớm thường thiết lập nền tảng cho các mô thức rủi ro và/hoặc khả năng phục hồi kéo dài suốt đời, và góp phần tạo nên một quá trình phát triển có thuận lợi hoặc bất lợi đối với sức khỏe tâm lý và chất lượng cuộc sống tích cực (Anda et al, 2010; Masten & Cicchetti, 2010; Shonkoff & Garner, 2012). Các nghiên cứu hiện có chỉ ra rằng, nói chung, thanh thiếu niên đa dạng giới có nguy cơ cao hơn gặp khó khăn tâm lý so với bạn đồng trang lứa không chuyển giới cùng tuổi, chủ yếu do họ thường xuyên gặp phải những trải nghiệm tàn phá, bao gồm chấn thương tâm

lý và ngược đãi bắt nguồn từ sự từ chối liên quan đến đa dạng giới và các tương tác khắc nghiệt, thiếu tính chấp nhận khác (Barrow & Apostle, 2018; Giovanardi et al, 2018; Gower, Rider, Brown et al, 2018; Grossman & D’Augelli, 2006; Hendricks & Testa, 2012; Reisner, Greytak et al, 2015; Roberts et al, 2014; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). Hơn nữa, các tài liệu cho thấy trẻ em trước tuổi dậy thì được chấp nhận trong bản dạng giới đa dạng của mình thường có sự điều chỉnh tâm lý tốt (Malpas et al, 2018; Olson et al, 2016). Việc đánh giá và điều trị cho trẻ em thường nhấn mạnh cách tiếp cận sinh thái, nhận thức rằng trẻ cần được an toàn và nuôi dưỡng trong mọi môi trường mà các em thường xuyên tiếp xúc (Belsky, 1993; Bronfenbrenner, 1979; Kaufman & Tishelman, 2018; Lynch & Cicchetti, 1998; Tishelman et al, 2010; Zielinski & Bradshaw, 2006). Do đó, quan điểm của chương này dựa trên các tài liệu tâm lý học nền tảng và hiểu biết về những rủi ro đặc thù đối với trẻ em đa dạng giới, đồng thời nhấn mạnh việc tích hợp cách tiếp cận sinh thái để hiểu và đáp ứng nhu cầu của các em, cũng như thúc đẩy sức khỏe tâm thần tích cực trong mọi hoạt động chăm sóc giới. Quan điểm này ưu tiên thúc đẩy sự hài lòng và chất lượng cuộc sống của trẻ trong suốt quá trình phát triển của các em. Thêm vào đó, chương này cũng đón nhận quan điểm được hỗ trợ bởi nhiều nghiên cứu tâm lý học đáng kể nêu trên rằng chăm sóc khẳng định giới theo hướng tâm sinh xã cho trẻ trước tuổi dậy thì mở ra một cơ hội thuận lợi để thúc đẩy một quá trình phát triển lành mạnh và bền vững theo thời gian, kể cả khi tiến tới tuổi vị thành niên (Hidalgo et al, 2013). Cách tiếp cận này có thể giúp giảm bớt một số rủi ro phổ biến về sức khỏe tâm thần mà thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới (TGD) thường gặp, như được mô tả thường xuyên trong các tài liệu nghiên cứu (Chen et al, 2021; Edwards-Leeper et al, 2017; Haas et al, 2011; Leibowitz & de Vries, 2016; Reisner, Bradford et al, 2015; Reisner, Greytak et al, 2015).

Các nghiên cứu phát triển đã tập trung vào việc hiểu các khía cạnh khác nhau của sự phát triển giới trong những năm đầu đời của thời thơ ấu, dựa trên dân số chung gồm trẻ em trước tuổi dậy thì. Những nghiên cứu này thường dựa trên giả định rằng trẻ tham gia nghiên cứu là trẻ không chuyển giới (Olezeski et al, 2020) và cho thấy sự ổn định của bản dạng giới được thiết lập trong giai đoạn mẫu giáo đối với dân số chung của trẻ em, trong đó phần lớn có khả năng không phải là đa dạng giới (Kohlberg, 1966; Steensma, Kreukels et al,

2013). Gần đây, các nghiên cứu phát triển đã chứng minh rằng sự đa dạng giới có thể được quan sát và nhận diện ở trẻ em nhỏ trước tuổi dậy thì (Fast & Olson, 2018; Olson & Gülgöz, 2018; Robles et al, 2016). Tuy nhiên, các nghiên cứu thực nghiệm trong lĩnh vực này vẫn còn hạn chế, và hiện tại chưa có các công cụ đánh giá có độ tin cậy tâm trắc học đủ mạnh để có thể xác định một cách đáng tin cậy và/hoặc đầy đủ sự tự nhận thức của trẻ trước tuổi dậy thì về giới của chính mình và/hoặc các nhu cầu và sở thích liên quan đến giới (Bloom et al, 2021). Vì vậy, chương này nhấn mạnh tầm quan trọng của một cách tiếp cận lâm sàng tinh tế và cá nhân hóa đối với việc đánh giá giới, phù hợp với các khuyến nghị từ nhiều hướng dẫn và tài liệu khác nhau (Berg & Edwards-Leeper, 2018; de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Ehrensaft, 2018; Steensma & Wensing-Kruger, 2019). Các nghiên cứu và kinh nghiệm lâm sàng cho thấy sự đa dạng giới ở trẻ em trước tuổi dậy thì có thể mang tính linh hoạt đối với một số trẻ; không có phương tiện đáng tin cậy nào để dự đoán sự phát triển giới của một trẻ cụ thể (Edwards-Leeper et al, 2016; Ehrensaft, 2018; Steensma, Kreukels et al, 2013), và các nhu cầu liên quan đến giới của một trẻ nhất định có thể thay đổi trong suốt thời thơ ấu.

Điều quan trọng là phải hiểu ý nghĩa của thuật ngữ “đánh giá” (đôi khi được sử dụng đồng nghĩa với “thẩm định”). Có nhiều bối cảnh khác nhau cho hoạt động đánh giá (Krishnamurthy et al, 2004), bao gồm các đánh giá nhanh diễn ra trong những tình huống khủng hoảng tức thời (ví dụ: đánh giá an toàn khi một trẻ có nguy cơ tự sát) và các đánh giá tập trung khi một gia đình có một câu hỏi cụ thể, thường trong bối cảnh của một buổi tham vấn tương đối ngắn (Berg & Edwards-Leeper, 2018). Thuật ngữ đánh giá cũng thường được sử dụng để chỉ “đánh giá chẩn đoán”, còn được gọi là “đánh giá ban đầu”, nhằm mục đích xác định liệu có một vấn đề có thể chẩn đoán được và/hoặc có thể hưởng lợi từ một quá trình trị liệu hay không. Chương này tập trung vào các đánh giá toàn diện, hữu ích trong việc hiểu nhu cầu và mục tiêu của trẻ và gia đình (APA, 2015; de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Srinath et al, 2019; Steensma & Wensing-Kruger, 2019). Loại đánh giá tâm lý xã hội này không cần thiết cho tất cả trẻ em đa dạng giới, nhưng có thể được yêu cầu vì nhiều lý do khác nhau. Đánh giá có thể mang lại một cơ hội hữu ích để khởi đầu quá trình hỗ trợ cho một trẻ đa dạng giới và gia đình của các em, với sự hiểu biết

rằng trẻ đa dạng giới được hưởng lợi khi động lực gia đình bao gồm sự chấp nhận đối với sự đa dạng giới của trẻ và sự hướng dẫn trong vai trò làm cha mẹ khi được yêu cầu. Các đánh giá toàn diện là phù hợp khi được một gia đình yêu cầu nhằm có được sự hiểu biết đầy đủ về các nhu cầu liên quan đến giới và sức khỏe tâm thần của trẻ trong bối cảnh đa dạng giới.

Trong những trường hợp này, các vấn đề sức khỏe tâm thần của các thành viên trong gia đình, động lực gia đình, cũng như các bối cảnh xã hội và văn hóa, tất cả đều ảnh hưởng đến một trẻ đa dạng giới, cần được xem xét (Barrow & Apostle, 2018; Brown & Mar, 2018; Cohen-Kettenis et al, 2003; Hendricks & Testa, 2012; Kaufman & Tishelman, 2018; Ristori & Steensma, 2016; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). Nội dung này sẽ được trình bày chi tiết hơn ở phần dưới.

Điều quan trọng là các HCP làm việc với trẻ em đa dạng giới cần nỗ lực hiểu các khía cạnh khác nhau của bản dạng và trải nghiệm của trẻ và gia đình: chủng tộc, sắc tộc, tình trạng nhập cư/tị nạn, tôn giáo, địa lý và kinh tế xã hội, chẳng hạn, đồng thời tôn trọng và nhạy cảm với bối cảnh văn hóa trong các tương tác lâm sàng (Telfer et al., 2018). Nhiều yếu tố có thể liên quan đến văn hóa và giới, bao gồm niềm tin tôn giáo, các kỳ vọng liên quan đến giới, và mức độ chấp nhận sự đa

dạng giới (Oliphant et al, 2018). Các giao thoa giữa sự đa dạng giới, đa dạng văn hóa xã hội và các vị thế thiểu số có thể là nguồn sức mạnh, căng thẳng xã hội, hoặc cả hai (Brown & Mar, 2018; Oliphant et al, 2018; Riggs & Treharne, 2016).

Mỗi trẻ, mỗi thành viên gia đình và mỗi động lực gia đình đều là duy nhất và có thể bao gồm nhiều nền văn hóa và hệ thống niềm tin khác nhau. Do đó, các HCP thuộc mọi chuyên ngành nên tránh việc định kiến dựa trên những ý niệm sẵn có có thể không chính xác hoặc mang tính thiên lệch (ví dụ: cho rằng một gia đình thuộc về một tổ chức tôn giáo phản đối việc trân trọng sự đa dạng giới thì nhất thiết sẽ không ủng hộ sự đa dạng giới của con mình) (Brown & Mar, 2018). Thay vào đó, điều cốt yếu là tiếp cận mỗi gia đình một cách cởi mở và hiểu mỗi thành viên cũng như mô hình gia đình là riêng biệt.

Tất cả các tuyên bố trong chương này đều được khuyến nghị dựa trên việc xem xét kỹ lưỡng bằng chứng, đánh giá lợi ích và tác hại, các giá trị và ưu tiên của nhà cung cấp dịch vụ và người bệnh, cũng như việc sử dụng nguồn lực và tính khả thi. Trong một số trường hợp, chúng tôi thừa nhận rằng bằng chứng còn hạn chế và/hoặc các dịch vụ có thể không dễ tiếp cận hoặc không được mong muốn.

Các Tuyên Bố Khuyến Nghị

- 7.1- Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế làm việc với trẻ em đa dạng giới cần được đào tạo và có chuyên môn về phát triển giới và sự đa dạng giới ở trẻ em, đồng thời có kiến thức chung về sự đa dạng giới xuyên suốt vòng đời.
- 7.2- Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế làm việc với trẻ em đa dạng giới cần được đào tạo lý thuyết và dựa trên bằng chứng, và phát triển chuyên môn về sức khỏe tâm thần chung của trẻ em và gia đình trên toàn bộ phổ phát triển.
- 7.3- Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế làm việc với trẻ em đa dạng giới cần được đào tạo và phát triển chuyên môn về rối loạn phổ tự kỷ và các dạng rối loạn thần kinh khác, hoặc hợp tác với chuyên gia có chuyên môn phù hợp khi làm việc với trẻ em đa dạng giới là người tự kỷ/ đa dạng thần kinh.
- 7.4- Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế làm việc với trẻ em đa dạng giới tham gia đào tạo thường xuyên liên quan đến trẻ em và gia đình đa dạng giới.
- 7.5- Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế tiến hành đánh giá với trẻ em đa dạng giới cần tiếp cận và tích hợp thông tin từ nhiều nguồn như một phần của quá trình đánh giá.
- 7.6- Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế tiến hành đánh giá với trẻ em đa dạng giới cần xem xét các yếu tố phát triển liên quan, chức năng thần kinh nhận thức và kỹ năng ngôn ngữ.
- 7.7- Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế tiến hành đánh giá với trẻ em đa dạng giới cần xem xét các yếu tố có thể hạn chế việc báo cáo chính xác về bản dạng giới/biểu hiện giới của trẻ và/hoặc của gia đình/người chăm sóc.
- 7.8- Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế xem xét tư vấn, trị liệu tâm lý, hoặc cả hai cho trẻ em đa dạng giới và gia đình/người chăm sóc khi gia đình và nhân viên y tế tin rằng điều này sẽ mang lại lợi ích cho sự hài lòng và phát triển của trẻ và/hoặc gia đình.
- 7.9- Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế cung cấp tư vấn, trị liệu tâm lý, hoặc cả hai cho trẻ em đa dạng giới và gia đình/người chăm sóc cần làm việc với các bối cảnh và cá nhân khác quan trọng đối với trẻ nhằm thúc đẩy khả năng phục hồi và sự hài lòng về cảm xúc của trẻ.
- 7.10- Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế cung cấp tư vấn, trị liệu tâm lý, hoặc cả hai cho trẻ em đa dạng giới và gia đình/người chăm sóc cần cung cấp cho cả hai bên các thông tin giáo dục tâm lý phù hợp với lứa tuổi về sự phát triển giới.
- 7.11- Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế cung cấp thông tin cho trẻ em đa dạng giới và gia đình/người chăm sóc khi trẻ tiến gần đến tuổi dậy thì về các can thiệp y khoa khẳng định giới tiềm năng, tác động của các điều trị này đối với khả năng sinh sản trong tương lai, và các lựa chọn bảo tồn khả năng sinh sản.
- 7.12- Chúng tôi khuyến nghị phụ huynh/người chăm sóc và các chuyên gia y tế phản hồi một cách hỗ trợ và tích cực đối với trẻ em mong muốn được công nhận theo bản dạng giới phù hợp với cảm nhận nội tại của các em về bản thân.
- 7.13- Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế và cha mẹ/người chăm sóc hỗ trợ trẻ tiếp tục khám phá giới của mình trong suốt những năm trước tuổi dậy thì, bất kể có chuyển giới xã hội hay không.
- 7.14- Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế thảo luận với gia đình về những lợi ích và nguy cơ tiềm tàng của việc chuyển giới xã hội đối với những gia đình đang cân nhắc lựa chọn này.
- 7.15- Chúng tôi gợi ý các nhân viên y tế cân nhắc làm việc hợp tác với các chuyên gia và tổ chức khác nhằm thúc đẩy sự hài lòng của trẻ em đa dạng giới và giảm thiểu những nghịch cảnh mà các em có thể phải đối mặt.

Tuyên bố 7.1

Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế làm việc với trẻ em đa dạng giới cần được đào tạo và có chuyên môn về phát triển giới và sự đa dạng giới ở trẻ em, đồng thời sở hữu kiến thức chung về sự đa dạng giới xuyên suốt vòng đời.

Các chuyên gia y tế làm việc với trẻ em đa dạng giới nên tiếp nhận và duy trì các đào tạo và chứng chỉ cần thiết tương ứng với phạm vi vai trò chuyên môn của họ. Điều này bao gồm giấy phép hành nghề, chứng nhận chuyên ngành, hoặc cả hai do các cơ quan cấp phép quốc gia và/hoặc khu vực phù hợp cấp. Chúng tôi nhận thức rằng yêu cầu về chứng nhận và quản lý chuyên môn khác nhau giữa các quốc gia và khu vực trên thế giới. Tuy nhiên, điều quan trọng là chỉ có giấy phép hành nghề hoặc chứng nhận cơ bản thì chưa đủ để đảm bảo năng lực làm việc với trẻ em đa dạng giới, bởi vì các chuyên gia y tế cần có đào tạo chuyên sâu và kinh

nghiệm được giám sát trong phát triển bản dạng giới ở thời thơ ấu và đa dạng giới để có thể cung cấp chăm sóc phù hợp và chuyên nghiệp.

Tuyên bố 7.2

Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế làm việc với trẻ em đa dạng giới cần được đào tạo lý thuyết và dựa trên bằng chứng, và phát triển chuyên môn về sức khỏe tâm thần chung của trẻ em và gia đình trên toàn bộ phổ phát triển.

Các chuyên gia chăm sóc sức khỏe nên được đào tạo và có kinh nghiệm được giám sát trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần trẻ em và gia đình tổng quát, trải dài từ giai đoạn trẻ tập đi cho đến vị thành niên, bao gồm các phương pháp đánh giá và can thiệp dựa trên bằng chứng. Đa dạng giới không phải là một rối loạn sức khỏe tâm thần; tuy nhiên, như đã nêu ở trên, chúng ta biết rằng sức khỏe tâm thần có thể bị ảnh hưởng tiêu

cực ở trẻ em đa dạng giới (ví dụ: do căng thẳng thiếu số giới) (Hendricks & Testa, 2012), và những ảnh hưởng này có thể được giảm nhẹ qua khám phá và hỗ trợ phù hợp; vì vậy, chuyên môn về sức khỏe tâm thần là điều rất được khuyến nghị. Làm việc với trẻ em là một nhiệm vụ phức tạp, đòi hỏi hiểu biết sâu sắc về nhu cầu phát triển của trẻ ở các độ tuổi khác nhau, khả năng nhận thức các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe và hạnh phúc của trẻ cả trong và ngoài gia đình (Kaufman & Tishelman, 2018), cũng như khả năng đánh giá toàn diện khi một trẻ không vui hoặc đang trải qua khó khăn tâm thần đáng kể, dù liên quan hay không liên quan đến giới. Nghiên cứu đã chỉ ra mức độ cao của các trải nghiệm bất lợi và chấn thương trong cộng đồng trẻ em đa dạng giới, bao gồm tính dễ bị từ chối hoặc thậm chí bị ngược đãi (APA, 2015; Barrow & Apostle, 2018; Giovanardi et al, 2018; Reisner, Greytak et al, 2015; Roberts et al, 2012; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). Vì vậy, các chuyên gia y tế cần nhận thức được khả năng xảy ra các trải nghiệm bất lợi này và có khả năng khởi xướng các can thiệp hiệu quả để ngăn ngừa tổn hại và thúc đẩy sức khỏe tâm lý tích cực.

Tuyên bố 7.3

Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế làm việc với trẻ em đa dạng giới cần được đào tạo và phát triển chuyên môn về rối loạn phổ tự kỷ và các dạng rối loạn thần kinh khác, hoặc hợp tác với chuyên gia có chuyên môn phù hợp khi làm việc với trẻ em đa dạng giới là người tự kỷ/đa dạng thần kinh.

Kinh nghiệm về sự đa dạng giới ở trẻ em tự kỷ cũng như ở những trẻ có các dạng khác của đa dạng thần kinh có thể đem lại những phức tạp lâm sàng bổ sung (de Vries và et al, 2010; Strang, Meagher et al, 2018). Ví dụ, trẻ em tự kỷ có thể gặp khó khăn trong việc tự lên tiếng bảo vệ quyền lợi và nhu cầu liên quan đến giới của bản thân, và các em có thể giao tiếp theo những cách rất cá nhân (Kuvallanka et al, 2018; Strang, Powers et al, 2018). Hơn nữa, do những khác biệt thường gặp trong giao tiếp và kiểu tư duy, các em có thể diễn giải khác nhau về các trải nghiệm liên quan đến giới, và vì những nhu cầu đặc thù của trẻ em đa dạng giới đồng thời có đa dạng thần kinh, các em có nguy cơ cao bị hiểu lầm (tức là giao tiếp của các em bị diễn giải sai lệch). Vì vậy, các chuyên gia cung cấp hỗ trợ cho những trẻ này sẽ phục vụ các em tốt nhất bằng cách tiếp nhận đào tạo và phát triển chuyên môn về tự kỷ và các biểu hiện phát triển thần kinh liên quan, và/hoặc phối

hợp với các chuyên gia chuyên về tự kỷ (Strang, Meagher et al, 2018). Việc đào tạo này đặc biệt quan trọng khi nghiên cứu đã ghi nhận tỷ lệ tự kỷ cao hơn ở thanh thiếu niên đa dạng giới so với dân số nói chung (de Vries et al, 2010; Hisle-Gorman et al, 2019; Shumer et al, 2015).

Tuyên bố 7.4

Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế làm việc với trẻ em đa dạng giới tham gia giáo dục thường xuyên liên quan đến trẻ em và gia đình đa dạng giới.

Việc phát triển chuyên môn liên tục liên quan đến trẻ em và gia đình đa dạng giới có thể đạt được thông qua nhiều phương thức khác nhau, bao gồm đọc tài liệu (các bài báo khoa học, sách, trang web liên quan đến các tổ chức có hiểu biết về giới), tham gia các khóa đào tạo trực tuyến và trực tiếp, cũng như tham gia các nhóm giám sát/ tham vấn đồng đẳng (Bartholomaeus et al, 2021).

Giáo dục thường xuyên bao gồm: 1) duy trì kiến thức cập nhật về các nghiên cứu hiện có và liên quan về sự phát triển giới và sự đa dạng giới ở trẻ em trước tuổi dậy thì cũng như sự đa dạng giới xuyên suốt vòng đời; 2) duy trì kiến thức cập nhật về các thực hành tốt nhất trong đánh giá, hỗ trợ và các phương pháp can thiệp đối với trẻ em và gia đình đa dạng giới. Đây là một lĩnh vực thực hành tương đối mới và các nhân viên y tế cần thích ứng khi các thông tin mới xuất hiện thông qua nghiên cứu và các kênh khác (Bartholomaeus et al, 2021).

Tuyên bố 7.5

Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế tiến hành đánh giá với trẻ em đa dạng giới cần tiếp cận và tích hợp thông tin từ nhiều nguồn như một phần của quá trình đánh giá.

Một đánh giá toàn diện, khi được gia đình và/hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe yêu cầu, có thể hữu ích trong việc xây dựng các khuyến nghị can thiệp, nếu cần, nhằm mang lại lợi ích cho sức khỏe tổng thể của trẻ và các thành viên khác trong gia đình. Đánh giá như vậy có thể mang lại lợi ích trong nhiều tình huống khác nhau, khi trẻ và/hoặc gia đình/người giám hộ của trẻ, phối hợp với nhà cung cấp dịch vụ, cảm thấy một loại can thiệp nào đó sẽ có ích. Không nên sử dụng đánh giá hay can thiệp dưới bất kỳ hình thức nào, dù là rõ ràng hay ngấm ngấm, nhằm gây nản chí đối với cách thể hiện giới đa dạng hoặc bản dạng giới của trẻ. Thay vào đó, với những chuyên gia được đào tạo bài bản, việc đánh giá có thể là phương tiện hiệu quả để hiểu rõ hơn

cách hỗ trợ trẻ và gia đình mà không thiên vị bất kỳ bản dạng giới hay cách thể hiện giới cụ thể nào. Một đánh giá toàn diện có thể đặc biệt quan trọng đối với một số trẻ và gia đình, thông qua sự hợp tác nhằm thúc đẩy sức khỏe giới, hạnh phúc, và khả năng tự khẳng định bản thân của trẻ.

Một đánh giá toàn diện có thể tạo điều kiện thuận lợi để xây dựng một kế hoạch cá thể hóa nhằm hỗ trợ trẻ em đa dạng giới trước tuổi dậy thì và các thành viên trong gia đình (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Malpas et al, 2018; Steensma & Wensing-Kruger, 2019; Telfer et al, 2018; Tishelman & Kaufman, 2018). Trong quy trình đánh giá như vậy, việc tích hợp thông tin từ nhiều nguồn khác nhau là rất quan trọng để 1) hiểu rõ nhất các nhu cầu liên quan đến bản dạng giới của trẻ và đưa ra các khuyến nghị phù hợp; và 2) xác định các điểm mạnh và nguồn hỗ trợ của trẻ, gia đình/người chăm sóc và cộng đồng, đặc biệt liên quan đến bản dạng giới và sự phát triển của trẻ, cũng như các rủi ro và mối quan tâm đối với trẻ, gia đình/người chăm sóc và môi trường xung quanh. Nhiều nguồn cung cấp thông tin cho cả mục đích đánh giá và lập kế hoạch hỗ trợ/can thiệp có thể bao gồm: trẻ em, cha mẹ/người chăm sóc, các thành viên gia đình mở rộng, anh chị em trong gia đình, nhân sự trường học, các chuyên gia chăm sóc sức khỏe (HCPs), cộng đồng, bối cảnh văn hóa và pháp lý rộng hơn, và các nguồn khác khi cần thiết (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Srinath, 2019).

Một chuyên gia chăm sóc sức khỏe (HCP) tiến hành đánh giá trẻ em đa dạng giới cần khai thác các vấn đề liên quan đến giới, nhưng đồng thời cũng phải nhìn nhận toàn diện trẻ và môi trường xung quanh, phù hợp với mô hình sinh thái đã mô tả ở trên (Bronfenbrenner, 1979), để có thể hiểu đầy đủ các yếu tố ảnh hưởng đến hạnh phúc của trẻ cũng như các lĩnh vực cần hỗ trợ và rủi ro liên quan đến giới (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Hendricks & Testa, 2012; Kaufman & Tishelman, 2018; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). Điều này bao gồm việc hiểu rõ các điểm mạnh và khó khăn mà trẻ/em và gia đình đang trải nghiệm, cũng như các yếu tố tồn tại trong môi trường của trẻ. Chúng tôi khuyến nghị các HCP tiến hành đánh giá trẻ em đa dạng giới nên cân nhắc lồng ghép nhiều lĩnh vực đánh giá khác nhau, tùy thuộc vào nhu cầu và hoàn cảnh của trẻ và gia đình. Mặc dù một số lĩnh vực được liệt kê phía dưới không trực tiếp liên quan đến giới của trẻ (xem các mục 7–12 bên dưới), nhưng chúng cần được xem xét trong một đánh giá toàn diện về giới, theo phán đoán lâm

sàng, để có thể hiểu được mạng lưới phức tạp các yếu tố có thể ảnh hưởng đến hạnh phúc của trẻ theo cách tổng hợp, bao gồm cả sức khỏe giới, phù hợp với các thực hành đánh giá tốt nhất (APA, 2015; Berg & Edwards-Leeper, 2018; Malpas et al, 2018) và phát triển can thiệp đa chiều khi cần thiết.

Tổng hợp từ các nghiên cứu có liên quan và kinh nghiệm lâm sàng, các lĩnh vực đánh giá thường bao gồm: 1) Bản dạng giới và cách thể hiện giới của trẻ, hiện tại và theo lịch sử; 2) Bằng chứng về phiền muộn giới và/hoặc không phù hợp giới; 3) Điểm mạnh và thách thức liên quan đến niềm tin và thái độ của trẻ, gia đình, bạn bè và những người khác về đa dạng giới, mức độ chấp nhận và ủng hộ đối với trẻ; 4) Trải nghiệm của trẻ và gia đình về căng thẳng thiểu số giới và sự từ chối, thù địch hoặc cả hai do đa dạng giới của trẻ; 5) Mức độ hỗ trợ liên quan đến đa dạng giới trong các bối cảnh xã hội (ví dụ: trường học, cộng đồng tôn giáo, gia đình mở rộng); 6) Đánh giá các xung đột liên quan đến giới của trẻ và/hoặc giữa cha mẹ/người chăm sóc/anh chị em, đặc biệt những hành vi liên quan đến đa dạng giới của trẻ; 7) Sức khỏe tâm thần của trẻ, khả năng giao tiếp và/hoặc nhận thức, đa dạng thần kinh, và/hoặc các thách thức hành vi gây khó khăn chức năng đáng kể; 8) Tiền sử y tế và phát triển có liên quan; 9) Các lĩnh vực tiềm ẩn rủi ro (ví dụ: tiếp xúc với bạo lực gia đình và/hoặc cộng đồng, bất kỳ hình thức ngược đãi trẻ; lịch sử sang chấn tâm lý; an toàn và/hoặc bị các bạn cùng lứa hay trong bất kỳ môi trường nào khác xâm hại); 10) Các căng thẳng gia đình đồng diễn đáng kể, chẳng hạn như bệnh mạn tính hoặc nguy kịch tính mạng, vô gia cư hoặc nghèo đói; 11) Sức khỏe tâm thần và/hoặc thách thức hành vi đáng kể của cha mẹ/người chăm sóc và/hoặc anh chị em, gây khó khăn chức năng rõ rệt; 12) Điểm mạnh và thách thức của cả trẻ và gia đình.

Một đánh giá toàn diện kết hợp nhiều phương pháp thu thập thông tin sẽ hữu ích trong việc hiểu rõ nhu cầu, điểm mạnh, các yếu tố bảo vệ và các rủi ro đối với một trẻ em và gia đình cụ thể trong các bối cảnh khác nhau (ví dụ: tại nhà và ở trường). Các phương pháp thu thập thông tin thường bao gồm: 1) Phỏng vấn trực tiếp với trẻ, các thành viên trong gia đình và những người khác (ví dụ: giáo viên), cả phỏng vấn có cấu trúc và không có cấu trúc; 2) Các thang đo chuẩn hóa do người chăm sóc và trẻ hoàn thành liên quan đến: đa dạng giới và giới tính, sức khỏe tổng thể và hạnh phúc của trẻ, kỹ năng nhận thức và giao tiếp của trẻ và các rối loạn/khuyết tật phát triển nếu có, mức độ hỗ trợ và chấp

nhận từ cha mẹ/người chăm sóc, anh chị em, gia đình mở rộng và bạn bè, căng thẳng của cha mẹ/người chăm sóc, tiền sử trải nghiệm nghịch cảnh thời thơ ấu, và/hoặc các vấn đề khác phù hợp với hoàn cảnh (APA, 2020; Berg & Edwards-Leeper, 2018; Kaufman & Tishelman, 2018; Srinath, 2019).

Tùy thuộc vào đặc điểm của gia đình, hồ sơ phát triển của trẻ, hoặc cả hai, việc thu thập thông tin có thể còn được lợi ích hơn khi bao gồm: 1) Quan sát trẻ và/hoặc gia đình, cả có cấu trúc và không có cấu trúc; 2) Các kỹ thuật đánh giá được cấu trúc và hỗ trợ bằng hình ảnh (ví dụ: bảng câu hỏi minh họa, tự chân dung, tranh vẽ gia đình, v.v.) (Berg & Edwards-Leeper, 2018).

Tuyên bố 7.6

Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế tiến hành đánh giá với trẻ em đa dạng giới cần xem xét các yếu tố phát triển có liên quan, chức năng thần kinh nhận thức và kỹ năng ngôn ngữ.

Do tính phức tạp của việc đánh giá trẻ nhỏ, những em mà không giống như người trưởng thành đang trong quá trình phát triển trên nhiều lĩnh vực (nhận thức, xã hội, cảm xúc, sinh lý), điều quan trọng là phải xem xét tình trạng phát triển của trẻ và điều chỉnh các phương thức đánh giá cũng như tương tác cho phù hợp với năng lực cá nhân của trẻ. Điều này bao gồm việc điều chỉnh đánh giá theo giai đoạn phát triển và khả năng của trẻ (trẻ mẫu giáo, trẻ trong độ tuổi đi học, giai đoạn dậy thì sớm trước tuổi vị thành niên), bao gồm việc sử dụng ngôn ngữ và các phương pháp đánh giá ưu tiên sự thoải mái của trẻ, kỹ năng ngôn ngữ và các phương tiện tự biểu đạt của trẻ (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Srinath, 2019). Ví dụ, các yếu tố phát triển có liên quan, chẳng hạn như sự khác biệt về thần kinh nhận thức (ví dụ: các tình trạng thuộc phổ tự kỷ), cũng như các kỹ năng ngôn ngữ tiếp nhận và biểu đạt cần được xem xét khi tiến hành đánh giá. Các nhân viên y tế có thể cần tham vấn với các chuyên gia để được hướng dẫn trong những trường hợp mà họ không có các kỹ năng chuyên môn cần thiết (Strang et al, 2021).

Tuyên bố 7.7

Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế tiến hành đánh giá với trẻ em đa dạng giới cần xem xét các yếu tố có thể hạn chế việc báo cáo chính xác về bản dạng giới/biểu hiện giới của trẻ và/hoặc của gia đình/người chăm sóc.

Các HCP tiến hành đánh giá với trẻ em đa dạng giới và gia đình cần tính đến các yếu tố phát triển, cảm xúc

và môi trường có thể hạn chế việc báo cáo của trẻ, người chăm sóc, anh chị em hoặc những người khác, hoặc ảnh hưởng đến các hệ thống niềm tin của họ liên quan đến giới (Riggs & Bartholomaeus, 2018). Cũng như với tất cả các đánh giá tâm lý trẻ em, các phản ứng của môi trường và gia đình/người chăm sóc (ví dụ: trừng phạt), và/hoặc các yếu tố nhận thức và xã hội có thể ảnh hưởng đến mức độ thoải mái và/hoặc khả năng của trẻ trong việc trực tiếp thảo luận về một số yếu tố nhất định, bao gồm bản dạng giới và các vấn đề liên quan (Srinath, 2019). Tương tự, các thành viên gia đình có thể cảm thấy bị hạn chế trong việc tự do bày tỏ các mối quan ngại và ý tưởng của mình tùy thuộc vào các xung đột hoặc động lực gia đình và/hoặc các ảnh hưởng khác (ví dụ: văn hóa/tôn giáo; áp lực từ gia đình) (Riggs & Bartholomaeus, 2018).

Tuyên bố 7.8

Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế xem xét tư vấn, trị liệu tâm lý, hoặc cả hai cho một trẻ em đa dạng giới và gia đình/người chăm sóc khi gia đình và nhân viên y tế tin rằng điều này sẽ mang lại lợi ích cho sự hài lòng và phát triển của trẻ và/hoặc gia đình.

Mục tiêu của trị liệu tâm lý không bao giờ được nhằm vào việc thay đổi bản dạng giới của trẻ (APA, 2021; Ashley, 2019b; Paré, 2020; SAMHSA, 2015; Hội đồng Nhân quyền Liên Hợp Quốc, 2020), dù là ngầm hay công khai. Không phải tất cả trẻ em đa dạng giới hoặc gia đình của các em đều cần sự can thiệp từ các chuyên gia sức khỏe tâm thần (MHPs), vì sự đa dạng giới không phải là một rối loạn sức khỏe tâm thần (Hội Nội Tiết Nhi Hoa Kỳ, 2020; Telfer et al, 2018). Tuy nhiên, việc tìm đến trị liệu tâm lý thường là phù hợp và hữu ích khi có sự đau khổ hoặc khi cha mẹ bày tỏ mối quan ngại nhằm cải thiện sức khỏe tâm lý xã hội và ngăn ngừa sự đau khổ thêm (APA, 2015). Một số lý do thường gặp để cân nhắc trị liệu tâm lý cho một trẻ em đa dạng giới và gia đình bao gồm: 1) Trẻ đang thể hiện các xung đột, bối rối, căng thẳng hoặc đau khổ đáng kể liên quan đến bản dạng giới của mình, hoặc cần một không gian được bảo vệ để khám phá giới của mình (Ehrensaft, 2018; Spivey & Edwards-Leeper, 2019); 2) Trẻ đang trải qua áp lực bên ngoài buộc phải thể hiện giới theo cách mâu thuẫn với sự tự hiểu biết, mong muốn và niềm tin của bản thân (APA, 2015); 3) Trẻ đang gặp các vấn đề sức khỏe tâm thần, có liên quan hoặc không liên quan đến giới của mình (Barrow &

Apostle, 2018); 4) Trẻ sẽ được hưởng lợi từ việc tăng cường khả năng phục hồi trước các phản ứng tiêu cực từ môi trường đối với bản dạng hoặc biểu hiện giới của mình (Craig & Auston, 2018; Malpas et al, 2018); 5) Trẻ có thể đang trải qua các mối quan ngại về sức khỏe tâm thần và/hoặc môi trường, bao gồm các vấn đề trong hệ thống gia đình, có thể bị hiểu nhầm là sự phù hợp hay không phù hợp về giới (Berg & Edwards-Leeper, 2018); và 6) Trẻ bày tỏ mong muốn được gặp một MHP để nhận hỗ trợ liên quan đến giới. Trong những tình huống này, trị liệu tâm lý sẽ tập trung vào việc hỗ trợ trẻ, với sự hiểu biết rằng cha mẹ/người chăm sóc của trẻ và có thể cả các thành viên gia đình khác sẽ được đưa vào khi cần thiết (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; McLaughlin & Sharp, 2018). Trừ khi có chống chỉ định, việc cha mẹ/người giám hộ tham gia ở một mức độ nào đó vào quá trình trị liệu tâm lý đối với trẻ trước tuổi dậy thì là vô cùng hữu ích, vì các yếu tố gia đình thường đóng vai trò trung tâm đối với hạnh phúc của trẻ. Mặc dù còn tương đối ít được nghiên cứu trong các nghiên cứu về trẻ em đa dạng giới, việc chú ý đến mối quan hệ giữa anh chị em và trẻ đa dạng giới có thể là quan trọng (Pariseau et al, 2019; Parker & Davis-McCabe, 2021).

Các HCP nên sử dụng các can thiệp được thiết kế riêng theo nhu cầu cá nhân của trẻ nhằm: 1) nuôi dưỡng các kỹ năng đối phó xã hội và cảm xúc mang tính bảo vệ để thúc đẩy khả năng phục hồi trước các phản ứng tiêu cực tiềm tàng đối với bản dạng, biểu hiện giới của trẻ, hoặc cả hai (Craig & Austin, 2016; Malpas et al, 2018; Spencer, Berg et al, 2021); 2) cùng nhau giải quyết vấn đề các thách thức xã hội để giảm stress thiểu số giới (Barrow & Apostle, 2018; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018); 3) củng cố các hỗ trợ từ môi trường cho trẻ và/hoặc các thành viên trong gia đình trực hệ và mở rộng (Kaufman & Tishelman, 2018); và 4) tạo cơ hội cho trẻ hiểu sâu hơn về các trải nghiệm giới nội tại của mình (APA, 2015; Barrow & Apostle, 2018; Ehrensaft, 2018; Malpas et al, 2018; McLaughlin & Sharp, 2018). Việc các HCP xây dựng một mối quan hệ với trẻ em đa dạng giới và gia đình có thể duy trì theo thời gian khi cần thiết là rất hữu ích. Điều này cho phép trẻ/gia đình thiết lập một mối quan hệ tin cậy lâu dài trong suốt thời thơ ấu, qua đó HCP có thể cung cấp sự hỗ trợ và hướng dẫn khi trẻ trưởng thành và khi những thách thức hoặc nhu cầu khác nhau có thể xuất hiện đối với trẻ/gia đình (Spencer, Berg et al 2021; Murchison et al, 2016). Ngoài các nội dung trên và trong phạm vi nguồn lực sẵn có, khi một trẻ là người đa

dạng thần kinh, một HCP có bộ kỹ năng để xử lý cả sự khác biệt phát triển thần kinh và các vấn đề về giới là lựa chọn phù hợp nhất (Strang và et al, 2021).

Như đã được trình bày trong tài liệu, có rất nhiều lý do khiến cha mẹ/người chăm sóc, anh chị em và các thành viên gia đình mở rộng của một trẻ trước tuổi dậy thì có thể thấy việc tìm đến trị liệu tâm lý cho chính họ là hữu ích (Ehrensaft, 2018; Malpas et al, 2018; McLaughlin & Sharp, 2018). Như được tóm lược dưới đây, một số yếu tố khởi phát thường gặp cho việc tìm kiếm điều trị như vậy xảy ra khi một hoặc nhiều thành viên gia đình: 1) mong muốn được giáo dục về sự phát triển giới (Spivey & Edwards-Leeper, 2019); 2) đang trải qua sự bối rối hoặc căng thẳng đáng kể về bản dạng giới, biểu hiện giới của trẻ, hoặc cả hai (Ashley, 2019c; Ehrensaft, 2018); 3) cần hướng dẫn liên quan đến các mối quan ngại về cảm xúc và hành vi đối với trẻ đa dạng giới (Barrow & Apostle, 2018); 4) cần hỗ trợ để thúc đẩy các môi trường khẳng định bên ngoài gia đình (ví dụ: trường học, thể thao, trại hè) (Kaufman & Tishelman, 2018); 5) đang tìm kiếm sự hỗ trợ để đưa ra các quyết định có hiểu biết về chuyển đổi xã hội, bao gồm cách thực hiện sao cho tối ưu đối với sự phát triển và sức khỏe giới của trẻ (Lev & Wolf-Gould, 2018); 6) đang tìm kiếm hướng dẫn để đối phó với sự lên án từ những người khác, bao gồm các thực thể chính trị và các đạo luật đi kèm, liên quan đến việc họ ủng hộ trẻ đa dạng giới của mình (các phản ứng tiêu cực hướng vào cha mẹ/người chăm sóc đôi khi bao gồm sự từ chối và/hoặc quấy rối/ngược đãi từ môi trường xã hội phát sinh từ các quyết định khẳng định) (Hidalgo & Chen, 2019); 7) đang tìm cách xử lý các phản ứng cảm xúc và nhu cầu của chính họ liên quan đến bản dạng giới của con mình, bao gồm nỗi buồn về sự đa dạng giới của con và/hoặc các nỗi sợ hay lo âu tiềm ẩn cho hạnh phúc hiện tại và tương lai của con (Pullen Sansfaçon et al, 2019); và 8) đang bị căng thẳng cảm xúc và/hoặc xung đột với các thành viên gia đình khác liên quan đến sự đa dạng giới của trẻ (khi cần thiết, các HCP có thể cung cấp các buổi làm việc riêng cho cha mẹ/người chăm sóc, anh chị em và các thành viên gia đình mở rộng để hỗ trợ, hướng dẫn và/hoặc giáo dục tâm lý) (McLaughlin & Sharp, 2018; Pullen Sansfaçon et al, 2019; Spivey & Edwards-Leeper, 2019).

Tuyên bố 7.9

Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế cung cấp tư vấn, trị liệu tâm lý, hoặc cả hai cho trẻ em đa

dạng giới và gia đình/người chăm sóc cần làm việc với các bối cảnh và cá nhân khác quan trọng đối với trẻ nhằm thúc đẩy khả năng phục hồi và sự hài lòng về cảm xúc của trẻ.

Phù hợp với mô hình sinh thái được mô tả ở trên và, khi thích hợp, dựa trên hoàn cảnh cá nhân/gia đình, việc các HCP ưu tiên phối hợp với những người quan trọng khác trong cuộc sống của trẻ (ví dụ: giáo viên, huấn luyện viên, lãnh đạo tôn giáo) có thể cực kỳ hữu ích nhằm thúc đẩy sự an toàn về mặt cảm xúc và thể chất trong các bối cảnh khác nhau (ví dụ: môi trường học đường, thể thao và các hoạt động giải trí khác, các hoạt động dựa trên tôn giáo) (Kaufman & Tishelman, 2018). Các nhóm trị liệu và/hoặc nhóm hỗ trợ thường được khuyến nghị như một nguồn lực có giá trị cho gia đình/người chăm sóc và/hoặc chính trẻ em đa dạng giới (Coolhart, 2018; Horton et al, 2021; Malpas et al, 2018; Murchison et al, 2016).

Tuyên bố 7.10

Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế (HCPs) cung cấp tư vấn, trị liệu tâm lý, hoặc cả hai cho trẻ em đa dạng giới và gia đình/người chăm sóc nên cung cấp giáo dục tâm lý phù hợp với độ tuổi cho cả hai bên về sự phát triển giới.

Cha mẹ/người chăm sóc và trẻ đa dạng giới cần có cơ hội phát triển hiểu biết về những cách mà gia đình/người chăm sóc có thể hỗ trợ tốt nhất cho trẻ nhằm tối đa hóa khả năng phục hồi, tự nhận thức và chức năng tâm lý xã hội (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; Malpas, 2018; Spivey & Edwards-Leeper, 2019). Không thể và cũng không phải vai trò của HCP trong việc dự đoán một cách chắc chắn bản dạng giới cuối cùng của trẻ; thay vào đó, nhiệm vụ của HCP là tạo ra một không gian an toàn để bản dạng của trẻ được phát triển và biến đổi theo thời gian, mà không cố gắng ưu tiên bất kỳ quỹ đạo phát triển giới nào (APA, 2015; Spivey & Edwards-Leeper, 2019). Trẻ em đa dạng giới và thanh thiếu niên sớm có những nhu cầu và trải nghiệm xã hội cũng như sinh lý khác với thanh thiếu niên lớn tuổi hơn; những khác biệt này cần được phản ánh trong cách tiếp cận cá nhân hóa mà HCP cung cấp cho từng trẻ và gia đình (Keo-Meir & Ehrensaft, 2018; Spencer, Berg et al., 2021).

Cha mẹ/người chăm sóc và trẻ cũng cần có cơ hội phát triển kiến thức và hiểu biết về giới thông qua giáo dục tâm lý phù hợp với độ tuổi (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al., 2019;

Spencer, Berg et al., 2021). Hiểu biết về giới bao gồm việc phân biệt giữa giới tính được chỉ định khi sinh, bản dạng giới và biểu hiện giới, cũng như cách ba yếu tố này kết hợp một cách độc đáo ở mỗi trẻ (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021). Khi trẻ phát triển hiểu biết về giới, trẻ bắt đầu nhận ra rằng các bộ phận cơ thể không nhất thiết xác định bản dạng giới và/hoặc biểu hiện giới của mình. Hiểu biết về giới cũng bao gồm việc học cách nhận diện các thông điệp và trải nghiệm liên quan đến giới trong xã hội. Điều này có thể giúp trẻ nhìn nhận bản dạng và biểu hiện giới của mình một cách tích cực hơn, từ đó tăng cường khả năng phục hồi, lòng tự trọng và giảm nguy cơ xấu hổ khi đối diện với các thông điệp tiêu cực từ môi trường. Giáo dục tâm lý nhằm nâng cao hiểu biết về giới cũng có thể quan trọng đối với anh chị em ruột và/hoặc các thành viên gia đình mở rộng có vai trò quan trọng đối với trẻ (Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021).

Tuyên bố 7.11

Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế cung cấp thông tin cho trẻ em đa dạng giới và gia đình/người chăm sóc khi trẻ tiến gần đến tuổi dậy thì về các can thiệp y khoa khẳng định giới tiềm năng, ảnh hưởng của các điều trị này đối với khả năng sinh sản trong tương lai, và các lựa chọn bảo tồn khả năng sinh sản.

Khi trẻ trưởng thành và tiến gần đến tuổi dậy thì, HCPs cần ưu tiên làm việc với trẻ và cha mẹ/người chăm sóc để tích hợp giáo dục tâm lý về dậy thì, tham gia vào quá trình ra quyết định chung về các can thiệp y khoa khẳng định giới tiềm năng, và thảo luận về các hệ quả liên quan đến khả năng sinh sản và sức khỏe sinh sản khác của các điều trị y khoa (Nahata, Quinn et al., 2018; Spencer, Berg et al., 2021). Mặc dù bằng chứng thực nghiệm còn hạn chế, sự đồng thuận của chuyên gia và tài liệu tâm lý học phát triển nhìn chung ủng hộ quan điểm rằng giao tiếp cởi mở với trẻ về cơ thể và chuẩn bị cho những thay đổi sinh lý của dậy thì, kết hợp với sự chấp nhận khẳng định giới, sẽ thúc đẩy khả năng phục hồi và giúp hình thành sự phát triển tình dục tích cực khi trẻ bước vào tuổi vị thành niên (Spencer, Berg et al., 2019). Các thảo luận này có thể cần được mở rộng (ví dụ: bắt đầu sớm hơn) đối với trẻ có biểu hiện đa dạng thần kinh để đảm bảo có đủ thời gian cho việc suy ngẫm và hiểu biết, đặc biệt khi các lựa chọn về chăm sóc y khoa khẳng định giới trong tương lai có thể phát

sinh (Strang, Jarin et al., 2018). Nội dung thảo luận có thể bao gồm:

- Ôn lại các bộ phận cơ thể và chức năng của chúng;
- Những thay đổi của cơ thể theo thời gian có hoặc không có can thiệp y khoa;
- Tác động của các can thiệp y khoa đến chức năng tình dục và khả năng sinh sản trong tương lai;
- Tác động của việc ức chế dậy thì đối với các can thiệp y khoa sau này;
- Thừa nhận sự thiếu hụt dữ liệu lâm sàng hiện tại trong một số lĩnh vực liên quan đến tác động của ức chế dậy thì;
- Tầm quan trọng của giáo dục giới tính phù hợp trước tuổi dậy thì.

Các thảo luận này cần sử dụng ngôn ngữ và phương pháp giảng dạy phù hợp với giai đoạn phát triển, và được điều chỉnh theo nhu cầu cụ thể của từng trẻ (Spencer, Berg et al., 2021).

Tuyên bố 7.12

Chúng tôi khuyến nghị phụ huynh/người chăm sóc và các chuyên gia y tế phản hồi một cách hỗ trợ và tích cực đối với trẻ em mong muốn được công nhận theo bản dạng giới phù hợp với cảm nhận nội tại của các em về bản thân.

Chuyển đổi giới xã hội là một quá trình trong đó một trẻ em được những người xung quanh thừa nhận và có cơ hội sống một cách công khai, dù trong tất cả các bối cảnh hay chỉ trong một số tình huống nhất định, theo bản dạng giới mà trẻ khẳng định. Quá trình này không có một khuôn mẫu hành động hay tiêu chuẩn cố định, mà có thể thể hiện đa dạng theo nhu cầu và hoàn cảnh cụ thể của từng trẻ (Ehrensaft et al., 2018).

Trong quá khứ, chuyển đổi giới xã hội thường được hiểu theo khung nhị nguyên - một bé gái chuyển sang sống như bé trai, một bé trai chuyển sang sống như bé gái. Tuy nhiên, khái niệm này nay đã được mở rộng để bao gồm cả những trẻ em chuyển sang một bản dạng giới phi nhị nguyên hoặc một hình thức bản dạng giới được định hình riêng theo từng cá nhân (Chew et al, 2020; Clark et al, 2018). Nghiên cứu gần đây cho thấy rằng quá trình chuyển đổi giới xã hội có thể đóng vai trò bảo vệ đối với một số trẻ em trước tuổi dậy thì, giúp thúc đẩy sức khỏe tâm lý tích cực và hạnh phúc (Durwood et al, 2017; Gibson et al, 2021; Olson et al,

2016). Do vậy, việc thừa nhận rằng bản dạng giới của trẻ có thể linh hoạt và phát triển theo thời gian (Edwards-Leeper et al, 2016; Ehrensaft, 2018; Steensma, Kreukels et al, 2013) không nên được sử dụng như một lý do để phủ nhận hoặc cản trở việc chuyển đổi giới xã hội đối với trẻ trước tuổi dậy thì khi điều đó có thể mang lại lợi ích. Sự phát triển bản dạng giới có thể tiếp tục ngay cả sau khi quá trình chuyển đổi giới xã hội một phần hoặc hoàn toàn đã diễn ra (Ashley, 2019e; Edwards-Leeper et al, 2018; Ehrensaft, 2020; Ehrensaft et al, 2018; Spivey & Edwards-Leeper, 2019). Mặc dù dữ liệu thực nghiệm còn hạn chế, các nghiên cứu hiện có cho thấy những trẻ em thể hiện mạnh mẽ nhất về đa dạng giới của mình có nhiều khả năng tiếp tục duy trì bản dạng giới đa dạng theo thời gian, bao gồm cả những trẻ chuyển đổi giới xã hội trước dậy thì (Olson et al, 2022; Rae et al, 2019; Steensma, McGuire et al, 2013). Do đó, khi cân nhắc một quá trình chuyển đổi giới xã hội, chúng tôi khuyến nghị phụ huynh/người chăm sóc và các HCPs cần đặc biệt chú ý đến những trẻ thường xuyên và kiên định bày tỏ một bản dạng giới không phù hợp với giới được chỉ định khi sinh. Điều này bao gồm những trẻ có yêu cầu rõ ràng hoặc mong muốn được công nhận xã hội theo bản dạng giới phù hợp hơn với cách mà các em tự nhận thức, và/hoặc những trẻ thể hiện sự khó chịu khi bản dạng giới mà các em trải nghiệm bị cảm nhận là không phù hợp với giới được chỉ định khi sinh (Rae et al, 2019; Steensma, Kreukels et al, 2013).

Mặc dù hiện còn thiếu các tài liệu thực nghiệm về các thực hành tốt nhất liên quan đến quá trình chuyển đổi giới xã hội, tài liệu và kinh nghiệm lâm sàng đưa ra những hướng dẫn sau đây với trọng tâm đặt vào lợi ích tốt nhất của trẻ (Ashley, 2019e; Ehrensaft, 2018; Ehrensaft et al, 2018; Murchison et al, 2016; Telfer et al, 2018): 1) Chuyển đổi giới xã hội nên xuất phát từ chính trẻ và phản ánh nguyện vọng của trẻ trong quá trình ra quyết định bắt đầu. 2) Chuyên gia chăm sóc sức khỏe (HCP) có thể hỗ trợ trẻ trong việc khám phá các lợi ích tiềm năng cũng như những thách thức có thể gặp phải trong quá trình chuyển đổi giới xã hội. 3) Việc chuyển đổi giới xã hội có thể được thực hiện toàn diện ở mọi bối cảnh, hoặc chỉ trong những bối cảnh/cái đặt cụ thể (ví dụ: tại trường học hoặc ở nhà). Và 4) Trẻ có thể lựa chọn hoặc không lựa chọn việc tiết lộ với người khác rằng mình đã thực hiện chuyển đổi giới xã hội, hoặc có thể, thường với sự hỗ trợ của cha mẹ/người

chăm sóc, chọn một nhóm người nhất định mà trẻ muốn chia sẻ thông tin này.

Tóm lại, khi được thực hiện một cách cẩn trọng và được cá nhân hóa theo nhu cầu riêng của từng trẻ, quá trình chuyển đổi giới xã hội nếu diễn ra có nhiều khả năng sẽ đem lại lợi ích cho sức khỏe tâm thần và chất lượng sống của trẻ. Việc chuyển đổi giới xã hội (cũng như bản dạng giới) có thể thay đổi theo thời gian và không nhất thiết là trạng thái bất biến, mà nên được hiểu là sự phản ánh tại một thời điểm cụ thể về mức độ tự nhận thức của trẻ về bản dạng giới hiện tại của mình, cùng với những hành động mà trẻ mong muốn thực hiện để thể hiện bản dạng đó (Ehrensaft et al., 2018).

Quá trình chuyển đổi giới xã hội có thể bao gồm một hoặc nhiều hành động phù hợp với bản dạng giới được khẳng định của trẻ (Ehrensaft et al., 2018), bao gồm:

- Thay đổi tên;
- Thay đổi đại từ nhân xưng;
- Thay đổi thông tin về giới tính trên các giấy tờ tùy thân (ví dụ: giấy khai sinh, thẻ căn cước, hộ chiếu, hồ sơ học tập hoặc y tế...);
- Tham gia các hoạt động phân chia theo giới (ví dụ: đội thể thao, câu lạc bộ, trại hè, trường học...);
- Sử dụng nhà vệ sinh và phòng thay đồ phù hợp với giới được khẳng định;
- Biểu hiện cá nhân (ví dụ: kiểu tóc, lựa chọn trang phục...);
- Truyền đạt bản dạng giới được khẳng định đến người khác (ví dụ: thông qua mạng xã hội, thông báo tại lớp học hoặc trường học, thư gửi họ hàng hay bạn bè...).

Tuyên bố 7.13

Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế và cha mẹ/người chăm sóc hỗ trợ trẻ em tiếp tục khám phá giới của mình trong suốt những năm tiền dậy thì, bất kể trẻ có thực hiện chuyển đổi giới xã hội hay không.

Điều quan trọng là những trẻ đã thực hiện chuyển đổi giới xã hội cần được tạo điều kiện có cùng những cơ hội như các trẻ khác để tiếp tục suy ngẫm về ý nghĩa và biểu hiện của giới trong suốt những năm thơ ấu của mình (Ashley, 2019e; Spencer, Berg et al., 2021). Một số nghiên cứu cho thấy trẻ em có thể trải nghiệm sự linh hoạt về giới hoặc thậm chí đảo ngược chuyển đổi sau khi đã thực hiện chuyển đổi giới xã hội ban đầu. Nghiên cứu hiện nay chưa đưa ra kết luận rõ ràng về

thời điểm trong vòng đời mà hiện tượng đảo ngược chuyển đổi có khả năng xảy ra nhiều nhất, cũng như tỷ lệ thanh thiếu niên cuối cùng sẽ trải nghiệm sự linh hoạt giới và/hoặc mong muốn đảo ngược chuyển đổi - do sự phát triển tiến hóa của giới, hoặc có thể do các nguyên nhân khác (ví dụ: lo ngại về an toàn; căng thẳng thiếu số giới) (Olson et al., 2022; Steensma, Kreukels et al., 2013). Một báo cáo nghiên cứu gần đây cho thấy tại Hoa Kỳ, hiện tượng đảo ngược chuyển đổi chỉ xảy ra ở một tỷ lệ nhỏ thanh thiếu niên năm năm sau khi thực hiện chuyển đổi giới xã hội nhị nguyên (Olson et al., 2022); việc theo dõi lâu dài hơn đối với những người trẻ này sẽ mang lại giá trị. Việc tái lập các phát hiện này cũng rất quan trọng vì nghiên cứu này được tiến hành với mẫu người tham gia tự lựa chọn và giới hạn tại Hoa Kỳ, do đó có thể không áp dụng cho tất cả trẻ em đa dạng giới. Tóm lại, hiện nay chúng ta có khả năng hạn chế trong việc dự đoán trước cách thức mà bản dạng giới và biểu hiện giới của một đứa trẻ có thể phát triển theo thời gian, cũng như liệu và vì sao hiện tượng đảo ngược chuyển đổi có thể xảy ra ở một số trẻ. Ngoài ra, không phải tất cả trẻ em đa dạng giới đều mong muốn khám phá giới của mình (Telfer et al., 2018). Trẻ không chuyển giới không được kỳ vọng phải thực hiện việc khám phá này, và do đó, những nỗ lực ép buộc một trẻ đa dạng giới phải làm điều đó khi không được chỉ định hoặc không được trẻ đón nhận, có thể được trải nghiệm như là bệnh lý hóa, xâm phạm và/hoặc mang tính chuẩn mực hóa trẻ không chuyển giới (Ansara & Hegarty, 2012; Bartholomaeus et al., 2021; Oliphant et al., 2018).

Tuyên bố 7.14

Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế thảo luận với gia đình về những lợi ích và rủi ro tiềm năng của chuyển đổi giới xã hội đối với những gia đình đang cân nhắc lựa chọn này.

Chuyển đổi giới xã hội ở trẻ tiền dậy thì bao gồm nhiều lựa chọn khác nhau, có thể diễn ra tuần tự theo thời gian, và được cá nhân hóa dựa trên mong muốn của trẻ cũng như các cân nhắc tâm lý xã hội khác (Ehrensaft, 2018), và là một quyết định mà trong đó các lợi ích và thách thức tiềm năng cần được cân nhắc và thảo luận.

Chuyển đổi giới xã hội có thể mang lại những lợi ích tiềm năng như đã được mô tả trong tài liệu lâm sàng (ví dụ: Ehrensaft et al., 2018) và được hỗ trợ bởi các nghiên cứu (Fast & Olson, 2018; Rae et al., 2019).

Những lợi ích này bao gồm việc thúc đẩy sự phù hợp giới, đồng thời giảm bất tương hợp giới và tăng cường sự điều chỉnh tâm lý xã hội và hạnh phúc (Ehrensaft et al., 2018). Các nghiên cứu cho thấy trẻ em đa dạng giới đã chuyển đổi giới xã hội phần lớn có các đặc điểm sức khỏe tâm thần tương đồng với anh chị em không chuyển giới và bạn bè cùng độ tuổi (Durwood et al., 2017). Những phát hiện này khác biệt rõ rệt so với những thách thức sức khỏe tâm thần đã được ghi nhận một cách nhất quán trong các nghiên cứu trước đây về trẻ em và thanh thiếu niên đa dạng giới (Barrow & Apostle, 2018), và gợi ý rằng tác động của chuyển giới xã hội có thể là tích cực. Ngoài ra, chuyển đổi giới xã hội đối với trẻ em thường chỉ có thể diễn ra khi có sự hỗ trợ và chấp nhận của cha mẹ/người chăm sóc, điều này cũng đã được chứng minh là thúc đẩy hạnh phúc ở trẻ em đa dạng giới (Durwood et al., 2021; Malpas et al., 2018; Pariseau et al., 2019), mặc dù các hình thức hỗ trợ khác, chẳng hạn như hỗ trợ tại trường học, cũng được xác định là quan trọng (Durwood et al., 2021; Turban, King et al., 2021). Các nhân viên y tế nên thảo luận về lợi ích tiềm năng của chuyển đổi giới xã hội với trẻ em và gia đình trong những tình huống mà: 1) Có sự thể hiện nhất quán và ổn định của một bản dạng giới không phù hợp với giới tính được chỉ định khi sinh (Fast & Olson, 2018). Điều này cần được phân biệt với biểu hiện/hành vi/sở thích đa dạng giới (ví dụ: chơi đồ chơi, thể hiện bản thân thông qua lựa chọn trang phục hoặc ngoại hình, và/hoặc tham gia các hoạt động được xã hội định nghĩa và thường gắn với giới còn lại trong mô hình giới nhị nguyên) (Ehrensaft, 2018; Ehrensaft et al., 2018); 2) Trẻ thể hiện mong muốn hoặc nhu cầu mạnh mẽ được chuyển sang giới mà trẻ xác định là giới chân thực của mình (Ehrensaft et al., 2018; Fast & Olson, 2018; Rae et al., 2019); và 3) Trẻ sẽ an toàn về mặt cảm xúc và thể chất trong và sau quá trình chuyển đổi (Brown & Mar, 2018). Định kiến và phân biệt đối xử cần được xem xét, đặc biệt tại những khu vực mà sự chấp nhận đa dạng giới còn hạn chế hoặc bị cấm đoán (Brown & Mar, 2018; Hendricks & Testa, 2012; Turban, King et al., 2021). Cũng cần lưu ý rằng có thể tồn tại những rủi ro tiềm ẩn đối với trẻ đa dạng giới không thực hiện chuyển đổi giới xã hội, bao gồm: 1) Bị cô lập hoặc bắt nạt do bị nhìn nhận là không tuân thủ các vai trò giới được cộng đồng quy định và/hoặc các khuôn mẫu hành vi xã hội được mong đợi; và 2) Sống chung với căng thẳng hoặc đau khổ nội tâm do giới mà

trẻ biết mình thuộc về không phù hợp với giới mà trẻ được yêu cầu thể hiện ra bên ngoài thể giới.

Để thúc đẩy sức khỏe giới, nhân viên y tế cần thảo luận về những thách thức tiềm năng của chuyển đổi giới xã hội. Một mối quan ngại thường được nêu ra liên quan đến nỗi lo rằng trẻ có thể loại trừ việc cân nhắc sự phát triển tiềm năng của bản dạng giới khi trưởng thành hoặc do dự trong việc khởi xướng một chuyển đổi giới khác, ngay cả khi trẻ không còn cảm thấy rằng chuyển đổi giới xã hội hiện tại phù hợp với bản dạng giới hiện thời của mình (Edwards-Leeper et al., 2016; Ristori & Steensma, 2016). Mặc dù còn hạn chế, các nghiên cứu gần đây cho thấy một số cha mẹ/người chăm sóc của trẻ đã chuyển đổi giới xã hội có thể thảo luận với con về khả năng tồn tại các hình thái giới mới (ví dụ: quay lại một biểu hiện giới trước đó) và cảm thấy thoải mái với khả năng này (Olson et al., 2019). Một mối quan ngại khác thường được xác định là trẻ có thể phải chịu những hậu quả tiêu cực nếu quay trở lại bản dạng giới trước đây phù hợp với giới tính được chỉ định khi sinh (Chen et al., 2018; Edwards-Leeper et al., 2019; Steensma & Cohen-Kettenis, 2011). Từ góc nhìn này, cha mẹ/người chăm sóc cần nhận thức được tác động phát triển tiềm năng của chuyển đổi giới xã hội đối với trẻ.

Các nhân viên y tế nên cung cấp hướng dẫn cho cha mẹ/người chăm sóc và hỗ trợ cho trẻ khi việc chuyển đổi giới xã hội đang được cân nhắc hoặc đang diễn ra bằng cách: 1) Cung cấp tư vấn, đánh giá và hỗ trợ giới khi cần thiết và khi được cha mẹ/người chăm sóc tìm đến; 2) Hỗ trợ các thành viên gia đình, khi cần, trong việc hiểu mong muốn chuyển đổi giới xã hội của trẻ cũng như cảm xúc của chính họ về những mong muốn mà trẻ thể hiện; 3) Cùng với cha mẹ/người chăm sóc khám phá và học hỏi xem liệu và bằng cách nào họ tin rằng chuyển đổi giới xã hội sẽ mang lại lợi ích cho trẻ ở thời điểm hiện tại cũng như trong quá trình phát triển lâu dài; 4) Cung cấp hướng dẫn khi cha mẹ/người chăm sóc không đồng thuận về việc chuyển đổi giới xã hội và tạo cơ hội để cùng nhau hướng tới sự hiểu biết nhất quán về tình trạng và nhu cầu giới của trẻ; 5) Cung cấp hướng dẫn về những cách an toàn và hỗ trợ để chia sẻ việc chuyển đổi giới xã hội của trẻ với người khác và tạo điều kiện cho trẻ chuyển đổi trong các môi trường xã hội khác nhau (ví dụ: trường học, gia đình); 6) Tạo điều kiện cho việc giao tiếp, khi được trẻ mong muốn, với bạn bè về giới và chuyển đổi giới xã hội, đồng thời củng cố các mối quan hệ bạn bè tích cực; 7) Cung cấp

hướng dẫn khi chuyển đổi giới xã hội có thể không được chấp nhận hoặc không an toàn - toàn bộ hoặc trong những tình huống cụ thể hoặc khi trẻ có những do dự về việc bắt đầu chuyển đổi mặc dù có mong muốn làm như vậy; những do dự này có thể xuất phát từ nhiều lý do, bao gồm nỗi sợ và lo âu; 8) Làm việc hợp tác với các thành viên gia đình và các chuyên gia sức khỏe tâm thần (MHPs) để tạo điều kiện cho chuyển đổi giới xã hội theo cách tối ưu cho sự phát triển giới đang diễn tiến của trẻ, hạnh phúc và sự an toàn thể chất cũng như cảm xúc; và 9) Cung cấp giáo dục tâm lý về nhiều quỹ đạo khác nhau mà giới của trẻ có thể trải qua theo thời gian, giữ mở các con đường cho những hình thái giới trong tương lai của trẻ, và nhấn mạnh rằng không cần phải dự đoán bản dạng giới tương lai của một trẻ cụ thể (Malpas et al., 2018).

Tất cả những nhiệm vụ này đều bao hàm việc nâng cao chất lượng giao tiếp giữa trẻ và các thành viên gia đình, đồng thời tạo cơ hội để trẻ được lắng nghe và được thấu hiểu bởi tất cả các thành viên gia đình liên quan. Những quá trình quan hệ này, đến lượt mình, sẽ thúc đẩy sự thành công của cha mẹ/người chăm sóc trong việc đưa ra những quyết định có hiểu biết về tính phù hợp và/hoặc các tham số của chuyển đổi giới xã hội cho con mình (Malpas et al., 2018).

Một vai trò của nhân viên y tế là cung cấp hướng dẫn và hỗ trợ trong những tình huống mà trẻ em và cha mẹ/người chăm sóc mong muốn tiến hành chuyển đổi giới xã hội nhưng kết luận rằng môi trường xã hội sẽ không chấp nhận những lựa chọn đó, bằng cách: 1) Giúp cha mẹ/người chăm sóc xác định và mở rộng những không gian an toàn nơi trẻ có thể tự do thể hiện giới chân thực của mình; 2) Thảo luận với cha mẹ/người chăm sóc về những cách vận động nhằm tăng khả năng môi trường xã hội sẽ trở nên hỗ trợ hơn trong tương lai, nếu đây là một mục tiêu thực tế; 3) Can thiệp khi cần thiết để hỗ trợ trẻ/gia đình đối phó với đau khổ và/hoặc xấu hổ liên quan đến việc tiếp tục kìm nén bản dạng giới chân thực và nhu cầu giữ bí mật; và 4) Xây dựng khả năng phục hồi cho cả trẻ và gia đình, củng cố sự hiểu biết rằng nếu môi trường xã hội gặp khó khăn trong việc chấp nhận chuyển đổi giới xã hội và bản dạng giới được khẳng định của trẻ, thì điều đó không phải do thiếu sót của trẻ, mà là do sự thiếu hiểu biết về giới trong môi trường xã hội (Ehrensaft et al., 2018).

Tuyên bố 7.15

Chúng tôi gợi ý các nhân viên y tế cần nhắc làm việc hợp tác với các chuyên gia và tổ chức khác nhằm thúc đẩy sự hài lòng của trẻ em đa dạng giới và giảm thiểu những bất lợi mà các em có thể phải đối mặt.

Tất cả trẻ em đều có quyền được hỗ trợ và tôn trọng bản dạng giới của mình (Human Rights Campaign, 2018; Paré, 2020; SAMHSA, 2015). Như đã đề cập ở trên, trẻ em đa dạng giới là một nhóm đặc biệt dễ bị tổn thương (Barrow & Apostle, 2018; Cohen-Kettenis et al., 2003; Giovanardi et al., 2018; Gower, Rider, Coleman et al., 2018; Grossman & D'Augelli, 2007; Hendricks & Testa, 2012; Reisner, Greytak et al., 2015; Ristori & Steensma, 2016; Roberts et al., 2012; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018).

Trách nhiệm vận động của các nhân viên y tế bao gồm việc thừa nhận rằng các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe là đặc biệt quan trọng đối với các nhóm thiểu số bị gạt ra bên lề (Barrow & Mar, 2018; Hendricks & Testa, 2012). Hoạt động vận động được thực hiện bởi tất cả các nhân viên y tế dưới hình thức hỗ trợ trẻ em và gia đình (APA, 2015; Malpas et al., 2018). Một số nhân viên y tế có thể được kêu gọi vượt ra ngoài phạm vi phòng khám hoặc chương trình cá nhân của mình để vận động cho trẻ em đa dạng giới trong cộng đồng rộng lớn hơn, thường là thông qua sự hợp tác với các bên liên quan, bao gồm cha mẹ/người chăm sóc, các đồng minh và thanh thiếu niên (Kaufman & Tishelman, 2018; Lopez et al., 2017; Vanderburgh, 2009). Những nỗ lực này có thể đóng vai trò then chốt trong việc nâng cao sức khỏe giới của trẻ em và thúc đẩy các quyền dân sự của các em (Lopez et al., 2017).

Tiếng nói của các nhân viên y tế có thể mang tính thiết yếu trong trường học, các cơ quan lập pháp, tòa án và truyền thông (Kivalanka et al., 2019; Lopez et al., 2017; Whyatt-Sames, 2017; Vanderburgh, 2009). Ngoài ra, các nhân viên y tế có thể đảm nhận vai trò vận động rộng hơn trong việc thừa nhận và giải quyết việc phủ nhận có chủ ý hoặc không chủ ý trải nghiệm của trẻ em đa dạng giới, vốn có thể được truyền tải hoặc giao tiếp bởi người lớn, bạn bè đồng trang lứa và truyền thông (Rafferty et al., 2018). Những chuyên gia sở hữu các kỹ năng phù hợp và ở trong những tình huống thích hợp có thể đưa ra những tuyên bố rõ ràng mang tính phi bệnh lý hóa về nhu cầu và quyền lợi của trẻ em đa dạng giới, cũng như về tác hại do các quy định, luật lệ và chuẩn mực mang tính phân biệt đối xử và kỳ thị người chuyển giới gây ra (Rafferty et al., 2018).

CHƯƠNG 8 - Phi Nhị Nguyên Giới

Người phi nhị nguyên giới được sử dụng như một thuật ngữ tổng quát để chỉ những cá nhân trải nghiệm giới tính của họ nằm ngoài nhị nguyên giới. Thuật ngữ phi nhị nguyên giới chủ yếu, nhưng không hoàn toàn, liên quan đến các bối cảnh ở Bắc toàn cầu và đôi khi có thể được sử dụng để mô tả các giới tính bản địa và phi phương Tây. Thuật ngữ phi nhị nguyên giới bao gồm những người có giới gồm nhiều hơn một bản dạng giới đồng thời hoặc vào những thời điểm khác nhau (ví dụ: bigender – song giới), những người không có bản dạng giới hoặc có bản dạng giới trung lập (ví dụ: agender – vô giới hoặc neutrois – trung tính), có bản dạng giới bao gồm hoặc pha trộn các yếu tố của các giới tính khác (ví dụ: polygender – đa giới, demiboy – á nam, demigirl – á nữ), và/hoặc có giới tính thay đổi theo thời gian (ví dụ: genderfluid – linh hoạt giới) (Kuper et al., 2014; Richards et al., 2016; Richards et al., 2017; Vincent, 2019). Người phi nhị nguyên giới có thể nhận diện ở mức độ khác nhau với các giới gắn liền với nhị nguyên, ví dụ, phi nhị nguyên giới nam/nữ, hoặc với nhiều thuật ngữ giới, ví dụ, phi nhị nguyên giới và linh hoạt giới (James et al., 2016; Kuper et al., 2012). Phi nhị nguyên giới cũng hoạt động như một bản dạng giới riêng biệt (Vincent, 2020). Quan trọng là cần nhận thức rằng đây không phải là danh sách toàn diện, cùng một bản dạng có thể có ý nghĩa khác nhau đối với từng người, và cách sử dụng thuật ngữ có thể thay đổi theo thời gian và địa phương.

Genderqueer (Phi chuẩn giới), xuất hiện lần đầu vào những năm 1990, là một nhãn bản dạng lâu đời hơn phi nhị nguyên giới một chút - xuất hiện khoảng cuối những năm 2000 (Nestle et al., 2002; Wilchins, 1995). Phi chuẩn giới đôi khi có thể được sử dụng đồng nghĩa với phi nhị nguyên giới hoặc có thể dùng để biểu thị một khía cạnh mang tính chính trị có chủ đích cụ thể trong khía cạnh giới của một người. Mặc dù trong nhiều bối cảnh văn hóa, người chuyển giới được sử dụng như một thuật ngữ bao trùm bao gồm cả người phi nhị nguyên giới, nhưng không phải tất cả người phi nhị nguyên giới đều coi mình là người chuyển giới vì nhiều lý do. Trong đó bao gồm việc họ cho rằng khái niệm chuyển giới chỉ nằm hoàn toàn trong hệ nhị nguyên giới, hoặc do họ cảm thấy mình không 'đủ chuyển giới' để tự mô tả bản thân như vậy (Garrison, 2018). Một số người phi nhị nguyên giới không chắc chắn hoặc phân vân về việc liệu họ có tự mô tả mình là người chuyển

giới hay không (Darwin, 2020; Vincent, 2019).

Trong bối cảnh ngôn ngữ tiếng Anh, người phi nhị nguyên giới có thể sử dụng đại từ they/them/theirs (họ/của họ), hoặc các đại từ mới như e/em/eir, ze/zir/hir, er/ers/erself, v.v. (Moser & Devereux, 2019; Vincent, 2018). Một số người phi nhị nguyên giới sử dụng kết hợp các đại từ nhân xưng (có thể là chủ động sử dụng xen kẽ, cho phép người khác tùy ý lựa chọn, hoặc thay đổi tùy theo bối cảnh xã hội), hoặc họ muốn tránh hoàn toàn việc dùng đại từ chỉ giới tính, thay vào đó sẽ dùng tên riêng. Ngoài ra, một số người phi nhị nguyên giới đôi khi hoặc hoàn toàn sử dụng she/her/hers (cô ấy/ của cô ấy), hoặc he/him/his (anh ấy/ của anh ấy), trong khi ở một số vùng trên thế giới, ngôn ngữ mô tả người phi nhị nguyên giới chưa (hoặc không) tồn tại. Trong các bối cảnh ngoài tiếng Anh, có thể quan sát thấy nhiều sự thích ứng và tiến hóa ngôn ngữ đặc thù văn hóa (Attig, 2022; Kirey-Sitnikova, 2021; Zimman, 2020). Cũng cần lưu ý rằng, một số ngôn ngữ sử dụng một đại từ duy nhất không liên quan đến giới tính sinh học hoặc giới, trong khi những ngôn ngữ khác lại gán giới cho tất cả các danh từ. Những khác biệt về ngôn ngữ này nhiều khả năng sẽ ảnh hưởng đến trải nghiệm về giới của người phi nhị nguyên giới cũng như cách họ tương tác với mọi người. Các nghiên cứu gần đây cho thấy người phi nhị nguyên giới chiếm khoảng 25% đến hơn 50% tổng quần thể người chuyển giới, với mẫu thanh thiếu niên báo cáo tỷ lệ người phi nhị nguyên giới cao nhất (Burgwal et al., 2019; James et al., 2016; Watson, 2020). Trong các nghiên cứu gần đây về người chuyển giới trưởng thành, người phi nhị nguyên giới có xu hướng trẻ tuổi hơn so với người chuyển giới nam và người chuyển giới nữ; và trong các nghiên cứu trên cả thanh thiếu niên lẫn người trưởng thành, người phi nhị nguyên giới có tỷ lệ cao là người được chỉ định giới tính nữ khi sinh (AFAB). Tuy nhiên, cần thận trọng khi đánh giá những phát hiện này, vì nhiều khả năng có các yếu tố văn hóa xã hội phức tạp gây ảnh hưởng đến chất lượng, tính đại diện và độ chính xác của dữ liệu (Burgwal et al., 2019; James et al., 2016; Watson, 2020; Wilson & Meyer, 2021) (xem thêm Chương 3—Ước tính Dân số).

Hiểu các bản dạng giới và biểu hiện giới như một phổ phi tuyến tính

Các giới dạng phi nhị nguyên đã được ghi nhận từ lâu trong lịch sử và ở nhiều nền văn hóa khác nhau (Herdt, 1994; McNabb, 2017; Vincent & Manzano, 2017).

Nhiều nhóm bản dạng giới mang tính đặc thù văn hóa và không thể dễ dàng chuyển dịch ra khỏi bối cảnh gốc của chúng, kể cả về mặt ngôn ngữ hay khi đối chiếu với hệ quy chiếu về giới của phương Tây. Những tương tác lịch sử của chủ nghĩa thực dân định cư đối với người bản địa thuộc các giới tính phi phương Tây vẫn mang tính thời sự cao; bởi lẽ, sự xóa bỏ văn hóa cùng sự giao thoa giữa nạn phân biệt chủng tộc và định chuẩn hợp giới (cisnormativity) có thể tác động tiêu cực, định hình nên các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe của người bản địa đa dạng giới. Kể từ thập niên 1950, thuật ngữ 'giới' (gender) được sử dụng để chỉ sự phân loại mang tính kiến tạo xã hội đối với các hành vi, hoạt động, ngoại hình, v.v... trong mối tương quan với mô hình nhị nguyên gồm [nam/đàn ông/nam tính] và [nữ/phụ nữ/nữ tính] trong bối cảnh phương Tây đương đại. Tuy nhiên, hiện nay 'giới' đã bao hàm một phạm vi ý nghĩa rộng hơn, ghi nhận những khái niệm tuy có mối liên hệ mật thiết nhưng vẫn hoàn toàn tách biệt, bao gồm: đặc điểm sinh học về giới (sex), vai trò giới, thể hiện giới và bản dạng giới (Vincent, 2020). Các khía cạnh của biểu hiện giới mà truyền thống được hiểu là “nam tính”, “nữ tính” hoặc “phi giới tính” có thể được biểu đạt hợp pháp ở mọi bản dạng giới, bất kể có phải phi nhị nguyên giới hay không. Ví dụ, một người phi nhị nguyên giới biểu hiện nữ tính không nhất thiết đồng nghĩa với việc sau này họ sẽ nhận dạng là nữ hoặc thực hiện các can thiệp dành cho chuyển giới nữ, chẳng hạn như phẫu thuật tạo âm đạo. Sự không tuân thủ giới của một người so với kỳ vọng văn hóa không nên bị coi là dấu hiệu của vấn đề hay sự phức tạp lâm sàng—ví dụ, một người phi nhị nguyên giới (AMAB) mặc quần áo mang tính nữ tính, sử dụng đại từ she/her, nhưng giữ tên đầu mang tính nam.

Việc mô hình hóa giới dưới dạng một phổ (spectrum) mang lại nhiều sắc thái hơn so với mô hình nhị nguyên. Tuy nhiên, vẫn tồn tại những hạn chế đáng kể trong mô hình phổ tuyến tính, điều này có thể dẫn đến những sự khái quát hóa thiếu suy xét về giới. Ví dụ, mặc dù việc đặt các "lựa chọn nhị nguyên" (đàn ông/nam, phụ nữ/nữ) ở hai đầu cực của dải liên tục này là khá trực quan, nhưng làm như vậy lại đặt sự nam tính vào thế đối lập hoàn toàn với sự nữ tính, từ đó thất bại trong việc dung chứa sự trung tính về giới, sự thể hiện nam tính và nữ tính cùng một lúc, cũng như các khái niệm về giới kiểu phi chuẩn giới hoặc các quan niệm phi phương Tây. Điều quan trọng là các chuyên gia y tế không coi giới phi nhị nguyên giới là “một phần” của

chuyển giới nam (ở phi nhị nguyên giới AFAB) hoặc chuyển giới nữ (ở phi nhị nguyên giới AMAB), hoặc nhất định là “nằm đâu đó trên phổ nam tính/nữ tính”; một số người phi nhị nguyên giới coi mình nằm ngoài nhị phân nam/nữ hoàn toàn. Một phổ phi tuyến tính chỉ ra rằng sự khác biệt về biểu hiện giới, bản dạng giới hoặc nhu cầu liên quan đến khẳng định giới của khách hàng không nên được so sánh để định vị họ trên một phổ tuyến tính. Thêm vào đó, việc lý giải về thể hiện giới mang tính chủ quan và bị chi phối bởi văn hóa; điều mà người này cảm nhận hoặc coi là rất nữ tính chưa chắc đã được người khác nhìn nhận tương tự (Vincent, 2020). Các chuyên gia y tế (HCPs) sẽ làm việc hiệu quả hơn nếu tránh đưa ra các giả định về cách mỗi thân chủ định nghĩa giới của họ. Thay vào đó, họ cần sẵn sàng nương theo cách hiểu của chính thân chủ về giới tính, đặc biệt là trong mối liên hệ với bản dạng giới, thể hiện giới và các nhu cầu chăm sóc y tế của người đó.

Quá trình phát triển giới mà tất cả những người chuyển giới và đa dạng giới (TGD) trải qua bất kể vị trí của họ trong hệ nhị nguyên giới dường như đều có chung những chủ đề tương đồng (ví dụ: nhận thức, khám phá, kiến tạo ý nghĩa, và hội nhập). Tuy nhiên, thời điểm, tiến trình và những trải nghiệm cá nhân gắn liền với từng quá trình này lại khác biệt, biến thiên ngay trong nội bộ mỗi nhóm cũng như giữa các nhóm người chuyển giới và phi nhị nguyên giới với nhau (Kuper, Wright et al., 2018; Kuper, Lindley et al., 2019; Tatum et al., 2020). Các góc nhìn văn hóa - xã hội và tính giao thoa có thể giúp ích trong việc đặt sự phát triển giới và quá trình chuyển đổi xã hội vào đúng bối cảnh; bao gồm việc làm rõ cách các trải nghiệm cá nhân được định hình bởi bối cảnh văn hóa xã hội, cũng như cách chúng tương tác với các khía cạnh khác của bản dạng và trải nghiệm cá nhân.

Nhu cầu tiếp cận chăm sóc khẳng định giới

Một số người phi nhị nguyên giới tìm kiếm chăm sóc khẳng định giới để giảm phiền muộn giới hoặc bất tương hợp giới và tăng sự hài lòng về cơ thể thông qua các can thiệp y tế cần thiết (xem mục can thiệp y tế cần thiết trong Chương 2—Khả năng áp dụng toàn cầu, Mục 2.1). Một số người phi nhị nguyên giới có thể cảm thấy một phương pháp điều trị nào đó là cần thiết đối với họ—xem thêm Chương 5—Đánh giá người lớn (Beek et al., 2015; Jones et al., 2019; Köhler et al., 2018), trong khi những người khác thì không (Burgwal

& Motmans, 2021; Nieder, Eyssel et al., 2020), và tỷ lệ người phi nhị nguyên giới tìm kiếm sự chăm sóc khẳng định giới, cũng như các mục tiêu cụ thể của quá trình chăm sóc đó, vẫn chưa được xác định rõ ràng. Vai trò của chuyên gia y tế là cung cấp thông tin về các lựa chọn y tế hiện có (và khả năng tiếp cận) có thể giúp giảm bớt phiền muộn giới hoặc bất tương hợp giới và tăng sự hài lòng về cơ thể mà không đưa ra giả định về lựa chọn nào phù hợp nhất với từng cá nhân.

Các động cơ để tiếp cận (hoặc không tiếp cận) những can thiệp y tế khẳng định giới, bao gồm điều trị nội tiết tố, phẫu thuật, hoặc cả hai, là rất đa dạng và có thể phức tạp (Burgwal & Motmans, 2021; Vincent, 2019, 2020) và cần được tìm hiểu trên tinh thần hợp tác trước khi đưa ra các quyết định về những can thiệp thể chất. Nhu cầu của một cá nhân trong việc tiếp cận các thủ thuật y tế khẳng định giới không thể được dự đoán dựa trên vai trò giới, thể hiện giới, hay bản dạng giới của họ. Ví dụ, một số phụ nữ chuyển giới không có nhu cầu phẫu thuật tạo hình âm đạo, trong khi một số cá nhân phi nhị nguyên giới được chỉ định là nam khi sinh (AMAB) lại có thể cần và hưởng lợi từ chính can thiệp y tế đó. Hơn nữa, việc người phi nhị nguyên giới tìm kiếm sự chăm sóc khẳng định giới gắn liền chặt chẽ với lộ trình chuyển đổi từ giới tính/giới được chỉ định sang nhóm còn lại trong hệ nhị nguyên (tức là, liệu pháp estrogen và phẫu thuật tạo hình âm đạo đối với một người AMAB) hoàn toàn không làm suy yếu tính hợp lệ của bản dạng phi nhị nguyên của họ.

Trong khi các rào cản đối với việc chăm sóc vẫn còn phổ biến đối với nhiều người chuyển giới, người phi nhị nguyên giới dường như gặp phải tỷ lệ khó khăn đặc biệt cao khi tiếp cận cả chăm sóc sức khỏe tâm thần lẫn chăm sóc y tế khẳng định giới (Clark et al., 2018; James, 2016). Nhiều người phi nhị nguyên giới báo cáo đã trải qua những tình huống với các chuyên gia y tế không có thái độ khẳng định đối với giới phi nhị nguyên của họ, bao gồm cả những trường hợp chuyên gia y tế bộc lộ niềm tin rằng giới tính của họ là không hợp lệ, hoặc việc cung cấp sự chăm sóc cho họ về cơ bản là khó khăn hơn (Valentine, 2016; Vincent, 2020). Người phi nhị nguyên giới có thể phải đối mặt với những giả định từ phía nhân viên y tế rằng họ không cần hoặc không muốn điều trị khẳng định giới (Kcomt et al., 2020; Vincent, 2020) và đã mô tả trải nghiệm bị áp lực phải thể hiện bản thân là người chuyển giới nam hoặc người chuyển giới nữ (trong khuôn khổ giới nhị nguyên) để có thể tiếp cận điều trị (Bradford et al.,

2019; Taylor et al., 2019). Đôi khi, người phi nhị nguyên giới thấy mình phải giáo dục chính nhà cung cấp mà họ đang tìm kiếm dịch vụ, bất chấp sự không phù hợp khi các nhà cung cấp lại dựa chủ yếu vào bệnh nhân để có kiến thức (Kcomt et al., 2020). So với người chuyển giới nam và người chuyển giới nữ, Burgwal và Motmans (2021) nhận thấy rằng người phi nhị nguyên giới trải qua nỗi sợ hãi nhiều hơn về định kiến từ các nhân viên y tế, ít tin tưởng hơn vào các dịch vụ được cung cấp, và gặp khó khăn lớn hơn trong việc biết tìm nơi đâu để được chăm sóc. Các nghiên cứu ở cả Châu Âu và Hoa Kỳ đã chỉ ra rằng các cá nhân phi nhị nguyên giới có xu hướng trì hoãn việc chăm sóc thường xuyên hơn so với người chuyển giới nam hoặc người chuyển giới nữ nhị nguyên, trong đó nỗi sợ bị điều trị thiếu tế nhị hoặc thiếu năng lực chuyên môn là lý do được viện dẫn nhiều nhất (Burgwal & Motmans, 2021; Grant et al., 2011). Người phi nhị nguyên giới cũng dường như ít có khả năng tiết lộ bản dạng giới của mình với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hơn so với những người chuyển giới khác (Kcomt et al., 2020).

Nhu cầu về mức hỗ trợ phù hợp

Việc cung cấp chăm sóc khẳng định giới cho người phi nhị nguyên giới vượt ra ngoài việc cung cấp các can thiệp khẳng định giới cụ thể như liệu pháp nội tiết tố hoặc phẫu thuật, và bao gồm việc hỗ trợ sức khỏe cũng như sự phát triển tổng thể của người phi nhị nguyên giới. Các mô hình căng thẳng thiếu sót đã được điều chỉnh để khái quát hóa cách thức mà những tác nhân gây căng thẳng liên quan đến giới mà người chuyển giới trải qua có mối liên hệ với những chênh lệch về sức khỏe thể chất và tinh thần (Delozier et al., 2020; Testa et al., 2017). Người phi nhị nguyên giới dường như trải qua các tác nhân gây căng thẳng thiếu sót vừa tương tự, vừa khác biệt so với những gì người chuyển giới nam và người chuyển giới nữ trải qua. Johnson (2020) báo cáo rằng trải nghiệm bị phủ nhận đặc biệt cao ở người phi nhị nguyên giới, ví dụ: các tuyên bố hoặc hành động truyền tải niềm tin rằng bản dạng phi nhị nguyên là không "thực" hoặc là kết quả của một "trào lưu" hay "giai đoạn nhất thời", và người phi nhị nguyên giới dường như ít được người khác sử dụng đúng đại từ nhân xưng hơn so với người chuyển giới nam và người chuyển giới nữ. Tương tự, người phi nhị nguyên giới đã mô tả cảm giác trở nên "vô hình" đối với người khác (Conlin, 2019; Taylor, 2018) và một nghiên cứu đã phát hiện ra rằng thanh thiếu niên phi nhị

nguyên giới báo cáo mức độ lòng tự trọng thấp hơn so với thanh thiếu niên chuyển giới nam và chuyển giới nữ (Thorne, Witcomb et al., 2019).

Trong khi nhiều người chuyển giới và đa dạng giới (TGD) báo cáo về các trải nghiệm bị phân biệt đối xử, ngược đãi, và bị chối bỏ từ người xung quanh (James, 2016) bao gồm cả việc bị bắt nạt trong các mẫu nghiên cứu là thanh thiếu niên (Human Rights Campaign, 2018; Witcomb et al., 2019), thì tỷ lệ phổ biến của những trải nghiệm này có thể thay đổi giữa các nhóm và dường như chịu ảnh hưởng bởi các đặc điểm giao thoa bổ sung. Ví dụ, Newcomb (2020) nhận thấy phụ nữ chuyển giới và thanh thiếu niên phi nhị nguyên giới AMAB (được chỉ định là nam khi sinh) trải qua mức độ bị ngược đãi cao hơn so với đàn ông chuyển giới và thanh thiếu niên phi nhị nguyên giới AFAB (được chỉ định là nữ khi sinh), trong đó thanh thiếu niên phi nhị nguyên giới AMAB báo cáo mức độ căng thẳng sang chấn cao nhất. Trong một nghiên cứu thứ hai, Poquiz (2021) nhận thấy đàn ông chuyển giới và phụ nữ chuyển giới chịu mức độ phân biệt đối xử cao hơn so với người phi nhị nguyên giới. Sự phức tạp mang tính giao thoa này cũng có khả năng góp phần tạo nên sự biến thiên trong các kết quả từ những nghiên cứu so sánh sức khỏe thể chất và tinh thần của người phi nhị nguyên giới với đàn ông chuyển giới và phụ nữ chuyển giới, với một số nghiên cứu chỉ ra nhiều vấn đề sức khỏe thể chất và tinh thần hơn ở người phi nhị nguyên giới, một số báo cáo ít vấn đề hơn, và một số báo cáo không có sự khác biệt giữa các nhóm (Scandurra, 2019).

Do các câu chuyện về bản dạng phi nhị nguyên có thể ít phổ biến rộng rãi hơn so với các câu chuyện thiên về định hướng nhị nguyên, người phi nhị nguyên giới có thể có ít nguồn lực hơn để khám phá và diễn đạt nhận thức về bản thân liên quan đến giới của họ. Ví dụ, điều này có thể bao gồm việc tiếp cận các không gian cộng đồng và các mối quan hệ cá nhân nơi bản dạng phi nhị nguyên có thể được khám phá, hoặc tiếp cận ngôn ngữ và các khái niệm cho phép xem xét các trải nghiệm phi nhị nguyên một cách nhiều sắc thái hơn (Bradford et al., 2018; Fiani & Han, 2019; Galupo et al., 2019). Các hướng dẫn lâm sàng hiện đang được phát triển để hỗ trợ các nhà cung cấp dịch vụ trong việc điều chỉnh hoạt động chăm sóc trị liệu khẳng định giới nhằm đáp ứng những trải nghiệm độc đáo này của người phi nhị nguyên giới (Matsuno, 2019; Rider, Vencill et al., 2019).

Can thiệp y tế khẳng định giới cho người phi nhị giới

Trong những bối cảnh mà một can thiệp y tế cụ thể chưa có tiền lệ thiết lập, điều quan trọng là trước khi xem xét can thiệp, cá nhân được cung cấp một tổng quan về thông tin hiện có, bao gồm cả nhận thức về giới hạn kiến thức tiềm ẩn. Cũng quan trọng không kém là tiến hành và ghi nhận một cuộc thảo luận toàn diện về các thay đổi cơ thể cần thiết và các giới hạn tiềm ẩn trong việc đạt được những đặc điểm đó, cũng như tác động rằng bất kỳ can thiệp nào có thể hoặc không thể tăng khả năng thể hiện giới của cá nhân.

Liên quan đến liệu pháp estrogen cho người phi nhị nguyên giới AMAB, điều quan trọng cần lưu ý là khả năng phát triển ngực là không thể tránh khỏi (Seal, 2017). Mặc dù mức độ phát triển là rất khác nhau, nhưng điều này cần được làm rõ nếu một người phi nhị nguyên giới mong muốn đạt được một số thay đổi khác liên quan đến liệu pháp estrogen (như làm mềm da và giảm sự phát triển của lông mặt) nhưng lại không muốn hoặc còn cảm thấy mâu thuẫn về việc phát triển ngực. Tương tự, đối với người phi nhị nguyên giới AFAB, những người có thể muốn tiếp cận testosterone để đạt được một số thay đổi nhất định nhưng không muốn những thay đổi khác, cần phải thừa nhận rằng nếu sự phát triển lông mặt là cần thiết, thì sự phát triển bộ phận sinh dục là điều tất yếu (Seal, 2017). Khung thời gian sử dụng testosterone có nghĩa là những thay đổi này cũng có khả năng đi kèm với sự trầm xuống của cao độ giọng nói một cách không thể đảo ngược, mặc dù mức độ của mỗi thay đổi là tùy thuộc vào từng cá nhân (Vincent, 2019; Ziegler et al., 2018). Việc giọng nói trầm xuống mà không đi kèm với sự phát triển lông cơ thể là một thách thức khác tương tự. Đối với một số người phi nhị nguyên giới, việc triệt lông là một phần rất quan trọng trong quá trình khẳng định giới của họ (Cocchetti, Ristori, Romani et al., 2020).

Nếu ngưng liệu pháp nội tiết tố và các tuyến sinh dục vẫn được giữ lại, nhiều thay đổi thể chất sẽ quay trở về trạng thái trước khi điều trị nội tiết tố khi các hormone tuyến sinh dục phát huy tác dụng trở lại, bao gồm sự đảo ngược của tình trạng vô kinh và sự phát triển lông cơ thể ở người phi nhị nguyên giới AFAB, và sự đảo ngược của tình trạng giảm khối lượng cơ cũng như rối loạn cương dương ở người phi nhị nguyên giới AMAB. Các thay đổi khác sẽ là vĩnh viễn như hói đầu "kiểu nam", sự phát triển bộ phận sinh dục, và sự phát triển lông mặt ở người phi nhị nguyên giới AFAB hoặc

sự phát triển ngực ở người phi nhị nguyên giới AMAB (Hembree et al., 2017). Những thay đổi này sẽ cần các can thiệp thêm để đảo ngược, chẳng hạn như điện phân triệt lông hoặc phẫu thuật cắt bỏ vú và đôi khi được mô tả là "có thể đảo ngược một phần" (Coleman et al., 2012). Do các hệ quả của việc sử dụng liệu pháp nội tiết tố liều thấp chưa được ghi nhận đầy đủ ở nhóm bệnh nhân này, điều quan trọng là phải cân nhắc theo dõi nguy cơ tim mạch và sức khỏe xương nếu sử dụng liệu pháp nội tiết tố liều thấp. Để biết thêm thông tin chi tiết, xem Chương 12—Liệu pháp Nội tiết tố.

Nếu không cần sự biểu hiện của cả testosterone lẫn estrogen, việc ức chế sản xuất estrogen và/hoặc testosterone là có thể thực hiện được. Các hệ quả của việc này liên quan đến nguy cơ tim mạch gia tăng, giảm khoáng hóa xương, và nguy cơ trầm cảm cần được thảo luận và cần thực hiện các biện pháp để giảm thiểu rủi ro

(Brett et al., 2007; Vale et al., 2010; Wassersug & Johnson, 2007). Để biết thêm thông tin, xem thêm Chương 9—Hoạn quan và Chương 12—Liệu pháp Nội tiết tố. Việc tìm hiểu về chuyển đổi y tế và/hoặc xã hội một cách độc lập với nhau, cũng như các lựa chọn để tìm hiểu về nội tiết tố, phẫu thuật, hoặc cả hai một cách độc lập với nhau cần phải sẵn sàng cho tất cả mọi người, bất kể người đó là đàn ông chuyển giới, phụ nữ chuyển giới, hay người phi nhị nguyên giới.

Tất cả các khuyến nghị trong chương này dựa trên việc đánh giá kỹ lưỡng bằng chứng, đánh giá lợi ích và nguy cơ, giá trị và sở thích của nhân viên y tế và bệnh nhân, cũng như tính khả thi và sử dụng tài nguyên. Trong một số trường hợp, chúng tôi nhận thấy bằng chứng còn hạn chế và/hoặc dịch vụ có thể không khả dụng hoặc không mong muốn.

Các Tuyên Bố Khuyến Nghị

- 8.1- Chúng tôi khuyến nghị nhân viên y tế cung cấp cho người phi nhị nguyên giới đánh giá và điều trị cá nhân hóa, khẳng định trải nghiệm giới của họ.
- 8.2- Chúng tôi khuyến nghị nhân viên y tế cân nhắc các can thiệp y tế khẳng định giới (liệu pháp hormone hoặc phẫu thuật) cho người phi nhị nguyên giới ngay cả khi chưa thực hiện “chuyển giới xã hội”.
- 8.3- Chúng tôi khuyến nghị nhân viên y tế cân nhắc can thiệp phẫu thuật khẳng định giới ngay cả khi không điều trị hormone, trừ khi cần hormone để đạt kết quả phẫu thuật mong muốn.
- 8.4- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia chăm sóc sức khỏe cung cấp thông tin cho người phi nhị nguyên giới về ảnh hưởng của liệu pháp hormone/phẫu thuật đến khả năng sinh sản tương lai và thảo luận các lựa chọn bảo tồn khả năng sinh sản trước khi bắt đầu điều trị hormone hoặc phẫu thuật.

Tuyên bố 8.1

Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế cung cấp cho người phi nhị nguyên giới đánh giá và điều trị cá nhân hóa, khẳng định trải nghiệm giới của họ.

Một đánh giá cá nhân hóa với người phi nhị nguyên giới bắt đầu bằng việc hiểu cách họ trải nghiệm giới của chính mình và cách điều đó ảnh hưởng đến mục tiêu chăm sóc mà họ đang tìm kiếm. Cách mỗi cá nhân khái niệm hóa trải nghiệm liên quan đến giới có thể khác nhau giữa các nhóm và văn hóa, và có thể liên quan đến các khía cạnh khác của bản dạng (ví dụ: tuổi tác, xu hướng tình dục, chủng tộc, dân tộc, tình trạng kinh tế xã hội, tình trạng khuyết tật) (Kuper et al., 2014; Subramanian et al., 2016).

Nhân viên y tế nên tránh đưa ra giả định từ trước về danh tính giới, biểu hiện giới hoặc nhu cầu chăm sóc của bất kỳ khách hàng nào. Họ cũng cần lưu ý rằng trải nghiệm giới phi nhị nguyên giới của khách hàng có thể

có hoặc không liên quan đến mục tiêu đánh giá và điều trị. Mức độ liên quan của giới đối với mục tiêu điều trị nên xác định mức độ chi tiết mà danh tính giới được khám phá. Ví dụ, khi tìm kiếm chăm sóc cho một vấn đề hoàn toàn không liên quan đến giới, chỉ cần xác định tên và đại từ đúng có thể là đủ (Knutson et al., 2019). Khi giải quyết vấn đề mà tình trạng hormone hoặc phẫu thuật hiện tại hoặc trước đây liên quan, cần nhiều chi tiết hơn, ngay cả khi vấn đề không trực tiếp liên quan đến giới.

Môi trường lâm sàng cần chào đón, phản ánh sự đa dạng giới, và khẳng định trải nghiệm giới của người phi nhị nguyên giới để đạt năng lực văn hóa. Đảm bảo thông tin phòng khám và nhà cung cấp (ví dụ: trang web), biểu mẫu (ví dụ: khảo sát nhập liệu) và các tài liệu khác bao gồm danh tính và trải nghiệm phi nhị nguyên giới thể hiện rằng người phi nhị nguyên giới được chào đón và công nhận (Hagen & Galupo, 2014).

Sử dụng trường văn bản tự do cho danh tính giới và đại từ bao quát hơn so với danh sách lựa chọn. Đảm bảo quyền riêng tư tại quầy tiếp tân, thiết lập các phương án cho việc liệt kê tên hợp pháp trong cơ sở dữ liệu số (nếu cần thiết), lắp đặt nhà vệ sinh trung lập về giới, và các phương án thay thế khi gọi tên hợp pháp trong phòng chờ là những ví dụ bổ sung về năng lực văn hóa TGD (Burgwal et al., 2021). Trong môi trường chăm sóc, điều quan trọng là hỏi và sử dụng sở thích về tên, đại từ, và các thuật ngữ liên quan đến giới cả ban đầu và thường xuyên vì chúng có thể thay đổi theo thời gian và hoàn cảnh.

Nhân viên y tế được khuyến nghị áp dụng cách tiếp cận tập trung vào điểm mạnh và khả năng phục hồi. Ngày càng có nhiều ý kiến phê bình rằng các nhân viên y tế tập trung quá mức vào căng thẳng liên quan đến giới, trong khi cũng quan trọng xem xét trải nghiệm về sự thoải mái, niềm vui và tự khẳng định bản thân mà người đó có thể đạt được thông qua tự khẳng định và tiếp cận chăm sóc (Ashley, 2019a; Benestad, 2010). Bên cạnh việc sử dụng chẩn đoán khi cần thiết để tạo điều kiện tiếp cận chăm sóc, nhân viên y tế được khuyến nghị cùng khám phá với khách hàng các trải nghiệm liên quan đến giới rộng hơn và cách chúng phù hợp với các lựa chọn điều trị (Motmans et al., 2019). Đối với tất cả người TGD, các yếu tố khả năng phục hồi như mối quan hệ hỗ trợ, tham gia vào cộng đồng có những người tương tự, và tự hào về bản dạng là điều cần xem xét vì chúng liên quan đến nhiều kết quả sức khỏe tích cực (Bowling et al., 2019; Budge, 2015; Johns et al., 2018).

Nhân viên y tế cần nhận thức về các hạn chế của các công cụ từng được dùng để đánh giá trải nghiệm rối loạn giới ở người chuyển giới, vì chúng có thể đặc biệt không phù hợp với nhiều người phi nhị nguyên giới. Hầu hết các thang đo liên quan đến giới giả định khách hàng trải nghiệm giới theo cách nhị nguyên (ví dụ: Recalled Gender Identity Scale, Utrecht Gender Dysphoria Scale). Một số thang đo mới hơn đã được phát triển để nắm bắt tốt hơn trải nghiệm của người phi nhị nguyên giới (McGuire et al., 2018; McGuire et al., 2020), nhưng thảo luận mở vẫn cung cấp sự hiểu biết sâu hơn và chính xác hơn về trải nghiệm cá nhân của mỗi người. Tương tự, các phiên bản gần đây của các danh mục chẩn đoán (ví dụ: “Phiên muộn giới” trong DSM-5 và “Bất tương hợp giới” trong ICD-11) nhằm bao gồm cả những người có trải nghiệm phi nhị giới, nhưng vẫn chưa phản ánh đầy đủ đa dạng và phạm vi

trải nghiệm căng thẳng liên quan đến giới, đặc biệt đối với người phi nhị giới. Ngoài căng thẳng liên quan đến cơ thể và hình thức bên ngoài, căng thẳng có thể xuất phát từ cách một người trải nghiệm giới, cách giới của họ được nhìn nhận trong xã hội, và từ căng thẳng thiếu số liên quan đến giới (Winters & Ehrbar, 2010). Trải nghiệm của người phi nhị nguyên giới trong các lĩnh vực này có thể giống hoặc khác với trải nghiệm của chuyển giới nam hoặc chuyển giới nữ.

Cách tiếp cận tập trung vào cá nhân để chăm sóc khẳng định bao gồm thảo luận cụ thể về cách các can thiệp khác nhau có thể hoặc không thể cải thiện sự thoải mái với trải nghiệm giới của chính họ, cũng như cách giới của họ được nhìn nhận bởi người khác. Người phi nhị nguyên giới có thể gặp thách thức khi điều chỉnh danh tính cá nhân với giới hạn của các phương pháp điều trị y tế sẵn có, và có thể gặp nhầm lẫn hoặc định kiến từ xã hội về biểu hiện giới (Taylor et al., 2019). Nghiên cứu mới cho thấy nhu cầu điều trị y tế của người phi nhị nguyên giới rất đa dạng, với một số cần các phương pháp gắn liền truyền thống với lộ trình chuyển giới của nam hoặc nữ chuyển giới, một số cần các phương pháp thay thế (ví dụ: hormone liều thấp, phẫu thuật không dùng hormone), một số không quan tâm đến điều trị y tế, và một số còn chưa chắc chắn (Burgwal & Motmans, 2021; James et al., 2016). Đánh giá nên được coi là một quá trình liên tục vì trải nghiệm và nhu cầu liên quan đến giới có thể thay đổi trong suốt cuộc đời. Do sự phát triển liên tục của các phương pháp điều trị và kiến thức về tác động điều trị, đặc biệt với người phi nhị giới, khách hàng sẽ được lợi từ các nhà cung cấp thường xuyên cập nhật kiến thức và truyền đạt thông tin này.

Tuyên bố 8.2

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia chăm sóc sức khỏe xem xét các can thiệp y khoa (điều trị hormone hoặc phẫu thuật) cho người phi nhị nguyên giới ngay cả khi không có “chuyển giới xã hội.”

Các yêu cầu trước đây để tiếp cận điều trị nội tiết tố và phẫu thuật, chẳng hạn như “sống trong một vai trò giới tương hợp với bản dạng giới của mình,” không phản ánh trải nghiệm sống của nhiều người chuyển giới và đa dạng giới (TGD) (Coleman et al., 2012). Do tính chất bám rễ sâu sắc của hệ nhị nguyên giới trong hầu hết các nền văn hóa phương Tây đương đại, một người thường chỉ có thể được người khác hiểu là nam hoặc nữ trong hầu hết các bối cảnh (Butler, 1993). Do đó, sự

hiện diện và sự hiểu biết về các hiện thân và thể hiện phi nhị nguyên còn hạn chế. Điều này là do các tín hiệu về giới hầu như luôn được hiểu theo sự tham chiếu với hệ nhị nguyên giới (Butler, 1993). Hiện tại, rất khó để người phi nhị nguyên giới được nhận diện chính xác về giới của họ thông qua các tín hiệu thị giác gắn liền với thể hiện giới (ví dụ: quần áo, tóc tai). Tuy nhiên, sự lưỡng tính hoặc sự không tuân theo khuôn mẫu giới có thể được truyền tải bằng cách pha trộn hoặc kết hợp các dấu chỉ văn hóa mang hàm ý nam tính hoặc nữ tính truyền thống. Vì không có một "nhóm phi nhị nguyên" được công nhận phổ biến trong hầu hết các bối cảnh văn hóa phương Tây đương đại và ở Bắc bán cầu, sự hiện diện của người phi nhị nguyên thường đòi hỏi việc chia sẻ công khai về giới của mình với người khác hoặc sử dụng các tín hiệu có thể được diễn giải là sự không tuân theo khuôn mẫu giới (nhưng không nhất thiết là phi nhị nguyên).

Vì những lý do này, việc đặt khuôn khổ cho việc tiếp cận chăm sóc y tế trong bối cảnh một người đang trải qua quá trình "chuyển đổi giới về mặt xã hội", nơi họ đang "sống trong một vai trò giới tương hợp với bản dạng giới của mình", là không thống nhất với cách mà nhiều người chuyển giới và đa dạng giới (TGD) hiểu về bản thân cũng như quá trình chuyển đổi cá nhân của họ. Đối với một số người, việc "sống trong một vai trò giới tương hợp với bản dạng giới" không bao gồm việc thay đổi tên, đại từ nhân xưng, hay thể hiện giới ngay cả khi can thiệp y tế có thể là cần thiết. Ngay cả khi một người có thể sống theo những cách tương hợp với bản dạng giới của họ, vẫn có thể khó khăn cho một người quan sát bên ngoài đánh giá được điều này nếu không tìm hiểu trực tiếp từ người đó về cách họ hiểu trải nghiệm của chính mình trong khía cạnh này. Kỳ vọng về "chuyển đổi giới về mặt xã hội" có thể không hữu ích khi xem xét điều kiện để được chăm sóc khẳng định giới, chẳng hạn như nội tiết tố và phẫu thuật, và những kỳ vọng cứng nhắc về việc một quá trình "chuyển đổi vai trò giới về mặt xã hội" "nên" trông như thế nào có thể trở thành rào cản đối với việc chăm sóc cho người phi nhị nguyên giới. Không có yêu cầu logic nào bắt buộc rằng các can thiệp y tế khẳng định giới chỉ có thể được thực hiện khi một người đã đổi tên hợp pháp, thay đổi giới tính ghi trên giấy tờ tùy thân, hoặc mặc hay tránh mặc những món đồ cụ thể. Người phi nhị nguyên giới có thể gặp khó khăn để giới tính của mình được công nhận trên các giấy tờ chính thức, điều này có thể ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe tâm thần hoặc sự an

lạc của họ (Goetz & Arcomano, 2021). Người TGD có thể hưởng lợi từ sự hỗ trợ cụ thể trong việc tiếp cận (hoặc giữ lại) giới tính ghi trên giấy tờ theo mong muốn của họ. Một yêu cầu bắt buộc ai đó phải tiết lộ bản dạng giới trong tất cả các lĩnh vực cuộc sống của họ (gia đình, công việc, trường học, v.v.) để được tiếp cận chăm sóc y tế có thể không nhất quán với mục tiêu của họ và có thể khiến họ gặp rủi ro nếu việc làm đó là không an toàn.

Tuyên bố 8.3

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia chăm sóc sức khỏe xem xét các can thiệp phẫu thuật khẳng định giới mà không cần điều trị hormone, trừ khi liệu pháp hormone là cần thiết để đạt kết quả phẫu thuật mong muốn.

Lộ trình "hormone trước phẫu thuật" là một lựa chọn trong nhiều loại hình can thiệp phẫu thuật khác nhau. Một số người phi nhị nguyên giới sẽ tìm đến điều trị phẫu thuật khẳng định giới để giảm bớt sự bất hòa hợp giới và tăng sự hài lòng với cơ thể (Beek et al., 2015; Burgwal & Motmans, 2021; Jones et al., 2019; Koehler et al., 2018), nhưng không mong muốn điều trị hormone hoặc không thể sử dụng hormone vì lý do y khoa khác (Nieder, Eyssel et al., 2020). Hiện nay, vẫn chưa rõ tỷ lệ người phi nhị nguyên giới mà những lựa chọn này phù hợp.

Có lẽ phẫu thuật có liên quan đặc biệt đến người phi nhị nguyên giới (hơn là người chuyển giới nam hoặc một số phụ nữ tương hợp giới) là phẫu thuật cắt tuyến vú ở người phi nhị nguyên giới AFAB chưa dùng testosterone — mặc dù testosterone không phải là điều kiện bắt buộc cho loại phẫu thuật này — và một số người phi nhị nguyên giới AFAB có thể cần thu nhỏ ngực (McTernan et al., 2020). Một ví dụ về phẫu thuật mà việc điều trị hormone có thể cần thiết trong một giai đoạn nhất định là tạo hình dương vật từ âm vật — sử dụng phần âm vật đã phát triển nhờ liệu pháp testosterone. Xem Chương 13 — Phẫu thuật và Chăm sóc hậu phẫu để biết thêm chi tiết về việc liệu pháp hormone có cần thiết đối với từng loại phẫu thuật không. Các thủ thuật liên quan đến hệ sinh sản trong bao gồm cắt tử cung, cắt vòi trứng — buồng trứng một bên hoặc hai bên, và cắt âm đạo. Liệu pháp hormone không bắt buộc cho các thủ thuật này, nhưng liệu pháp thay thế hormone (bằng estrogen, testosterone hoặc cả hai) được khuyến nghị cho những người trải qua cắt bỏ hoàn toàn tuyến sinh dục để ngăn ngừa ảnh hưởng bất

lợi lên hệ tim mạch và cơ xương (Hembree et al., 2017; Seal, 2017). Đối với phẫu thuật tạo dương vật, mặc dù không có yêu cầu về thời gian tối thiểu dùng testosterone, sự nam hóa (hoặc thiếu nam hóa) của âm vật và môi âm hộ có thể ảnh hưởng đến lựa chọn kỹ thuật phẫu thuật và các phương án phẫu thuật. Để biết thêm thông tin, xem Chương 13 — Phẫu thuật và Chăm sóc hậu phẫu.

Khách hàng phi nhị nguyên giới AMAB cần được thông tin rằng bắt đầu điều trị estrogen sau phẫu thuật mà không từng có tiền sử dùng estrogen trước đó có thể ảnh hưởng (có thể bất lợi) đến kết quả phẫu thuật (Kanhai, Hage, Asscheman et al., 1999; Kanhai, Hage, Karim et al., 1999). Người phi nhị nguyên giới AMAB yêu cầu cắt tinh hoàn 2 bên không cần dùng estrogen để đạt kết quả tốt hơn (Hembree et al., 2017). Trong những bối cảnh này, thực hành tốt là cung cấp thông tin cho khách hàng về nguy cơ và lợi ích của liệu pháp hormone thay thế (estrogen, testosterone hoặc cả hai) nhằm ngăn ngừa các ảnh hưởng bất lợi lên hệ tim mạch và cơ xương, cũng như các lựa chọn điều trị thay thế như bổ sung canxi và vitamin D để ngăn ngừa loãng xương (Hembree et al., 2017; Seal, 2017; Weaver et al., 2016). Cũng xem Chương 9 — Hoạn nhân (Eunuchs) cho những người chọn không sử dụng liệu pháp hormone thay thế. Trong trường hợp phẫu thuật tạo hình âm đạo, cần tư vấn cho người bệnh rằng việc không dùng thuốc chặn testosterone có thể gây mọc lông sau phẫu thuật trong ống âm đạo nếu mảnh ghép da có lông được sử dụng (Giltay & Gooren, 2000).

Các yêu cầu phẫu thuật bổ sung cho người phi nhị nguyên giới AMAB bao gồm tạo âm đạo giữ lại dương vật, tạo âm đạo giữ lại tinh hoàn, và các thủ thuật dẫn đến không còn đặc điểm sinh dục ngoài (như cắt dương vật, cắt bìu, cắt tinh hoàn...). Bác sĩ phẫu thuật và cá nhân tìm kiếm điều trị được khuyến nghị thảo luận nhằm hiểu mục tiêu và kỳ vọng của cá nhân, cũng như lợi ích và giới hạn của thủ thuật dự định (hoặc yêu cầu), để đưa ra quyết định theo từng cá nhân và phối hợp với các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác nếu có.

Tuyên bố 8.4

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia chăm sóc sức khỏe cung cấp thông tin cho người phi nhị nguyên giới về ảnh hưởng của liệu pháp hormone/phẫu thuật lên khả năng sinh sản trong tương lai và thảo luận các lựa chọn bảo tồn khả năng sinh sản trước khi bắt đầu điều trị hormone hoặc phẫu thuật.

Tất cả cá nhân phi nhị nguyên giới tìm kiếm liệu pháp hormone khẳng định giới nên được cung cấp thông tin và hướng dẫn về các lựa chọn sinh sản (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). Điều quan trọng là cần thảo luận ảnh hưởng tiềm tàng của liệu pháp hormone lên khả năng sinh sản trước khi bắt đầu điều trị. Cuộc thảo luận này cần bao gồm các lựa chọn bảo tồn sinh sản, mức độ mà khả năng sinh sản có thể hoặc không thể phục hồi nếu ngừng hormone, và thực tế rằng bản thân liệu pháp hormone không phải là biện pháp tránh thai. Để biết thêm thông tin, xem Chương 16 — Sức khỏe sinh sản.

Các nghiên cứu gần đây cho thấy người phi nhị nguyên giới ít có khả năng tiếp cận chăm sóc và ít khi được lắng nghe nhu cầu về các can thiệp tiềm năng (Beek et al., 2015; Taylor et al., 2019). Vì vậy, sẽ hợp lý rằng bất kỳ cá nhân đa dạng giới nào cũng nên được cung cấp thông tin về các lựa chọn và kỹ thuật bảo tồn sinh sản hiện có, tốt nhất là trước khi bắt đầu điều trị hormone vì chất lượng tinh trùng hoặc trứng có thể bị ảnh hưởng bởi phơi nhiễm hormone (Hamada et al., 2015; Payer et al., 1979). Tuy nhiên, điều này không nên ngăn cản việc tìm hiểu và yêu cầu thêm thông tin sau này, vì có bằng chứng cho thấy khả năng sinh sản vẫn có thể ở những người đang dùng estrogen hoặc testosterone (Light et al., 2014). Quyết định của một người phi nhị nguyên giới hoặc đa dạng giới rằng họ không cần bảo tồn sinh sản hoặc tư vấn sinh sản không nên bị sử dụng làm lý do từ chối hoặc trì hoãn việc tiếp cận điều trị hormone.

CHƯƠNG 9 - Hoạn Nhân

Trong số nhiều người được hưởng lợi từ chăm sóc y khoa khẳng định giới, những người tự xác định là hoạn nhân là một trong những nhóm ít được nhìn thấy nhất. Phiên bản thứ 8 của Tiêu chuẩn Chăm sóc (Standards of Care – SOC) bao gồm thảo luận về các cá nhân hoạn nhân do sự biểu hiện đặc thù của họ và nhu cầu được tiếp cận chăm sóc y khoa khẳng định giới mang tính cần thiết về mặt y học (xem Chương 2 — Khả năng áp dụng toàn cầu, Tuyên bố 2.1).

Các cá nhân hoạn nhân là những người được chỉ định giới tính nam khi sinh (AMAB) và mong muốn loại bỏ các đặc điểm hình thể nam tính, bộ phận sinh dục nam, hoặc chức năng sinh dục. Nhóm này cũng bao gồm những người có tinh hoàn đã được phẫu thuật cắt bỏ hoặc bị làm mất chức năng bằng các biện pháp hóa học hay vật lý, và tự xác định bản thân là hoạn nhân. Định nghĩa dựa trên bản dạng này, dành cho những người chấp nhận thuật ngữ hoạn nhân, không bao gồm các đối tượng khác, chẳng hạn như những người đàn ông được điều trị ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn tiên triển và từ chối danh xưng hoạn nhân. Trong chương này, chúng tôi tập trung vào những người tự xác định là hoạn nhân như một phần của phổ đa dạng giới.

Cũng như các cá nhân đa dạng giới khác, hoạn nhân có thể tìm kiếm can thiệp hoạn lộ nhằm giúp cơ thể phù hợp hơn với bản dạng giới của họ. Theo đó, các cá nhân hoạn nhân là những người không tuân theo chuẩn mực giới truyền thống và có những nhu cầu đòi hỏi chăm sóc y khoa khẳng định giới mang tính cần thiết về mặt y học (Brett et al., 2007; Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008).

Hoạn nhân xác định bản dạng giới của mình theo nhiều cách khác nhau. Nhiều người xem trạng thái hoạn nhân là bản dạng giới riêng biệt của họ, không gắn với bất kỳ bản dạng giới hay bản dạng chuyển giới nào khác. Trọng tâm của chương này là việc điều trị và chăm sóc cho những người tự xác định là hoạn nhân. Các nhân viên y tế (HCPs) sẽ gặp những hoạn nhân yêu cầu các can thiệp nội tiết, can thiệp hoạn lộ, hoặc cả hai, nhằm trở thành hoạn nhân. Những cá nhân này cũng có thể hưởng lợi từ cộng đồng hoạn nhân, dựa trên sự đồng nhất bản dạng — có hoặc không có việc đã can thiệp hoạn lộ.

Mặc dù hoạn nhân đã có lịch sử hơn 4.000 năm trong xã hội, phần lớn thông tin phong phú nhất về những người tự xác định là hoạn nhân trong bối cảnh

đương đại được tìm thấy trong các cộng đồng hỗ trợ đồng đẳng trực tuyến quy mô lớn, tập trung tại các trang như Eunuch Archive (www.eunuch.org), được thành lập năm 1998. Những người điều hành trang web này cố gắng duy trì tính chính xác về mặt y khoa và lịch sử trong các diễn đàn thảo luận, dù vẫn tồn tại không ít thông tin sai lệch. Theo trang web, tính đến tháng 1 năm 2022, đã có hơn 130.000 thành viên đăng ký từ nhiều khu vực trên thế giới, và thường xuyên có hơn 90% người truy cập chỉ là “khách” chứ không phải thành viên. Trang web liệt kê hơn 23.000 chủ đề thảo luận và gần 220.000 bài đăng. Ví dụ, hai chủ đề hướng dẫn tự hoạn lộ bằng cách tiêm các loại độc chất khác nhau trực tiếp vào tinh hoàn có khoảng 2.500 bài đăng mỗi chủ đề, và mỗi chủ đề đã được đọc hơn một triệu lượt. Bắt đầu từ năm 2001, đã có 20 kỳ gặp mặt quốc tế thường niên của cộng đồng Eunuch Archive tại Minneapolis, bên cạnh nhiều buổi gặp mặt khu vực khác. Mặc dù chủ đề can thiệp hoạn thu hút sự quan tâm của đại đa số những người tham gia thảo luận, chỉ có một thiểu số thành viên thực sự nghiêm túc tìm kiếm hoặc đã trải qua can thiệp hoạn. Nhiều cựu thành viên của Eunuch Archive đã đạt được mục tiêu của họ và không còn tham gia nữa.

Do những quan niệm sai lầm và định kiến về hoạn nhân trong lịch sử, sự vô hình của hoạn nhân đương đại, và kỳ thị xã hội ảnh hưởng đến tất cả các nhóm thiểu số về giới và tính dục, rất ít cá nhân hoạn nhân công khai bản thân là hoạn nhân; nhiều người không nói với bất kỳ ai, chỉ chia sẻ với những người cùng mong đợi trong cộng đồng trực tuyến, hoặc chỉ được biết đến như vậy trong phạm vi gia đình và bạn bè thân cận (Wassersug & Lieberman, 2010). Các khuôn mẫu về hoạn nhân thường mang tính tiêu cực cao (Lieberman, 2018), và hoạn nhân có thể phải chịu cùng mức độ stress thiểu số như các nhóm bị kỳ thị khác (Wassersug & Lieberman, 2010). Do đó, nghiên cứu về stress thiểu số ảnh hưởng đến người đa dạng giới nên bao gồm cả nhóm hoạn nhân.

Bộ khuyến nghị hiện tại hướng đến các chuyên gia làm việc với những cá nhân tự xác định là hoạn nhân (Johnson & Wassersug, 2016; Vale et al., 2010) đang yêu cầu các điều trị y khoa và/hoặc phẫu thuật khẳng định giới mang tính cần thiết về mặt y học. Mặc dù không phải là một phân loại chẩn đoán cụ thể trong ICD hoặc DSM, hoạn nhân là một khái niệm hữu ích vì phản ánh những đặc thù của trải nghiệm hoạn nhân, đồng thời kết nối trải nghiệm này với hiện tượng bất

hòa hợp giới nói chung. Các cá nhân hoạn nhân có thể trình diện lâm sàng theo nhiều cách khác nhau. Họ mong muốn có một cơ thể phù hợp với bản dạng hoạn nhân của mình — một cơ thể không có bộ phận sinh dục nam hoạt động đầy đủ. Một số cá nhân hoạn nhân khác cảm thấy khó chịu cấp tính với bộ phận sinh dục nam của mình và cần phải loại bỏ chúng để cảm thấy thoải mái trong cơ thể (Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008). Những người khác lại không bận tâm đến việc có bộ phận sinh dục ngoài nam, miễn là chúng chỉ tồn tại về mặt hình thể và không còn chức năng sản xuất androgen và các đặc điểm sinh dục thứ phát nam tính (Brett et al., 2007). Các biện pháp nội tiết có thể được sử dụng để ức chế sản xuất androgen, mặc dù loại bỏ tinh hoàn cung cấp một giải pháp vĩnh viễn cho những người không mong muốn chức năng sinh dục

(Wibowo et al., 2016). Một số cá nhân hoạn nhân mong muốn mức testosterone thấp đạt được nhờ loại bỏ tinh hoàn, nhưng nhiều người sẽ lựa chọn một hình thức liệu pháp hormone thay thế nhằm ngăn ngừa các tác dụng bất lợi liên quan đến suy sinh dục. Phần lớn những người lựa chọn liệu pháp hormone chọn testosterone với liều thay thế toàn phần hoặc một phần. Một số ít lựa chọn estrogen.

Tất cả các tuyên bố trong chương này được đưa ra dựa trên việc rà soát kỹ lưỡng bằng chứng, đánh giá lợi ích và tác hại, các giá trị và ưu tiên của nhà cung cấp dịch vụ và người bệnh, cũng như việc sử dụng nguồn lực và tính khả thi. Trong một số trường hợp, chúng tôi thừa nhận rằng bằng chứng còn hạn chế và/hoặc các dịch vụ có thể không sẵn có hoặc không được mong muốn.

Các Tuyên Bố Khuyến Nghị

- 9.1- Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế và những người áp dụng SOC-8 điều chỉnh các khuyến nghị để đáp ứng nhu cầu cụ thể của các cá nhân hoạn nhân.
- 9.2- Chúng tôi khuyến nghị xem xét cung cấp các can thiệp y khoa hoặc phẫu thuật khẳng định giới cho các cá nhân hoạn nhân khi có nguy cơ đáng kể về tự gây tổn hại, bao gồm tự can thiệp hoạn lộ.
- 9.3- Chúng tôi khuyến nghị các can thiệp nội tiết và/hoặc phẫu thuật cho các cá nhân hoạn nhân tuân theo các nguyên tắc chung của chăm sóc khẳng định giới và được cá nhân hóa.
- 9.4- Chúng tôi khuyến nghị cung cấp chăm sóc toàn diện, liên tục và không kỳ thị cho các cá nhân hoạn nhân, bao gồm theo dõi lâu dài và chăm sóc dự phòng phù hợp.

Tuyên bố 9.1

Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế và những người sử dụng hướng dẫn Tiêu chuẩn Chăm sóc, Phiên bản 8, áp dụng các khuyến nghị theo những cách đáp ứng nhu cầu của các cá nhân hoạn nhân.

Các cá nhân hoạn nhân là một phần của cộng đồng người đa dạng giới trải qua sự không tương hợp giới và có thể tìm kiếm chăm sóc khẳng định giới. Giống như các cá nhân chuyển giới và đa dạng giới (TGD) khác, hoạn nhân cần được tiếp cận với chăm sóc khẳng định để đạt được sự thoải mái với bản dạng giới của bản thân. Mỗi chương trong SOC đều đề cập đến nhu cầu của các cá nhân đa dạng, và hoạn nhân có thể được bao gồm trong nhóm này. Họ có thể có điểm chung với một số cá nhân phi nhị nguyên giới, trong đó chuyển đổi xã hội có thể không phải là lựa chọn mong muốn, và liệu pháp hormone có thể không đóng vai trò giống như trong quá trình chuyển đổi xã hội hoặc chuyển đổi theo nhị nguyên (Wassersug & Lieberman, 2010).

Giống như các cá nhân đa dạng giới khác, các cá nhân hoạn nhân có thể nhận thức về bản dạng của mình từ thời thơ ấu hoặc tuổi vị thành niên. Do thiếu nghiên cứu về điều trị cho trẻ em có thể nhận diện là hoạn nhân, chúng tôi không đưa ra các khuyến nghị cụ thể.

Các cá nhân hoạn nhân có thể tìm kiếm chăm sóc y khoa hoặc phẫu thuật (ức chế hormone, loại bỏ tinh hoàn, và trong một số trường hợp, loại bỏ dương vật) để đạt được thay đổi về thể chất, tâm lý hoặc tình dục (Wassersug & Johnson, 2007). Điều quan trọng là tất cả bệnh nhân, bao gồm cả hoạn nhân và những người tìm kiếm can thiệp hoạn, cần thiết lập và duy trì mối quan hệ với nhân viên y tế dựa trên sự tin tưởng và hiểu biết lẫn nhau. Do sự thiếu nhận thức về hoạn nhân trong cộng đồng y tế nói chung và nỗi sợ hãi của nhiều cá nhân đang tìm kiếm thủ thuật hoạn rằng họ sẽ không được chấp nhận, nhiều người đã không nhận được sự chăm sóc sức khỏe ban đầu và các xét nghiệm tầm soát phù hợp (Jaggi et al., 2018). Việc nâng cao nhận thức

và giáo dục các nhân viên y tế sẽ giúp đảm bảo rằng họ hiểu và bao gồm hoạn nhân trong các thảo luận về đa dạng giới (Deutsch, 2016a). Không cần bàn luận thêm, hoạn nhân cần và xứng đáng được tiếp cận các dịch vụ chăm sóc ban đầu tương đương với dân số nói chung. Vấn đề về xét nghiệm sàng lọc ung thư, chẳng hạn như ung thư tuyến tiền liệt và ung thư vú, là một lĩnh vực quan trọng để thảo luận, vì nguy cơ ung thư liên quan đến hormone có thể khác nhau ở những người được ấn định giới tính là nam khi sinh mà mức testosterone và estrogen không trong phạm vi nam giới. Do thiếu các nghiên cứu về tỷ lệ mắc và tần suất ung thư liên quan đến hormone trong cộng đồng hoạn nhân, hiện không có bằng chứng hướng dẫn tần suất sàng lọc ung thư liên quan đến hormone bằng các phương pháp như khám tuyến tiền liệt, đo PSA, chụp nhũ ảnh, v.v.

Các tài liệu lớn về bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt đã được can thiệp hoạn y học hoặc phẫu thuật cung cấp thông tin về một số tác động của can thiệp hoạn sau tuổi dậy thì (như nguy cơ loãng xương, trầm cảm hoặc hội chứng chuyển hóa), nhưng các hoạn nhân tự nguyện có thể diễn giải kết quả khác hẳn so với những người bị can thiệp hoạn vì lý do y tế. Can thiệp hoạn lộ hóa học hoặc phẫu thuật có thể là nguồn căng thẳng đối với nam hợp giới mắc ung thư tuyến tiền liệt, trong khi cùng một phương pháp có thể mang lại sự khẳng định và thoải mái cho các cá nhân hoạn nhân. Tương tự, những người chuyển giới hướng nam tính thực hiện phẫu thuật loại bỏ tuyến vú để cảm thấy thoải mái với cơ thể cũng trải nghiệm phẫu thuật khác với nữ hợp giới loại bỏ tuyến vú để điều trị ung thư vú (Koçan & Gürsoy, 2016; van de Grift et al., 2016). Thông tin về ung thư tuyến tiền liệt được tóm tắt tốt bởi Wassersug et al. (2021), cung cấp các tài liệu tham khảo khảo sát toàn bộ văn liệu về vấn đề này. Thông tin về tác động của can thiệp hoạn lộ cần được cung cấp cho những người tìm kiếm can thiệp hoạn.

Sau khi đánh giá theo SOC-8, các lựa chọn y khoa mà bệnh nhân yêu cầu có thể được cân nhắc và kê đơn nếu phù hợp. Các lựa chọn này có thể được cá nhân hóa để tạo ra một kế hoạch phản ánh nhu cầu và sở thích cụ thể của từng người. Số lượng, loại hình can thiệp và thứ tự thực hiện có thể khác nhau giữa các cá nhân. Các lựa chọn này phù hợp với cả chương đánh giá và chương phẫu thuật của SOC-8. Các phương án điều trị cho hoạn nhân bao gồm:

- Ức chế hormone để khám phá tác động của thiếu androgen đối với những cá nhân hoạn nhân muốn trở nên vô tính, không quan hệ tình dục, hoặc phi giới (androgynous);
- Loại bỏ tinh hoàn để ngăn sản xuất testosterone;
- Loại bỏ tinh hoàn có hoặc không kèm loại bỏ dương vật để điều chỉnh cơ thể phù hợp với hình ảnh bản thân;
- Loại bỏ tinh hoàn, sau đó thay thế hormone với testosterone hoặc estrogen.

Theo Tuyên bố 5.6 trong Chương 5 – Đánh giá người trưởng thành, các cá nhân hoạn nhân tìm kiếm can thiệp loại bỏ tuyến sinh dục nên cân nhắc ít nhất 6 tháng liệu pháp hormone phù hợp với mục tiêu giới của người TGD trước khi thực hiện can thiệp phẫu thuật không thể đảo ngược (trừ khi hormone không được chỉ định về mặt lâm sàng cho cá nhân đó).

Tuyên bố 9.2

Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế cân nhắc can thiệp y khoa, can thiệp phẫu thuật, hoặc cả hai đối với các cá nhân hoạn nhân khi có nguy cơ cao rằng việc từ chối điều trị sẽ gây hại cho họ thông qua tự phẫu, hoặc được tiến hành bởi người không đủ trình độ, hoặc sử dụng thuốc ảnh hưởng hormone mà không được giám sát.

Quy trình đánh giá được khuyến nghị trong SOC-8 cũng nên áp dụng cho hoạn nhân (xem Chương 5 – Đánh giá người trưởng thành). Eunuch Archive có nhiều bài đăng từ các cá nhân gặp khó khăn lớn trong việc tìm nhà cung cấp y tế sẵn sàng thực hiện phẫu thuật triệt tinh. Có nhiều cá nhân hoạn nhân đã tự phẫu hoặc đã được phẫu thuật bởi những người không phải là nhân viên y tế có chứng chỉ (Johnson & Irwig, 2014). Cũng có báo cáo lâm sàng về các cá nhân hoạn nhân tự hoạn và các trường hợp bệnh nhân lừa dối nhân viên y tế để được can thiệp hoạn lộ (Hermann & Thorstenson, 2015; Mukhopadhyay & Chowdhury, 2009). Không nghi ngờ gì, khi những người thuộc nhóm này bị từ chối quyền tiếp cận điều trị y tế chất lượng, họ có thể thực hiện các hành động gây nguy hại nghiêm trọng, chẳng hạn như xuất huyết hoặc nhiễm trùng, có thể cần nhập viện (Hay, 2021; Jackowich et al., 2014; Johnson & Irwig, 2014). Do những vấn đề nghiêm trọng này và nguy cơ gây hại từ việc tự phẫu, phẫu thuật bởi người không đủ trình độ, hoặc sử dụng thuốc ảnh hưởng hormone không được giám sát, điều quan trọng là các

nhân viên y tế tạo ra môi trường chào đón và cân nhắc các phương án điều trị sau khi đánh giá cẩn thận, nhằm tránh các vấn đề phát sinh từ việc thiếu tiếp cận điều trị hoặc từ việc từ chối điều trị.

Khi mong muốn, can thiệp hoạn lộ có thể thực hiện bằng hóa học hoặc phẫu thuật. Đối với một số người, can thiệp hoạn hóa học có thể là một thử nghiệm phù hợp trước khi thực hiện can thiệp bằng phẫu thuật để xác định cảm nhận của cá nhân khi ở trạng thái suy dục (Vale et al., 2010). Hoạn lộ hóa học thường có thể đảo ngược nếu ngừng dùng thuốc (Wassersug et al., 2021). Các loại thuốc phổ biến nhất được sử dụng để hạ testosterone là thuốc kháng androgen và estrogen.

Hai loại thuốc kháng androgen phổ biến nhất, cypoterone acetate và spironolactone, được dùng đường uống. Estrogen đôi khi được kê cho bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt để hạ mức testosterone huyết thanh thông qua cơ chế phản hồi âm tính ở vùng dưới đồi và tuyến yên. Estrogen và kháng androgen có thể không hoàn toàn ức chế testosterone xuống mức nữ hoặc mức triệt tình, và estrogen đường uống làm tăng nguy cơ huyết khối tĩnh mạch. Mặc dù ít được sử dụng do chi phí, các agonist GnRH là phương pháp rất hiệu quả để ức chế sản xuất hormone sinh dục và khả năng sinh sản (Hembree et al., 2017). Khi lựa chọn thuốc, chúng tôi khuyên sử dụng những thuốc đã được nghiên cứu trên nhiều nhóm người chuyển giới (ví dụ: estrogen, cypoterone acetate, agonist GnRH) thay vì các thuốc ít hoặc không có nghiên cứu khoa học được đánh giá đồng đẳng (ví dụ: bicalutamide, progesterone đường trực tràng, v.v.) (Angus et al., 2021; Butler et al., 2017; Efstathiou et al., 2019; Tosun et al., 2019).

Nhiều cá nhân hoạn nhân tiến hành liệu pháp thay thế hormone sau can thiệp hoạn lộ vì họ không muốn ức chế hoàn toàn mức hormone và các vấn đề liên quan, chẳng hạn nguy cơ loãng xương. Hai lựa chọn chính để thay thế hormone sinh dục là testosterone và estrogen, có thể dùng toàn phần hoặc bán phần. Phần lớn chọn testosterone vì họ xuất hiện như nam và không quan tâm đến nữ hóa. Một thiểu số chọn estrogen với liều đủ cao để ngăn loãng xương nhưng đủ thấp để tránh nữ hóa đáng kể. Họ có thể nhận diện là phi nhị nguyên, không giới tính hoặc các dạng khác (Johnson et al., 2007; Johnson & Wassersug, 2016).

Mặc dù thiếu nghiên cứu về liệu pháp thay thế hormone ở hoạn nhân, các phát hiện từ nam hợp giới được điều trị ung thư tuyến tiền liệt có thể cung cấp thông tin về tác động của liệu pháp hormone. Trong

một thử nghiệm ngẫu nhiên có kiểm soát với 1.694 nam hợp giới bị ung thư tuyến tiền liệt tiến triển tại chỗ hoặc di căn, một nhóm nhận agonist GnRH và nhóm còn lại nhận miếng dán estrogen transdermal (Langley et al., 2021). Nam hợp giới dùng agonist GnRH phát triển các triệu chứng thiếu androgen và estrogen, trong khi nhóm nhận miếng dán estrogen chỉ gặp triệu chứng thiếu androgen. Cả hai nhóm đều có tỷ lệ tác dụng phụ tình dục cao (91%), và tăng cân tương tự. So với nhóm dùng agonist GnRH, nhóm dùng estrogen báo cáo chất lượng cuộc sống cao hơn, tần suất bốc hỏa thấp hơn (35% vs. 86%), và tỷ lệ ngực to cao hơn (86% vs. 38%). Về chuyển hóa, nhóm dùng estrogen có thay đổi thuận lợi với mức đường huyết lúc đói, cholesterol toàn phần lúc đói, huyết áp tâm thu và tâm trương thấp hơn. Ngược lại, nhóm dùng agonist GnRH có kết quả trái ngược. Dựa trên nghiên cứu này, hoạn nhân có thể cân nhắc liều thấp estrogen transdermal để tránh các tác dụng phụ thiếu estrogen, bao gồm bốc hỏa, mệt mỏi, tác động chuyển hóa và mất mật độ xương (Hembree et al., 2017; Langley et al., 2021). Xem thêm thông tin tại Chương 12 – Liệu pháp hormone.

Tuyên bố 9.3

Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế đánh giá các cá nhân hoạn nhân để điều trị phải chứng minh được năng lực trong việc đánh giá họ.

Một chủ đề thường xuất hiện trên các diễn đàn Eunuch Archive là khó khăn trong việc tìm nhân viên y tế có khả năng hiểu nhu cầu của họ. Hoạn nhân và những người tìm kiếm can thiệp hoạn lộ thường ít được nhìn thấy hơn so với các nhóm thiểu số giới khác (Wassersug & Lieberman, 2010). Do kỳ thị và sợ bị từ chối bởi cộng đồng y tế, họ có thể không tự nguyện tiết lộ bản dạng và mong muốn của mình cho nhân viên y tế hoặc chuyên gia sức khỏe tâm thần. Trong một số môi trường, các nhân viên y tế có thể không biết rằng hoạn nhân tồn tại và thậm chí không biết họ đã điều trị các bệnh nhân nhận diện là hoạn nhân.

Phần SOC về đánh giá áp dụng cho cá nhân hoạn nhân. Giống như các cá nhân đa dạng giới khác, những người tìm kiếm can thiệp hoạn lộ có thể tham gia vào quy trình đồng thuận thông tin, trong đó các nhà cung cấp đủ năng lực thực hiện đánh giá để đảm bảo cá nhân có khả năng cung cấp đồng thuận trước các can thiệp y khoa, đồng thời đảm bảo rằng không có vấn đề sức khỏe tâm thần nào là nguyên nhân của mong muốn triệt tình. Giống như các nhóm thiểu số giới và tình dục

khác, làm việc với hoạn nhân đòi hỏi hiểu rằng họ là một cộng đồng đa dạng và mỗi người là hoạn nhân theo cách riêng của mình (Johnson et al., 2007). Người tìm kiếm dịch vụ được hưởng lợi từ lập trường chấp nhận, sự tìm hiểu cởi mở, sự tạm gác lại các phán xét, và những kỳ vọng linh hoạt của chuyên gia, kết hợp với năng lực và chuyên môn nghề nghiệp.

Để cung cấp điều trị phù hợp, nhân viên y tế phải thiết lập sự tin tưởng và tôn trọng bằng cách tạo môi trường bao dung cho người nhận diện là hoạn nhân. Đối với cá nhân nhận diện là hoạn nhân, mẫu thông tin đầu vào lý tưởng nên hỏi giới tính được ấn định khi sinh và giới tính tự nhận dạng, đồng thời cung cấp nhiều tùy chọn giới, bao gồm “hoạn nhân” và “khác”. Cá nhân có thể nhận diện với nhiều hơn một tùy chọn và nên được phép chọn nhiều hơn một.

Nhân viên y tế có thể tham gia vào việc đánh giá, tâm lý trị liệu (nếu mong muốn), chuẩn bị và theo dõi các can thiệp y khoa và phẫu thuật khẳng định giới. Họ cũng có thể hỗ trợ các đối tác và gia đình. Những cá nhân nhận diện là hoạn nhân muốn hỗ trợ từ chuyên gia sức khỏe tâm thần có trình độ sẽ được lợi từ một nhà trị liệu đáp ứng kinh nghiệm và tiêu chuẩn được nêu trong Chương 4 – Giáo dục.

Trong khi một số người tìm kiếm hoặc cân nhắc can thiệp hoạn lộ tham gia tham vấn hoặc trị liệu vì muốn hỗ trợ cảm xúc hoặc giúp quyết định, nhiều người đến gặp nhân viên y tế để đánh giá nhằm chuẩn bị cho các can thiệp y khoa cụ thể (Vale et al., 2010).

Tuyên bố 9.4

Chúng tôi gợi ý các nhân viên y tế cung cấp chăm sóc cho cá nhân hoạn nhân bao gồm giáo dục và tham vấn về tính dục.

Một số nghiên cứu đã đóng góp vào kiến thức của chúng ta về những người nhận diện là hoạn nhân hiện

đại, và khảo sát các đặc điểm nhân khẩu học và tính dục (Handy et al., 2015; Vale et al., 2013; Wibowo et al., 2012, 2016). Nhân viên y tế và nhà chuyên môn sức khỏe tâm thần nên giả định rằng hoạn nhân là những người có đời sống tình dục, khả năng hoạt động tình dục, khoái cảm và quan hệ, trừ khi họ báo cáo ngược lại (Wibowo et al., 2021). Nghiên cứu cho thấy có sự đa dạng lớn về mức độ ham muốn, loại hình tiếp xúc thể chất hoặc tình dục mong muốn, và bản chất của các mối quan hệ mong muốn (Brett et al., 2007; Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008). Trong khi một số người có đời sống tình dục tích cực với hoặc không có quan hệ lãng mạn, một số người khác nhận diện là vô tính hoặc vô ái và cảm thấy nhẹ nhõm khi mất ham muốn thông qua can thiệp hoạn lộ bằng phẫu thuật hoặc hóa học (Brett et al., 2007). Mỗi người là khác nhau, và trạng thái cơ quan sinh dục không quyết định xu hướng tình dục hay tình cảm (Walton et al., 2016; Yule et al., 2015).

Bất kể loại ức chế hóa học hay phẫu thuật nào, người đó vẫn có khả năng khoái cảm và hoạt động tình dục. Trái với quan niệm phổ biến, hoạn nhân không nhất thiết là vô tính hoặc không quan hệ tình dục (Aucoin & Wassersug, 2006). Giáo dục an toàn tình dục là cần thiết cho tất cả những người tham gia hoạt động tình dục có thể liên quan đến trao đổi dịch cơ thể. Xem Chương 17 – Sức khỏe tình dục để biết thông tin về giáo dục tình dục và các lựa chọn tình dục an toàn cho người đa dạng giới và tính dục. Ngoài ra, cần thảo luận về bảo tồn khả năng sinh sản khi cân nhắc các can thiệp y khoa có thể ảnh hưởng đến khả năng làm cha mẹ trong tương lai. Xem thêm Chương 16 – Sức khỏe sinh sản để được hướng dẫn chi tiết.

CHƯƠNG 10 - Liên Giới Tính

Bản Tiêu chuẩn Chăm sóc 7 (The Standards of Care, Version 7) đã bao gồm một chương về khả năng áp dụng các tiêu chuẩn này cho những người có tình trạng liên giới tính về mặt thể lý. Những người này có thể biểu hiện tình trạng phiên muộn giới và/hoặc thay đổi giới tính của mình, vì do họ khác biệt so với các cá nhân chuyển giới không có tình trạng liên giới tính về biểu hiện hiện tượng học, quỹ đạo cuộc sống, tỷ lệ hiện mắc, căn nguyên, và các nguy cơ bị kỳ thị. Chương hiện tại cung cấp một bản cập nhật và bổ sung các khuyến nghị về cách tiếp cận lâm sàng cần thiết về mặt y khoa đối với việc quản lý các cá nhân có tình trạng liên giới tính nói chung (xem tuyên bố về sự cần thiết về mặt y tế trong Chương 2 - Khả năng áp dụng Toàn cầu, Tuyên bố 2.1). Một trẻ sơ sinh với sự biệt hóa giới tính không điển hình có thể đã phải đối mặt với các thách thức lâm sàng, bao gồm nhu cầu giáo dục và hỗ trợ gia đình ngay từ sớm, việc ra quyết định về chỉ định giới, cũng như quản lý giới tính lâm sàng sau đó. Các thành phần của quá trình này – đặc biệt là phẫu thuật bộ phận sinh dục – có thể gây tranh cãi, và nguy cơ phát triển tình trạng bức bối giới và thay đổi giới tính sau này tăng lên đáng kể (Sandberg & Gardner, 2022).

Thuật ngữ

Thuật ngữ “liên giới tính” hay “Intersex” (từ tiếng Latin, dịch nghĩa đen là “giữa hai giới”) bắt nguồn từ hệ thống nhị nguyên về giới tính là nền tảng của sự sinh sản ở động vật có vú (bao gồm cả con người). Trong y học, thuật ngữ này thường được dùng để chỉ những cá nhân có biến thể bẩm sinh, không điển hình rõ nét ở đường sinh dục. Một số biến thể, thường được dán nhãn là “mơ hồ bộ phận sinh dục,” khiến việc nhận dạng giới tính thể chất là nam hay nữ trở nên khó khăn. Trong các xã hội giàu nguồn lực, những trường hợp này có thể đòi hỏi một quá trình kiểm tra toàn diện về thể chất, nội tiết và di truyền trước khi một giới tính/giới được “chỉ định”. Trong những năm gần đây, thuật ngữ “liên giới tính” cũng đã trở thành một nhãn nhận dạng được một số cá nhân có các tình trạng liên giới tính và một nhóm nhỏ các cá nhân có định dạng giới phi nhị nguyên chấp nhận (Tamar-Mattis et al., 2018).

Tại một hội nghị đồng thuận quốc tế năm 2005 về quản lý tình trạng liên giới tính, các tình trạng liên giới tính đã được gộp lại dưới một thuật ngữ y khoa tiêu chuẩn mới là “Rối loạn Phát triển Giới tính (Disorders of Sex Development - DSD)”, được định nghĩa là “các

tình trạng bẩm sinh trong đó sự phát triển của giới tính nhiễm sắc thể, tuyến sinh dục, hoặc giải phẫu là không điển hình” (Hughes et al., 2006). DSD bao trùm một phạm vi tình trạng rộng hơn nhiều so với những gì thường được xem là liên giới tính truyền thống và bao gồm các tình trạng như hội chứng Turner và hội chứng Klinefelter, vốn phổ biến hơn nhiều. Ngoài ra, nhiều cá nhân bị ảnh hưởng không thích thuật ngữ “rối loạn,” coi nó là thuật ngữ có tính kỳ thị cổ hữu (Carpenter, 2018; Griffiths, 2018; Johnson et al., 2017; Lin-Su, et al., 2015; Lundberg et al., 2018; Tiriyaki et al., 2018). Các chuyên gia chăm sóc sức khỏe (HCPs) cũng có sự khác biệt trong việc chấp nhận thuật ngữ này (Miller et al., 2018). Cách hiểu thay thế phổ biến của DSD là “Khác biệt trong Phát triển Giới tính (Differences in Sex Development)” có thể được xem là ít bệnh lý hóa hơn, nhưng lại không thỏa đáng về mặt ngữ nghĩa vì thuật ngữ này không phân biệt được sự khác biệt điển hình về bộ phận sinh dục giữa nam và nữ với sự biệt hóa giới tính không điển hình. Các nỗ lực khác gần đây để đưa ra các thuật ngữ ít mang tính kỳ thị rõ ràng hơn, như “Các Tình trạng Ảnh hưởng đến Sự Phát triển Sinh sản (Conditions Affecting Reproductive Development - CARD; Delimata et al., 2018) hoặc “Các Biến thể của /trong Đặc điểm Giới tính (Variations of/in Sex Characteristics - VSC; Crocetti, et al., 2021) cũng không đặc hiệu cho tình trạng liên giới tính.

Với những vấn đề định nghĩa này, trong chương này, chúng tôi sử dụng thuật ngữ “intersexuality” (hoặc “liên giới tính”) để chỉ các biểu hiện thể chất bẩm sinh mà thôi. Điều này được thực hiện nhằm đảm bảo cả tính xác minh trong mô tả lẫn tính liên tục về mặt lịch sử. Sự lựa chọn này không nhằm mục đích chỉ ra ý định của chúng tôi muốn đứng về phía nào trong cuộc thảo luận đang diễn ra liên quan đến khái niệm giới tính/giới là một hệ thống lưỡng cực hay là một phổ liên tục, điều này có thể thay đổi tùy thuộc vào bối cảnh và tính hữu ích (Meyer-Bahlburg, 2019). Trong các xã hội thế kỷ 21, các khái niệm về giới tính và giới đang trong quá trình chuyển biến.

Tỷ lệ hiện mắc

Tỷ lệ hiện mắc của các tình trạng liên giới tính phụ thuộc vào định nghĩa được sử dụng. Sự không điển hình rõ nét về bộ phận sinh dục (“bộ phận sinh dục mơ hồ”) xảy ra với tần suất ước tính dao động từ khoảng 1:2000 đến 1:4500 người (Hughes et al., 2007). Các định nghĩa DSD bao quát nhất ước tính tỷ lệ hiện mắc lên tới 1,7% (Blackless et al., 2000). Mặc dù những con số này cao

về mặt tổng thể, nhưng các tình trạng riêng lẻ liên quan đến các biến thể liên giới tính có xu hướng hiếm hơn nhiều. Ví dụ, hội chứng kém nhạy androgen (androgen insensitivity syndrome - AIS) xảy ra ở khoảng 1 trên 100.000 ca sinh 46,XY (Mendoza & Motos, 2013), và tăng sản thượng thận bẩm sinh thể cổ điển (classic congenital adrenal hyperplasia - CAH) xảy ra ở khoảng 1 trên 15.000 ca sinh 46, XX (Therrell, 2001). Số liệu tỷ lệ hiện mắc đối với các hội chứng riêng lẻ có thể khác nhau đáng kể giữa các quốc gia và các nhóm sắc tộc.

Biểu hiện

Biểu hiện của các cá nhân có đặc điểm liên giới tính rất đa dạng. Tình trạng liên giới tính có thể được nhận biết trong siêu âm tiền sản, mặc dù hầu hết các cá nhân sẽ được xác định trong quá trình khám bộ phận sinh dục khi sinh. Tại các xã hội dồi dào nguồn lực, những trẻ này sẽ trải qua các quy trình chẩn đoán y khoa chuyên sâu trong những tuần đầu đời. Căn cứ vào chẩn đoán y khoa cụ thể, các phát hiện về thể chất và nội tiết, và thông tin từ các nghiên cứu theo dõi dài hạn về quá trình phát triển giới, quá trình ra quyết định chung giữa đội ngũ chăm sóc sức khỏe và cha mẹ thường dẫn đến việc trẻ sơ sinh được chỉ định giới tính nam hoặc nữ. Một số cá nhân có tình trạng liên giới tính chỉ được các chuyên gia chú ý xung quanh độ tuổi dậy thì, ví dụ, khi thanh thiếu niên được nuôi dạy là nữ được đánh giá về vô kinh nguyên phát.

Các chuyên gia chăm sóc sức khỏe (HCPs) hỗ trợ các cá nhân mắc cả tình trạng liên giới tính và sự không chắc chắn về giới cần phải nhận thức rằng bối cảnh y tế mà những cá nhân này lớn lên thường rất khác so với những người chuyển giới và đa dạng giới TGD. Có nhiều hội chứng liên giới tính khác nhau, và mỗi hội chứng có thể khác nhau về mức độ nghiêm trọng. Do đó, các phương pháp điều trị nội tiết và ngoại khoa cũng thay đổi tương ứng.

Một số biểu hiện thực thể của tình trạng liên giới tính có thể cần can thiệp khẩn cấp sớm, như trong trường hợp tắc nghẽn đường tiết niệu hoặc suy thượng thận trong bệnh CAH. Hầu hết các biến thể thực thể ở các cá nhân có tình trạng liên giới tính đều không làm suy giảm chức năng, ít nhất là trong những năm đầu đời, cũng như không gây nguy hiểm cho cá nhân đó. Tuy nhiên, sự kỳ thị về mặt tâm lý xã hội liên quan đến hình thái không điển hình của phận sinh dục thường thúc đẩy việc thực hiện phẫu thuật bộ phận sinh dục sớm (thường được dán nhãn là 'chỉnh sửa' hoặc 'bình

thường hóa') rất sớm trước khi cá nhân đạt đến tuổi có thể đưa ra sự đồng thuận. Cách tiếp cận này gây nhiều tranh cãi vì nó xung đột với các nguyên tắc đạo đức ủng hộ quyền tự chủ của một người (Carpenter, 2021; Kon, 2015; National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979). Ngoài ra, trong số các biểu hiện không có lo ngại về an toàn ngay lập tức, một số cá nhân, khi lớn hơn, có thể chọn một loạt các can thiệp y tế khác để tối ưu hóa chức năng và ngoại hình. Các chi tiết cụ thể về phương pháp điều trị y tế vượt xa phạm vi có thể được đề cập trong chương này, và độc giả quan tâm nên tham khảo các tài liệu nội tiết và phẫu thuật tương ứng.

Một số tình trạng liên giới tính có liên quan đến sự thay đổi lớn hơn về kết quả bản dạng giới lâu dài so với các tình trạng khác (Dessens et al., 2005). Ví dụ, tỷ lệ một bản dạng giới phi hợp giới ở các cá nhân 46, XX mắc tăng sản thượng thận bẩm sinh CAH được chỉ định là nữ có thể cao tới 5–10% (Furtado et al., 2012). Thành phần sinh học thiết yếu là nền tảng của bản dạng giới là một yếu tố quan trọng phải được xem xét khi cung cấp các can thiệp tâm lý xã hội, y tế và ngoại khoa cho các cá nhân mắc các tình trạng liên giới tính.

Cũng có nhiều bằng chứng cho thấy những người có tình trạng liên giới tính và gia đình của họ có thể trải qua đau khổ tâm lý xã hội (de Vries et al., 2019; Rosenwohl-Mack et al., 2020; Wolfe-Christensen et al., 2017), một phần liên quan đến sự kỳ thị tâm lý xã hội (Meyer-Bahlburg, Khuri et al., 2017; Meyer-Bahlburg, Reyes-Portillo et al., 2017; Meyer-Bahlburg et al., 2018).

Tình trạng liên giới tính trong danh pháp tâm thần

Kể từ năm 1980, danh pháp tâm thần của Mỹ đã công nhận những cá nhân có tình trạng liên giới tính đáp ứng các tiêu chí về biến thể bản dạng giới; tuy nhiên, việc phân loại chẩn đoán của họ đã thay đổi qua các phiên bản DSM kế tiếp. Ví dụ, trong DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), danh mục Trục I về "chuyển đổi giới tính (transsexualism)" không thể áp dụng cho những cá nhân như vậy khi trưởng thành, nhưng những đứa trẻ đó được dán nhãn là "rối loạn định dạng giới ở trẻ em" (gender identity disorder of childhood)," với tình trạng liên giới tính y khoa được chỉ định trong Trục III. Trong DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), các cá nhân có tình trạng liên giới tính bị loại khỏi danh mục Trục I về "rối loạn bản dạng giới" bất kể tuổi tác và, thay vào đó, được nhóm với các tình trạng khác dưới danh mục "rối

loạn bản dạng giới không biệt định (gender identity disorder not otherwise specified)". Trong DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), đã loại bỏ hệ thống đa trục, "rối loạn bản dạng giới" được định nghĩa lại là "rối loạn phiền muộn giới (gender dysphoria)" và được áp dụng bất kể tuổi tác và tình trạng liên giới tính, nhưng các cá nhân có tình trạng liên giới tính được chỉ định kèm nhãn đặc hiệu "với một rối loạn phát triển giới tính (with a disorder of sex development)" (Zucker et al., 2013). Bản sửa đổi văn bản mới được xuất bản của DSM-5 (American Psychiatric Association, 2022) giữ nguyên thuật ngữ Phiền muộn giới. Tuy nhiên, lưu ý rằng bản sửa đổi gần đây của Phân loại Bệnh tật Quốc

tế (International Classification of Diseases - ICD-11) (World Health Organization, 2019a) đã chuyển "bất tương hợp giới" từ chương "Rối loạn Tâm thần, Hành vi, hoặc Phát triển Thần kinh" sang một chương mới "Các Tình trạng Liên quan đến Sức khỏe Tình dục".

Tất cả các tuyên bố trong chương này đã được khuyến nghị dựa trên việc xem xét kỹ lưỡng các bằng chứng, đánh giá lợi ích và tác hại, giá trị và sở thích của các nhà cung cấp và bệnh nhân, cũng như việc sử dụng nguồn lực và tính khả thi. Trong một số trường hợp, chúng tôi nhận thấy bằng chứng còn hạn chế và/hoặc các dịch vụ có thể không thể tiếp cận được hoặc không được mong muốn.

Các Tuyên Bố Khuyến Nghị

- 10.1- Chúng tôi gợi ý rằng một nhóm đa chuyên ngành, có hiểu biết sâu rộng về bản dạng và thể hiện giới cũng như về liên giới tính, cung cấp chăm sóc cho các cá nhân có tình trạng liên giới tính và gia đình của họ.
- 10.2- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia chăm sóc sức khỏe cho thanh thiếu niên và người trưởng thành chuyển giới nên tìm kiếm đào tạo và giáo dục về các khía cạnh của chăm sóc liên giới tính có liên quan đến chuyên môn nghề nghiệp của họ.
- 10.3- Chúng tôi gợi ý các chuyên gia chăm sóc sức khỏe giáo dục và tham vấn cho gia đình của trẻ em có tình trạng liên giới tính ngay từ thời điểm chẩn đoán về sau, về tình trạng liên giới tính cụ thể của trẻ và các hệ quả tâm lý xã hội của tình trạng đó.
- 10.4- Chúng tôi gợi ý rằng cả các nhân viên y tế và cha mẹ cùng tham gia với trẻ em/cá nhân có tình trạng liên giới tính trong các trao đổi liên tục, phù hợp với mức độ phát triển, về tình trạng liên giới tính của họ và các hệ quả tâm lý xã hội liên quan.
- 10.5- Chúng tôi gợi ý các chuyên gia chăm sóc sức khỏe và cha mẹ hỗ trợ trẻ em/cá nhân có tình trạng liên giới tính trong việc khám phá bản dạng giới của họ trong suốt cuộc đời.
- 10.6- Chúng tôi gợi ý các chuyên gia chăm sóc sức khỏe thúc đẩy sự an lành và giảm thiểu nguy cơ kỳ thị liên quan đến việc có tình trạng liên giới tính bằng cách hợp tác chặt chẽ với cả các cá nhân/tổ chức y tế và phi y tế.
- 10.7- Chúng tôi gợi ý các chuyên gia chăm sóc sức khỏe giới thiệu trẻ em/cá nhân có tình trạng liên giới tính và gia đình của họ đến các chuyên gia sức khỏe tâm thần, cũng như các hỗ trợ đồng đẳng và hỗ trợ tâm lý xã hội khác khi có chỉ định.
- 10.8- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia chăm sóc sức khỏe tham vấn cho các cá nhân có tình trạng liên giới tính và gia đình của họ về các lựa chọn ức chế dậy thì và/hoặc điều trị nội tiết trong bối cảnh bản dạng giới, độ tuổi và các hoàn cảnh y khoa đặc thù của từng cá nhân.
- 10.9- Chúng tôi gợi ý các chuyên gia chăm sóc sức khỏe tư vấn cho cha mẹ và trẻ em có tình trạng liên giới tính (khi trẻ đã phát triển nhận thức đầy đủ) tri hoãn phẫu thuật sinh dục khẳng định giới, phẫu thuật tuyến sinh dục, hoặc cả hai, nhằm tối ưu hóa quyền tự quyết của trẻ và khả năng tham gia vào quyết định dựa trên sự đồng thuận được cung cấp đầy đủ thông tin.
- 10.10- Chúng tôi gợi ý rằng chỉ những phẫu thuật viên có kinh nghiệm trong phẫu thuật sinh dục hoặc phẫu thuật tuyến sinh dục liên quan đến liên giới tính mới thực hiện phẫu thuật cho các cá nhân có tình trạng liên giới tính.
- 10.11- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia chăm sóc sức khỏe đang kê đơn hoặc giới thiệu điều trị nội tiết/phẫu thuật phải tư vấn cho các cá nhân có tình trạng liên giới tính còn tiềm năng sinh sản và gia đình của họ về: a) các tác động đã biết của điều trị nội tiết/phẫu thuật đối với khả năng sinh sản trong tương lai; b) các tác động tiềm tàng của những liệu pháp chưa được nghiên cứu đầy đủ và có mức độ hồi phục chưa rõ; c) các lựa chọn bảo tồn khả năng sinh sản; và d) các hệ quả tâm lý xã hội của vô sinh.
- 10.12- Chúng tôi gợi ý các chuyên gia chăm sóc sức khỏe cho các cá nhân có tình trạng liên giới tính và vô sinh bẩm sinh giới thiệu cho họ và gia đình, từ sớm và từng bước, về các lựa chọn thay thế khác nhau cho việc làm cha mẹ.

Tuyên bố 10.1

Chúng tôi gợi ý rằng một nhóm đa chuyên ngành, có hiểu biết sâu rộng về bản dạng và thể hiện giới cũng như về liên giới tính, cung cấp chăm sóc cho các cá nhân có tình trạng liên giới tính và gia đình của họ.

Tình trạng liên giới tính, một phân loại phụ của DSD, là một tình trạng bẩm sinh phức tạp đòi hỏi sự tham gia của các chuyên gia từ nhiều chuyên ngành y tế và hành vi khác nhau (Hughes et al., 2006). Thành phần và chức năng của đội ngũ có thể khác nhau tùy thuộc vào lực lượng sẵn có, nguồn lực địa phương, chẩn đoán,

và nhu cầu của cá nhân có tình trạng liên giới tính và gia đình của họ. Đội ngũ lý tưởng bao gồm các chuyên gia nhi khoa về nội tiết, phẫu thuật và/hoặc tiết niệu, tâm lý học/tâm thần học, phụ khoa, di truyền, và, nếu có, nhân viên được đào tạo về công tác xã hội, điều dưỡng, và đạo đức y tế (Lee et al., 2006). Cấu trúc của đội ngũ có thể phù hợp với 1) mô hình y tế đa chuyên khoa truyền thống; 2) mô hình liên chuyên môn; hoặc 3) mô hình liên ngành. Mặc dù các cấu trúc này có thể trông tương tự nhau, nhưng chúng thực sự rất khác nhau và có thể tạo ra những ảnh hưởng khác nhau đến cách đội ngũ hoạt động (Sandberg & Mazur, 2014). Tuyên bố Đồng thuận năm 2006 không đưa ra quyết định về mô hình nào là tốt nhất – đa chuyên khoa, liên chuyên khoa, hay liên ngành – và chỉ nói rằng các mô hình này "ngụ ý các mức độ hợp tác và quyền tự chủ chuyên nghiệp khác nhau" (Lee, Nordenström et al., 2016). Kể từ khi Tuyên bố Đồng thuận được công bố vào năm 2006, các đội ngũ như vậy đã được thành lập ở cả Châu Âu và Hoa Kỳ. Danh sách các đội ngũ tại Hoa Kỳ có thể được tìm thấy trên trang web của Mạng lưới Y học Chuyển đổi DSD (DSD-Translational Network - DSD-TRN). Cũng có các đội ngũ tại một số quốc gia Châu Âu (Thyen et al., 2018). Mặc dù tồn tại những rào cản đối với việc thành lập các đội ngũ như đã được ghi nhận bởi Sandberg và Mazur (2014), các đội ngũ đa chuyên khoa giúp giải quyết một số vấn đề vốn đã làm suy yếu hiệu quả chăm sóc cho các cá nhân có chẩn đoán liên giới tính và gia đình họ, chẳng hạn như tính chất phân tán của các dịch vụ, sự giao tiếp hạn chế hoặc thiếu vắng giữa các chuyên gia, và hệ quả là tính chất rời rạc của các giải thích mà cá nhân nhận được, điều gây ra sự hoang mang nhiều hơn là làm sáng tỏ vấn đề.

Hầu hết các cá nhân sinh ra với tình trạng liên giới tính sẽ được xác định khi sinh hoặc ngay sau đó, trong khi một số người khác sẽ được xác định vào những thời điểm sau này trong cuộc sống, ví dụ như ở tuổi dậy thì (xem Brain et al., 2010, Bảng 1). Khi điều này xảy ra, cách tiếp cận đội ngũ sẽ được điều chỉnh dựa trên chẩn đoán và tuổi của người đó. Trong một số trường hợp, thành phần của đội ngũ có thể được mở rộng để bao gồm các chuyên gia khác khi cần thiết.

Đã có báo cáo rằng trẻ em được một đội ngũ đa chuyên khoa thăm khám có khả năng nhận được gần như đầy đủ các dịch vụ hơn là chỉ những dịch vụ được cung cấp bởi một nhân viên y tế duy nhất (Crerand et al., 2019). Cha mẹ nhận được dịch vụ chăm sóc như vậy đã tán thành tích cực các dịch vụ tâm lý xã hội và

cách tiếp cận đội ngũ, và báo cáo nhận được nhiều thông tin hơn những người không tương tác với một đội ngũ như vậy (Crerand et al., 2019).

Tuyên bố 10.2

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia chăm sóc sức khỏe cho thanh thiếu niên và người trưởng thành chuyển giới nên tìm kiếm đào tạo và giáo dục về các khía cạnh của chăm sóc liên giới tính có liên quan đến chuyên môn nghề nghiệp của họ.

Kết quả từ các cuộc phỏng vấn với các học viên y khoa (Liang et al., 2017; Zelin et al., 2018) và từ các cuộc tự kiểm toán và khảo sát chương trình (DeVita et al., 2018; Khalili et al., 2015) cho thấy các chương trình đào tạo y khoa không chuẩn bị đầy đủ cho các học viên để cung cấp dịch vụ chăm sóc có năng lực cho các cá nhân có tình trạng phiên muộn giới và tình trạng liên giới tính. Các chuyên gia và những người tham dự sự kiện chuyên biệt về liên giới tính đã xác định việc giáo dục và hợp tác liên tục là một nhu cầu phát triển chuyên môn quan trọng (Bertalan et al., 2018; Mazur et al., 2007). Điều này có thể đặc biệt đúng đối với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc người trưởng thành, những người có thể có ít hướng dẫn hoặc hỗ trợ lâm sàng hơn trong việc giúp đỡ những cá nhân đang chuyển tiếp từ chăm sóc nhi khoa sang chăm sóc người trưởng thành (Crouch & Creighton, 2014).

Tuy nhiên, có rất ít hướng dẫn để đào tạo hoặc đánh giá năng lực của học viên trong việc quản lý các chủ đề này, và những hướng dẫn có sẵn chủ yếu áp dụng cho các chuyên gia sức khỏe tâm thần (MHPs) (Hollenbach et al., 2014), ngoại trừ một hướng dẫn chăm sóc ban đầu (National LGBTQIA + Health Education Center, 2020).

Đối với các chuyên gia chăm sóc sức khỏe (HCPs) mong muốn nâng cao năng lực chuyên môn, việc tìm kiếm sự tham vấn từ các chuyên gia có thể là một lựa chọn khi giáo dục chính quy hoặc các hướng dẫn thực nghiệm không có sẵn. Căn cứ vào sự áp dụng tương đối rộng rãi của các đội ngũ chuyên gia đa chuyên khoa trong điều trị liên giới tính (Pasterski et al., 2010), các cá nhân phục vụ trong các đội ngũ này có vị thế thuận lợi để tham vấn và giáo dục cho các nhân viên y tế khác, những người có thể chưa nhận được sự đào tạo đầy đủ (Hughes et al., 2006). Do đó, một khuyến nghị được đưa ra là việc đào tạo các chuyên gia khác cần trở thành một thành phần trọng tâm của quá trình phát triển đội ngũ (Auchus et al., 2010), đồng thời các thành viên

của đội ngũ đa chuyên khoa cần nhận được sự đào tạo đặc thù về làm việc theo nhóm, bao gồm các chiến lược tham gia vào học tập liên chuyên ngành (Bisbey, et al., 2019; Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011).

Tuyên bố 10.3

Chúng tôi gợi ý các chuyên gia chăm sóc sức khỏe giáo dục và tham vấn cho gia đình của trẻ em có tình trạng liên giới tính ngay từ thời điểm chẩn đoán về sau, về tình trạng liên giới tính cụ thể của trẻ và các hệ quả tâm lý xã hội của tình trạng đó.

Việc tiết lộ đầy đủ thông tin y tế cho gia đình của trẻ em mắc các tình trạng liên giới tính thông qua giáo dục và tư vấn nên bắt đầu vào thời điểm chẩn đoán và phải nhất quán với các hướng dẫn đồng thuận quốc tế. Một trong những vấn đề thách thức nhất được đặt ra bởi một trẻ sơ sinh liên giới tính, đặc biệt là khi liên quan sự mơ hồ bộ phận sinh dục rõ ràng là việc chỉ định giới tính và từ góc nhìn của cha mẹ là giới tính nuôi dạy (Fisher, Ristori et al., 2016). Vì đây là một tình huống rất căng thẳng đối với hầu hết các bậc cha mẹ, nên nói chung khuyến nghị các quyết định về giới tính/giới nên được đưa ra nhanh nhất có thể sau các quy trình đánh giá và chẩn đoán toàn diện cho phép (Houk & Lee, 2010). Tuy nhiên, các tiêu chí cho quyết định giới tính/giới đã thay đổi theo thời gian. Trong nửa sau của thế kỷ 20, các quyết định có xu hướng nghiêng về chỉ định là nữ, bởi vì phẫu thuật bộ phận sinh dục nữ tính hóa được xem là dễ dàng hơn và ít tác dụng phụ hơn so với phẫu thuật nam tính hóa. Tuy nhiên, trong một số tình trạng liên giới tính nhất định, ví dụ: thiếu hụt 5a-RD-2 46, XY, việc chỉ định giới tính/giới nữ được phát hiện có liên quan đến tỷ lệ cao đến phiền muộn giới và thay đổi giới tính sau này (Yang et al., 2010). Do đó, kể từ Hội nghị Đồng thuận Quốc tế về Quản lý Tình trạng Liên giới tính năm 2005, việc chỉ định giới tính/giới có tính đến dữ liệu tích lũy dần về kết quả định dạng giới dài hạn trong các liên giới tính đa dạng.

Thực hành công bố thông tin nhằm mục đích tạo điều kiện cho việc ra quyết định dựa trên cơ sở thông tin đầy đủ hơn về quy trình chăm sóc. Thêm vào đó, trong khi sự xấu hổ và kỳ thị xoay quanh vấn đề liên giới tính có liên quan đến các kết quả tâm lý xã hội kém hơn, thì việc giao tiếp thông tin sức khỏe một cách cởi mở và chủ động đã được đề xuất như một chiến lược để giảm thiểu những rủi ro đó (de Vries et al., 2019). Tùy thuộc vào chẩn đoán và giai đoạn phát triển của mỗi

người, các tình trạng liên giới tính có thể tác động khác biệt lên từng cá nhân và nhu cầu chăm sóc sức khỏe của họ. Do đó, việc giao tiếp liên quan đến sức khỏe liên giới tính phải mang tính liên tục và được cá thể hóa cho từng người. Các nghiên cứu về việc ra quyết định trong chăm sóc liên giới tính gợi ý rằng các gia đình chịu ảnh hưởng bởi cách thức giao tiếp của đội ngũ lâm sàng (Timmermans et al., 2018). Phù hợp với các Tiêu chuẩn Chăm sóc (SOC), chúng tôi khuyến khích các nhà cung cấp dịch vụ áp dụng ngôn ngữ và thái độ mang tính bình thường hóa và khẳng định xuyên suốt các chức năng giáo dục và tham vấn. Ví dụ, việc mô tả sự không điển hình của bộ phận sinh dục là một “biến thể” hoặc “sự khác biệt” sẽ mang tính khẳng định hơn so với việc sử dụng các thuật ngữ “khuyết tật bẩm sinh” hoặc “sự dị thường.”

Tất cả các HCPs tham gia vào việc chăm sóc một cá nhân đều có thể cung cấp giáo dục và thông tin thiết yếu cho các gia đình. Trong các đội ngũ đa chuyên khoa, loại hình giáo dục có thể phù hợp với lĩnh vực chuyên môn của HCPs, ví dụ, một bác sĩ phẫu thuật giáo dục cá nhân về giải phẫu học của họ, một bác sĩ nội tiết hướng dẫn các chi tiết cụ thể về sự phát triển nội tiết tố, hoặc một MHP truyền đạt các phở về bản dạng giới và tính dục. Các HCP khác có thể cần cung cấp giáo dục toàn diện. Các gia đình nên nhận được thông tin liên quan đến biến thể liên giới tính cụ thể của cá nhân, khi biết được. Tất cả các HCP có thể bổ sung thông tin này bằng các nguồn lực lấy bệnh nhân làm trung tâm có sẵn từ các nhóm hỗ trợ. Những người có tình trạng liên giới tính cũng đã được tuyển dụng làm thành viên đội ngũ để cung cấp giáo dục bằng cách sử dụng trải nghiệm sống của họ.

Các hướng dẫn đồng thuận cũng khuyến nghị các gia đình được cung cấp hỗ trợ tâm lý xã hội từ đồng đẳng và chuyên nghiệp một cách liên tục (Hughes et al., 2006), có thể bao gồm tư vấn tập trung vào giải quyết vấn đề và hướng dẫn dữ liệu (Hughes et al., 2006). Ví dụ, các gia đình có thể tìm kiếm hướng dẫn trong việc giáo dục những người khác – anh chị em, gia đình mở rộng và người chăm sóc – về tình trạng liên giới tính cụ thể của một cá nhân. Các gia đình khác có thể cần hỗ trợ hoặc chăm sóc sức khỏe tâm thần để quản lý căng thẳng của việc điều trị liên giới tính. Thanh thiếu niên có thể được hưởng lợi từ hướng dẫn về cách tiết lộ thông tin cho bạn bè cũng như từ sự hỗ trợ khi định hướng việc hẹn hò và tính dục. Cung cấp tư vấn cũng có thể bao gồm việc hướng dẫn các gia đình và cá nhân

ở mọi lứa tuổi thông qua một quá trình ra quyết định chung xung quanh việc chăm sóc y tế hoặc ngoại khoa. Các nhân viên y tế có thể sử dụng các công cụ hỗ trợ quyết định để hỗ trợ quá trình này (Sandberg et al., 2019; Weidler et al., 2019).

Tuyên bố 10.4

Chúng tôi gợi ý rằng cả các nhà cung cấp dịch vụ y tế và cha mẹ cùng tham gia với trẻ em/cá nhân có tình trạng liên giới tính trong các trao đổi liên tục, phù hợp với mức độ phát triển, về tình trạng liên giới tính của họ và các hệ quả tâm lý-xã hội liên quan.

Giao tiếp thông tin sức khỏe là một quá trình đa chiều bao gồm việc truyền thông tin từ nhân viên y tế đến bệnh nhân, từ cha mẹ đến bệnh nhân, cũng như từ bệnh nhân trở lại các nhân viên y tế của họ (Weidler & Peterson, 2019). Trong khi sự chú trọng lớn đã được đặt vào việc giao tiếp với cha mẹ xoay quanh các vấn đề về chẩn đoán và ra quyết định phẫu thuật, thanh thiếu niên có DSD đã báo cáo về những rào cản trong việc tương tác với các chuyên gia chăm sóc sức khỏe và có thể không phải lúc nào cũng tìm đến cha mẹ để có sự hỗ trợ (Callens et al., 2021). Để chuẩn bị cho các cá nhân tham gia đầy đủ và tự chủ trong việc điều trị của họ, điều quan trọng là cá nhân viên y tế và cha mẹ phải giao tiếp liên tục với trẻ em/cá nhân.

Các nhân viên y tế phải thiết lập một kỳ vọng càng sớm càng tốt cho việc giao tiếp cởi mở, liên tục giữa tất cả các bên, đặc biệt là vì cha mẹ có thể trải qua sự đau khổ do tính không chắc chắn liên quan đến DSD và có thể tìm kiếm các giải pháp nhanh chóng (Crissman et al., 2011; Roberts et al., 2020). Các mô hình ra quyết định chung cũng như các công cụ quyết định liên quan đã được phát triển để hỗ trợ giao tiếp liên tục giữa HCPs và gia đình/cá nhân (Karkazis et al., 2010; Sandberg et al., 2019; Siminoff & Sandberg, 2015; Weidler et al., 2019). Ngoài việc thiết lập kỳ vọng cho việc đối thoại, các nhân viên y tế cũng có thể định hình thái độ giao tiếp. Các nhân viên y tế có thể giúp cha mẹ và cá nhân chấp nhận sự không chắc chắn về chẩn đoán, đồng thời cung cấp giáo dục về các biến thể giải phẫu, làm gương về sự cởi mở đối với bản dạng giới và bản dạng tình dục, cũng như hoan nghênh các câu hỏi của trẻ/cá nhân. Khi lớn lên, trẻ/cá nhân có thể có các câu hỏi hoặc cần thông tin phù hợp với lứa tuổi về các vấn đề tình dục, kinh nguyệt, khả năng sinh sản, nhu

cầu điều trị nội tiết (tuyến thượng thận/sinh dục), sức khỏe xương và nguy cơ ung thư.

Cha mẹ cũng đóng một vai trò quan trọng trong việc giáo dục con cái của họ và có thể là những người đầu tiên công bố thông tin sức khỏe cho con cái của họ (Callens et al., 2021). Là một phần của việc thiết lập kỳ vọng xung quanh giao tiếp, các nhân viên y tế nên chuẩn bị cho cha mẹ để giáo dục con cái và các thành viên trong hệ thống hỗ trợ của họ về chẩn đoán liên giới tính và lịch sử điều trị. Một số cha mẹ báo cáo khó khăn trong việc xác định mức độ thông tin nên tiết lộ cho người khác cũng như cho chính con cái của họ (Crissman et al., 2011; Danon & Kramer, 2017). Căng thẳng mà cha mẹ trải qua khi nuôi dạy con cái mắc tình trạng liên giới tính tăng lên khi cha mẹ áp dụng một cách tiếp cận giảm thiểu việc tiết lộ/thảo luận về chẩn đoán của trẻ (Crissman et al., 2011). Mức độ căng thẳng cũng khác nhau tùy theo giai đoạn phát triển, với cha mẹ của thanh thiếu niên báo cáo tỷ lệ căng thẳng cao hơn (Hullman et al., 2011). Do đó, HCPs nên hỗ trợ cha mẹ trong việc phát triển các chiến lược cụ thể cho giai đoạn phát triển của con cái họ nhằm giải quyết các mối quan tâm về giá trị văn hóa cũng như về tâm lý xã hội của họ (Danon & Kramer, 2017; Weidler & Peterson, 2019). Cuối cùng, các nghiên cứu rộng hơn về tính dục và sự đa dạng giới đã phát hiện ra rằng—trái ngược với những mối liên hệ giữa sự xấu hổ/kỳ thị và các kết quả sức khỏe tiêu cực—các hành vi hỗ trợ của gia đình (bao gồm việc trò chuyện với trẻ về bản dạng của chúng và kết nối chúng với bạn bè đồng trang lứa) là yếu tố dự báo cho lòng tự trọng cao hơn và các kết quả sức khỏe tốt hơn ở các cá nhân (Ryan et al., 2010).

Tuyên bố 10.5

Chúng tôi gợi ý các chuyên gia chăm sóc sức khỏe và cha mẹ hỗ trợ trẻ em/cá nhân có tình trạng liên giới tính trong việc khám phá bản dạng giới của họ trong suốt cuộc đời.

Các kiến tạo tâm lý, xã hội và văn hóa đều giao thoa với các yếu tố sinh học để hình thành nên bản dạng giới của một cá nhân. Xét theo nhóm, các cá nhân có tình trạng liên giới tính cho thấy tỷ lệ cao hơn về hành vi không phi chuẩn giới (gender nonconforming behavior), băn khoăn về giới (gender-questioning), và mong muốn hoán giới (cross-gender wishes) trong thời thơ ấu, điều này phụ thuộc một phần vào sự khác biệt giữa nội tiết tố giới tính tiền sản (prenatal sex-hormonal milieu) nơi não thai nhi đã biệt hóa và giới tính được

chỉ định khi sinh (Callens et al., 2016; Hines, et al., 2015; Meyer-Bahlburg et al., 2016; Pasterski et al., 2015). Các vấn đề về bản dạng giới được quan sát thấy ở các tỷ lệ khác nhau ở các cá nhân mắc các tình trạng liên giới tính khác nhau (de Vries et al., 2007). Gần đây hơn, một số cá nhân đã được ghi nhận phát triển một bản dạng phi nhị nguyên, ít nhất là trong phạm vi riêng tư (Kreukels et al., 2018). Mặc dù phần lớn những người có tình trạng liên giới tính có thể không trải qua phiên muộn giới hoặc mong muốn chuyển giới, họ vẫn có thể có cảm giác không chắc chắn và những câu hỏi chưa được trả lời liên quan đến giới của mình (Kreukels et al., 2018). Các câu hỏi về bản dạng giới có thể nảy sinh từ các yếu tố như hình thái bộ phận sinh dục, sự phát triển dậy thì, và kiến thức về các yếu tố như thuật ngữ chẩn đoán của tình trạng y khoa, tình trạng tuyến sinh dục, tình trạng nhiễm sắc thể giới tính, và tiền sử phẫu thuật bộ phận sinh dục. Do đó, HCP cần phải dễ tiếp cận để khách hàng thảo luận về những câu hỏi và cảm xúc đó, trò chuyện cởi mở về đa dạng giới, và áp dụng cách tiếp cận ít nhị nguyên hơn đối với giới. HCP được khuyến nên hướng dẫn cha mẹ hỗ trợ con cái họ khám phá giới.

Hơn nữa, sự hỗ trợ như vậy không nên bị giới hạn trong những năm thơ ấu. Thay vào đó, các cá nhân nên được trao cơ hội để khám phá định dạng giới của họ trong suốt cuộc đời, bởi vì các giai đoạn khác nhau có thể đi kèm với những câu hỏi mới liên quan đến giới (ví dụ, tuổi dậy thì/thanh thiếu niên, tuổi sinh con). Trẻ em nói chung có thể có các câu hỏi liên quan đến bản dạng giới của chúng tại các điểm nổi bật trong quá trình trưởng thành và phát triển của chúng. Khi đối mặt với các yếu tố gây căng thẳng bổ sung, ví dụ, sự mơ hồ bộ phận sinh dục, các thăm khám và thủ thuật bộ phận sinh dục, cũng như sự giao thoa của các thiên kiến và ảnh hưởng văn hóa các cá nhân liên giới tính có thể cần sự hỗ trợ và nên được khuyến khích tìm kiếm sự hỗ trợ và hướng dẫn chuyên môn được đào tạo bài bản khi cần thiết. Ngoài ra, HCP nên thường xuyên thăm hỏi để xác định xem khách hàng của họ có tình trạng liên giới tính có cần sự hỗ trợ như thế hay không. Khi mọi người trải qua sự bất tương hợp giới, các can thiệp khẳng định giới có thể được xem xét. Các quy trình cần được áp dụng trong các can thiệp như vậy được mô tả trong các chương khác.

Tuyên bố 10.6

Chúng tôi gợi ý các chuyên gia chăm sóc sức khỏe thúc đẩy sự an lành và giảm thiểu nguy cơ kỳ thị liên quan đến việc có tình trạng liên giới tính bằng cách hợp tác chặt chẽ với cả các cá nhân/tổ chức y tế và phi y tế.

Các cá nhân có tình trạng liên giới tính được ghi nhận là trải qua sự kỳ thị, các cảm giác xấu hổ, tội lỗi, giận dữ, buồn bã và trầm cảm (Carroll et al., 2020; Joseph et al., 2017; Schützmann et al., 2009). Các mức độ vấn đề tâm lý cao hơn được quan sát thấy trong quần thể này so với dân số chung (Liao & Simmonds, 2014; de Vries et al., 2019). Thêm vào đó, nỗi sợ hãi của cha mẹ về sự bị kỳ thị và sự thích nghi với chẩn đoán của con mình không được phép bị đội ngũ lâm sàng bỏ qua. Cha mẹ có thể hưởng lợi từ tham vấn hỗ trợ để giúp họ trong cả việc quản lý quá trình ra quyết định lâm sàng (Fleming et al., 2017; Rolston et al., 2015; Timmermans et al., 2019) cũng như hiểu được tác động của các quyết định lâm sàng lên cách nhìn nhận của họ về con mình (Crissman et al., 2011; Fedele et al., 2010). Thyen et al. (2005) phát hiện các cuộc thăm khám bộ phận sinh dục lặp đi lặp lại dường như tương quan với sự xấu hổ, sợ hãi và đau đớn và có thể làm tăng khả năng phát triển rối loạn stress sau sang chấn (PTSD) sau này trong cuộc đời (Alexander et al., 1997; Money & Lamacz, 1987). Việc phải chịu đựng các cuộc thăm khám bộ phận sinh dục lặp lại, nỗi sợ hãi về các can thiệp y tế, cùng với sự giữ bí mật của cha mẹ và bác sĩ về tình trạng liên giới tính, rốt cuộc sẽ làm suy yếu sự tự trao quyền và lòng tự trọng của người có tình trạng liên giới tính (Meyer-Bahlburg et al., 2018; Thyen et al., 2005; Tishelman et al., 2017; van de Grift, Cohen-Kettenis et al., 2018). Để biết các khuyến nghị về cách thức thực hiện thăm khám bộ phận sinh dục nhằm giảm thiểu các tác dụng phụ tâm lý bất lợi, xem thêm nghiên cứu của Tishelman et al. (2017).

Có một phong trào tích cực trong cộng đồng liên giới tính nhằm giảm bớt sự kỳ thị và phục hồi nhân quyền và phẩm giá cho người liên giới tính thay vì coi họ dị thường y khoa và hiện tượng lạ (Yogyakarta Principles, 2007, 2017). Chase (2003) tóm tắt các lý do chính yếu cho phong trào vận động quyền lợi liên giới tính và phác thảo cách thức mà sự kỳ thị cùng sang chấn cảm xúc trở thành hệ quả của sự thiếu hiểu biết và nhu cầu được nhận thức về việc phải giữ bí mật. Nhận thức cộng đồng về các tình trạng liên giới tính rất hạn chế, và hình ảnh và bệnh sử của các cá nhân có tình trạng liên giới tính vẫn được trình bày là "sự bất thường

của tạo hóa". Do đó, chúng tôi khuyên HCPs nên tích cực giáo dục đồng nghiệp của mình, các cá nhân có tình trạng liên giới tính, gia đình và cộng đồng của họ, nâng cao nhận thức cộng đồng và tăng cường kiến thức về tình trạng liên giới tính. Nhận thức và kiến thức xã hội về tình trạng liên giới tính có thể giúp giảm phân biệt đối xử và kỳ thị. Các công cụ và tài liệu giáo dục/thông tin cũng có thể giúp các cá nhân có tình trạng liên giới tính tiết lộ tình trạng của họ, nếu muốn (Ernst et al., 2016).

HCP nên có khả năng nhận ra và giải quyết sự kỳ thị ở khách hàng của họ (Meyer-Bahlburg et al., 2018) và nên khuyến khích những người có tình trạng liên giới tính ở nhiều lứa tuổi kết nối thông qua các nhóm hỗ trợ. Cần phải phát triển các kỹ thuật/phương pháp cụ thể để hỗ trợ khách hàng đối phó với sự kỳ thị liên quan đến liên giới tính.

Tuyên bố 10.7

Chúng tôi gợi ý các chuyên gia chăm sóc sức khỏe giới thiệu trẻ em/cá nhân có tình trạng liên giới tính và gia đình của họ đến các nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần, cũng như các hỗ trợ đồng đẳng và hỗ trợ tâm lý xã hội khác khi có chỉ định.

Đối với hầu hết các bậc cha mẹ, việc sinh ra một đứa trẻ có tình trạng liên giới tính là hoàn toàn không mong đợi và đến như một cú sốc. Sự bất lực của họ trong việc phản hồi ngay lập tức trước câu hỏi thường trực “Con bạn là trai hay gái?”, sự thiếu hụt kiến thức về tình trạng của trẻ, sự không chắc chắn liên quan đến tương lai của trẻ, và sự kỳ thị liên giới tính lan tràn có khả năng gây ra sự đau khổ, đôi khi đạt đến mức độ Rối loạn căng thẳng sau sang chấn (PTSD) và có thể dẫn đến lo âu và trầm cảm kéo dài (Pasterski et al., 2014; Roberts et al., 2020; Wisniewski & Sandberg, 2015). Tình trạng này có thể ảnh hưởng đến việc chăm sóc của cha mẹ và các hệ quả dài hạn của trẻ liên giới tính (Schweizer et al., 2017). Khi những đứa trẻ này lớn lên, chúng cũng có nguy cơ trải nghiệm sự kỳ thị liên giới tính dưới ba hình thức chính (kỳ thị thực thi, kỳ thị dự liệu, kỳ thị nội tâm hóa) trong mọi lĩnh vực của cuộc sống (Meyer-Bahlburg et al., 2018), cùng với các khó khăn tiềm tàng khác như các vấn đề về hình ảnh cơ thể, hành vi giới không điển hình, và sự băn khoăn về bản dạng giới. Nhiều người có thể đối mặt với thách thức bổ sung được đặt ra bởi nhận thức về sự bất tương hợp giữa giới tính được chỉ định và các đặc điểm sinh học như kiểu nhân nhiễm sắc thể giới tính, tuyến sinh dục,

nội tiết tố giới tính trong quá khứ và/hoặc hiện tại, và cấu hình đường sinh sản. Tình huống này cũng có thể ảnh hưởng bất lợi đến sức khỏe tâm thần của các cá nhân (Godfrey, 2021; Meyer-Bahlburg, 2022). Một nghiên cứu trực tuyến gần đây trên một mẫu rất lớn thanh thiếu niên LGBTQ chỉ ra rằng thanh thiếu niên LGBTQ tự phân loại là có một biến thể liên giới tính thể chất có tỷ lệ vấn đề sức khỏe tâm thần cao hơn tỷ lệ ở thanh thiếu niên LGBTQ không có tình trạng liên giới tính (Trevor Project, 2021). Vì các tình trạng liên giới tính là hiếm gặp, cha mẹ của những trẻ này và sau đó là chính các cá nhân có thể trải nghiệm tình huống của họ như là độc nhất và rất khó để người khác thấu hiểu. Do đó, dựa trên kinh nghiệm lâm sàng, có một sự đồng thuận giữa các chuyên gia chăm sóc sức khỏe (HCPs) có kinh nghiệm trong chăm sóc liên giới tính, rằng hỗ trợ xã hội là một thành phần cốt yếu của việc chăm sóc liên giới tính. Sự hỗ trợ này không chỉ thông qua hỗ trợ chuyên môn bởi các chuyên gia sức khỏe tâm thần (MHPs) (Pasterski et al., 2010), mà quan trọng còn là thông qua các nhóm hỗ trợ của những cá nhân có tình trạng liên giới tính (Baratz et al., 2014; Cull & Simmonds, 2010; Hughes et al., 2006; Lampalzer et al., 2021). Một danh sách quốc tế chi tiết về các nhóm hỗ trợ đồng đẳng và vận động DSD và liên giới tính với các trang web của họ đã được cung cấp bởi Lee, Nordenström et al. (2016). Do tính không đồng nhất của các tình trạng liên giới tính và các phác đồ điều trị, một cá nhân có tình trạng liên giới tính có thể thấy hữu ích nhất khi liên kết với một nhóm hỗ trợ bao gồm các thành viên có cùng hoặc tình trạng tương tự như cá nhân đó. Điều quan trọng là HCP chuyên về chăm sóc liên giới tính cũng hợp tác chặt chẽ với các nhóm hỗ trợ như vậy để các khác biệt ý kiến thỉnh thoảng liên quan đến các khía cạnh chăm sóc cụ thể có thể được giải quyết thông qua các cuộc thảo luận chi tiết. Các liên hệ chặt chẽ giữa HCP và các nhóm hỗ trợ cũng tạo điều kiện cho nghiên cứu dựa trên cộng đồng mang lại lợi ích cho cả hai phía.

Tuyên bố 10.8

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia chăm sóc sức khỏe tham vấn cho các cá nhân có tình trạng liên giới tính và gia đình của họ về các lựa chọn ức chế dậy thì và/hoặc điều trị nội tiết trong bối cảnh bản dạng giới, độ tuổi và các hoàn cảnh y khoa đặc thù của từng cá nhân.

Mặc dù nhiều người có tình trạng liên giới tính có định dạng giới phù hợp với kiểu nhân nhiễm sắc thể XX hoặc XY của họ, vẫn tồn tại sự không đồng nhất đủ lớn để đòi hỏi các chuyên gia chăm sóc sức khỏe (HCPs) phải có khả năng cung cấp các phương pháp tiếp cận được cá thể hóa. Ví dụ, trong số các cá nhân mang nhiễm sắc thể XX mắc tăng sản thượng thận bẩm sinh (CAH) thể nam hóa (virilizing), một nhóm thiểu số lớn hơn dự kiến có bản dạng giới nam (Dessens et al., 2005). Trong số các cá nhân mang nhiễm sắc thể XY mắc hội chứng kháng androgen một phần (partial androgen insensitivity syndrome - PAIS), bản dạng giới có thể biến thiên đáng kể (Babu & Shah, 2021). Hơn nữa, trong số các cá nhân mang nhiễm sắc thể XY bị thiếu hụt 5 α -reductase-2 (5 α -RD-2) và thiếu hụt 17-beta-hydroxysteroid dehydrogenase-3, những người được chỉ định giới tính nữ khi sinh, một tỷ lệ lớn (lần lượt là 56–63% và 39–64%) chuyển từ vai trò giới nữ điển hình sang vai trò giới nam điển hình khi họ lớn lên (Cohen-Kettenis, 2005).

Người có tình trạng liên giới tính có một loạt các lựa chọn y tế rộng mở tùy thuộc vào bản dạng giới của họ và sự tương thích của nó với giải phẫu cơ thể. Các lựa chọn này bao gồm thuốc ức chế dậy thì, điều trị nội tiết và phẫu thuật, tất cả đều được cá thể hóa theo hoàn cảnh độc nhất của từng cá nhân (Weinand & Safer, 2015; Safer & Tangpricha, 2019) (để biết thêm thông tin, xem Chương 6—Thanh thiếu niên và Chương 12—Liệu pháp Nội tiết). Cụ thể, khi các tuyến sinh dục chức năng vẫn hiện diện, quá trình dậy thì có thể được tạm ngưng bằng cách sử dụng các chất tương tự hormone giải phóng gonadotropin (GnRH analogues). Can thiệp như vậy có thể tạo điều kiện cho khoảng thời gian trôi qua cần thiết để cá nhân khám phá bản dạng giới và tham gia tích cực vào việc định danh giới tính, đặc biệt đối với các tình trạng mà sự thay đổi vai trò giới là phổ biến (ví dụ: ở các cá nhân được nuôi dạy là nữ bị thiếu hụt 5 α -RD-2; Cocchetti, Ristori, Mazzoli et al., 2020; Fisher, Castellini et al., 2016).

Các chuyên gia chăm sóc sức khỏe (HCPs) có thể tham vấn trực tiếp cho các cá nhân và gia đình họ nếu nhà cung cấp dịch vụ có đủ chuyên môn và có thể tận dụng kiến thức chuyên môn cần thiết để xác định cả liệu trình điều trị phù hợp cho cá nhân đó lẫn các vấn đề hậu cần liên quan đến việc triển khai lựa chọn trị liệu đã chọn.

Tuyên bố 10.9

Chúng tôi gợi ý các chuyên gia chăm sóc sức khỏe tư vấn cho cha mẹ và trẻ em có tình trạng liên giới tính (khi trẻ đã phát triển nhận thức đầy đủ) tri hoãn phẫu thuật sinh dục khẳng định giới, phẫu thuật tuyến sinh dục, hoặc cả hai, nhằm tối ưu hóa quyền tự quyết của trẻ và khả năng tham gia vào quyết định dựa trên sự đồng thuận được cung cấp đầy đủ thông tin.

Các tổ chức nhân quyền quốc tế ngày càng bày tỏ lo ngại rằng các cuộc phẫu thuật được thực hiện trước khi trẻ có thể tham gia có ý nghĩa vào việc ra quyết định có thể gây nguy hiểm cho nhân quyền của trẻ về quyền tự chủ, quyền tự quyết, và một tương lai mở (ví dụ: Human Rights Watch, 2017). Nhiều tổ chức vận động y tế và liên giới tính cũng như một số quốc gia đã tham gia cùng các nhóm nhân quyền quốc tế này trong việc khuyến nghị trì hoãn phẫu thuật khi khả thi về mặt y khoa (Dalke et al., 2020; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020). Tuy nhiên, điều quan trọng cần lưu ý là một số biến thể giải phẫu, chẳng hạn như tắc nghẽn dòng chảy nước tiểu hoặc lộ các tạng vùng chậu, đặt ra nguy cơ tức thời đối với sức khỏe thể chất (Mouriquand et al., 2016). Những biến thể khác, như tắc nghẽn kinh nguyệt hoặc nguy cơ ác tính hóa lâu dài ở tình hoàn ẩn, để lại các hậu quả thể chất về sau. Một nhóm biến thể thứ ba, tức là các biến thể về hình thái bộ phận sinh dục ngoài hoặc độ sâu âm đạo, không gây ra nguy cơ thể chất tức thời hay lâu dài nào. Khuyến nghị nêu trên chỉ giải quyết các biến thể giải phẫu mà nếu không điều trị thì không gây hậu quả thể chất bất lợi tức thời và việc trì hoãn phẫu thuật không gây nguy cơ sức khỏe thể chất.

Việc chăm sóc ngoại khoa không cấp thiết cho các cá nhân có những biến thể này rất phức tạp và thường gây tranh cãi, đặc biệt khi cá nhân còn là trẻ sơ sinh hoặc trẻ nhỏ và chưa thể tham gia vào quy trình ra quyết định. Những người lớn tuổi có tình trạng liên giới tính đã báo cáo các vấn đề sức khỏe tâm lý xã hội và tình dục, bao gồm trầm cảm, lo âu, và sự kỳ thị về xã hội và tình dục (de Vries et al., 2019; Rosenwohl-Mack et al., 2020). Một số nghiên cứu đã gợi ý các cá nhân có một biến thể cụ thể (ví dụ: 46,XX CAH) đồng ý với việc phẫu thuật được thực hiện trước tuổi vị thành niên (Bennecke et al., 2021). Các nghiên cứu gần đây cho thấy một số thanh thiếu niên và người trưởng thành hài lòng với ngoại hình và chức năng của bộ phận sinh dục sau phẫu thuật thời thơ ấu (Rapp et al., 2021). Sự khác biệt bộ phận sinh dục của trẻ cũng có thể trở thành

nguồn căng thẳng cho cha mẹ, và có nghiên cứu báo cáo mối tương quan giữa phẫu thuật để tạo ra bộ phận sinh dục nhị nguyên với một mức độ giảm căng thẳng hạn chế ở cha mẹ (Wolfe-Christensen et al., 2017), mặc dù một thiểu số cha mẹ có thể báo cáo hối tiếc quyết định (Ellens et al., 2017). Do đó, một số tổ chức khuyến nghị phẫu thuật nên được cung cấp cho trẻ rất nhỏ (American Urological Association, 2019; Pediatric Endocrine Society, 2020).

Điều này cho thấy sự chia rẽ trong lĩnh vực y khoa liên quan đến các hướng dẫn quản lý về phẫu thuật bộ phận sinh dục sớm. Các tác giả của chương này cũng không đạt được sự đồng thuận hoàn toàn. Một số chuyên gia liên giới tính coi việc khẳng khẳng trì hoãn đồng loạt phẫu thuật bộ phận sinh dục sớm đối với các biến thể không có rủi ro y tế tức thời là có tiềm năng gây hại. Các lý do ủng hộ quan điểm này bao gồm: 1) Các tình trạng liên giới tính rất không đồng nhất về loại và mức độ nghiêm trọng cũng như cấu trúc, chức năng tuyến sinh dục và nguy cơ ác tính liên quan; 2) Các xã hội và gia đình khác nhau rất lớn về các chuẩn mực giới và tiềm năng kỳ thị liên giới tính; 3) Phẫu thuật sớm có thể mang lại những lợi thế kỹ thuật nhất định; và 4) Tổng quan các khảo sát trên các cá nhân liên giới tính (đa số đã từng phẫu thuật bộ phận sinh dục trước đó) cho thấy đa số ủng hộ phẫu thuật trước tuổi đồng thuận, đặc biệt là trường hợp cá nhân mắc 46,XX CAH và ít mạnh mẽ hơn đối với các cá nhân có tình trạng liên giới tính XY (Meyer-Bahlburg, 2022). Các chuyên gia ủng hộ quan điểm này kêu gọi một cách tiếp cận cá thể hóa đối với các quyết định về phẫu thuật bộ phận sinh dục và thời điểm thực hiện. Cách tiếp cận này đã được áp dụng bởi các hiệp hội y khoa có tỷ lệ chuyên gia liên giới tính cao (Bangalore Krishna et al., 2021; Pediatric Endocrine Society, 2020; Speiser et al., 2018; Stark et al., 2019) và bởi một số tổ chức hỗ trợ nhất định (CARES Foundation; Krege et al., 2019).

Tuy nhiên, các nghiên cứu kết quả dài hạn còn hạn chế và hầu hết các nghiên cứu báo cáo kết quả tích cực đều thiếu nhóm so sánh không phẫu thuật (Dalke, et al., 2020; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020). Cũng không có bằng chứng cho thấy phẫu thuật bảo vệ trẻ có tình trạng liên giới tính khỏi sự kỳ thị (Roan, 2019). Người trưởng thành liên giới tính thực sự trải nghiệm sự kỳ thị, trầm cảm và lo âu liên quan đến bộ phận sinh dục của họ, nhưng cũng có thể trải nghiệm sự kỳ thị dù họ có phẫu thuật hay không (Ediati et al., 2017; Meyer-Bahlburg, Khuri et

al., 2017; Meyer-Bahlburg et al., 2018). Cũng có bằng chứng cho thấy phẫu thuật có thể dẫn đến các biến chứng đáng kể về thẩm mỹ, tiết niệu và tình dục kéo dài đến tuổi trưởng thành (Gong & Cheng, 2017; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020). Các nghiên cứu gần đây gợi ý một số nhóm cá nhân có thể có những trải nghiệm đặc biệt tiêu cực với việc cắt bỏ tuyến sinh dục, mặc dù rủi ro này phải được cân nhắc so với nguy cơ ác tính hóa tuyến sinh dục (Duranteau et al., 2020; Rapp et al., 2021). Người có tình trạng liên giới tính cũng có khả năng cao hơn nhiều so với dân số chung là người chuyển giới, đa dạng giới, hoặc có phiên muộn giới (Almasri et al., 2018; Pasterski et al., 2015). Do đó, các phẫu thuật bộ phận sinh dục ở trẻ nhỏ có thể củng cố một cách không thể đảo ngược một sự chỉ định giới tính nhị nguyên không phù hợp với tương lai của người đó. Những phát hiện này, cùng với các quan điểm nhân quyền, ủng hộ lời kêu gọi trì hoãn quyết định phẫu thuật cho đến khi cá nhân có thể tự quyết định cho chính mình.

Cần cấp thiết có các nghiên cứu theo dõi dài hạn có hệ thống để so sánh các cá nhân có cùng tình trạng liên giới tính nhưng khác biệt về độ tuổi phẫu thuật hoặc không phẫu thuật, liên quan đến bản dạng giới, sức khỏe tâm thần và chất lượng cuộc sống nói chung.

Tuyên bố 10.10

Chúng tôi gợi ý rằng chỉ những phẫu thuật viên có kinh nghiệm trong phẫu thuật sinh dục hoặc phẫu thuật tuyến sinh dục liên quan đến liên giới tính mới thực hiện phẫu thuật cho các cá nhân có tình trạng liên giới tính.

Các tình trạng liên giới tính là hiếm gặp, và giải phẫu bộ phận sinh dục cũng như tuyến sinh dục liên giới tính là không đồng nhất. Các phẫu thuật đã được ghi nhận là có liên quan đến nguy cơ các biến chứng lâu dài đáng kể (ví dụ: National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020), và hầu hết các chương trình đào tạo ngoại khoa không chuẩn bị cho học viên năng lực cung cấp sự chăm sóc chuyên sâu này (Grimstad, Kremen et al., 2021). Nhận thức được sự phức tạp của việc chăm sóc ngoại khoa trong suốt vòng đời, các tiêu chuẩn được thiết lập bởi sự đồng thuận quốc tế và chuyên gia khuyến nghị rằng sự chăm sóc này nên được cung cấp bởi các đội ngũ chuyên gia đa chuyên khoa (Krege et al, 2019; Lee, Nordenström et al., 2016; Pediatric Endocrine Society, 2020). Do đó, chúng tôi khuyến nghị việc chăm sóc ngoại khoa cần

được giới hạn tại các cơ sở đa chuyên khoa, chuyên biệt về liên giới tính, nơi bao gồm các phẫu thuật viên có kinh nghiệm trong chăm sóc liên giới tính.

Tuyên bố 10.11

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia chăm sóc sức khỏe đang kê đơn hoặc giới thiệu điều trị nội tiết/phẫu thuật phải tư vấn cho các cá nhân có tình trạng liên giới tính còn tiềm năng sinh sản và gia đình của họ về: a) các tác động đã biết của điều trị nội tiết/phẫu thuật đối với khả năng sinh sản trong tương lai; b) các tác động tiềm tàng của những liệu pháp chưa được nghiên cứu đầy đủ và có mức độ hồi phục chưa rõ; c) các lựa chọn bảo tồn khả năng sinh sản; và d) các hệ quả tâm lý xã hội của vô sinh.

Các cá nhân mắc các tình trạng liên giới tính nhất định có thể có bộ phận sinh dục chức năng sinh sản nhưng trải qua vô sinh do sự phát triển tuyến sinh dục không điển hình. Những người khác có thể có tuyến sinh dục hoạt động với tế bào mầm khả thi nhưng không thể đạt được khả năng sinh sản tự nhiên thứ cấp do bộ phận sinh dục bên trong hoặc bên ngoài không phù hợp (van Batavia & Kolon, 2016). Ưc chế dậy thì, điều trị nội tiết tố bằng hormone steroid giới tính, và phẫu thuật khẳng định giới đều có thể có tác động bất lợi đến khả năng sinh sản trong tương lai. Do đó, các hậu quả tiềm tàng của việc điều trị và các lựa chọn bảo tồn khả năng sinh sản nên được xem xét và thảo luận.

Các cá nhân có tình hoàn hoạt động nên được khuyến khích việc điều trị kéo dài bằng estrogen và ức chế testosterone, như đã nghiên cứu ở những người TGD không có tình trạng liên giới tính, có thể gây teo tinh hoàn và giảm số lượng tinh trùng (Mattawanon et al., 2018). Mặc dù việc gián đoạn điều trị nội tiết tố khẳng định giới như vậy có thể cải thiện chất lượng tinh trùng, không thể đảm bảo đảo ngược hoàn toàn sự suy giảm tinh dịch (Sermondade et al., 2021). Lựa chọn bảo tồn khả năng sinh sản chính cho các cá nhân có tình hoàn hoạt động là bảo quản lạnh tinh trùng được thu thập thông qua thủ dâm hoặc kích thích rung (de Roo et al., 2016). Mặc dù không có dữ liệu về sự thành công ở người, có một đề xuất cung cấp chiết xuất tinh hoàn trực tiếp và bảo quản lạnh mô tinh hoàn chưa trưởng thành cho thanh thiếu niên chưa trải qua sự xuất tinh lần đầu (Mattawanon et al., 2018).

Các cá nhân có buồng trứng hoạt động nên được khuyến khích liệu pháp testosterone thường dẫn đến ngừng cả kinh nguyệt và rụng trứng, thường trong vòng

vài tháng kể từ khi bắt đầu điều trị. Có những khoảng trống lớn trong kiến thức liên quan đến các tác dụng tiềm tàng của testosterone đối với noãn bào và khả năng sinh sản tiếp theo. Ở người chuyển giới, một nghiên cứu báo cáo liệu pháp testosterone có thể liên quan đến sự phát triển của hình thái buồng trứng đa nang (Grynberg et al., 2010). Tuy nhiên, các nhà nghiên cứu khác đã không tìm thấy bằng chứng về hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS) ở nam giới chuyển giới nhận liệu pháp hormone khẳng định giới dựa trên các thông số chuyển hóa (Chan et al., 2018) hoặc mô học (de Roo et al., 2017). Các cá nhân có tử cung nguyên vẹn và buồng trứng hoạt động có thể lấy lại tiềm năng sinh sản của họ nếu liệu pháp testosterone bị ngừng.

Các lựa chọn bảo tồn khả năng sinh sản ở những người có tình trạng liên giới tính sau tuổi dậy thì và buồng trứng hoạt động bao gồm kích thích nội tiết tố để bảo quản lạnh noãn bào trưởng thành hoặc bảo quản lạnh mô buồng trứng. Ngoài ra, việc chiết xuất noãn bào được kích thích đã được báo cáo ngay cả đối với một người đàn ông chuyển giới tiếp tục liệu pháp testosterone (Greenwald, 2021). Tương tự, bảo quản lạnh noãn bào sau khi kích thích buồng trứng đã được báo cáo ở một cậu bé chuyển giới đang nhận liệu pháp GnRHa (Rothenberg et al., 2019). Cần lưu ý rằng kích thích buồng trứng, ngừng tạm thời GnRHa, điều trị testosterone, hoặc cả hai, cũng như các thủ thuật phụ khoa, đều có thể gây suy giảm tâm lý cho các cá nhân, với phản ứng căng thẳng bị ảnh hưởng bởi sức khỏe tâm thần, định dạng giới, và kinh nghiệm y tế khác. Khả năng áp dụng của các can thiệp nhất định có thể phụ thuộc vào sự hỗ trợ của những người khác trong mạng lưới xã hội của cá nhân, bao gồm cả các đối tác tiềm năng.

Tuyên bố 10.12

Chúng tôi đề xuất các chuyên gia chăm sóc sức khỏe cho các cá nhân có tình trạng liên giới tính và vô sinh bẩm sinh nên giới thiệu họ và gia đình của họ, sớm và dần dần, về các lựa chọn thay thế khác nhau của việc làm cha mẹ.

Đối với những người có đặc điểm liên giới tính, khả năng vô sinh có thể được nhận ra trong giai đoạn sơ sinh, thơ ấu, thanh thiếu niên cũng như ở tuổi trưởng thành, mà không cần phải thực hiện các nỗ lực thụ thai trước. Đối với nhiều cá nhân, chẩn đoán vô sinh đi kèm với chẩn đoán liên giới tính (Jones, 2019). Đối với một số cá nhân, thụ tinh nhân tạo khác nguồn (ví dụ: hiến

tặng noãn bào hoặc tinh trùng) có thể là một lựa chọn. Nhiều con đường nhận con nuôi tồn tại. Một số có thể đòi hỏi sự cam kết và một khoản đầu tư thời gian đáng kể. Những cá nhân không quan tâm đến việc tham gia vào các nỗ lực để đạt được khả năng sinh sản đã mô tả trước đó hoặc đối với những người không thể sinh sản có thể được hưởng lợi từ việc tiếp xúc sớm với các lựa

chọn có sẵn để nhận con nuôi và làm cha mẹ thay thế. Mặc dù ghép tử cung đã có thành công sơ bộ ở những người mắc bất sản Müllerian (Richards et al., 2021), nhưng cho đến nay vẫn chưa có quy trình nào tránh được việc phơi nhiễm thai nhi đang phát triển với các rủi ro liên quan đến các loại thuốc được sử dụng để tránh thai ghép.

CHƯƠNG 11 - Môi Trường Thể chế

Chương này đề cập đến việc chăm sóc cho các cá nhân chuyển giới và đa dạng giới (TGD) cư trú trong các môi trường thể chế. Theo định nghĩa, các thể chế là những cơ sở hoặc thiết chế nơi mọi người sinh sống và nhận sự chăm sóc trong một bối cảnh tập trung hoặc nhóm lớn, nơi các cá nhân có thể có hoặc không có tự do đi lại, sự đồng thuận cá nhân, hoặc quyền tự chủ. Các cơ sở giam giữ (cơ sở cải huấn, trung tâm tạm giữ nhập cư, nhà tù, trại giáo dưỡng vị thành niên) và các cơ sở phi giam giữ (cơ sở chăm sóc dài hạn, cơ sở tâm thần nội trú, nhà lưu trú, chăm sóc cuối đời/giảm nhẹ, cơ sở hỗ trợ sinh hoạt) là các thể chế cư trú nơi việc tiếp cận chăm sóc sức khỏe cho người chuyển giới có thể được cung cấp. Phần lớn các bằng chứng ủng hộ việc chăm sóc phù hợp cho người TGD đến từ các bối cảnh giam giữ. Tuy nhiên, các khuyến nghị được đưa ra ở đây áp dụng cho tất cả các thể chế có người TGD cư trú, cả giam giữ và không giam giữ (Porter et al., 2016). Tất cả các khuyến nghị trong Tiêu chuẩn Chăm sóc (SOC) đều áp dụng như nhau cho người sống trong cả hai loại cơ sở. Mọi người nên được tiếp cận các điều trị y tế cần thiết bất kể tình trạng cư trú trong một thiết chế nào (Brown, 2009). Chăm sóc cho người trong một môi trường thiết chế phải xem xét rằng cá nhân không có quyền tự chủ và khả năng tiếp cận chăm sóc như người ở bên ngoài. Vì lý do đó, người cư trú trong môi trường thiết chế cần được hỗ trợ để có thể nhận được các Tiêu chuẩn Chăm sóc do Hiệp hội Chuyên nghiệp Thế giới về Sức khỏe Người Chuyển giới (WPATH) thiết lập.

Các cư dân chuyển giới và đa dạng giới (TGD) trong các cơ sở giam giữ báo cáo về việc thiếu tiếp cận chăm sóc sức khỏe đặc thù cho người chuyển giới cần thiết về mặt y khoa (xem Chương 2—Khả năng Áp dụng Toàn cầu, Tuyên bố 2.1), vấn đề này được xếp hạng là mối quan tâm số một của họ trong thời gian bị giam giữ (Brown, 2014; Emmer et al., 2011). Các bất bình đẳng hệ thống về chủng tộc vốn có trong nhiều cơ sở giam giữ (Sawyer, 2020), sự chênh lệch kết quả sức khỏe theo chủng tộc (Nowotny et al., 2017), và sự hiện diện

quá mức của người TGD thuộc các nhóm sắc dân da màu ở một số cơ sở (Reisner et al., 2014) nhấn mạnh nhu cầu rằng lãnh đạo cơ sở cần quan tâm đến các vấn đề tiếp cận chăm sóc chuyên tiếp. Các nghiên cứu đối chứng cho thấy sự khác biệt đáng kể về sức khỏe và sức khỏe tâm thần giữa người chuyển giới có liên quan đến hệ thống tư pháp so với các nhóm người chuyển giới không bị giam giữ (Brown và Jones, 2015). Quá thường xuyên, các cơ quan, cấu trúc và nhân sự cung cấp chăm sóc thiếu hụt kiến thức, được đào tạo và đủ năng lực chăm sóc cho những người đa dạng giới (Clark et al., 2017). Phân biệt đối xử với cư dân TGD trong môi trường chăm sóc giảm nhẹ, bao gồm cả chăm sóc cuối đời là phổ biến, và nhu cầu của bệnh nhân TGD hoặc người đại diện của họ thường bị phớt lờ trong các bối cảnh này (Stein et al., 2020). Đây là lý do tại sao bệnh nhân LGBT có thể lựa chọn che giấu bản dạng giới hoặc tính dục khi nhập viện chăm sóc dài hạn, mặc dù trước khi nhập họ đã sống công khai với danh tính LGBT (Carroll, 2017; Serafin et al., 2013).

Tất cả các tuyên bố trong chương này đã được khuyến nghị dựa trên sự rà soát kỹ lưỡng các bằng chứng, sự đánh giá về lợi ích và tác hại, các giá trị và nguyện vọng của nhà cung cấp dịch vụ và bệnh nhân, cũng như việc sử dụng nguồn lực và tính khả thi. Trong một số trường hợp, chúng tôi thừa nhận rằng bằng chứng còn hạn chế và/hoặc các dịch vụ có thể không tiếp cận được hoặc không được mong muốn. Phần lớn các tài liệu y văn hiện có liên quan đến các thể chế đều tập trung vào những người đang bị giam giữ trong các nhà tạm giữ, nhà tù, hoặc các môi trường giam giữ khác. Các tài liệu về những loại hình thể chế khác cũng đã được xem xét và tham chiếu ở nơi có sẵn. Chúng tôi hy vọng các nghiên cứu trong tương lai sẽ giải quyết tình trạng thiếu hụt tương đối về dữ liệu từ các thể chế không giam giữ này. Các khuyến nghị được tóm tắt ở trên có thể khái quát hóa cho đa dạng các bối cảnh thể chế có chung những đặc điểm, bao gồm thời gian lưu trú kéo dài, sự mất đi hoặc hạn chế quyền tự chủ, và sự phụ thuộc vào nhân viên của thể chế đối với một phần hoặc toàn bộ các nhu cầu thiết yếu của cuộc sống.

Các Tuyên Bố Khuyến Nghị

- 11.1- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia chăm sóc sức khỏe chịu trách nhiệm cung cấp chăm sóc khẳng định giới cho các cá nhân cư trú trong các thể chế (hoặc liên kết với các thể chế hay cơ quan) cần công nhận rằng toàn bộ danh sách các khuyến nghị của SOC-8 áp dụng bình đẳng cho những người đang sống trong các thể chế.
- 11.2- Chúng tôi đề xuất các cơ sở cung cấp đào tạo về đa dạng giới cho tất cả nhân viên.
- 11.3- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế được giao nhiệm vụ kê đơn và theo dõi hormone cho các cá nhân TGD sống trong các thể chế có nhu cầu liệu pháp hormone khẳng định giới cần thực hiện việc này mà không có sự trì hoãn không đáng có và phải tuân thủ theo SOC-8.
- 11.4- Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên và chuyên gia được giao nhiệm vụ cung cấp chăm sóc sức khỏe cho các cá nhân TGD sống trong các thể chế cần khuyến nghị và hỗ trợ các điều trị ngoại khoa khẳng định giới phù hợp với SOC-8 khi cá nhân đó có nhu cầu, mà không có sự trì hoãn không đáng có.
- 11.5- Chúng tôi khuyến nghị các nhà quản lý, chuyên gia chăm sóc sức khỏe và tất cả những người khác làm việc trong các thể chế được giao trách nhiệm chăm sóc các cá nhân TGD cần cho phép những cá nhân này khi họ yêu cầu quần áo và vật dụng chăm sóc ngoại hình phù hợp, được nhận các vật dụng đó tương hợp với thể hiện giới của họ.
- 11.6- Chúng tôi khuyến nghị tất cả nhân viên của thể chế phải xưng hô với các cá nhân TGD bằng tên gọi và đại từ xưng hô được chọn của họ vào mọi lúc.
- 11.7- Chúng tôi khuyến nghị các nhà quản lý thể chế, chuyên gia chăm sóc sức khỏe và các quan chức khác chịu trách nhiệm đưa ra quyết định về bố trí nơi ở cho cư dân TGD cần xem xét nguyện vọng về nơi ở, bản dạng giới và thể hiện giới, cũng như các cân nhắc về an toàn của cá nhân đó thay vì chỉ dựa hoàn toàn vào giải phẫu cơ thể hoặc giới tính được chỉ định khi sinh của họ.
- 11.8- Chúng tôi khuyến nghị nhân sự của thể chế thiết lập các chính sách về nơi ở nhằm đảm bảo sự an toàn cho cư dân TGD mà không cách ly hoặc biệt giam những cá nhân này.
- 11.9- Chúng tôi khuyến nghị nhân sự của thể chế cho phép cư dân TGD sử dụng các cơ sở tắm gội và vệ sinh một cách riêng tư khi có yêu cầu.

Tuyên bố 11.1

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia chăm sóc sức khỏe chịu trách nhiệm cung cấp chăm sóc khẳng định giới cho các cá nhân cư trú trong các thể chế (hoặc liên kết với các thể chế hay cơ quan) cần công nhận rằng toàn bộ danh sách các khuyến nghị của SOC-8 áp dụng bình đẳng cho những người đang sống trong các thể chế.

Cũng giống như việc những người sống trong các thể chế yêu cầu và xứng đáng được hưởng sự chăm sóc sức khỏe y tế và tâm thần nói chung cũng như trong các lĩnh vực chuyên khoa, chúng tôi công nhận rằng người chuyển giới và đa dạng giới (TGD) cũng hiện diện trong các thể chế này và do đó cần sự chăm sóc đặc thù cho các mối quan tâm của người TGD. Chúng tôi khuyến nghị việc áp dụng các Tiêu chuẩn Chăm sóc (SOC) cho những người sống trong các thể chế như là những nguyên tắc cơ bản của chăm sóc sức khỏe và đạo đức (Beauchamp & Childress, 2019; Pope & Vasquez, 2016). Thêm vào đó, nhiều tòa án đã từ lâu khẳng định sự cần thiết phải cung cấp sự chăm sóc có kiến thức về TGD dựa trên SOC của WPATH cho cả những người sống trong các thể chế (ví dụ: vụ Koselik v. Massachusetts, 2002; vụ Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020). Các cơ quan cung cấp nhân sự cho

các dịch vụ dài hạn tại nhà cũng cần nhận thức được về tính áp dụng của các Tiêu chuẩn Chăm sóc này.

Tuyên bố 11.2

Chúng tôi đề xuất các cơ sở cung cấp đào tạo về đa dạng giới cho tất cả nhân viên.

Mặc dù mức độ đào tạo sẽ khác nhau tùy thuộc vào vai trò của nhân viên trong môi trường thể chế, tất cả nhân viên đều cần được đào tạo về cách xưng hô phù hợp với cư dân, trong khi các nhân viên lâm sàng khác có thể cần được đào tạo chuyên sâu hơn và/hoặc tham vấn chuyên môn. Các khuyến nghị đào tạo này cũng áp dụng cho các cơ quan cung cấp nhân sự cho dịch vụ chăm sóc dài hạn tại nhà. Việc gọi sai danh tính giới các cư dân trong thể chế, không cho phép sử dụng quần áo, cơ sở tắm gội hoặc nơi ở phù hợp với giới, và không sử dụng tên gọi được chọn sẽ truyền tải sự thiếu tôn trọng đối với các cư dân TGD. Những người này có thể trải nghiệm những sự xúc phạm lặp đi lặp lại như là những sang chấn về mặt cảm xúc, gây trầm cảm và lo âu. Thông qua việc cung cấp cho tất cả nhân viên thể chế sự đào tạo về đa dạng giới và năng lực cơ bản trong các vấn đề chăm sóc sức khỏe liên quan đến người chuyển giới, những tác hại này có thể được ngăn chặn (Hafford-Letchfield et al., 2017). Các khảo sát chỉ ra rằng những cá nhân làm việc với người bị giam giữ

cũng như nhân viên trong các bối cảnh không giam giữ như chăm sóc giảm nhẹ đều có những lỗ hổng kiến thức đáng kể (Stein et al., 2020; White et al., 2016). Hafford-Letchfield et al. (2017) đã chỉ ra lợi ích đối với việc đào tạo nhân viên chăm sóc dài hạn nội trú khi sự đào tạo đó bắt đầu với việc “nhận diện các vấn đề LGBT” và được thực hiện tại các “cơ sở chăm sóc”. Nếu các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được phân công thiếu chuyên môn để đánh giá và/hoặc điều trị cho những người đa dạng giới thuộc quyền phụ trách của họ, cần tìm kiếm sự tham vấn bên ngoài từ các chuyên gia có chuyên môn trong việc cung cấp chăm sóc sức khỏe khẳng định giới (Brömdal et al., 2019; Sevelius and Jenness, 2017).

Tuyên bố 11.3

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế được giao nhiệm vụ kê đơn và theo dõi hormone cho các cá nhân TGD sống trong các thể chế có nhu cầu liệu pháp hormone khẳng định giới cần thực hiện việc này mà không có sự trì hoãn không đáng có và phải tuân thủ theo SOC-8

Các cá nhân chuyển giới và đa dạng giới (TGD) có thể được nhận vào các thể chế khi đang có nhu cầu đánh giá về chăm sóc nội tiết khẳng định giới, hoặc có thể nảy sinh nhu cầu này sau khi đã cư trú trong môi trường thể chế được một khoảng thời gian khác nhau. Không hiếm trường hợp người TGD bị từ chối tiếp cận chăm sóc nội tiết trong nhiều tháng hoặc nhiều năm sau khi đã bày tỏ nhu cầu, hoặc bị điều trị dưới mức cần thiết và theo dõi kém, làm trì hoãn việc điều chỉnh liều lượng thuốc cần thiết để đảm bảo an toàn và hiệu quả (Keohane, 2018; Kosilek v. Massachusetts, 2002; Monroe v. Baldwin et al., 2019). Điều này có thể dẫn đến các kết quả sức khỏe tâm thần tiêu cực đáng kể bao gồm trầm cảm, lo âu, ý định tự tử, và các rủi ro tự phẫu thuật (Brown, 2010). Như với tất cả dịch vụ y khoa cần thiết, việc tiếp cận liệu pháp hormone khẳng định giới nên được cung cấp kịp thời khi có chỉ định cho cư dân TGD, cả trong môi trường giam giữ và phi giam giữ. Chuyên gia y tế phải điều chỉnh hormone dựa trên kết quả xét nghiệm và kết quả lâm sàng để đảm bảo nằm trong giới hạn tiêu chuẩn được khuyến nghị của lĩnh vực nội tiết học. Các xét nghiệm này phải được thực hiện với tần suất sao cho không làm trì hoãn việc điều chỉnh liều lượng phù hợp.

Người TGD cao tuổi sống trong cơ sở chăm sóc dài hạn có nhu cầu riêng (Boyd, 2019; Carroll, 2017;

Porter, 2016). Khi người cao tuổi yêu cầu liệu pháp hormone, bác sĩ nên đánh giá các bệnh lý nền, nhưng hiếm khi các bệnh lý này chống chỉ định tuyệt đối cho việc sử dụng hormone (Ettner, 2013). Người có bất tương hợp giới trong môi trường thể chế có thể có tình trạng đồng diễn các vấn đề sức khỏe tâm thần (Brown và Jones, 2015; Cole et al., 1997). Những tình trạng này nên được đánh giá và điều trị thích hợp trong quá trình đánh giá tổng thể. Người nhận hormone phải được theo dõi y tế chặt chẽ để tránh tương tác thuốc tiềm ẩn và đa dược lý (Hembree et al., 2017).

Người TGD khi gia nhập vào môi trường thể chế với liệu trình hormone khẳng định giới phù hợp nên tiếp tục được nhận liệu trình tương tự và được theo dõi theo SOC Phiên bản 8. Cách tiếp cận “đóng băng” là không phù hợp và gây nguy hiểm (Kosilek v. Massachusetts, 2002). “Đóng băng” là một thực hành lỗi thời, bao gồm việc từ chối cấp hormone cho những người chưa sử dụng hormone trước đó, hoặc giữ nguyên liều hormone của người TGD ở mức họ đang dùng khi nhập viện trong suốt quá trình bị giam giữ/nội trú, ngay cả khi đó chỉ là liều khởi đầu (liều thấp). Những người TGD được đánh giá là phù hợp để bắt đầu mới liệu pháp hormone khẳng định giới nên được bắt đầu điều trị giống như khi họ ở bên ngoài thể chế (Adams v. Federal Bureau of Prisons, No. 09-10272 [D. MO June 7, 2010]; Brown, 2009). Hậu quả của việc ngừng hormone đột ngột hoặc không bắt đầu liệu pháp khi cần thiết về y khoa có thể dẫn đến các kết quả tiêu cực (Brown, 2010; Sundstrom và Fields v. Frank, 2011), như tự hoại lộ, trầm cảm, tăng cường phiền muộn giới và/hoặc ý định tự tử (Brown, 2010; Maruri, 2011).

Nếu một cá nhân trong môi trường thể chế nhận hormone và/hoặc phẫu thuật khẳng định giới, các quyết định về nơi ở theo giới tính có thể cần được xem xét lại để đảm bảo an toàn và sức khỏe cho người TGD (Ministry of Justice [UK], 2016).

Tuyên bố 11.4

Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên và chuyên gia được giao nhiệm vụ cung cấp chăm sóc sức khỏe cho các cá nhân TGD sống trong các thể chế cần khuyến nghị và hỗ trợ các điều trị ngoại khoa khẳng định giới phù hợp với SOC-8 khi cá nhân đó có nhu cầu, mà không có sự trì hoãn không đáng có.

Người TGD có bức bối giới nên có kế hoạch điều trị thích hợp để cung cấp các phẫu thuật cần thiết về mặt y khoa, bao gồm các yếu tố tương tự như những người

sống ngoài môi trường thể chế (Adams v. Federal Bureau of Prisons, No. 09-10272 [D. MO June 7, 2010]; Brown, 2009; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020). Việc từ chối hoặc không tiếp cận phẫu thuật khẳng định giới cho cư dân trong môi trường thể chế, những người không thể tiếp cận dịch vụ ngoài như bên ngoài, có thể dẫn đến hậu quả nghiêm trọng, bao gồm gia tăng tình trạng phiền muộn giới, trầm cảm, lo âu, ý định tự tử, và nguy cơ tự phẫu (ví dụ, tự hoại tình hoàn hoặc tự hoại dương vật; Brown, 2010; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020; Maruri, 2011). Không hiếm khi cư dân trong môi trường thể chế bị từ chối tiếp cận đánh giá và phẫu thuật khẳng định giới, ngay cả khi đó là điều cần thiết về mặt y khoa (Kosilek v. Massachusetts/Dennehy, 2012; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020). Việc từ chối đánh giá và cung cấp phẫu thuật khẳng định giới cũng như chăm sóc hậu phẫu cần thiết là không phù hợp và không nhất quán với các Tiêu chuẩn Chăm sóc này.

Tuyên bố 11.5

Chúng tôi khuyến nghị các nhà quản lý, chuyên gia chăm sóc sức khỏe và tất cả những người khác làm việc trong các thể chế được giao trách nhiệm chăm sóc các cá nhân TGD cần cho phép những cá nhân này - khi họ yêu cầu quần áo và vật dụng chăm sóc ngoại hình phù hợp - được nhận các vật dụng đó tương hợp với thể hiện giới của họ.

Thể hiện giới đề cập đến việc mọi người có kiểu tóc, sản phẩm chăm sóc ngoại hình, quần áo, tên gọi và đại từ phù hợp với bản dạng giới của họ trong văn hóa và/hoặc cộng đồng của họ (American Psychological Association, 2015; Hembree et al., 2017). Thể hiện giới là chuẩn mực đối với hầu hết mọi người trong một văn hóa hoặc cộng đồng. Thông thường, chuyển đổi xã hội là quá trình người TGD bắt đầu và tiếp tục thể hiện bản dạng giới một cách chân thực và có thể nhận biết được về mặt xã hội. Thường thì, chuyển đổi xã hội bao gồm hành vi và sự trình hiện một cách công khai khác biệt với những gì thường được kỳ vọng ở những người được quy gán danh tính giới pháp lý khi sinh. Một danh tính giới là nhãn dán pháp lý cho giới tính của một người, thường được chỉ định khi sinh trên các tài liệu chính thức (American Psychological Association, 2015). Thường được ghi nhận là nam hoặc nữ, nhưng cũng có thể là liên giới tính hoặc “X” ở một số quốc gia và khu vực. Người TGD cần có quyền thể hiện giới như những người hợp giới sống cả ngoài và trong môi trường thể

chế. Việc nhân viên chấp nhận chuyển đổi xã hội cũng tạo ra thái độ tôn trọng và khẳng định, giúp tăng sự tôn trọng và khẳng định với những người khác cư trú trong môi trường thể chế, từ đó tăng sự an toàn và giảm một số khía cạnh bất tương hợp giới.

Nghiên cứu chỉ ra rằng chuyển đổi xã hội và thể hiện giới phù hợp có tác động tích cực đáng kể đến sức khỏe tâm thần của người TGD (Bockting & Coleman, 2007; Boedecker, 2018; Devor, 2004; Glynn et al., 2016; Russell et al., 2018). Để cho phép biểu hiện bản dạng giới, các khuyến nghị này bao gồm việc được mặc quần áo và kiểu tóc phù hợp với giới, được sử dụng sản phẩm vệ sinh và chăm sóc ngoại hình phù hợp với giới, được gọi bằng tên lựa chọn hoặc tên hợp pháp (ngay cả khi chưa thể thay đổi tên pháp lý), và được gọi bằng đại từ nhất quán với bản dạng giới. Những yếu tố này của thể hiện giới và chuyển đổi xã hội, riêng lẻ hoặc kết hợp theo nhu cầu của cá nhân, giúp giảm phiền muộn giới/ bất tương hợp giới, trầm cảm, lo âu, ý tưởng và hành vi tự làm hại, cũng như nỗ lực tự tử (Russell et al., 2018). Hơn nữa, những yếu tố này còn nâng cao sự hạnh phúc và chức năng sống của người TGD (Glynn et al., 2016).

Tuyên bố 11.6

Chúng tôi khuyến nghị tất cả nhân viên của thể chế phải xưng hô với các cá nhân TGD bằng tên gọi và đại từ xưng hô được chọn của họ vào mọi lúc.

Với thực tế là một tỷ lệ ngày càng tăng những người công khai nhận diện là đa dạng giới, có một nhu cầu cấp thiết phải phát triển và thực thi các thực hành và chính sách đáp ứng nhu cầu của những người này bất kể nơi họ sinh sống (McCauley et al., 2017). Ví dụ, các thể chế nên sử dụng hệ thống hồ sơ y tế và hành chính cho cư dân theo dõi dấu chỉ giới phù hợp với bản dạng giới, không chỉ dựa trên giới tính chỉ định khi sinh. Trong quá trình phát triển các khuyến nghị này, nhận thức rằng sự mở rộng về giới có thể thách thức một số chuẩn mực thể chế. Tuy nhiên, tất cả thể chế có trách nhiệm đảm bảo an toàn và sức khỏe cho tất cả cư dân của mình (Australia, 2015; Corrective Services New South Wales, 2015; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020; Kosilek v. Massachusetts, 2002; NCCHC, 2015). Sevelius và các cộng sự (2020) đã chứng minh rằng việc sử dụng đúng đại từ mang tính chất khẳng định giới đối với phụ nữ chuyển giới và có mối tương quan với các kết quả tích cực về sức khỏe tâm thần và sức khỏe liên quan đến HIV. Nếu cư dân của một thể chế đã

thay đổi tên hợp pháp, hồ sơ của thể chế nên được cập nhật để phản ánh thay đổi này.

Tuyên bố 11.7

Chúng tôi khuyến nghị các nhà quản lý thể chế, chuyên gia chăm sóc sức khỏe và các quan chức khác chịu trách nhiệm đưa ra quyết định về bố trí nơi ở cho cư dân TGD cần xem xét nguyện vọng về nơi ở, bản dạng giới và thể hiện giới, cũng như các cân nhắc về an toàn của cá nhân đó thay vì chỉ dựa hoàn toàn vào giải phẫu cơ thể hoặc giới tính được chỉ định khi sinh của họ.

Việc tách người dựa trên giới tính chỉ định khi sinh - chính sách gần như được thực hiện phổ quát trong mọi thể chế (Brown và McDuffie, 2009; Routh et al., 2017), có thể tạo ra môi trường nguy hiểm mang tính bản chất. Người đa dạng giới rất dễ bị tổn thương bởi sự kỳ thị, nạn nhân hóa, bỏ mặc, bạo lực và lạm dụng tình dục (Banbury, 2004; Beck, 2014; Jenness và Fenstermaker, 2016; Malkin & DeJong, 2018; Oparah, 2012; Stein et al., 2020). Sự cứng nhắc trong việc phân định giới tính này thường không đảm bảo an toàn cho người TGD và có thể cản trở việc tiếp cận chăm sóc y tế khẳng định giới (Stohr, 2015). Do đó, các cơ sở nên thực hiện quy trình đánh giá nhu cầu và nguyện vọng nơi ở của người TGD định kỳ (ví dụ, Federal Bureau of Prisons, 2016). Luật Prison Rape Elimination Act cũng nêu rõ người TGD là nhóm dễ bị tổn thương và hướng dẫn nhà tù trên toàn nước Mỹ xem xét nguyện vọng về nơi ở của họ (Bureau of Justice Assistance, 2017).

Tuyên bố 11.8

Chúng tôi khuyến nghị nhân sự của thể chế thiết lập các chính sách về nơi ở nhằm đảm bảo sự an toàn cho cư dân TGD mà cách ly hoặc biệt giam những cá nhân này.

Việc phân bổ nơi ở cho một cư dân TGD chỉ dựa trên giải phẫu bộ phận sinh dục hoặc giới tính được chỉ định khi sinh là sai lầm và đặt mọi người vào rủi ro bị tổn hại về thể chất và/hoặc tâm lý (Scott, 2013; Simopoulos & Khin, 2014; Yona & Katri, 2020). Trong môi trường giam giữ, người chuyển giới có khả năng bị quấy rối tình dục, tấn công tình dục hoặc cả hai cao hơn nhiều so với tù nhân khác (James et al., 2016; Jenness & Fenstermaker, 2016; Malkin & DeJong, 2019). Mặc dù các quyết định bố trí nơi ở cần xem xét các lo ngại an ninh, việc ra quyết định chung có cần sự tham gia của cá nhân nên được thực hiện từng trường hợp cụ thể (Federal Bureau of Prisons, 2016; Jenness và Smyth,

2011). Một số phụ nữ chuyển giới thích sống trong cơ sở dành cho nam, trong khi người khác cảm thấy an toàn hơn trong cơ sở dành cho nữ giới. Do sự đa dạng về bản dạng giới, thể hiện và trạng thái chuyển đổi không đồng nhất giữa những người đa dạng giới, việc giữ an toàn cho cư dân đòi hỏi quy trình ra quyết định linh hoạt (Yona & Katri, 2020). Một trong những nỗi sợ của người LGBT cao tuổi sống trong cơ sở chăm sóc dài hạn là bị đối xử ngược đãi bởi bạn cùng phòng (Jablonski et al., 2013). Do đó, việc bố trí chỗ ở trong nhà dưỡng lão và cơ sở hỗ trợ sinh hoạt nên cân nhắc xếp phòng dựa trên giới tự nhận của người cao tuổi, không dựa vào giới tính chỉ định khi sinh hay tiền sử phẫu thuật, và có sự phối hợp với bệnh nhân TGD.

Biệt giam, đôi khi được gọi là cách ly hành chính trong các cơ sở giam giữ, đề cập đến sự cô lập thể chất các cá nhân, trong đó họ bị nhốt trong buồng giam khoảng hai mươi ba giờ mỗi ngày. Việc sử dụng sự cô lập được áp dụng ở một số cơ sở giam giữ như một biện pháp kỷ luật cũng như một phương tiện để bảo vệ những tù nhân được coi là có nguy cơ gây hại cho chính họ hoặc người khác, hoặc những người có nguy cơ bị tấn công tình dục bởi các bạn tù khác. Tuy nhiên, việc cô lập tù nhân vì các lo ngại an toàn, nếu cần thiết, chỉ nên diễn ra trong thời gian ngắn, vì sự cô lập có thể gây ra tổn hại tâm lý nghiêm trọng và những rối loạn chức năng trầm trọng (Ahalt et al., 2017; Scharff Smith, 2006). Các tổ chức tiêu chuẩn nhà tù quốc gia cũng như Liên Hợp Quốc coi việc cô lập kéo dài hơn 15 ngày là tra tấn (NCCHC, 2016; United Nations, 2015).

Tuyên bố 11.9

Chúng tôi khuyến nghị nhân sự của thể chế cho phép cư dân TGD sử dụng các cơ sở tắm gội và vệ sinh một cách riêng tư khi có yêu cầu.

Sự thiết yếu và tầm quan trọng của sự riêng tư là phổ quát bất kể bản dạng giới của một người là gì. Các cá nhân chuyển giới và đa dạng giới (TGD) báo cáo việc họ phải tránh sử dụng nhà vệ sinh công cộng, hạn chế lượng thức ăn và nước uống nạp vào để không phải sử dụng cơ sở công cộng, điều này thường dẫn đến nhiễm trùng đường tiết niệu và các vấn đề liên quan đến thận (James et al., 2016). Các cá nhân TGD trong các thể chế thường bị tước đoạt sự riêng tư trong việc sử dụng phòng tắm và buồng tắm vòi sen, điều này có thể dẫn đến tổn hại tâm lý và/hoặc lạm dụng thể chất và tình dục (Bartels and Lynch, 2017; Brown, 2014; Cook-Daniels, 2016; Mann, 2006). Tương tự, trong môi

trường giam giữ, các cuộc khám xét vớ người, khám xét khóa thân và khám xét hốc tự nhiên của cơ thể nên được thực hiện bởi các nhân viên có cùng giới tính, với hiểu biết rằng điều này có thể không thực hiện được trong các tình huống khẩn cấp. Việc các nhân viên khác tình cờ quan sát cũng nên tránh (Bureau of Justice Assistance, 2017). Việc sử dụng riêng tư phòng tắm và nhà vệ sinh cho người chuyển giới trong nhà tù cũng được yêu cầu bởi một số luật, bao gồm ví dụ, Prison Rape Elimination Act liên bang của Mỹ.

Quản thể người TGD cao tuổi/cao tuổi cần phục vụ bởi các cơ sở đang tăng (Carroll, 2017; Witten & Eyler, 2016). Nhiều cơ sở chăm sóc dài hạn và các cơ sở khác phục vụ nhu cầu người cao tuổi cần cân nhắc nhu cầu của cư dân phi hợp giới (Ettner, 2016; Ettner & Wiley,

2016). Khảo sát các chuyên gia y tế làm việc với người cao tuổi trong chăm sóc cuối đời, chăm sóc giảm nhẹ cũng như các cơ sở chăm sóc dài hạn khác cho thấy bệnh nhân nhận diện là TGD thường không được đáp ứng nhu cầu cơ bản, bị phân biệt trong việc tiếp cận chăm sóc y tế, hoặc bị lạm dụng về thể chất và/hoặc tinh thần (Stein et al., 2020). Một khảo sát các nhà cung cấp dịch vụ hưu trí và cư trú tại Úc cho thấy họ ít kinh nghiệm hoặc thiếu hiểu biết về các vấn đề của nhóm dân số này. Thực tế, nhiều cư dân TGD cao tuổi nhập viện đã che giấu danh tính giới của mình do sợ bị đối xử thiếu nhạy cảm hoặc bị phân biệt rõ ràng (Cartwright et al., 2012; Cook-Daniels, 2016; Grant et al., 2012; Horner et al., 2012; Orel & Fruhauf, 2015).

CHƯƠNG 12 - Liệu Pháp Hormone

Những người chuyển giới và đa dạng giới (TGD) có thể cần liệu pháp hormone khẳng định giới (GAHT) mang tính cần thiết về mặt y khoa để đạt được những thay đổi phù hợp với mục tiêu hiện thân, bản dạng giới của họ, hoặc cả hai (xem tuyên bố về tính cần thiết về mặt y khoa trong Chương 2—Khả năng áp dụng toàn cầu, Tuyên bố 2.1). Chương này mô tả các khuyến cáo về liệu pháp hormone cho người TGD trưởng thành và thanh thiếu niên. Vui lòng tham khảo Chương 5—Đánh giá người trưởng thành và Chương 6—Thanh thiếu niên để biết các tiêu chí đánh giá liên quan đến việc bắt đầu liệu pháp hormone cho người trưởng thành và thanh thiếu niên, tương ứng. Tóm tắt các khuyến cáo và tiêu chí đánh giá có thể được tìm thấy trong Phụ lục D.

Kể từ khi Tiêu chuẩn Chăm sóc (SOC) đầu tiên của Hiệp hội Chuyên nghiệp Thế giới về Sức khỏe Người Chuyển giới (WPATH) được công bố vào năm 1979 và trong các bản cập nhật SOC tiếp theo, bao gồm SOC phiên bản 7, GAHT đã được chấp nhận là cần thiết về mặt y khoa (Coleman et al., 2012). WPATH đã xác nhận các hướng dẫn của Hiệp hội Nội tiết về GAHT cho người TGD vào các năm 2009 và 2017 (Hembree et al., 2009; Hembree et al., 2017). Hiệp hội Y học Tình dục Châu Âu cũng đã công bố một tuyên bố lập trường về quản lý hormone ở TGD thanh thiếu niên và người trưởng thành (T'Sjoen et al., 2020). Khi được cung cấp dưới sự giám sát y khoa, GAHT ở người trưởng thành là an toàn (Tangpricha & den Heijer, 2017; Safer & Tangpricha, 2019). Tuy nhiên, vẫn tồn tại một số nguy cơ dài hạn tiềm tàng, và cần theo dõi và sàng lọc cẩn thận để giảm thiểu các biến cố bất lợi (Hembree et al., 2017; Rosenthal, 2021).

Một cách tổng quát, mục tiêu là điều chỉnh nồng độ hormone sinh dục trong huyết thanh sao cho phù hợp với mức nồng độ tương ứng với bản dạng giới của cá nhân, mặc dù các khoảng mục tiêu tối ưu vẫn chưa được thiết lập (Hembree et al., 2017). Các chuyên gia y tế (HCP) có thể sử dụng nồng độ testosterone và/hoặc estradiol huyết thanh để theo dõi hầu hết các liệu pháp hormone sinh dục. Tuy nhiên, việc sử dụng estrogen liên hợp hoặc estrogen tổng hợp thì không thể theo dõi bằng cách này. Giả định rằng cần theo dõi tỷ lệ estrone/estradiol đã không được ủng hộ trong một nghiên cứu đoàn hệ gần đây, vì không có mối liên hệ nào giữa nồng độ estrone và sự thay đổi mỡ cơ thể hoặc sự phát triển tuyến vú được ghi nhận trong một đoàn hệ

gồm 212 phụ nữ chuyển giới trưởng thành ở châu Âu trong quá trình theo dõi điều trị hormone 1 năm (Tebbens et al., 2021). Nghiên cứu này cho thấy nồng độ estrone cao hơn hoặc tỷ lệ estrone/estradiol cao hơn không liên quan đến các tác động đối kháng lên quá trình nữ hóa (tỷ lệ mỡ và sự phát triển tuyến vú) (Tebbens et al., 2021). Do đó, việc theo dõi tỷ lệ estrone so với estradiol không được ủng hộ bởi các bằng chứng đã công bố hiện nay. Các estrogen liên hợp từng được sử dụng trước đây đã bị loại bỏ để ưu tiên sử dụng estrogen đồng nhất sinh học. Mặc dù một số nghiên cứu đã cho thấy nguy cơ biến chứng thuyên tắc huyết khối và tim mạch cao hơn đáng kể khi sử dụng estrogen liên hợp đường uống so với estradiol đường uống ở phụ nữ sau mãn kinh, nhưng chưa có thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng nào được thực hiện, cả ở phụ nữ sau mãn kinh lẫn ở người chuyển giới đang điều trị estrogen (Smith et al., 2014).

Cách tiếp cận GAHT là khác nhau và phụ thuộc vào giai đoạn phát triển của cá nhân tại thời điểm bắt đầu liệu pháp hormone cũng như mục tiêu điều trị của họ. Liệu pháp hormone không được khuyến cáo cho trẻ em chưa bắt đầu dậy thì nội sinh. Ở thanh thiếu niên đủ điều kiện (theo Chương 6—Thanh thiếu niên) đã đạt đến các giai đoạn sớm của dậy thì, trọng tâm thường là trì hoãn sự tiến triển tiếp theo của dậy thì bằng các chất chủ vận hormone giải phóng gonadotropin (GnRHAs) cho đến thời điểm thích hợp khi GAHT có thể được áp dụng. Trong những trường hợp này, ức chế dậy thì được xem là cần thiết về mặt y khoa. Người trưởng thành đủ điều kiện có thể bắt đầu GAHT nếu đáp ứng các tiêu chí theo Chương 5—Đánh giá người trưởng thành. Ngoài ra, các nhân viên y tế nên thảo luận về mục tiêu sinh sản và các thủ thuật bảo tồn khả năng sinh sản trước khi bắt đầu GAHT. Xem Chương 16—Sức khỏe sinh sản.

GAHT với mục tiêu nữ hóa thường bao gồm estrogen và một thuốc làm giảm androgen (Hembree et al., 2017). Mặc dù có các báo cáo giai thoại về việc sử dụng progesterone cho phát triển tuyến vú và điều hòa tâm trạng, hiện tại chưa có đủ bằng chứng cho thấy lợi ích tiềm năng của việc sử dụng progesterone vượt trội hơn các nguy cơ tiềm tàng (Iwamoto, T'Sjoen et al., 2019). GAHT theo hướng nam hóa thường bao gồm testosterone. Cả WPATH và Hiệp hội Nội tiết đều khuyến cáo theo dõi nồng độ hormone sinh dục. Mặc dù GAHT được cá thể hóa để đáp ứng nhu cầu riêng

của từng người TGD, nhìn chung nồng độ hormone được duy trì ở mức đủ để hỗ trợ sức khỏe xương tốt và

không ở mức siêu sinh lý (Hembree et al., 2017; Rosen et al., 2019)

Các Tuyên Bố Khuyến Nghị

- 12.1- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế chỉ bắt đầu liệu pháp ức chế hormone dậy thì ở thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới đủ điều kiện* sau khi họ đã biểu hiện các thay đổi thể chất đầu tiên của dậy thì (giai đoạn Tanner 2).
- 12.2- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế sử dụng các chất chủ vận GnRH để ức chế hormone sinh dục nội sinh ở những người chuyển giới và đa dạng giới đủ điều kiện* khi việc ngăn chặn dậy thì được chỉ định.
- 12.3- Chúng tôi gợi ý các chuyên gia y tế kê đơn progestin (dạng uống hoặc dạng tiêm phóng thích chậm) để ức chế dậy thì ở thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới đủ điều kiện* khi các chất chủ vận GnRH không sẵn có hoặc chi phí quá cao.
- 12.4- Chúng tôi gợi ý các chuyên gia y tế kê đơn các chất chủ vận GnRH để ức chế hormone sinh dục mà không kèm theo liệu pháp thay thế hormone sinh dục ở những thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới đủ điều kiện đang tìm kiếm can thiệp này, đã ở giai đoạn dậy thì muộn hoặc đã hoàn tất dậy thì (sau giai đoạn Tanner 3) nhưng chưa chắc chắn hoặc không mong muốn bắt đầu liệu pháp hormone sinh dục.
- 12.5- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế kê đơn các phác đồ điều trị hormone sinh dục như một phần của điều trị khẳng định giới cho các thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới đủ điều kiện*, đang ở ít nhất giai đoạn Tanner 2, với sự tham gia của cha mẹ/người giám hộ, trừ khi việc tham gia của họ được xác định là gây hại hoặc không cần thiết đối với thanh thiếu niên.
- 12.6- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế đo nồng độ hormone trong quá trình điều trị khẳng định giới nhằm bảo đảm các hormone sinh dục nội sinh được hạ thấp và các hormone sinh dục đang sử dụng được duy trì ở mức phù hợp với mục tiêu điều trị của người chuyển giới và đa dạng giới, tương ứng với giai đoạn Tanner.
- 12.7- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế kê đơn progestogen hoặc GnRH agonist cho các thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới đủ điều kiện* có tử cung nhằm làm giảm phiền muộn giới do chu kỳ kinh nguyệt gây ra, khi việc sử dụng testosterone khẳng định giới chưa được chỉ định.
- 12.8- Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế huy động sự tham gia của các chuyên gia từ nhiều chuyên ngành khác nhau, là những người có chuyên môn về sức khỏe người chuyển giới và về quản lý chăm sóc cho thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới.
- 12.9- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế tổ chức các lần đánh giá lâm sàng định kỳ để theo dõi các thay đổi về thể chất và các phản ứng bất lợi tiềm tàng của hormone sinh dục, bao gồm theo dõi xét nghiệm nồng độ hormone sinh dục mỗi 3 tháng trong năm đầu của liệu pháp hormone hoặc khi có thay đổi liều, cho đến khi đạt được liều người trưởng thành ổn định, sau đó tiến hành đánh giá lâm sàng và xét nghiệm 1 hoặc 2 lần mỗi năm khi đã đạt liều duy trì ở người trưởng thành.
- 12.10- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế cung cấp thông tin và tư vấn cho tất cả các cá nhân tìm kiếm điều trị y khoa khẳng định giới về các lựa chọn bảo tồn khả năng sinh sản trước khi khởi đầu ức chế dậy thì và trước khi sử dụng liệu pháp hormone.
- 12.11- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế đánh giá và xử trí các tình trạng y khoa có thể trở nên trầm trọng hơn do sự giảm nồng độ hormone sinh dục nội sinh và do điều trị bằng hormone sinh dục ngoại sinh trước khi bắt đầu điều trị ở người chuyển giới và đa dạng giới.
- 12.12- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế giáo dục người chuyển giới và đa dạng giới đang trải qua điều trị khẳng định giới về thời điểm khởi phát và tiến trình thời gian của các thay đổi thể chất do điều trị hormone sinh dục gây ra.
- 12.13- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế không kê đơn ethinyl estradiol cho người chuyển giới và đa dạng giới như một phần của điều trị hormone khẳng định giới.
- 12.14- Chúng tôi gợi ý các chuyên gia y tế kê đơn estrogen qua da cho các cá nhân chuyển giới và đa dạng giới đủ điều kiện* có nguy cơ cao hơn phát triển huyết khối tĩnh mạch, dựa trên tuổi >45 hoặc tiền sử huyết khối tĩnh mạch trước đó, khi điều trị estrogen khẳng định giới được khuyến nghị.
- 12.15- Chúng tôi gợi ý các chuyên gia y tế không kê đơn estrogen liên hợp (conjugated estrogens) cho người chuyển giới và người đa dạng giới khi estradiol có sẵn như một phần của điều trị hormone khẳng định giới.
- 12.16- Chúng tôi khuyến cáo các chuyên gia y tế kê đơn thuốc làm giảm testosterone (cyproterone acetate, spironolactone hoặc các chất chủ vận GnRH) cho những người chuyển giới và đa dạng giới đủ điều kiện* có tình hoàn đang dùng estrogen như một phần của kế hoạch điều trị hormone, nếu mục tiêu cá nhân của họ là đạt mức hormone sinh dục lưu hành tương đương với phụ nữ hợp giới.
- 12.17- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế theo dõi hematocrit (hoặc hemoglobin) ở người chuyển giới và người đa dạng giới được điều trị bằng testosterone.
- 12.18- Chúng tôi gợi ý các chuyên gia y tế hợp tác với các bác sĩ phẫu thuật về việc sử dụng hormone trước và sau phẫu thuật khẳng định giới.
- 12.19- Chúng tôi gợi ý các chuyên gia y tế tư vấn cho những người chuyển giới và đa dạng giới đủ điều kiện* về các lựa chọn khác nhau của phẫu thuật khẳng định giới, trừ khi phẫu thuật không được chỉ định hoặc bị chống chỉ định về mặt y khoa.

12.20- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế bắt đầu và duy trì liệu pháp hormone khẳng định giới cho những người chuyển giới và đa dạng giới đủ điều kiện* mong muốn điều trị này, do đã chứng minh sự cải thiện trong chức năng tâm lý-xã hội và chất lượng cuộc sống.

12.21- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế duy trì liệu pháp hormone hiện có nếu sức khỏe tâm thần của người chuyển giới và đa dạng giới xấu đi, đồng thời đánh giá nguyên nhân của sự xấu đi đó, trừ khi có chống chỉ định.

Trong hầu hết các trường hợp, GAHT được duy trì suốt đời. Hiện chưa rõ liệu liệu GAHT có nên được giảm ở người TGD lớn tuổi hay không. Việc ngừng liệu pháp hormone có thể dẫn đến mất xương ở người TGD và chắc chắn sẽ xảy ra ở những cá nhân đã bị cắt bỏ tuyến sinh dục (Wiepjes et al., 2020). Chăm sóc ban đầu định kỳ cũng nên được thực hiện (xem Chương 15—Chăm sóc ban đầu). Các nghiên cứu dịch tễ học đã ghi nhận tỷ lệ mắc bệnh tim mạch và thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (VTE) tăng ở người TGD sử dụng estrogen, đặc biệt là ở người lớn tuổi và với các dạng chế phẩm GAHT khác nhau (Irwig, 2018; Maraka et al., 2017). Những người TGD được điều trị bằng testosterone cũng có thể có gia tăng nguy cơ tim mạch và các biến cố bất lợi, chẳng hạn như gia tăng nguy cơ nhồi máu cơ tim, tăng huyết áp, giảm cholesterol HDL và thừa cân (Alzahrani et al., 2019; Irwig, 2018; Kyinn et al., 2021). Các chuyên gia y tế nên thảo luận về lối sống và điều trị bằng thuốc với những bệnh nhân có nguy cơ cao nhất phát triển bệnh tim mạch (xem Chương 15—Chăm sóc ban đầu). Đa hồng cầu là một rối loạn khác có thể xuất hiện ở người TGD sử dụng testosterone (Antun et al., 2020). Do đó, việc theo dõi liên tục để phát hiện sự phát triển của các tình trạng có thể bị làm nặng thêm bởi GAHT trong suốt cuộc đời là rất quan trọng (Hembree et al., 2017).

Tất cả các tuyên bố trong chương này đã được khuyến cáo dựa trên việc rà soát kỹ lưỡng bằng chứng, đánh giá lợi ích và tác hại, các giá trị và ưu tiên của nhà cung cấp và bệnh nhân, cũng như việc sử dụng nguồn lực và tính khả thi. Trong một số trường hợp, chúng tôi thừa nhận rằng bằng chứng còn hạn chế và/hoặc các dịch vụ có thể không tiếp cận được hoặc không được mong muốn.

Liệu pháp hormone khẳng định giới ở thanh thiếu niên

Các phần sau sẽ thảo luận về liệu pháp hormone ở TGD thanh thiếu niên. Tùy thuộc vào giai đoạn phát triển của thanh thiếu niên, liệu pháp hormone này thường bao gồm hai giai đoạn, đó là ức chế dậy thì, tiếp theo là GAHT. Trong giai đoạn đầu, sự phát triển dậy thì được

dừng lại để tạo điều kiện cho thanh thiếu niên khám phá bản dạng giới và mục tiêu hiện thân của họ nhằm chuẩn bị cho giai đoạn tiếp theo, có thể bao gồm GAHT. Phần này sẽ thảo luận các khuyến cáo về việc sử dụng các GnRHAs cũng như các phương pháp thay thế để ức chế dậy thì, và sau đó là các khuyến cáo về GAHT. Các phần áp dụng cho cả thanh thiếu niên và người trưởng thành sẽ được trình bày ở phần tiếp theo.

Tuyên bố 12.1

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế chỉ bắt đầu liệu pháp ức chế hormone dậy thì ở thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới đủ điều kiện* sau khi họ đã biểu hiện các thay đổi thể chất đầu tiên của dậy thì (giai đoạn Tanner 2).

Nói chung, mục tiêu của việc sử dụng GnRHAs ở TGD thanh thiếu niên là ngăn chặn sự phát triển tiếp theo của các đặc điểm sinh dục thứ phát nội sinh tương ứng với giới tính được chỉ định khi sinh. Vì phương pháp điều trị này có thể hồi phục hoàn toàn, nó được xem như việc kéo dài thời gian để thanh thiếu niên khám phá bản dạng giới của mình thông qua quá trình chuyển đổi xã hội sớm (Ashley, 2019e). Điều trị bằng GnRHAs cũng có lợi ích điều trị vì thường dẫn đến giảm đáng kể mức độ đau khổ xuất phát từ những thay đổi thể chất xảy ra khi dậy thì nội sinh bắt đầu (Rosenthal, 2014; Turban, King et al., 2020).

Đối với những TGD trẻ em tiền dậy thì có bản dạng giới bền vững, bất kỳ mức độ phát triển vĩnh viễn nào của các đặc điểm sinh dục thứ phát cũng có thể gây ra đau khổ đáng kể. Mặc dù có thể cân nhắc sử dụng GnRHAs để ngăn chặn sự khởi phát của dậy thì ở những cá nhân này khi họ vẫn ở giai đoạn Tanner 1, việc sử dụng GnRHAs như vậy không được khuyến cáo (Hembree et al., 2017). Khi một trẻ đạt đến độ tuổi mà dậy thì thường bắt đầu (thường từ 7–8 đến 13 tuổi đối với những người có buồng trứng và từ 9 đến 14 tuổi đối với những người có tinh hoàn), việc sàng lọc trẻ thường xuyên hơn, có thể mỗi 4 tháng, để phát hiện các dấu hiệu của sự phát triển dậy thì (phát triển mô tuyến vú hoặc thể tích tinh hoàn > 4 ml) là phù hợp. Với nhịp độ diễn hình của sự phát triển dậy thì (3,5–4 năm để hoàn

tất), khả năng xuất hiện các thay đổi dậy thì vĩnh viễn là rất thấp nếu một người chỉ ở trong giai đoạn dậy thì trong 4 tháng hoặc ít hơn. Do đó, với việc theo dõi thường xuyên, sự khởi phát của dậy thì có thể dễ dàng được phát hiện trước khi có các thay đổi thể chất không thể hồi phục, và GnRHa có thể được bắt đầu tại thời điểm đó với hiệu quả cao. Cần lưu ý rằng sau khi bắt đầu GnRHa, thường có sự thoái lui một giai đoạn Tanner. Do đó, nếu chỉ có phát triển tuyến vú ở giai đoạn Tanner 2, tình trạng này thường thoái lui hoàn toàn về giai đoạn tiền dậy thì Tanner 1; điều tương tự thường đúng với tình hoàn ở giai đoạn Tanner 2 (thường thậm chí không thể nhận biết được đối với bệnh nhân và không liên quan đến sự phát triển của các đặc điểm sinh dục thứ phát).

Vì GnRHas hoạt động thông qua việc làm giảm nhạy cảm của thụ thể GnRH, nếu không có sự gia tăng kích thích GnRH nội sinh của tuyến yên (dấu hiệu sinh hóa đầu tiên của dậy thì), thì không cần thiết phải làm giảm nhạy cảm thụ thể GnRH. Ngoài ra, do sự biến thiên rộng rãi về thời điểm bắt đầu dậy thì, rất khó để biện minh cho việc sử dụng GnRHa—một phương pháp có thể mang theo một số nguy cơ chưa biết—nếu không có lợi ích sinh lý trước khi dậy thì khởi phát. Việc sử dụng GnRHa ở trẻ đang ở giai đoạn Tanner 1 chỉ được chỉ định trong các trường hợp chậm phát triển thể chất và dậy thì do thể tạng, thường đi kèm với việc bắt đầu GAHT.

Tuy nhiên, việc sử dụng GnRHa có thể được cân nhắc ở một trẻ mà do chậm phát triển thể chất và dậy thì do thể tạng, bắt đầu GAHT khi vẫn đang ở giai đoạn Tanner 1. Việc bắt đầu GAHT có thể kích hoạt trục hạ đồi–tuyến yên–tuyến sinh dục trong giai đoạn đầu, nhưng cũng có thể che lấp các tác động của sự kích hoạt này lên cơ thể. Để tránh các thay đổi cơ thể có khả năng làm trầm trọng thêm sự không phù hợp giới của cá nhân, GnRHa có thể được bắt đầu như một liệu pháp hỗ trợ cho GAHT ngay sau khi khởi trị GAHT nhằm đảm bảo sự phát triển dậy thì theo kiểu hình được xác định. Ngoài ra, việc ức chế sự phát triển của các đặc điểm sinh dục thứ phát đạt hiệu quả cao nhất khi điều trị hormone sinh dục được khởi trị ở giai đoạn dậy thì sớm đến trung gian, so với bắt đầu sau khi dậy thì đã hoàn tất (Bangalore-Krishna et al., 2019). Tương ứng, đối với những thanh thiếu niên đã hoàn tất dậy thì nội sinh và đang cân nhắc bắt đầu GAHT, GnRHas có thể được sử dụng để ức chế các chức năng thể chất, chẳng hạn như kinh nguyệt hoặc cương dương, và có thể đóng vai trò

như một biện pháp chuyển tiếp cho đến khi thanh thiếu niên, người giám hộ (nếu thanh thiếu niên chưa thể tự đồng thuận), và nhóm điều trị đạt được quyết định chung (Bangalore-Krishna et al., 2019; Rosenthal, 2021).

Sự khởi phát của dậy thì xảy ra thông qua việc tái hoạt hóa trục hạ đồi–tuyến yên–tuyến sinh dục. Đánh giá lâm sàng các giai đoạn dậy thì dựa trên các đặc điểm thể chất phản ánh sự tái hoạt hóa đó. Ở những cá nhân có buồng trứng hoạt động, giai đoạn Tanner 2 được đặc trưng bởi sự xuất hiện của nụ tuyến vú. Sự phát triển của tuyến vú xảy ra do tiếp xúc với estrogen do buồng trứng sản xuất. Ở những cá nhân có tình hoàn hoạt động, giai đoạn Tanner 2 được đặc trưng bởi sự gia tăng thể tích tinh hoàn (thường > 4 ml). Sự phát triển của tinh hoàn được điều hòa thông qua các gonadotropin là luteinizing hormone (LH) và follicle stimulating hormone (FSH). Ở các giai đoạn muộn hơn, tinh hoàn sản xuất đủ testosterone để gây ra sự nam hóa cơ thể.

Tuyên bố 12.2

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế sử dụng các chất chủ vận GnRH để ức chế hormone sinh dục nội sinh ở những người chuyển giới và đa dạng giới đủ điều kiện* khi việc ngăn chặn dậy thì được chỉ định. Xem chi tiết hơn ở Tuyên bố 12.4.

Tuyên bố 12.3

Chúng tôi gợi ý các chuyên gia y tế kê đơn progestin (dạng uống hoặc dạng tiêm phóng thích chậm) để ức chế dậy thì ở thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới đủ điều kiện* khi các chất chủ vận GnRH không sẵn có hoặc chi phí quá cao. Xem chi tiết hơn ở Tuyên bố 12.4.

Tuyên bố 12.4

Chúng tôi gợi ý các chuyên gia y tế kê đơn các chất chủ vận GnRH để ức chế hormone sinh dục mà không kèm theo liệu pháp thay thế hormone sinh dục ở những thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới đủ điều kiện đang tìm kiếm can thiệp này, đã ở giai đoạn dậy thì muộn hoặc đã hoàn tất dậy thì (sau giai đoạn Tanner 3) nhưng chưa chắc chắn hoặc không mong muốn bắt đầu liệu pháp hormone sinh dục.

GnRHas làm giảm nồng độ gonadotropin và hormone sinh dục ở TGD thanh thiếu niên và do đó

ngăn chặn sự phát triển tiếp tục của các đặc điểm sinh dục thứ phát (Schagen et al., 2016). Việc sử dụng chúng nhìn chung là an toàn, với tăng huyết áp là biến cố bất lợi ngắn hạn duy nhất được báo cáo trong y văn (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006; Klink, Bokenkamp et al., 2015). GnRHas ngăn tuyến yên tiết LH và FSH (Gava et al., 2020). Khi các gonadotropin giảm, tuyến sinh dục không còn được kích thích để sản xuất hormone sinh dục (estrogen hoặc androgen), và nồng độ hormone sinh dục trong máu giảm xuống mức tiền dậy thì. Điều trị bằng GnRHa dẫn đến sự thoái lui một phần của các giai đoạn ban đầu của các đặc điểm sinh dục thứ phát đã phát triển (Bangalore et al., 2019). TGD thanh thiếu niên có buồng trứng hoạt động sẽ trải qua sự giảm phát triển của mô tuyến vú, và nếu điều trị được bắt đầu ở giai đoạn Tanner 2, mô tuyến vú có thể biến mất hoàn toàn (Shumer et al., 2016). Kinh nguyệt có thể được ngăn chặn hoặc chấm dứt sau khi sử dụng GnRHas ở thanh thiếu niên có tử cung. Ở TGD thanh thiếu niên có tinh hoàn hoạt động, thể tích tinh hoàn sẽ thoái lui xuống mức thấp hơn.

Khi điều trị bằng GnRHa được bắt đầu ở thanh thiếu niên trong các giai đoạn muộn của dậy thì, một số thay đổi thể chất của dậy thì, chẳng hạn như sự phát triển tuyến vú giai đoạn muộn ở TGD thanh thiếu niên có buồng trứng hoạt động và giọng trầm hơn cũng như sự phát triển lông mặt ở TGD thanh thiếu niên có tinh hoàn hoạt động, sẽ không thoái lui hoàn toàn, mặc dù mọi tiến triển tiếp theo sẽ bị dừng lại (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006). GnRHas đã được sử dụng từ năm 1981 để điều trị dậy thì sớm trung ương (Comite et al., 1981; Laron et al., 1981), và các lợi ích của chúng đã được xác lập rõ ràng (vui lòng xem thêm các tuyên bố trong Chương 6—Thanh thiếu niên). Việc sử dụng GnRHas ở những cá nhân bị dậy thì sớm trung ương được xem là vừa an toàn vừa hiệu quả, không có tác dụng bất lợi dài hạn đã biết (Carel et al., 2009). Tuy nhiên, việc sử dụng GnRHas ở TGD thanh thiếu niên được xem là ngoài chỉ định vì ban đầu chúng không được phát triển cho mục đích này. Dù vậy, dữ liệu từ các thanh thiếu niên được kê đơn GnRHas với liều lượng và cách thức tương tự cho thấy hiệu quả trong việc trì hoãn sự khởi phát của dậy thì, mặc dù các tác động dài hạn lên khối lượng xương vẫn chưa được xác lập rõ ràng (Klink, Caris et al., 2015). Mặc dù dữ liệu dài hạn ở TGD thanh thiếu niên còn hạn chế hơn so với thanh thiếu niên bị dậy thì sớm, việc thu thập dữ liệu cụ thể ở quần thể này vẫn đang được tiến hành (Klaver et

al., 2020; Lee, Finlayson et al., 2020; Millington et al., 2020; Olson-Kennedy, Garofalo et al., 2019).

Chúng tôi thừa nhận rằng mặc dù GnRHas là một phương pháp điều trị cần thiết về mặt y khoa, chúng có thể không sẵn có đối với các thanh thiếu niên đủ điều kiện do không được bảo hiểm y tế chi trả ở một số quốc gia hoặc do chi phí quá cao. Do đó, trong những trường hợp này, các phương pháp khác nên được cân nhắc, chẳng hạn như các dạng progestin đường uống hoặc tiêm. Ngoài ra, đối với các thanh thiếu niên trên 14 tuổi, hiện chưa có dữ liệu để hướng dẫn các HCP về việc liệu GnRHas có thể được sử dụng như liệu pháp đơn trị (và trong bao lâu) mà không gây nguy cơ đáng kể đối với sức khỏe xương hay không. Điều này là do bộ xương sẽ không được tiếp xúc với mức hormone sinh dục đầy đủ (Rosenthal, 2021).

Tình trạng giảm chức năng sinh dục kéo dài trong tuổi vị thành niên, dù do các tình trạng y khoa như suy sinh dục tăng gonadotropin, các nguyên nhân do can thiệp y khoa như đơn trị liệu GnRHa, hay các tình trạng sinh lý như chậm phát triển thể chất và dậy thì do thể tạng, thường liên quan đến gia tăng nguy cơ sức khỏe xương kém trong giai đoạn sau của cuộc đời (Bertelloni et al., 1998; Finkelstein et al., 1996). Tuy nhiên, sự tích lũy khối lượng xương là một quá trình đa yếu tố, liên quan đến sự tương tác phức tạp giữa các yếu tố nội tiết, di truyền và lối sống (Anai et al., 2001). Khi quyết định thời gian sử dụng đơn trị liệu GnRHa, cần xem xét tất cả các yếu tố góp phần, bao gồm các yếu tố như khối lượng xương trước điều trị, tuổi xương và giai đoạn dậy thì từ góc độ nội tiết, cũng như sự tăng chiều cao, và các yếu tố tâm lý xã hội như mức độ trưởng thành tâm thần và giai đoạn phát triển so với nhóm tuổi vị thành niên tương ứng, cùng với các mục tiêu điều trị cá nhân (Rosenthal, 2021). Vì những lý do này, cần duy trì một nhóm đa chuyên ngành và mối quan hệ lâm sàng liên tục với thanh thiếu niên và gia đình khi bắt đầu GnRHa (xem các Tuyên bố 6.8, 6.9 và 6.12 trong Chương 6—Thanh thiếu niên). Diễn tiến lâm sàng của điều trị, ví dụ như sự phát triển khối lượng xương trong quá trình điều trị GnRHa và đáp ứng của thanh thiếu niên đối với điều trị, có thể giúp xác định thời gian sử dụng đơn trị liệu GnRHa.

Tuyên bố 12.5

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế kê đơn các phác đồ điều trị hormone sinh dục như một phần của điều trị khẳng định giới cho các thanh

thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới đủ điều kiện*, đang ở ít nhất giai đoạn Tanner 2, với sự tham gia của cha mẹ/người giám hộ, trừ khi việc tham gia của họ được xác định là gây hại hoặc không cần thiết đối với thanh thiếu niên. Xem chi tiết hơn ở Tuyên bố 12.6.

Tuyên bố 12.6

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế đo nồng độ hormone trong quá trình điều trị khẳng định giới nhằm bảo đảm các hormone sinh dục nội sinh được hạ thấp và các hormone sinh dục đang sử dụng được duy trì ở mức phù hợp với mục tiêu điều trị của người chuyển giới và đa dạng giới, tương ứng với giai đoạn Tanner.

Liệu pháp hormone sinh dục nhìn chung bao gồm hai phác đồ điều trị, phụ thuộc vào thời điểm bắt đầu điều trị bằng GnRHa. Khi điều trị GnRHa được khởi đầu ở giai đoạn sớm của sự phát triển dậy thì nội sinh, dậy thì tương ứng với bản dạng giới hoặc mục tiêu hình thể sẽ được khởi phát bằng liệu hormone sinh dục tương tự như liệu sử dụng cho thanh thiếu niên bị thiếu năng sinh dục giai đoạn quanh dậy thì. Trong bối cảnh này, liệu hormone sinh dục ở mức người trưởng thành thường đạt được trong khoảng 2 năm (Chantrapranichkul et al., 2021). Khi điều trị GnRHa được khởi đầu ở các thanh thiếu niên chuyển giới ở giai đoạn muộn của dậy thì hoặc sau dậy thì, hormone sinh dục có thể được sử dụng với liều khởi đầu cao hơn và tăng nhanh hơn cho đến khi đạt được liều duy trì, tương tự các phác đồ điều trị ở người trưởng thành chuyển giới (Hembree et al., 2017). Một lợi ích bổ sung của điều trị GnRHa là hormone sinh dục không cần phải sử dụng ở liều siêu sinh lý, vốn cần thiết để ức chế sản xuất hormone sinh dục nội sinh (Safer & Tangpricha, 2019). Đối với các cá nhân TGD có tình hoàn còn hoạt động, điều trị GnRHa (hoặc một thuốc ức chế testosterone khác) nên được tiếp tục cho đến khi thanh thiếu niên/người trẻ TGD đó cuối cùng trải qua phẫu thuật cắt bỏ tuyến sinh dục, nếu thủ thuật phẫu thuật này được thực hiện như một phần cần thiết về mặt y khoa trong chăm sóc khẳng định giới của họ. Khi đạt được nồng độ testosterone ở mức người trưởng thành ở các cá nhân TGD có buồng trứng còn hoạt động, những người ban đầu đã được ức chế bằng GnRHa, testosterone đơn thuần ở liều sinh lý thường đủ để làm giảm sự tiết estrogen từ buồng trứng, và GnRHa có thể được ngừng như sẽ được thảo luận dưới đây (Hembree

et al., 2017). Đối với các TGD thanh thiếu niên có buồng trứng còn hoạt động và mới tiếp cận chăm sóc, GAHT có thể được thực hiện chỉ với testosterone ở liều sinh lý mà không cần phối hợp GnRHa (Hembree et al., 2017).

Liệu pháp hormone sinh dục khẳng định giới gây ra sự phát triển các đặc điểm sinh dục thứ phát phù hợp với bản dạng giới. Đồng thời, tốc độ khoáng hóa xương, vốn giảm trong thời gian điều trị bằng GnRHa, sẽ hồi phục nhanh chóng (Klink, Caris et al., 2015). Trong quá trình điều trị GnRHa ở các TGD thanh thiếu niên giai đoạn dậy thì sớm, các bản sụn tăng trưởng đầu xương vẫn chưa đóng (Kvist et al., 2020; Schagen et al., 2020). Sau khi bắt đầu điều trị hormone sinh dục, có thể xảy ra một đợt tăng trưởng chiều cao, và sự trưởng thành của xương tiếp tục diễn ra (Vlot et al., 2017). Ở các TGD thanh thiếu niên sau dậy thì, điều trị hormone sinh dục sẽ không ảnh hưởng đến chiều cao vì các bản sụn tăng trưởng đã đóng và sự trưởng thành xương đã hoàn tất (Vlot et al., 2017).

Ở các TGD thanh thiếu niên có tình hoàn còn hoạt động, việc sử dụng 17- β -estradiol để khởi phát dậy thì được ưu tiên hơn so với các estrogen tổng hợp, chẳng hạn như ethinyl estradiol có nguy cơ huyết khối cao hơn (xem Phụ lục D) (Asscheman et al., 2015). Vẫn cần tiếp tục GnRHa để ức chế sản xuất testosterone nội sinh hoặc chuyển sang một thuốc khác có tác dụng ức chế sản xuất testosterone nội sinh (Rosenthal et al., 2016). Sự phát triển tuyến vú và sự phân bố mỡ kiểu nữ là một trong số nhiều thay đổi cơ thể xảy ra đáp ứng với điều trị estrogen. Xem Phụ lục C—Bảng 1.

Đối với các TGD thanh thiếu niên mong muốn điều trị theo hướng nam hóa, androgen có sẵn dưới dạng tiêm, dạng qua da và viên cấy dưới da. Để khởi phát dậy thì, việc sử dụng testosterone-ester tiêm thường được đa số chuyên gia khuyến nghị ban đầu do chi phí, tính sẵn có và kinh nghiệm sử dụng (Shumer et al., 2016). Nên tiếp tục GnRHa ít nhất cho đến khi đạt được mức testosterone duy trì. Đáp ứng với điều trị androgen, cơ thể sẽ xảy ra hiện tượng nam hóa, bao gồm trầm giọng, phát triển cơ bắp nhiều hơn đặc biệt ở phần trên của cơ thể, mọc lông mặt và lông cơ thể, và phì đại âm vật (Rosenthal et al., 2016). Xem Phụ lục C—Bảng 1.

Trong hầu hết mọi tình huống, cần phải có sự đồng ý của cha mẹ/người chăm sóc. Các ngoại lệ đối với khuyến nghị này, đặc biệt khi sự tham gia của cha mẹ hoặc người chăm sóc được xác định là gây hại cho

thanh thiếu niên, được mô tả chi tiết hơn trong Chương 6—Thanh thiếu niên (xem Tuyên bố 6.11), nơi trình bày cơ sở lý luận cho việc đưa cha mẹ/người chăm sóc tham gia vào quá trình đồng thuận.

Tuyên bố 12.7

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế kê đơn progestogen hoặc GnRH agonist cho các thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới đủ điều kiện* có từ cung nhằm làm giảm phiền muộn giới do chu kỳ kinh nguyệt gây ra, khi việc sử dụng testosterone khẳng định giới chưa được chỉ định.

Ức chế kinh nguyệt là một lựa chọn điều trị thường cần thiết đối với các cá nhân TGD trải nghiệm sự đau khổ liên quan đến kinh nguyệt hoặc sự lo lắng về việc sắp có kinh lần đầu. Tuyên bố 6.7 trong Chương 6—Thanh thiếu niên mô tả vấn đề này chi tiết hơn. Để đạt được vô kinh, ức chế kinh nguyệt có thể được khởi đầu như một lựa chọn đơn lẻ trước khi bắt đầu testosterone hoặc song song với liệu pháp testosterone (Carswell & Roberts, 2017). Một số thanh thiếu niên, chưa sẵn sàng cho liệu pháp testosterone hoặc chưa ở giai đoạn dậy thì/phát triển phù hợp để bắt đầu điều trị này, sẽ được hưởng lợi từ việc gây vô kinh (Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2018). Những thanh thiếu niên trải nghiệm sự trầm trọng hơn của phiền muộn giới liên quan đến sự khởi phát dậy thì có thể lựa chọn điều trị bằng GnRHa để ức chế dậy thì (xem thêm Chương Thanh thiếu niên).

Progestogen có thể hiệu quả ở những thanh thiếu niên mà mục tiêu duy nhất là ức chế kinh nguyệt. Việc sử dụng liên tục thuốc uống chỉ chứa progestin (bao gồm cả các lựa chọn tránh thai và không tránh thai), tiêm medroxyprogesterone, hoặc dụng cụ tử cung chứa levonorgestrel có thể được sử dụng để gây vô kinh (Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). Các cá nhân TGD có buồng trứng còn hoạt động khi bắt đầu liệu pháp testosterone có thể trải qua 1–5 chu kỳ kinh nguyệt trước khi đạt được vô kinh (Taub et al., 2020). Khi đã đạt được vô kinh, một số cá nhân TGD có buồng trứng còn hoạt động cũng có thể lựa chọn tiếp tục điều trị progestin để tránh thai nếu điều này phù hợp với thực hành tình dục của họ.

Các cá nhân TGD có buồng trứng còn hoạt động và có từ cung nên được tư vấn về khả năng xuất huyết tử cung giữa chu kỳ trong những tháng đầu sau khi bắt đầu ức chế kinh nguyệt. Với liệu pháp GnRHa, rong kinh có thể xảy ra sau 2–3 tuần kể từ khi bắt đầu thuốc. Đối với

những cá nhân cần tránh thai hoặc tiếp tục bị ra máu kinh nguyệt khi điều trị bằng progestin, có thể cân nhắc phối hợp estrogen với progestin để duy trì vô kinh; tuy nhiên, cần tư vấn cho họ về tác dụng phụ có thể xảy ra là phát triển tuyến vú (Schwartz et al., 2019).

Tuyên bố 12.8

Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế huy động sự tham gia của các chuyên gia từ nhiều chuyên ngành khác nhau, là những người có chuyên môn về sức khỏe người chuyển giới và về quản lý chăm sóc cho thanh thiếu niên chuyển giới và đa dạng giới.

Tương tự như chăm sóc thanh thiếu niên nói chung, chúng tôi gợi ý khi có thể nên thành lập một nhóm chuyên gia đa ngành gồm các chuyên gia y khoa và sức khỏe tâm thần (MHPs) để quản lý điều trị này. Ở các thanh thiếu niên theo đuổi GAHT (do đây là điều trị có tính không hồi phục một phần), chúng tôi gợi ý khởi đầu điều trị bằng lịch trình tăng liều dần sau khi nhóm đa ngành gồm các chuyên gia y khoa và MHP đã xác nhận sự dai dẳng của phiền muộn giới/sự không phù hợp giới và đã xác lập rằng cá nhân đó có năng lực tâm thần để đưa ra sự đồng thuận dựa trên hiểu biết (Hembree et al., 2017). Các khía cạnh cụ thể liên quan đến đánh giá thanh thiếu niên và sự tham gia của người chăm sóc cũng như nhóm đa ngành được mô tả chi tiết hơn trong Chương 6—Thanh thiếu niên.

Nếu có thể, TGD thanh thiếu niên nên được tiếp cận với các chuyên gia về sức khỏe chuyển giới nhi khoa từ nhiều chuyên ngành, bao gồm chăm sóc ban đầu, nội tiết, sinh sản, sức khỏe tâm thần, giọng nói, công tác xã hội, hỗ trợ tinh thần, và phẫu thuật (Chen, Hidalgo et al., 2016; Eisenberg et al., 2020; Keo-Meier & Ehrensaft, 2018). Các nhân viên y tế cho mỗi bệnh nhân được khuyến khích xây dựng mối quan hệ hợp tác với các nhân viên y tế từ các chuyên ngành khác để tạo thuận lợi cho việc giới thiệu khi cần thiết cho thanh thiếu niên và gia đình của họ (Tishelman et al., 2015). Tuy nhiên, việc thiếu các chuyên gia và nguồn lực sẵn có không nên được coi là rào cản đối với chăm sóc (Rider, McMorris et al., 2019). Hỗ trợ hữu ích cho thanh thiếu niên bao gồm việc tiếp cận thông tin chính xác, phù hợp về văn hóa liên quan đến bản dạng giới và xu hướng tính dục, các lựa chọn chuyển đổi, tác động của sự hỗ trợ từ gia đình, và sự kết nối với những người có trải nghiệm tương tự cũng như với người TGD trưởng thành thông qua các nhóm hỗ trợ trực tuyến và

trực tiếp dành cho thanh thiếu niên và các thành viên gia đình (Rider, McMorris et al., 2019).

Nhiều thanh thiếu niên là TGD được ghi nhận có sự chênh lệch về sức khỏe tâm thần, và việc sàng lọc sức khỏe tâm thần ban đầu (ví dụ: PHQ-2, GAD) có thể được áp dụng khi phù hợp (Rider, McMorris et al., 2019). Các nhân viên y tế cần ghi nhớ rằng việc là người chuyển giới hoặc đang hoài nghi về bản dạng giới không cấu thành bệnh lý hay rối loạn. Do đó, cá nhân không nên bị giới thiệu điều trị sức khỏe tâm thần chỉ dựa trên bản dạng chuyển giới. Các HCP và MHP điều trị cho nhóm thanh thiếu niên này và thực hiện giới thiệu tối thiểu cần phải quen thuộc với tác động của sang chấn, phiền muộn giới và các yếu tố căng thẳng của nhóm thiểu số giới lên bất kỳ triệu chứng sức khỏe tâm thần tiềm tàng nào, chẳng hạn như rối loạn ăn uống, ý tưởng tự sát, lo âu xã hội. Các nhân viên y tế này cũng cần có hiểu biết về mức độ sẵn sàng của các dịch vụ sức khỏe tâm thần nội trú tại khu vực của họ trong việc cung cấp chăm sóc khẳng định giới đảm bảo chất lượng cho thanh thiếu niên TGD (Barrow & Apostle, 2018; Kuper, Wright et al., 2018; Kuper, Mathews et al., 2019; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). Các Tuyên bố 6.3, 6.4 và 6.12d trong Chương 6—Thanh thiếu niên đề cập chi tiết hơn vấn đề này. Do cha mẹ của các thanh thiếu niên này thường trải qua mức độ lo âu cao ngay sau khi biết con mình là TGD cũng như phản ứng khi dự đoán viễn cảnh sức khỏe thể chất và tâm thần lâu dài của trẻ, việc giới thiệu các hỗ trợ sức khỏe tâm thần phù hợp cho cha mẹ có thể mang lại lợi ích lớn (Coolhart et al., 2017; Pullen Sansfaçon et al., 2015; Taliaferro et al., 2019).

Tuyên bố 12.9

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế tổ chức các lần đánh giá lâm sàng định kỳ để theo dõi các thay đổi về thể chất và các phản ứng bất lợi tiềm tàng của hormone sinh dục, bao gồm theo dõi xét nghiệm nồng độ hormone sinh dục mỗi 3 tháng trong năm đầu của liệu pháp hormone hoặc khi có thay đổi liều, cho đến khi đạt được liều người trưởng thành ổn định, sau đó tiến hành đánh giá lâm sàng và xét nghiệm 1 hoặc 2 lần mỗi năm khi đã đạt liều duy trì ở người trưởng thành.

Liệu pháp hormone sinh dục liên quan đến một phổ rộng các thay đổi về thể chất và tâm lý (Irwig, 2017; Tangpricha & den Heijer, 2017) (xem Phụ lục C—Bảng 1). Sau khi bắt đầu liệu pháp hormone sinh dục, HCP

nên thường xuyên đánh giá tiến triển và đáp ứng của cá nhân đối với điều trị (xem thêm Chương 6—Thanh thiếu niên). Đánh giá này nên xem xét sự hiện diện của bất kỳ thay đổi thể chất nào cũng như tác động của điều trị đối với phiền muộn giới (nếu có) và sự an lành tâm lý (xem Phụ lục C—Bảng 1). Các lần thăm khám lâm sàng cung cấp cơ hội quan trọng để HCP giáo dục bệnh nhân về diễn tiến điển hình và thời gian cần thiết để các thay đổi thể chất biểu hiện và khuyến khích cho các kỳ vọng thực tế. Trong năm đầu của liệu pháp hormone, liều hormone sinh dục thường được tăng dần. Một yếu tố chính định hướng liều dùng là nồng độ huyết thanh của hormone sinh dục tương ứng. Nói chung, mục tiêu là điều chỉnh nồng độ hormone sinh dục trong huyết thanh sao cho phù hợp với mức liên quan đến bản dạng giới của cá nhân, mặc dù các khoảng mục tiêu tối ưu vẫn chưa được xác lập (Hembree et al., 2017).

Bên cạnh việc đánh giá các thay đổi tích cực liên quan đến liệu pháp hormone sinh dục, HCP nên thường xuyên đánh giá xem điều trị có gây ra bất kỳ tác dụng phụ nào hay không (xem Phụ lục C—Bảng 2). Ví dụ về các dấu hiệu và triệu chứng phụ bao gồm mụn trứng cá do androgen hoặc rối loạn chức năng tình dục gây khó chịu (Braun et al., 2021; Kerckhof et al., 2019). GAHT cũng có khả năng ảnh hưởng bất lợi đến một số xét nghiệm cận lâm sàng. Ví dụ, spironolactone có thể gây tăng kali máu, mặc dù đây là hiện tượng hiếm gặp và thoáng qua (Millington et al., 2019). Testosterone làm tăng số lượng hồng cầu (hematocrit), đôi khi có thể gây tăng hồng cầu (Antun et al., 2020) (xem Tuyên bố 12.17) (Hembree et al., 2017). Cả estrogen và testosterone đều có thể làm thay đổi các thông số lipid, chẳng hạn như HDL và triglyceride (Maraka et al., 2017). Xem Phụ lục C—Bảng 3 và 4.

Tần suất đánh giá lâm sàng nên được cá thể hóa và định hướng bởi đáp ứng điều trị của từng cá nhân. Chúng tôi gợi ý việc đánh giá lâm sàng được thực hiện khoảng mỗi 3 tháng trong năm đầu của liệu pháp hormone ở những bệnh nhân ổn định và không gặp các tác dụng phụ đáng kể (Phụ lục C—Bảng 5). Chúng tôi gợi ý, thay vì khuyến cáo cứng nhắc, việc xét nghiệm được thực hiện mỗi 3 tháng trong năm đầu để cho phép linh hoạt về thời điểm xét nghiệm, vì không có bằng chứng mạnh hoặc bằng chứng từ các nghiên cứu đã công bố ủng hộ các khoảng thời gian xét nghiệm cụ thể. Nếu một cá nhân gặp tác dụng phụ, việc xét nghiệm cận lâm sàng và/hoặc thăm khám lâm sàng thường xuyên hơn thường là cần thiết. Do những nguy cơ tiềm tàng

liên quan đến nồng độ hormone sinh dục vượt quá phạm vi sinh lý ở người, chúng tôi đặc biệt khuyến cáo việc xét nghiệm định kỳ được thực hiện như một thực hành tiêu chuẩn khi khởi đầu GAHT ở các cá nhân TGD. Khi một người đã đạt được liều hormone sinh dục người trưởng thành ổn định mà không có tác dụng phụ đáng kể, tần suất thăm khám có thể giảm xuống còn một đến hai lần mỗi năm (Hembree et al., 2017).

Tuyên bố 12.10

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế cung cấp thông tin và tư vấn cho tất cả các cá nhân tìm kiếm điều trị y khoa khẳng định giới về các lựa chọn bảo tồn khả năng sinh sản trước khi khởi đầu ức chế dậy thì và trước khi sử dụng liệu pháp hormone.

Việc ức chế dậy thì và điều trị hormone bằng hormone sinh dục có thể có các tác động bất lợi tiềm tàng đối với khả năng sinh sản trong tương lai của một người (Cheng et al., 2019) (xem thêm Chương 6—Thanh thiếu niên và Chương 16—Sức khỏe sinh sản). Mặc dù một số người TGD có thể chưa suy nghĩ nhiều về tiềm năng sinh sản trong tương lai tại thời điểm đánh giá ban đầu để bắt đầu điều trị y khoa, các hệ quả tiềm tàng của điều trị và các lựa chọn bảo tồn khả năng sinh sản nên được người kê đơn hormone xem xét và thảo luận với người đang tìm kiếm các liệu pháp này (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine et al., 2015; De Roo et al., 2016).

Các cá nhân có tinh hoàn nên được tư vấn rằng điều trị kéo dài bằng estrogen thường gây teo tinh hoàn và giảm số lượng tinh trùng cũng như các thông số tinh dịch khác (Adeleye et al., 2018). Tuy nhiên, vẫn còn những khoảng trống lớn trong hiểu biết, và các phát hiện liên quan đến khả năng sinh sản của những người chuyển giới nữ dùng estrogen và thuốc kháng androgen là không nhất quán (Cheng et al., 2019). Trong một nghiên cứu, sự không đồng nhất về mô học tinh hoàn được ghi nhận dù bệnh nhân ngừng hay tiếp tục điều trị trước khi cắt tinh hoàn (Schneider et al., 2015). Ví dụ, việc ngừng estrogen và thuốc kháng androgen trong sáu tuần dẫn đến sinh tinh hoàn toàn ở 45% cá nhân, trong khi số còn lại cho thấy sự dừng lại ở giai đoạn giảm phân hoặc ở giai đoạn tinh nguyên bào (Schneider et al., 2015). Tuy nhiên, việc xác nhận nồng độ testosterone huyết thanh nằm trong khoảng tham chiếu của nữ giới dẫn đến ức chế hoàn toàn quá trình sinh tinh ở đa số phụ nữ chuyển giới (Verecke et al., 2020). Lựa

chọn bảo tồn khả năng sinh sản chính cho bệnh nhân có tinh hoàn còn hoạt động là trữ lạnh tinh trùng, còn gọi là lưu trữ tinh trùng (Mattawanon et al., 2018). Ở các bệnh nhân tiền dậy thì, việc ức chế dậy thì bằng GnRHs sẽ làm tạm dừng sự trưởng thành của tinh trùng (Finlayson et al., 2016).

Các cá nhân có buồng trứng còn hoạt động nên được tư vấn rằng liệu pháp testosterone thường dẫn đến ngừng kinh nguyệt và rụng trứng, thường trong vòng vài tháng sau khi bắt đầu điều trị (Taub et al., 2020). Cũng tồn tại những khoảng trống lớn trong hiểu biết liên quan đến các tác động tiềm tàng của testosterone lên noãn và khả năng sinh sản sau đó của bệnh nhân TGD (Eisenberg et al., 2020; Stuyver et al., 2020). Một nghiên cứu cho thấy điều trị testosterone có thể liên quan đến hình thái buồng trứng đa nang, trong khi các nghiên cứu khác không ghi nhận bằng chứng chuyển hóa (Chan et al., 2018) hay mô học (De Roo et al., 2017; Grynberg et al., 2010) của hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS) sau điều trị testosterone, và một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ PCOS cao hơn đã tồn tại từ trước ở các bệnh nhân chuyển giới có buồng trứng (Baba, 2007; Gezer et al., 2021). Các bệnh nhân TGD còn tử cung và buồng trứng nguyên vẹn thường phục hồi tiềm năng sinh sản nếu ngừng điều trị testosterone (Light et al., 2014). Thực tế, đã có báo cáo về một ca sinh sống có áp dụng công nghệ hỗ trợ sinh sản, sau khi chọc hút trứng có kích thích hormone ở một cá nhân TGD vẫn đang điều trị testosterone (Greenwald et al., 2021; Safer & Tangpricha, 2019). Các lựa chọn bảo tồn khả năng sinh sản khác cho bệnh nhân TGD có buồng trứng bao gồm trữ lạnh noãn và trữ lạnh phôi với tinh trùng của bạn tình hoặc người hiến. Các lựa chọn trên đòi hỏi kích thích hormone để thu nhận trứng và sử dụng công nghệ hỗ trợ sinh sản.

Đối với thanh thiếu niên chuyển giới ở giai đoạn dậy thì sớm, việc ức chế dậy thì bằng GnRHa sẽ làm tạm dừng sự trưởng thành của tế bào mầm, mặc dù một báo cáo gần đây ghi nhận việc kích thích buồng trứng ở một TGD thanh thiếu niên được điều trị bằng GnRHa ở giai đoạn dậy thì sớm (và tiếp tục trong quá trình kích thích buồng trứng) đã tạo ra một số lượng nhỏ noãn trưởng thành được trữ lạnh (Rothenberg et al., 2019). Điều trị một TGD thanh thiếu niên có tinh hoàn còn hoạt động ở giai đoạn sớm của dậy thì bằng GnRHa không chỉ làm tạm dừng sự trưởng thành của tế bào mầm mà còn duy trì kích thước dương vật ở mức tiền dậy thì. Điều này nhiều khả năng sẽ ảnh hưởng đến các cân nhắc phẫu

thuật nếu người đó sau này trải qua phẫu thuật tạo hình âm đạo bằng phương pháp lộn ngược dương vật, do có ít mô dương vật hơn để sử dụng. Trong những trường hợp này, khả năng cao việc tạo hình âm đạo sẽ cần một thủ thuật phẫu thuật phức tạp hơn, ví dụ như tạo hình âm đạo bằng ruột (Dy et al., 2021; van de Grift et al., 2020). Những cân nhắc như vậy nên được đưa vào bất kỳ cuộc thảo luận nào với bệnh nhân và gia đình khi cân nhắc sử dụng thuốc ức chế dậy thì ở các thanh thiếu niên dậy thì sớm có tinh hoàn còn hoạt động.

Tuyên bố 12.11

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế đánh giá và xử trí các tình trạng y khoa có thể trở nên trầm trọng hơn do sự giảm nồng độ hormone sinh dục nội sinh và do điều trị bằng hormone sinh dục ngoại sinh trước khi bắt đầu điều trị ở người chuyển giới và đa dạng giới.

Những người TGD tìm kiếm điều trị theo hướng nam hóa phải được thông tin về các khả năng, hệ quả, giới hạn và nguy cơ liên quan đến điều trị testosterone. Liệu pháp testosterone chống chỉ định trong thai kỳ hoặc khi đang cố gắng mang thai do các rủi ro y tế tiềm tàng lên thai nhi. Các chống chỉ định tương đối đối với liệu pháp testosterone bao gồm tăng huyết áp nặng, ngưng thở khi ngủ và đa hồng cầu, vì các tình trạng này có thể trở nên trầm trọng hơn do testosterone. Việc theo dõi huyết áp và hồ sơ lipid nên được thực hiện trước và sau khi bắt đầu liệu pháp testosterone. Sự gia tăng huyết áp thường xảy ra trong vòng 2 đến 4 tháng sau khi bắt đầu điều trị testosterone (Banks et al., 2021). Những bệnh nhân phát triển tăng cholesterol máu và/hoặc tăng triglyceride máu có thể cần điều trị bằng thay đổi chế độ ăn, thuốc, hoặc cả hai.

Những người TGD tìm kiếm điều trị theo hướng nữ hóa có tiền sử các biến cố thuyên tắc huyết khối, chẳng hạn như huyết khối tĩnh mạch sâu và thuyên tắc phổi, nên được đánh giá và điều trị trước khi bắt đầu liệu pháp hormone. Điều này là do liệu pháp estrogen có liên quan chặt chẽ với nguy cơ tăng thuyên tắc huyết khối, một biến chứng có thể đe dọa tính mạng. Ngoài ra, các yếu tố nguy cơ có thể làm tăng nguy cơ thuyên tắc huyết khối, chẳng hạn như hút thuốc, béo phì và lối sống ít vận động, nên được điều chỉnh. Ở những bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ không thể thay đổi, chẳng hạn như tiền sử đã biết về tình trạng tăng đông máu, tiền sử huyết khối, hoặc tiền sử gia đình mạnh về thuyên tắc huyết khối, điều trị bằng estrogen qua da

phối hợp với thuốc chống đông có thể làm giảm nguy cơ thuyên tắc huyết khối. Tuy nhiên, dữ liệu để hướng dẫn các quyết định điều trị còn hạn chế. Sự hiện diện của các bệnh nền như ung thư nhạy cảm với hormone, bệnh động mạch vành, bệnh mạch máu não, tăng prolactin máu, tăng triglyceride máu và sỏi mật nên được đánh giá trước khi bắt đầu liệu pháp hormone khẳng định giới, vì các nguy cơ tương đối có thể thay đổi khi sử dụng hormone ngoại sinh (Hembree et al., 2017).

Tuyên bố 12.12

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế giáo dục người chuyển giới và đa dạng giới đang trải qua điều trị khẳng định giới về thời điểm khởi phát và tiến trình thời gian của các thay đổi thể chất do điều trị hormone sinh dục gây ra.

Các tác động của điều trị testosterone là đa dạng và có thể bao gồm sự xuất hiện đáng kể của lông cơ thể và lông mặt, hói đầu kiểu nam, tăng khối lượng và sức mạnh cơ, giảm khối mỡ, trầm giọng, ngừng kinh nguyệt (nếu còn), tăng tần suất và mức độ mụn trứng cá, phì đại âm vật, và tăng ham muốn tình dục (Defreyne, Elaut et al., 2020; Fisher, Castellini et al., 2016; Giltay & Gooren, 2000; T'Sjoen et al., 2019; Yeung et al., 2020). Các thay đổi khác liên quan đến testosterone bao gồm tăng khối nạc, tăng tiết dầu da (de Blok et al., 2020; Hembree et al., 2017; Kuper, Mathews et al., 2019; Taliaferro et al., 2019; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018) (xem Phụ lục C—Bảng 1).

Điều trị estrogen gây phát triển tuyến vú. Tuy nhiên, ít hơn 20% cá nhân đạt được giai đoạn phát triển vú Tanner 4–5 sau 2 năm điều trị (de Blok et al., 2021). Các thay đổi bổ sung bao gồm giảm thể tích tinh hoàn, giảm khối nạc, giảm tiết dầu da, giảm ham muốn tình dục, giảm cương dương tự phát, giảm lông mặt và lông cơ thể, đồng thời tăng mỡ dưới da (xem Phụ lục C—Bảng 1). Ở bệnh nhân trưởng thành, estrogen không làm thay đổi giọng nói hoặc chiều cao (Iwamoto, Defreyne et al., 2019; Wiepjes et al., 2019).

Tiến trình thời gian và mức độ của các thay đổi thể chất khác nhau giữa các cá nhân và liên quan đến các yếu tố như di truyền, độ tuổi bắt đầu điều trị và tình trạng sức khỏe tổng thể (Deutsch, Bhakri et al., 2015; van Dijk et al., 2019). Hiểu biết về mức độ và thời điểm của các thay đổi do hormone sinh dục gây ra có thể giúp ngăn ngừa những tổn hại tiềm tàng và tổn kém do

các thay đổi điều trị, tăng liều, và các can thiệp phẫu thuật quá sớm mà không cần thiết (Dekker et al., 2016).

Tuyên bố 12.13

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế không kê đơn ethinyl estradiol cho người chuyển giới và đa dạng giới như một phần của điều trị hormone khẳng định giới. Xem chi tiết hơn ở Tuyên bố 12.15.

Tuyên bố 12.14

Chúng tôi gợi ý các chuyên gia y tế kê đơn estrogen qua da cho các cá nhân chuyển giới và đa dạng giới đủ điều kiện* có nguy cơ cao hơn phát triển huyết khối tĩnh mạch, dựa trên tuổi >45 hoặc tiền sử huyết khối tĩnh mạch trước đó, khi điều trị estrogen khẳng định giới được khuyến nghị. Xem chi tiết hơn ở Tuyên bố 12.15.

Tuyên bố 12.15

Chúng tôi gợi ý các chuyên gia y tế không kê đơn estrogen liên hợp (conjugated estrogens) cho người chuyển giới và người đa dạng giới khi estradiol có sẵn như một phần của điều trị hormone khẳng định giới.

Việc xác định hợp chất estrogen và đường dùng an toàn và hiệu quả nhất cho người TGD là một chủ đề quan trọng. Các phác đồ điều trị dựa trên estrogen được khuyến cáo được trình bày trong **Phụ lục C—Bảng 4**. Trung tâm Y khoa Amsterdam (AMC) lần đầu tiên báo cáo 45 biến cố thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (VTE) xảy ra trên nhóm 816 phụ nữ chuyển giới, với tỷ lệ mắc VTE dự kiến cao hơn 20 lần so với quần thể tham chiếu (van Kesteren et al., 1997). Sau báo cáo này, phòng khám AMC khuyến cáo sử dụng estradiol qua da cho phụ nữ chuyển giới trên 40 tuổi, điều này sau đó làm giảm tỷ lệ VTE (Nota et al., 2019; Toorians et al., 2003). Các nghiên cứu khác cho thấy ethinyl estradiol có liên quan đến nguy cơ hình thành huyết khối cao hơn do tăng đề kháng với tác dụng chống đông của protein C hoạt hóa (APC) và nồng độ tăng của các yếu tố đông máu protein C và protein S (Toorians et al., 2013). Những nghiên cứu khác được công bố trong 15 năm qua từ các phòng khám khác báo cáo rằng phụ nữ chuyển giới sử dụng các dạng estrogen khác có tỷ lệ VTE thấp hơn so với những người sử dụng ethinyl estradiol (Asscheman et al., 2013). Ngoài ra, một tổng quan hệ thống năm 2019 kết luận rằng việc sử dụng ethinyl estradiol có liên quan đến nguy cơ VTE cao

nhất ở phụ nữ chuyển giới, đồng thời cũng xác định mối liên quan giữa việc sử dụng progesterone và VTE (Goldstein et al., 2019).

Hướng dẫn của Hội Nội tiết năm 2017 không khuyến cáo sử dụng estrogen liên hợp có nguồn gốc từ ngựa (conjugated equine estrogens – CEE) như một lựa chọn điều trị vì nồng độ estrogen liên hợp trong máu không thể đo được ở phụ nữ chuyển giới, khiến việc ngăn ngừa dùng liều estrogen siêu sinh lý trở nên khó khăn và do đó làm tăng nguy cơ VTE (Hembree et al., 2017). Một nghiên cứu hồi cứu từ Vương quốc Anh đã so sánh nguy cơ của CEE đường uống so với estradiol valerate đường uống và ethinyl estradiol đường uống, và phát hiện tỷ lệ phụ nữ chuyển giới trong nhóm dùng CEE đường uống phát triển VTE tăng lên đến 7 lần so với những người sử dụng các dạng estrogen khác (Seal et al., 2012). Trong một nghiên cứu bệnh–chứng lồng ghép, hơn 80.000 phụ nữ hợp giới từ 40–79 tuổi bị VTE được ghép cặp với khoảng 390.000 phụ nữ hợp giới không bị VTE; kết quả cho thấy việc sử dụng estradiol đường uống có nguy cơ VTE thấp hơn so với estrogen liên hợp, và estrogen qua da không liên quan đến tăng nguy cơ VTE (Vinogradova et al., 2019).

Một tổng quan hệ thống đã đánh giá nhiều dạng bào chế estrogen và xác định một nghiên cứu hồi cứu và một nghiên cứu cắt ngang có so sánh trực tiếp nguy cơ liên quan đến các dạng bào chế khác nhau (Wierckx, Mueller et al., 2012; Wierckx et al., 2013). Không có nghiên cứu nào được xác định đánh giá nguy cơ của các dạng bào chế estrogen sử dụng thiết kế can thiệp tiền cứu. Nghiên cứu hồi cứu xem xét 214 phụ nữ chuyển giới sử dụng estradiol qua da (gel 17 β -estradiol 1,5 mg/ngày hoặc miếng dán estradiol 50 mcg/ngày) hoặc dùng estrogen đường uống hằng ngày (estradiol 2 mg/ngày, estriol 2 mg/ngày, ethinyl estradiol 50 mcg/ngày, hoặc ethinyl estradiol 30–50 mcg trong thuốc tránh thai đường uống) (Wierckx et al., 2013). Trong thời gian theo dõi 10 năm, 5% đoàn hệ phát triển VTE, 1,4% (3/214) bị nhồi máu cơ tim (MI), và 2,3% (5/214) bị cơn thiếu máu não thoáng qua hoặc tai biến mạch máu não (TIA/CVA). Tỷ lệ VTE, MI và TIA/CVA tăng lên sau khi bắt đầu điều trị estrogen. Tuy nhiên, các tác giả không báo cáo sự khác biệt giữa các phác đồ estrogen về các tiêu chí này.

Cùng nhóm nghiên cứu đó đã thực hiện một nghiên cứu cắt ngang trên 50 phụ nữ chuyển giới (tuổi trung bình 43 $\pm$ 10) dùng estrogen đường uống (estradiol valerate 2 mg/ngày, estriol 2 mg/ngày hoặc ethinyl

estradiol 50–120 mcg/ngày) hoặc estradiol qua da (17 β -estradiol 1,5 mg/ngày hoặc estradiol 50 mcg/ngày) với thời gian theo dõi 9,2 năm (Wierckx, Mueller et al., 2012). Mười hai phần trăm (n = 6) phát triển VTE, MI hoặc TIA/CVA. Hai người tham gia đang dùng estrogen liên hợp 0,625 mg/ngày (một người dùng kết hợp với cyproterone acetate), 2 người dùng ethinyl estradiol 20–50 mcg/ngày, 1 người dùng cyproterone acetate 50 mg/ngày, trong khi phác đồ estrogen của người thứ sáu không được xác định. Không có đối tượng nào dùng estradiol đường uống hoặc estradiol qua da phát triển VTE, MI hoặc TIA/CVA.

Một nghiên cứu tiền cứu đã xem xét đường dùng estrogen ở 53 phụ nữ chuyển giới trong một nghiên cứu đa trung tâm trên khắp châu Âu. Phụ nữ chuyển giới dưới 45 tuổi (n = 40) nhận estradiol valerate 4 mg/ngày kết hợp với cyproterone acetate (CPA) 50 mg/ngày, và phụ nữ chuyển giới trên 45 tuổi (n = 13) nhận 17 β -estradiol qua da, cũng kết hợp với CPA. Không ghi nhận VTE, MI hoặc TIA/CVA sau thời gian theo dõi 1 năm ở cả nhóm estrogen đường uống lẫn nhóm estrogen qua da. Một nghiên cứu hồi cứu bổ sung từ Vienna không ghi nhận trường hợp VTE nào trong số 162 phụ nữ chuyển giới sử dụng estradiol qua da, được theo dõi trung bình 5 năm (Ott et al., 2010).

Chúng tôi rất tin tưởng vào khuyến cáo không sử dụng ethinyl estradiol dựa trên dữ liệu lịch sử từ phòng khám Amsterdam cho thấy tỷ lệ VTE giảm sau khi ngừng sử dụng ethinyl estradiol, cũng như tổng quan hệ thống gần đây chứng minh nguy cơ VTE tăng ở phụ nữ chuyển giới dùng ethinyl estradiol (Weinand & Safer, 2015). Chúng tôi cũng tin tưởng vào khuyến cáo không sử dụng CEE dựa trên nghiên cứu năm 2012 của Seal et al. cho thấy nguy cơ VTE tăng ở phụ nữ chuyển giới dùng CEE so với các dạng estrogen khác, cũng như dữ liệu từ phụ nữ hợp giới dùng liệu pháp hormone thay thế (Canonico et al., 2007; Seal et al., 2012). Các nghiên cứu tiền cứu và hồi cứu ở phụ nữ chuyển giới chỉ ghi nhận VTE/MI/CVA ở những người dùng CEE hoặc ethinyl estradiol. Vì estradiol rẻ hơn, sẵn có hơn và có vẻ an toàn hơn CEE trong các nghiên cứu hạn chế, ủy ban khuyến cáo không sử dụng CEE khi estradiol là một lựa chọn điều trị sẵn có. Chất lượng các nghiên cứu có thể bị giới hạn ở thiết kế tiền cứu, đoàn hệ hoặc cắt ngang; tuy nhiên, mức độ khuyến cáo mạnh mẽ hơn dựa trên bằng chứng nhất quán ủng hộ mối liên quan giữa việc sử dụng ethinyl estradiol và CEE với nguy cơ VTE/MI/CVA cao hơn ở phụ nữ chuyển giới.

Chúng tôi cũng tin tưởng vào khuyến cáo sử dụng các chế phẩm estrogen qua da cho phụ nữ chuyển giới lớn tuổi (tuổi > 45) hoặc những người có tiền sử VTE. Sự tin tưởng này dựa trên việc giảm tỷ lệ VTE được báo cáo từ phòng khám Amsterdam khi phụ nữ chuyển giới được chuyển sang dùng chế phẩm qua da sau 40 tuổi (van Kesteren et al., 1997). Hơn nữa, nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu đa trung tâm ENIGI không ghi nhận VTE/MI/CVA ở phụ nữ chuyển giới được chuyển thường quy sang estrogen qua da ở tuổi 45 (Dekker et al., 2016). Ngoài ra, nghiên cứu của Ott et al. cho thấy không có trường hợp VTE nào ở 162 phụ nữ chuyển giới được điều trị bằng miếng dán estradiol (Ott et al., 2010).

Ngoại trừ cyproterone acetate (lưu ý: thuốc này không được phê duyệt sử dụng tại Hoa Kỳ do lo ngại về độc tính gan tiềm tàng), việc sử dụng progestin trong các phác đồ điều trị hormone vẫn còn gây tranh cãi. Cho đến nay, chưa có nghiên cứu chất lượng nào đánh giá vai trò của progesterone trong điều trị hormone cho bệnh nhân chuyển giới.

Chúng tôi nhận thức rằng một số bác sĩ kê đơn progestin, bao gồm progesterone vi hạt, tin rằng có thể có cải thiện về sự phát triển của vú và/hoặc quầng vú, tâm trạng, ham muốn tình dục và hình thể tổng thể cho những người mong muốn, cùng với các lợi ích khác chưa được chứng minh (Deutsch, 2016a; Wierckx, van Caenegem et al., 2014). Tuy nhiên, những cải thiện này vẫn chỉ mang tính giai thoại và không có dữ liệu chất lượng nào ủng hộ việc sử dụng progestin như vậy. Một tổng quan hệ thống được chúng tôi đặt hàng cho phiên bản SOC này đã không xác định đủ dữ liệu để đưa ra khuyến cáo ủng hộ bất kỳ progestin nào. Ngược lại, dữ liệu hiện có cho thấy việc phơi nhiễm progestin kéo dài có liên quan đến tác hại (Safer, 2021).

Đối với phụ nữ hợp giới có tử cung, progestin kết hợp với estrogen là cần thiết để tránh nguy cơ ung thư nội mạc tử cung liên quan đến việc dùng estrogen đơn độc. Đối với phụ nữ hợp giới không có tử cung, progestin không được sử dụng. Dữ liệu tốt nhất cho các mối lo ngại liên quan đến việc sử dụng progestin đến từ so sánh giữa hai quần thể hợp giới trên, và chúng tôi thừa nhận rằng điều này không nhất thiết có thể khái quát cho quần thể này. Mặc dù không mang tính kết luận cho hiệu ứng nhóm của tất cả progestin, medroxyprogesterone khi thêm vào estrogen liên hợp từ ngựa (equine estrogens) có liên quan đến nguy cơ ung thư vú và tim mạch cao hơn (Chlebowski, 2020;

Manson, 2013). Cần lưu ý rằng dữ liệu từ các nghiên cứu của Sáng kiến Sức khỏe Phụ nữ (Women's Health Initiative – WHI) có thể không áp dụng cho quần thể chuyển giới. So với phụ nữ hợp giới trong các nghiên cứu này, quần thể chuyển giới tìm kiếm điều trị hormone thường trẻ hơn, không sử dụng equine estrogens, và liệu pháp hormone trong các trường hợp này nhằm giải quyết sức khỏe tâm thần hiện tại và chất lượng cuộc sống chứ không chỉ phòng ngừa nguy cơ (Deutsch, 2016a).

Các tác dụng phụ tiềm tàng của progestin bao gồm tăng cân, trầm cảm và thay đổi lipid. Progesterone vi hạt có thể được dung nạp tốt hơn và có tác động thuận lợi hơn lên hồ sơ lipid so với medroxyprogesterone (Fitzpatrick et al., 2000). Khi kết hợp với estrogen cho phụ nữ chuyển giới, progestin cyproterone acetate có liên quan đến tăng prolactin, giảm cholesterol HDL và u màng não hiếm gặp—những tác dụng này không được thấy khi estrogen được kết hợp với các chất chủ vận GnRH hoặc spironolactone (Bisson, 2018; Borghei-Razavi, 2014; Defreyne, Nota et al., 2017; Sofer et al., 2020).

Do đó, dữ liệu hiện tại không bao gồm bằng chứng chất lượng ủng hộ lợi ích của liệu pháp progestin cho phụ nữ chuyển giới. Tuy nhiên, y văn cho thấy nguy cơ tác hại tiềm tàng của một số progestin, ít nhất trong bối cảnh phơi nhiễm kéo dài nhiều năm. Nếu sau khi thảo luận về nguy cơ và lợi ích của điều trị progesterone đạt được một quyết định mang tính đồng thuận để bắt đầu thử dùng liệu pháp progesterone, người kê đơn nên đánh giá bệnh nhân trong vòng một năm để xem xét đáp ứng của bệnh nhân với điều trị này.

Tuyên bố 12.16

Chúng tôi khuyến cáo các chuyên gia y tế kê đơn thuốc làm giảm testosterone (cyproterone acetate, spironolactone hoặc các chất chủ vận GnRH) cho những người chuyển giới và đa dạng giới đủ điều kiện* có tình hoàn đang dùng estrogen như một phần của kế hoạch điều trị hormone, nếu mục tiêu cá nhân của họ là đạt mức hormone sinh dục lưu hành tương đương với phụ nữ hợp giới.

Hầu hết các phòng khám giới tại Hoa Kỳ và châu Âu kê đơn estrogen kết hợp với một thuốc làm giảm testosterone (Mamoojee et al., 2017) (xem **Phụ lục C—Bảng 5**). Tại Hoa Kỳ, spironolactone là thuốc làm giảm testosterone được kê đơn phổ biến nhất, trong khi các chất chủ vận GnRH thường được sử dụng tại

Vương quốc Anh, và cyproterone acetate được kê đơn thường xuyên nhất ở phần còn lại của châu Âu (Angus et al., 2021; Kuijpers et al., 2021). Lý do bổ sung thuốc làm giảm testosterone có hai mục tiêu: (1) giảm mức testosterone xuống trong khoảng tham chiếu của phụ nữ hợp giới; và (2) giảm lượng estrogen cần thiết để đạt được các tác dụng thể chất đầy đủ. Mỗi thuốc làm giảm testosterone có một hồ sơ tác dụng phụ khác nhau. Spironolactone là thuốc hạ huyết áp và lợi tiểu giữ kali, do đó có thể dẫn đến tăng kali máu, tăng tần suất tiểu tiện và giảm huyết áp (Lin et al., 2021). Cyproterone acetate có liên quan đến sự phát triển của u màng não và tăng prolactin máu (Nota et al., 2018). Các chất chủ vận GnRH, mặc dù rất hiệu quả trong việc làm giảm testosterone, có thể dẫn đến loãng xương nếu liều estrogen dùng đồng thời không đủ (Klink, Caris et al., 2015).

Một tổng quan hệ thống đã xác định một nghiên cứu báo cáo kết quả từ so sánh trực tiếp giữa các thuốc làm giảm testosterone cyproterone acetate và leuprolide (Gava et al., 2016). Hai nghiên cứu so sánh một nhóm phụ nữ chuyển giới dùng estrogen cộng với thuốc làm giảm testosterone với một nhóm chỉ dùng estrogen. Tổng quan hệ thống không cung cấp đủ bằng chứng để gợi ý rằng bất kỳ thuốc nào trong ba loại thuốc làm giảm testosterone có hồ sơ an toàn tốt hơn về các cải thiện kết cục đối với sức khỏe xương, mức testosterone, mức kali, hoặc tỷ lệ tăng prolactin hay u màng não (Wilson et al., 2020). Do đó, không thể đưa ra khuyến cáo. Tổng quan có báo cáo rằng các phác đồ dựa trên spironolactone liên quan đến tăng 45% mức prolactin, trong khi các phác đồ dựa trên cyproterone làm tăng mức prolactin hơn 100%. Tuy nhiên, ý nghĩa lâm sàng của việc tăng prolactin không rõ ràng vì tỷ lệ u tuyến prolactin không tăng đáng kể ở cả nhóm điều trị bằng spironolactone hay CPA (Wilson et al., 2020). Một nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu từ một trung tâm duy nhất tại Hoa Kỳ báo cáo không có sự tăng đáng kể về mặt lâm sàng của mức prolactin ở 100 phụ nữ chuyển giới được điều trị bằng estrogen kết hợp spironolactone (Bisson et al., 2018). Một nghiên cứu hồi cứu từ Hà Lan trên 2.555 phụ nữ chuyển giới chủ yếu dùng CPA với nhiều dạng estrogen khác nhau báo cáo tỷ lệ mắc chuẩn hóa của u màng não tăng ở những bệnh nhân sử dụng cyproterone acetate sau cắt bỏ tuyến sinh dục trong nhiều năm so với dân số chung Hà Lan (Nota et al., 2018). Ngoài ra, trong một nghiên cứu ngắn hơn tại Bỉ, 107 phụ nữ chuyển giới có tăng prolactin thoáng qua

sau điều trị bằng cyproterone acetate, và mức này giảm về bình thường sau khi ngừng thuốc (Defreyne, Nota et al., 2017). Một công bố gần đây, không được đưa vào tổng quan hệ thống, đã xem xét 126 phụ nữ chuyển giới dùng spironolactone, các chất chủ vận GnRH hoặc cyproterone và kết luận rằng cyproterone liên quan đến mức prolactin cao hơn và hồ sơ lipid xấu hơn so với spironolactone hoặc các chất chủ vận GnRH (Sofer et al., 2020). Sau khi cân nhắc chi phí và khả năng tiếp cận của việc đo prolactin so với ý nghĩa lâm sàng của mức prolactin tăng, đã quyết định không đưa ra khuyến cáo ủng hộ hoặc phản đối việc theo dõi prolactin tại thời điểm này. Do đó, các chuyên gia y tế nên đưa ra quyết định lâm sàng cá nhân hóa về sự cần thiết đo prolactin dựa trên loại phác đồ hormone và/hoặc sự hiện diện của các triệu chứng tăng prolactin hoặc khối u tuyến yên (ví dụ: tiết sữa, thay đổi thị trường).

Cyproterone cũng có liên quan đến u màng não. Chín trường hợp u màng não đã được báo cáo trong y văn ở phụ nữ chuyển giới chủ yếu dùng cyproterone acetate (Mancini et al., 2018). Nguy cơ tăng này cũng được xác định trong các quần thể hợp giới. Năm 2020, Cơ quan Dược phẩm châu Âu đã công bố một báo cáo khuyến cáo rằng các sản phẩm cyproterone với liều hằng ngày từ 10 mg trở lên nên bị hạn chế do nguy cơ phát triển u màng não (European Medicines Agency, 2020). Nhiều khả năng mối liên quan này là tác dụng đặc hiệu của cyproterone acetate và chưa được mở rộng sang các thuốc làm giảm testosterone khác. Tại Hoa Kỳ, nơi cyproterone acetate không có sẵn, cơ sở dữ liệu của Hiệp hội Bắc Mỹ về Đăng ký Ung thư Trung ương (NAACCRs) không xác định nguy cơ tăng của các khối u não (không đặc hiệu cho u màng não) ở phụ nữ chuyển giới (Nash et al., 2018). Ngoài ra, không có sự gia tăng tỷ số nguy cơ của các khối u não trong đoàn hệ Kaiser gồm 2.791 phụ nữ chuyển giới so với nhóm chứng hợp giới (Silverberg et al., 2017). Không có nghiên cứu dài hạn nào báo cáo về nguy cơ u màng não và u tuyến prolactin ở phụ nữ chuyển giới dùng các chất chủ vận GnRH.

Khuyến nghị mạnh mẽ của chúng tôi về việc sử dụng thuốc làm giảm testosterone như một phần của phác đồ hormone cho người chuyển giới có tính hoàn dựa trên thực hành toàn cầu sử dụng các thuốc này kết hợp với liệu pháp estrogen cũng như nguy cơ tương đối thấp liên quan đến các liệu pháp này. Tuy nhiên, tại thời điểm này, chúng tôi không thể đưa ra khuyến nghị ưu tiên một thuốc làm giảm testosterone nào hơn thuốc

khác. Dữ liệu đã công bố cho đến nay làm dấy lên một số lo ngại về nguy cơ u màng não khi sử dụng cyproterone acetate kéo dài (>2 năm) và liều cao (>10 mg/ngày) (Nota et al., 2018; Ter Wengel et al., 2016; Weill et al., 2021).

Bicalutamide là một thuốc kháng androgen đã được sử dụng trong điều trị ung thư tuyến tiền liệt. Thuốc này gắn cạnh tranh vào thụ thể androgen để ngăn chặn sự gắn kết của androgen. Dữ liệu về việc sử dụng bicalutamide ở quần thể chuyển giới nữ còn rất hạn chế và thiếu dữ liệu an toàn. Một nghiên cứu nhỏ đã xem xét việc sử dụng bicalutamide 50 mg/ngày như một thuốc ức chế dậy thì ở 23 thanh thiếu niên chuyển giới nữ không thể tiếp cận điều trị bằng chất tương tự GnRH (Neyman et al., 2019). Tất cả các thanh thiếu niên đều phát triển vú, điều cũng thường thấy ở nam giới bị ung thư tuyến tiền liệt được điều trị bằng bicalutamide. Mặc dù hiếm gặp, đã có mô tả về độc tính gan tối cấp dẫn đến tử vong liên quan đến bicalutamide (O'Bryant et al., 2008). Do bicalutamide chưa được nghiên cứu đầy đủ ở quần thể chuyển giới nữ, chúng tôi không khuyến nghị sử dụng thường quy thuốc này.

Việc sử dụng các thuốc ức chế 5 α -reductase ngăn chặn sự chuyển đổi testosterone thành androgen mạnh hơn là dihydrotestosterone. Các chỉ định được Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) phê duyệt cho finasteride bao gồm phì đại lành tính tuyến tiền liệt và rụng tóc kiểu androgen. Dữ liệu về việc sử dụng các thuốc ức chế 5 α -reductase ở quần thể chuyển giới nữ còn rất hạn chế (Irwig, 2021). Chưa rõ liệu nhóm thuốc này có mang lại lợi ích lâm sàng nào ở những người chuyển giới nữ mà mức testosterone và dihydrotestosterone đã được giảm bằng estrogen và thuốc kháng androgen hay không. Do đó, chúng tôi không khuyến nghị sử dụng thường quy nhóm thuốc này ở quần thể chuyển giới nữ. Finasteride có thể là một lựa chọn điều trị phù hợp ở những người chuyển giới nam bị rụng tóc gây khó chịu do mức dihydrotestosterone cao. Tuy nhiên, điều trị bằng thuốc ức chế 5 α -reductase có thể làm suy giảm sự phát triển của âm vật và sự phát triển của lông mặt và lông cơ thể ở người chuyển giới nam. Cần có các nghiên cứu để đánh giá hiệu quả và độ an toàn của các thuốc ức chế 5 α -reductase ở quần thể chuyển giới.

Tuyên bố 12.17

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế theo dõi hematocrit (hoặc hemoglobin) ở người chuyển giới

và người đa dạng giới được điều trị bằng testosterone.

Có dữ liệu chất lượng tốt cho thấy sự gia tăng hematocrit (hoặc hemoglobin) có liên quan đến người TGD được điều trị bằng testosterone (Defreyne et al., 2018). Các phác đồ testosterone trong tổng quan hệ thống bao gồm các ester testosterone với liều tương đương 25–250 mg tiêm dưới da/tiêm bắp hằng tuần, testosterone undecanoate 1000 mg mỗi 12 tuần, hoặc gel testosterone 50 mg bôi da hằng ngày (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). Mức tăng dự kiến nên phù hợp với khoảng tham chiếu ở người nam hợp giới.

Tuyên bố 12.18

Chúng tôi gợi ý các chuyên gia y tế hợp tác với các bác sĩ phẫu thuật về việc sử dụng hormone trước và sau phẫu thuật khẳng định giới. Xem chi tiết hơn ở Tuyên bố 12.19.

Tuyên bố 12.19

Chúng tôi gợi ý các chuyên gia y tế tư vấn cho những người chuyển giới và đa dạng giới đủ điều kiện* về các lựa chọn khác nhau của phẫu thuật khẳng định giới, trừ khi phẫu thuật không được chỉ định hoặc bị chống chỉ định về mặt y khoa.

Mặc dù thiếu bằng chứng, các tiêu chuẩn lâm sàng cho phẫu thuật khẳng định giới đã bao gồm việc ngừng điều trị hormone trong 1–4 tuần trước và sau phẫu thuật, thường là các phẫu thuật sinh dục (Hembree et al., 2009). Thực hành này nhằm giảm nguy cơ VTE liên quan đến việc sử dụng estrogen ngoại sinh (Hembree et al., 2009). Estrogen và testosterone sau đó có thể được dùng lại tại một thời điểm nào đó sau phẫu thuật.

Sau khi xem xét cẩn thận, các nhà nghiên cứu nhận thấy không có sự gia tăng nguy cơ VTE trong giai đoạn chu phẫu ở người chuyển giới trải qua phẫu thuật khi vẫn duy trì điều trị hormone sinh dục so với những bệnh nhân đã ngừng điều trị hormone sinh dục trước phẫu thuật (Gaither et al., 2018; Hembree et al., 2009; Kozato et al., 2021; Prince & Safer, 2020). Điều trị hormone sinh dục đặc biệt quan trọng sau cắt bỏ tuyến sinh dục để tránh các hậu quả của suy sinh dục, nguy cơ phát triển loãng xương, và để duy trì sức khỏe tâm thần cũng như chất lượng cuộc sống (Fisher, Castellini et al.,

2016; Rosen et al., 2019). Do đó, các bác sĩ điều trị hormone và các bác sĩ phẫu thuật nên giáo dục bệnh nhân về sự cần thiết của việc tiếp tục điều trị hormone ngoại sinh sau cắt bỏ tuyến sinh dục.

Để có thể giáo dục bệnh nhân và đóng vai trò là người vận động lâm sàng, các chuyên gia y tế nên có kiến thức về nguy cơ và lợi ích của phẫu thuật khẳng định giới, đồng thời nhận thức được các thước đo hiệu suất và kết quả phẫu thuật của các bác sĩ phẫu thuật mà họ có thể giới thiệu bệnh nhân đến (Beek, Kreukels et al., 2015; Colebunders et al., 2017; Wiepjes et al., 2018). Nhìn chung, hầu hết các phẫu thuật cần thiết về mặt y khoa có thể được xem là liên quan đến ba vùng: mặt, ngực/vú và cơ quan sinh dục (bên trong và bên ngoài). Các thủ thuật cần thiết về mặt y khoa bổ sung bao gồm tạo hình cơ thể và phẫu thuật giọng nói. Xem tuyên bố về tính cần thiết y khoa trong Chương 2—Khả năng áp dụng toàn cầu, Tuyên bố 2.1).

Có nhiều thủ thuật phẫu thuật khẳng định giới vùng mặt bao gồm nhưng không giới hạn ở tạo hình sụn鼻尖, tạo hình mũi, tạo hình hoặc tăng cường hàm, cằm và trán, căng da mặt, triệt lông và cấy tóc (xem Chương 13—Phẫu thuật và Chăm sóc sau phẫu thuật). Các thủ thuật phẫu thuật ngực/vú bao gồm nâng ngực, cắt bỏ tuyến vú hai bên kèm ghép núm vú, cắt tuyến vú quanh quầng, và hút mỡ. Phẫu thuật khẳng định giới phổ biến nhất cho người TGD có phát triển vú nội sinh là phẫu thuật ngực nam hóa (cắt tuyến vú) (Horbach et al., 2015; Kailas et al., 2017).

Các thủ thuật phẫu thuật sinh dục bên trong bao gồm nhưng không giới hạn ở cắt tinh hoàn, cắt tử cung, cắt vòi trứng–buồng trứng, tạo hình âm đạo và cắt/đóng âm đạo (Horbach et al., 2015; Jiang et al., 2018). Lốp lót bên trong của âm đạo trong tạo hình âm đạo thường được tạo từ da dương vật, ghép da, sự kết hợp của cả hai, hoặc một đoạn ruột. Việc cắt bỏ tử cung/buồng trứng có thể được thực hiện riêng lẻ hoặc cùng lúc (cắt tử cung, cắt vòi trứng–buồng trứng và cắt âm đạo). Nếu thực hiện cắt âm đạo, bắt buộc phải cắt tử cung. Buồng trứng có thể được giữ nguyên theo yêu cầu của bệnh nhân. Một lợi ích tiềm tàng của việc giữ lại một hoặc cả hai buồng trứng là bảo tồn khả năng sinh sản, trong khi nhược điểm là nguy cơ phát triển bệnh lý buồng trứng, bao gồm ung thư (De Roo et al., 2017).

Các thủ thuật phẫu thuật sinh dục bên ngoài bao gồm nhưng không giới hạn ở tạo hình âm hộ, tạo hình dương vật từ âm vật và tạo hình dương vật bằng da (Djordjevic et al., 2008; Frey et al., 2016). Triệt lông

thường là cần thiết trước khi thực hiện các thủ thuật sinh dục bên ngoài (Marks et al., 2019). Tạo hình âm hộ có thể bao gồm việc tạo mu, môi lớn, môi bé, âm vật và lỗ niệu đạo. Kéo dài niệu đạo là một lựa chọn cho cả hai phương pháp tạo hình dương vật, nhưng có liên quan đến tỷ lệ biến chứng tăng đáng kể (Schechter & Safa, 2018). Chăm sóc vết thương và vật lý trị liệu là cần thiết để quản lý các vết thương từ vùng cho vật trong tạo hình dương vật bằng da (van Caenegem, Verhaeghe et al., 2013). Vật lý trị liệu sàn chậu cũng có thể là một can thiệp hỗ trợ quan trọng sau phẫu thuật để quản lý chức năng tiểu tiện và chức năng tình dục (Jiang et al., 2019). Đối thoại, sự hiểu biết lẫn nhau và giao tiếp rõ ràng bằng một ngôn ngữ chung giữa bệnh nhân, chuyên gia y tế và bác sĩ phẫu thuật sẽ góp phần vào các quyết định thận trọng về các thủ thuật phẫu thuật sẵn có.

Tuyên bố 12.20

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế bắt đầu và duy trì liệu pháp hormone khẳng định giới cho những người chuyển giới và đa dạng giới đủ điều kiện* mong muốn điều trị này, do đã chứng minh sự cải thiện trong chức năng tâm lý-xã hội và chất lượng cuộc sống. Xem chi tiết hơn ở Tuyên bố 12.21.

Tuyên bố 12.21

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế duy trì liệu pháp hormone hiện có nếu sức khỏe tâm thần của người chuyển giới và đa dạng giới xấu đi, đồng thời đánh giá nguyên nhân của sự xấu đi đó, trừ khi có chống chỉ định.

Nhiều bất bình đẳng về sức khỏe tâm thần đã được ghi nhận ở quần thể chuyển giới, bao gồm trầm cảm, ý tưởng và hành vi tự sát, lo âu, giảm lòng tự trọng và rối loạn căng thẳng sau sang chấn (PTSD) (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). Mô hình căng thẳng thiếu số giới cung cấp bằng chứng về một số yếu tố trung gian và điều biến của các bất bình đẳng này (Hendricks & Testa, 2012; Meyer, 2003). Các yếu tố trung gian và điều biến của bất bình đẳng sức khỏe tâm thần đặc thù cho người chuyển giới bao gồm trải nghiệm phân biệt đối xử, bị nạn nhân hóa, bị gọi sai giới, bị gia đình từ chối và nội tâm hóa sự kỳ thị chuyển giới (Hendricks & Testa, 2012). Các yếu tố có tác động tích cực đến sức khỏe tâm thần bao gồm sự chấp nhận của gia đình, các

mối quan hệ xã hội và yêu đương mang tính hỗ trợ, sự gắn kết với cộng đồng chuyển giới, sự bảo vệ bởi các chính sách khẳng định và bao trùm, các chính sách khẳng định và hòa nhập, việc sở hữu giấy tờ pháp lý cập nhật về tên/giới, và đạt được sự chuyển đổi giới về mặt thể chất dựa trên các mục tiêu hiện thân cá nhân hóa (Bauer et al., 2015; Bockting et al., 2013; Bouman et al., 2016; Davey et al., 2014; de Vries et al., 2014; Du Bois et al., 2018; Gower, Rider, Brown et al., 2018; Hendricks & Testa, 2012; Keo-Meier et al., 2015; Meier et al., 2013; Pflum et al., 2015; Ryan et al., 2010; Smith et al., 2018).

Liệu pháp hormone đã được chứng minh có tác động tích cực đến sức khỏe tâm thần và chất lượng cuộc sống của thanh thiếu niên và người trưởng thành TGD khi bắt đầu điều trị này (Aldridge et al., 2020; Allen et al., 2019; Bauer et al., 2015; Nobili et al., 2018; Russell et al., 2018; Ryan, 2009). Trong nhiều trường hợp, liệu pháp hormone được xem là một can thiệp cứu sống (Allen et al., 2019; Grossman & D'Augelli, 2006; Moody et al., 2015). Nhiều nghiên cứu đã tìm thấy mối liên quan giữa việc bắt đầu liệu pháp hormone và cải thiện sức khỏe tâm thần ở thanh thiếu niên và người trưởng thành (Aldridge et al., 2020; Costa et al., 2016; de Vries et al., 2014; Kuper et al., 2020; Nguyen et al., 2018; White Hughto & Reisner, 2016), bao gồm cải thiện chất lượng cuộc sống (Gorin-Lazard et al., 2012; Gorin-Lazard et al., 2013; Murad et al., 2010; Newfield et al., 2006; Nobili et al., 2018; White Hughto & Reisner, 2016), giảm lo âu và trầm cảm (Aldridge et al., 2020; Colizzi et al., 2014; Davis & Meier, 2014; de Vries, Steensma et al., 2011; Gómez-Gil et al., 2012; Rowniak et al., 2019), giảm căng thẳng và giảm hoang tưởng (Keo-Meier & Fitzgerald, 2017). Một thử nghiệm tiền cứu có đối chứng sử dụng Thang đo Nhân cách Đa pha Minnesota-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 – MMPI-2) cho thấy sự cải thiện đáng kể ở nhiều lĩnh vực chức năng tâm lý ở nam chuyển giới chỉ sau 3 tháng điều trị testosterone (Keo-Meier et al., 2015). Mặc dù tỷ lệ các triệu chứng tự kỷ cao hơn ở quần thể chuyển giới, các triệu chứng này không tăng lên sau khi bắt đầu liệu pháp hormone (Nobili et al., 2020).

Vì việc giảm các triệu chứng trầm cảm có thể tương quan với việc giảm nguy cơ tự sát, việc trì hoãn liệu pháp hormone dựa trên sự hiện diện của trầm cảm hoặc ý tưởng tự sát có thể gây hại (Keo-Meier et al., 2015; Levy et al., 2003). Turban, King et al. (2020) nhận thấy

sự giảm tỷ lệ ý tưởng tự sát suốt đời ở thanh thiếu niên cần ức chế dậy thì và có khả năng tiếp cận điều trị này so với những người có mong muốn tương tự nhưng không được tiếp cận (Turban, King et al., 2020). Một tổng quan hệ thống gần đây cho thấy việc ức chế dậy thì ở TGD thanh thiếu niên có liên quan đến cải thiện đời sống xã hội, giảm ý tưởng tự sát ở tuổi trưởng thành, cải thiện chức năng tâm lý và chất lượng cuộc sống (Rew et al., 2020). Vì bằng chứng cho thấy liệu pháp hormone có liên quan trực tiếp đến việc giảm các triệu chứng trầm cảm và lo âu, thực hành trì hoãn liệu

pháp hormone cho đến khi các triệu chứng này được điều trị bằng tâm thần học truyền thống được xem là có tác dụng gây hại do điều trị (Keo-Meier et al., 2015). Nếu điều trị tâm thần là cần thiết, có thể bắt đầu hoặc điều chỉnh đồng thời mà không cần ngừng liệu pháp hormone.

**Đối với tiêu chí đủ điều kiện cho thanh thiếu niên và người trưởng thành, vui lòng tham khảo Chương 5—Đánh giá ở Người trưởng thành và Chương 6—Thanh thiếu niên, cũng như Phụ lục D.*

CHƯƠNG 13 - Phẫu thuật và Chăm sóc Hậu phẫu

Phẫu thuật khẳng định giới (GAS) được cho là cần thiết về mặt y khoa, bao gồm tập hợp các thủ thuật được thiết kế nhằm điều chỉnh cơ thể của một người phù hợp với bản dạng giới của họ (xem Chương 2 — Tính áp dụng toàn cầu đối với nhu cầu y khoa, Khuyến cáo 2.1). Chương này mô tả các khuyến cáo về phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu cho người trưởng thành và thanh thiếu niên TGD. Vui lòng tham khảo Chương 5 — Đánh giá người lớn và Chương 6 — Thanh thiếu niên để biết các tiêu chí đánh giá liên quan đến phẫu thuật cho người trưởng thành và thanh thiếu niên. Tóm tắt các khuyến cáo và tiêu chí đánh giá có trong Phụ lục D.

Nhận thấy cộng đồng những người tự nhận là người chuyển giới và đa dạng giới (TGD) rất đa dạng và không đồng nhất, các can thiệp phẫu thuật khẳng định giới có thể được phân loại theo một phổ thủ thuật dành cho người được chỉ định là nam khi sinh (AMAB) và người được chỉ định là nữ khi sinh (AFAB).

Ở những cá nhân TGD được lựa chọn phù hợp, y văn hiện tại ủng hộ lợi ích của GAS. Mặc dù biến chứng sau GAS có xảy ra, nhiều biến chứng ở mức độ nhẹ hoặc có thể được điều trị bằng chăm sóc tại chỗ ở ngoại trú (Canner et al., 2018; Gaither et al., 2018; Morrison et al., 2016). Ngoài ra, tỷ lệ biến chứng tương đồng với các thủ thuật tương tự được thực hiện cho những chẩn đoán khác (tức là các thủ thuật không mang mục đích khẳng định giới).

Ở những cá nhân AFAB, phẫu thuật ngực khẳng định giới hay “phẫu thuật ngực trên” (tức là “cắt tuyến vú dưới da”) đã được nghiên cứu trong các nghiên cứu tiền cứu (Agarwal et al., 2018; Frederick et al., 2017; Top & Balta, 2017; van de Grift, Elaut et al., 2017; van de Grift et al., 2016), hồi cứu (Bertrand et al., 2017; Claes et al., 2018; Esmonde et al., 2019; Lo Russo et al., 2017; Marinkovic & Newfield, 2017; Poudrier et al., 2019; Wolter et al., 2015; Wolter et al., 2018), và nghiên cứu thuần tập cắt ngang (Olson-Kennedy, Warus et al., 2018; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018; van de Grift, Elfering et al., 2018). Hiệu quả của phẫu thuật ngực trên đã được chứng minh trên nhiều lĩnh vực, bao gồm sự gia tăng nhất quán và trực tiếp về chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe, giảm đáng kể tình trạng phiền muộn giới và tăng nhất quán mức độ hài lòng với cơ thể và ngoại hình. Ngoài ra, tỷ lệ hối tiếc vẫn rất thấp, dao động từ 0 đến 4%. Mặc dù tác động của phẫu thuật ngực trên lên các

chỉ số kết quả khác như trầm cảm, lo âu và chức năng tình dục cho thấy có lợi, các nghiên cứu chưa đủ mạnh để đưa ra kết luận xác định. Mặc dù cần nghiên cứu thêm để đưa ra kết luận chắc chắn hơn, bằng chứng cho thấy phẫu thuật ngực trên là một can thiệp an toàn và hiệu quả.

Ở những cá nhân AMAB, có ít nghiên cứu hơn được công bố về phẫu thuật tạo hình ngực khẳng định giới (“nâng ngực”) và bao gồm 2 nghiên cứu tiền cứu (Weigert et al., 2013; Zavlin et al., 2018), 1 nghiên cứu thuần tập hồi cứu (Fakin et al., 2019), và 3 nghiên cứu thuần tập cắt ngang (Kanhai et al., 2000; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018). Tất cả các nghiên cứu đều báo cáo sự cải thiện nhất quán và trực tiếp về mức độ hài lòng của người bệnh, bao gồm hài lòng chung, hài lòng hình ảnh cơ thể, và hình ảnh cơ thể sau phẫu thuật. Owen-Smith et al. (2018) cho thấy xu hướng cải thiện tích cực đối với cả điểm trầm cảm và lo âu khi mức độ can thiệp khẳng định giới tăng lên. Tuy nhiên, không có so sánh thống kê giữa những người trải qua phẫu thuật ngực trên và bất kỳ nhóm nào khác.

Phẫu thuật tạo hình âm đạo khẳng định giới là một trong những can thiệp phẫu thuật khẳng định giới được báo cáo thường xuyên nhất; gồm 8 nghiên cứu tiền cứu (Buncamper et al., 2017; Cardoso da Silva et al., 2016; Kanhai, 2016; Manero Vazquez et al., 2018; Papadopoulos, Zavlin et al., 2017; Tavakkoli Tabassi et al., 2015; Wei et al., 2018; Zavlin et al., 2018), 15 nghiên cứu thuần tập hồi cứu (Bouman, van der Sluis et al., 2016; Buncamper et al., 2015; Hess et al., 2016; Jiang et al., 2018; LeBreton et al., 2017; Manrique et al., 2018; Massie et al., 2018; Morrison et al., 2015; Papadopoulos, Lelle et al., 2017; Raigosa et al., 2015; Salgado et al., 2018; Seyed-Forootan et al., 2018; Sigurjonsson et al., 2017; Simonsen et al., 2016; Thalaivirithan et al., 2018), và 3 nghiên cứu thuần tập cắt ngang gần đây được báo cáo (Castellano et al., 2015; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018).

Mặc dù các thang đo đánh giá khác nhau được sử dụng, kết quả từ tất cả các nghiên cứu đều nhất quán ghi nhận mức độ hài lòng cao của người bệnh (78–100%) cũng như hài lòng với chức năng tình dục (75–100%). Điều này đặc biệt rõ ràng khi sử dụng các kỹ thuật phẫu thuật gần đây. Phẫu thuật tạo hình âm đạo khẳng định giới cũng liên quan đến tỷ lệ biến chứng thấp và tỷ lệ hối tiếc thấp (0–8%).

Các tài liệu gần đây phản ánh sự quan tâm lâm sàng

ngày càng tăng đối với phẫu thuật tạo hình dương vật nhỏ (metoidioplasty) và tạo hình dương vật (phalloplasty), được thể hiện qua 3 nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu (Garaffa et al., 2010; Stojanovic et al., 2017; Vukadinovic et al., 2014), 6 nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu (Cohanadz, 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) và 4 nghiên cứu cắt ngang (Castellano et al., 2015; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018; Wierckx, Van Caenegem et al., 2011) đánh giá nguy cơ và lợi ích của các thủ thuật này.

Về chức năng tiểu tiện, từ 75 đến 100% người tham gia nghiên cứu có thể đi tiểu đứng. Về chức năng tình dục, từ 77 đến 95% người tham gia báo cáo hài lòng với chức năng tình dục của họ. Hầu hết các nghiên cứu cho thấy mức độ hài lòng chung sau phẫu thuật cao (83–100%), với tỷ lệ hài lòng cao hơn trong các nghiên cứu áp dụng kỹ thuật phẫu thuật mới hơn. Hai nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu và hai nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu đánh giá riêng về tình trạng hồi tiếc sau phẫu thuật cho thấy không có người chuyển giới nam nào hồi tiếc. Mặc dù có những hạn chế trong nghiên cứu, các kết quả được báo cáo nhìn chung nhất quán và trực tiếp.

Trong những năm gần đây, phẫu thuật khẳng định giới khuôn mặt (FGAS) nhận được nhiều sự chú ý hơn và tài liệu hiện có ủng hộ lợi ích của phương pháp này. Tám công bố gần đây bao gồm 1 nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu (Morrison et al., 2020), 5 nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu (Bellinga et al., 2017; Capitán et al., 2014; Noureai et al., 2007; Raffaini et al., 2016; Simon et al., 2022) và 2 nghiên cứu cắt ngang (Ainsworth & Spiegel, 2010; van de Grift, Elaut et al., 2018). Cả 8 nghiên cứu đều cho thấy mức độ hài lòng rất cao với kết quả phẫu thuật (72%–100%). Ngoài ra, những người đã phẫu thuật hài lòng hơn đáng kể với ngoại hình gương mặt so với những người chưa phẫu thuật. Một nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu, đa trung tâm, quốc tế cho thấy FGAS cải thiện đáng kể chất lượng cuộc sống trung hạn và dài hạn (Morrison et al., 2020). Các kết quả trực tiếp và nhất quán nhưng có phần kém chính xác do những hạn chế nhất định trong nghiên cứu. Mặc dù phẫu thuật khẳng định giới khuôn mặt cho người AFAB là lĩnh vực mới nổi, dữ liệu hiện có tuy hạn chế nhưng cho thấy lợi ích tương tự ở những bệnh nhân được chọn lựa phù hợp. Cần có thêm các nghiên cứu trong tương lai.

Các thủ thuật hoặc can thiệp hỗ trợ như tẩy lông (trước phẫu thuật khuôn mặt và/hoặc sinh dục) có thể

cần thiết trong quy trình tiền phẫu. Xem thêm Chương 15 – Chăm sóc ban đầu. Ngoài ra, tham vấn vật lý trị liệu sàn chậu có thể quan trọng (hoặc bắt buộc) trước và sau phẫu thuật.

Các can thiệp phẫu thuật đại diện bao gồm (xem phụ lục E và phần cuối chương này):

AMAB: phẫu thuật nữ hóa gương mặt (bao gồm tạo hình sụn giáp/phẫu thuật dây thanh âm), phẫu thuật ngực khẳng định giới, tạo hình cơ thể, cắt tinh hoàn, tạo hình âm đạo/âm hộ (có hoặc không có âm đạo), thủ thuật thẩm mỹ, và các thủ thuật chuẩn bị cho phẫu thuật (ví dụ: tẩy lông).

AFAB: phẫu thuật nam hóa gương mặt, phẫu thuật ngực khẳng định giới, cắt tử cung/buồng trứng, tạo hình dương vật nhỏ (bao gồm đặt tinh hoàn giả), tạo hình dương vật to (bao gồm đặt tinh hoàn giả/ thể nang nhân tạo), tạo hình cơ thể, thủ thuật thẩm mỹ và các thủ thuật chuẩn bị (ví dụ: tẩy lông).

Điều quan trọng là các phẫu thuật viên phải hiểu chi định và thời điểm thực hiện GAS, đặc biệt ở thanh thiếu niên (xem Chương 6 – Thanh thiếu niên).

Phẫu thuật viên và bệnh nhân cần tham gia vào quá trình ra quyết định chung, bao gồm: 1) cách tiếp cận đa chuyên khoa; 2) hiểu rõ mục tiêu và kỳ vọng của bệnh nhân; 3) thảo luận các lựa chọn phẫu thuật cùng nguy cơ và lợi ích; 4) lập kế hoạch chăm sóc sau phẫu thuật (xem Chương 5 – Đánh giá người lớn). Những khuyến nghị này nhằm thúc đẩy cách tiếp cận chăm sóc cá nhân hóa.

Chăm sóc sau phẫu thuật phù hợp là điều thiết yếu để tối ưu hóa kết quả (Buncamper et al., 2015; Lawrence, 2003), và bệnh nhân cần được thông tin về các yêu cầu hậu phẫu (bao gồm chăm sóc vết thương, hạn chế vận động, thời gian nghỉ làm hoặc nghỉ học). Ngoài ra, phẫu thuật viên cần sẵn sàng cung cấp và điều phối chăm sóc hậu phẫu hoặc giới thiệu chuyên khoa khi cần. Điều này có thể bao gồm hỗ trợ lâu dài (từ người chăm sóc, bác sĩ chăm sóc ban đầu hoặc chuyên gia sức khỏe tâm thần); cũng như nhu cầu tầm soát thường quy (như tầm soát ung thư vú/ngực, chăm sóc niệu khoa/phụ khoa,...).

Với sự gia tăng quan tâm công chúng và số lượng phẫu thuật khẳng định giới (Canner et al., 2018; Ross, 2017; Shen et al., 2019), đào tạo bổ sung, theo dõi kết quả và đào tạo y khoa liên tục cho phẫu thuật viên là cần thiết (Schechter et al., 2017).

Tất cả các tuyên bố trong chương này được đưa ra

dựa trên đánh giá đầy đủ về bằng chứng, lợi ích – nguy cơ, giá trị và sở thích của người cung cấp dịch vụ và người bệnh, cũng như tính khả thi và sử dụng nguồn

lực. Trong một số trường hợp, chúng tôi nhận thấy bằng chứng còn hạn chế hoặc dịch vụ có thể không sẵn có hoặc không mong muốn.

Các Tuyên Bố Khuyến Nghị

- 13.1- Chúng tôi khuyến nghị các bác sĩ phẫu thuật thực hiện thủ thuật khẳng định giới cần có các bằng cấp và trình độ sau:
 - 13.1.a- Được đào tạo và có giám sát được ghi nhận trong các thủ thuật khẳng định giới;
 - 13.1.b- Duy trì thực hành thường xuyên trong các thủ thuật khẳng định giới;
 - 13.1.c- Có kiến thức về các bản dạng giới đa dạng và cách biểu hiện của chúng;
 - 13.1.d- Tham gia đào tạo liên tục trong lĩnh vực phẫu thuật khẳng định giới;
 - 13.1.e- Theo dõi kết quả phẫu thuật;
 - 13.2- Chúng tôi khuyến nghị đánh giá các yếu tố nguy cơ liên quan đến ung thư vú ở người chuyển giới và người đa dạng giới trước khi thực hiện nâng ngực hoặc cắt tuyến vú.
 - 13.3- Chúng tôi khuyến nghị thông tin cho người chuyển giới và người đa dạng giới về yêu cầu chăm sóc hậu phẫu, việc đi lại và nơi lưu trú, cũng như tầm quan trọng của việc theo dõi sau phẫu thuật trong quá trình chuẩn bị trước mổ.
 - 13.4- Chúng tôi khuyến nghị phẫu thuật viên xác nhận rằng các lựa chọn sinh sản đã được thảo luận trước khi tiến hành cắt tuyến sinh dục ở người chuyển giới và người đa dạng giới.
 - 13.5- Chúng tôi đề xuất phẫu thuật viên cân nhắc thực hiện cắt tuyến sinh dục cho người trưởng thành chuyển giới và người đa dạng giới đạt đủ điều kiện* khi có bằng chứng họ đã có tối thiểu 6 tháng điều trị hormone (trừ khi liệu pháp thay thế hormone hoặc ức chế tuyến sinh dục không được chỉ định về mặt y khoa hoặc thủ thuật không phù hợp với mong muốn, mục tiêu hoặc cách biểu hiện bản dạng giới cá nhân).
 - 13.6- Chúng tôi đề xuất các nhân viên y tế cân nhắc thực hiện các thủ thuật sinh dục khẳng định giới cho người trưởng thành chuyển giới và người đa dạng giới đạt đủ điều kiện* khi có bằng chứng rằng cá nhân đã ổn định với chế độ điều trị hiện tại (ít nhất 6 tháng điều trị hormone hoặc lâu hơn nếu cần để đạt kết quả phẫu thuật mong muốn, trừ khi hormone không được mong muốn hoặc bị chống chỉ định về mặt y khoa).
 - 13.7- Chúng tôi khuyến nghị cân nhắc các can thiệp phẫu thuật khẳng định giới cho thanh thiếu niên chuyển giới và người đa dạng giới đạt đủ điều kiện* khi có bằng chứng rằng một tiếp cận đa ngành (bao gồm chuyên gia sức khỏe tâm thần và y tế) đã tham gia vào quá trình ra quyết định.
 - 13.8- Chúng tôi khuyến nghị phẫu thuật viên tham khảo ý kiến của đội ngũ đa ngành toàn diện trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe chuyển giới khi người chuyển giới và người đa dạng giới đủ điều kiện* yêu cầu các phẫu thuật được cá nhân hóa (trước đây gọi là “không tiêu chuẩn”).
 - 13.9- Chúng tôi đề xuất phẫu thuật viên khuyến khích theo dõi tiết niệu suốt đời cho nam giới chuyển giới và người đa dạng giới đã trải qua phẫu thuật tạo dương vật to hoặc nhỏ.
 - 13.10- Chúng tôi khuyến nghị phẫu thuật viên khuyến khích theo dõi với bác sĩ phẫu thuật chính, bác sĩ chăm sóc ban đầu hoặc bác sĩ sản phụ khoa cho nữ giới chuyển giới và người đa dạng giới đã trải qua phẫu thuật tạo hình âm đạo.
 - 13.11- Chúng tôi khuyến nghị những bệnh nhân hồi tiếc về can thiệp phẫu thuật liên quan đến giới nên được quản lý bởi một đội ngũ đa ngành chuyên môn cao.
- * Đối với tiêu chí đủ điều kiện của thanh thiếu niên và người trưởng thành, vui lòng tham khảo các chương “Đánh giá cho người trưởng thành và thanh thiếu niên” và Phụ lục D.*

Tuyên bố 13.1

Chúng tôi khuyến nghị các phẫu thuật viên thực hiện các thủ thuật phẫu thuật khẳng định giới có các năng lực sau:

- a. **Được đào tạo và có giám sát được ghi nhận về các thủ thuật khẳng định giới;**
- b. **Duy trì hoạt động thực hành thường xuyên trong phẫu thuật khẳng định giới;**
- c. **Có kiến thức về các bản dạng và biểu hiện đa dạng giới;**
- d. **Tham gia đào tạo liên tục trong lĩnh vực phẫu thuật khẳng định giới;**

e. Theo dõi kết quả phẫu thuật.

Các phẫu thuật viên cung cấp phẫu thuật khẳng định giới (GAS) có thể có nhiều loại đào tạo và xuất thân chuyên môn khác nhau. Các chuyên khoa phẫu thuật phổ biến nhất bao gồm phẫu thuật tạo hình, tiết niệu, phụ khoa, tai mũi họng và phẫu thuật hàm mặt (Jazayeri et al., 2021). Tương tự như các lĩnh vực phẫu thuật khác, chúng tôi khuyến nghị chỉ những phẫu thuật viên được chứng nhận hoặc đủ điều kiện được chứng nhận bởi các hội đồng chuyên môn quốc gia tương ứng mới được cung cấp phẫu thuật khẳng định giới. Ngoài ra, khuyến nghị rằng các phẫu thuật viên cung cấp chăm

sóc cho người chuyển giới và đa dạng giới (TGD) cần được đào tạo có ghi nhận về các thủ thuật khẳng định giới và các nguyên tắc chăm sóc khẳng định giới (Schechter et al., 2017; Schechter & Schechter, 2019). Điều này bao gồm, nhưng không giới hạn, kiến thức về các bản dạng và biểu hiện đa dạng giới, cũng như cách chúng ảnh hưởng đến mục tiêu, kỳ vọng và kết quả của bệnh nhân. Điều quan trọng là các phẫu thuật viên cung cấp GAS phải quen thuộc với các thủ thuật hiện có và có khả năng cung cấp thông tin để người bệnh đưa ra quyết định dựa trên hiểu biết đầy đủ. Nếu phẫu thuật viên không cung cấp thủ thuật được yêu cầu, họ có thể giới thiệu bệnh nhân đến phẫu thuật viên khác như một ý kiến thứ hai. Phẫu thuật viên cung cấp GAS phải tham gia các hoạt động đào tạo liên tục trong lĩnh vực này (ví dụ: các cuộc họp, hội nghị, hội thảo, v.v.) để duy trì kiến thức cập nhật. Chúng tôi cũng khuyến nghị rằng kết quả phẫu thuật cần được theo dõi và trao đổi cho người bệnh như một phần của quá trình đồng thuận thông tin (Schechter et al., 2017).

Ngoài ra, các bệnh viện, cơ sở y tế và phòng khám có cung cấp GAS cần có kiến thức về năng lực văn hóa (ví dụ: ngôn ngữ, thuật ngữ, v.v.). Điều này có thể yêu cầu đào tạo nhân viên thường xuyên và liên tục.

Tuyên bố 13.2

Chúng tôi khuyến nghị các phẫu thuật viên đánh giá các yếu tố nguy cơ ung thư vú ở người chuyển giới và đa dạng giới trước khi thực hiện phẫu thuật nâng ngực hoặc cắt tuyến vú.

Trước khi thực hiện nâng ngực hoặc cắt tuyến vú, các cá nhân cần được thông tin và đánh giá về các yếu tố nguy cơ ung thư vú, bao gồm đột biến di truyền (ví dụ: BRCA1, BRCA2), tiền sử gia đình, tuổi, phơi nhiễm bức xạ, phơi nhiễm estrogen, và lượng mô vú dự kiến còn lại sau phẫu thuật (Brown, Lourenco et al., 2021; Brown & Jones, 2015; Colebunders et al., 2014; Gooren et al., 2013; Salibian et al., 2021; Weyers et al., 2010). Sàng lọc ung thư vú cần cân bằng giữa việc phát hiện ung thư và lựa chọn các cách chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm, thủ thuật phù hợp. Hiện tại, chưa có hướng dẫn tầm soát dựa trên bằng chứng dành riêng cho người TGD (Salibian et al., 2021), tuy nhiên, hướng dẫn gần đây đã được đề xuất bởi American College of Radiology (Brown, Lourenco et al., 2021). Do nguy cơ ung thư ở những người tìm kiếm nâng ngực hoặc cắt tuyến vú khẳng định giới tương tự dân số chung (kể cả khi sử dụng hormone), cần tuân thủ các hướng dẫn sàng

lọc ung thư hiện có (Brown & Jones, 2015; Gooren et al., 2013; Salibian et al., 2021; Weyers et al., 2010). Các chuyên gia cần cập nhật các hướng dẫn này vì chúng có thể thay đổi. Những cá nhân đã phẫu thuật ngực khẳng định giới nên được theo dõi ung thư vú liên tục, do bác sĩ chăm sóc ban đầu giám sát.

Tuyên bố 13.3

Chúng tôi khuyến nghị phẫu thuật viên thông báo cho người chuyển giới và đa dạng giới chuẩn bị phẫu thuật chuyển giới về yêu cầu chăm sóc hậu phẫu, di chuyển và nơi lưu trú, cũng như tầm quan trọng của việc tái khám sau phẫu thuật trong giai đoạn tiền phẫu.

Chi tiết về thời điểm, kỹ thuật và thời gian chăm sóc hậu phẫu được cung cấp trong giai đoạn tiền phẫu để người bệnh có thể lập kế hoạch phù hợp. Điều này bao gồm thảo luận về phân giai đoạn phẫu thuật (và yêu cầu di chuyển liên quan). Do số lượng phẫu thuật viên chuyên GAS còn hạn chế, bệnh nhân thường phải di chuyển xa để phẫu thuật. Trước phẫu thuật, phẫu thuật viên cần cung cấp lịch tái khám hậu phẫu. Phẫu thuật viên cần thảo luận về thời gian di chuyển lưu trú, dự kiến nằm viện nội trú hay ngoại trú, cũng như khả năng cần linh hoạt trong kế hoạch di chuyển (đặc biệt khi xảy ra biến chứng). Do tính phức tạp và chi phí cho việc di chuyển và lưu trú, mọi thay đổi trong kế hoạch điều trị cần được thông báo tới bệnh nhân càng sớm càng tốt. Phẫu thuật viên cần hỗ trợ đảm bảo chăm sóc liên tục với các nhân viên y tế địa phương khi bệnh nhân trở về nhà.

Chăm sóc sau phẫu thuật và tái khám rất quan trọng. Các thủ thuật GAS thường có yêu cầu chăm sóc hậu phẫu cụ thể, như: nguồn lực sau phẫu thuật (nhà ở ổn định, an toàn; nguồn lực cho việc di chuyển và tái khám), hướng dẫn thói quen lành mạnh (vệ sinh cá nhân, sống khỏe, phòng ngừa nhiễm trùng đường tiểu (UTIs) và nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (STIs)) (Wierckx, Van Caenegem et al., 2011), các hạn chế và chú ý sau phẫu thuật đối với hoạt động hằng ngày (tắm rửa, hoạt động thể chất, tập luyện, hướng dẫn dinh dưỡng, thời điểm quan hệ tình dục trở lại) (Capitán et al., 2020), sử dụng lại thuốc (kháng đông, hormone, v.v.), chăm sóc bản thân chi tiết sau phẫu thuật (nong cây sau khi phẫu thuật tạo hình âm đạo và cách thực rửa, kích hoạt bộ phận giả dương vật, tối ưu hóa tiểu tiện sau phẫu thuật tạo hình dương vật to, khuyến nghị cho chăm sóc cây tóc) (Capitán et al., 2017; Falcone et al.,

2018; Garcia, 2018; Hoebeke et al., 2005). Một số hoạt động chăm sóc sau phẫu thuật có thể được giới thiệu trước phẫu thuật và được củng cố lại sau phẫu thuật (Falcone et al., 2018). Các vấn đề như vết thương hở, khó khăn khi ngưng âm đạo, và nhiễm trùng đường tiểu có thể xảy ra (Dy et al., 2019), vì vậy giai đoạn tái khám là cơ hội can thiệp, giảm thiểu và phòng ngừa biến chứng (Buncamper et al., 2016; Garcia, 2021).

Tuyên bố 13.4

Chúng tôi khuyến nghị phẫu thuật viên xác nhận rằng các lựa chọn sinh sản đã được thảo luận trước khi thực hiện phẫu thuật cắt bỏ tuyến sinh dục ở người chuyển giới và đa dạng giới.

Vô sinh thường là hậu quả của cả liệu pháp hormone khẳng định giới (tạm thời) và GAS (vĩnh viễn), và việc bảo tồn khả năng sinh sản cần được thảo luận trước khi can thiệp y khoa, phẫu thuật, hoặc cả hai (Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Jahromi et al., 2021; Jones et al., 2021). Các can thiệp phẫu thuật làm thay đổi giải phẫu hoặc chức năng sinh sản có thể hạn chế khả năng sinh sản trong tương lai ở nhiều mức độ khác nhau (Nahata et al., 2019). Do đó, điều quan trọng là thảo luận về nguy cơ vô sinh và các lựa chọn bảo tồn khả năng sinh sản (FP) với cá nhân chuyển giới và gia đình họ trước khi bắt đầu bất kỳ can thiệp nào, và tiếp tục thảo luận theo thời gian (Hembree et al., 2017).

Chi tiết khuyến nghị về lựa chọn sinh sản xem Chương 16 — Sức khỏe sinh sản.

Tuyên bố 13.5

Chúng tôi đề xuất phẫu thuật viên cân nhắc thực hiện cắt tuyến sinh dục cho người trưởng thành chuyển giới và người đa dạng giới đạt đủ điều kiện* khi có bằng chứng họ đã có tối thiểu 6 tháng điều trị hormone (trừ khi liệu pháp thay thế hormone hoặc ức chế tuyến sinh dục không được chỉ định về mặt y khoa hoặc thủ thuật không phù hợp với mong muốn, mục tiêu hoặc cách biểu hiện bản dạng giới cá nhân). Xem khuyến cáo 13.6 cho văn bản hỗ trợ

Tuyên bố 13.6

Chúng tôi đề xuất các nhân viên y tế cân nhắc thực hiện các thủ thuật sinh dục khẳng định giới cho người trưởng thành chuyển giới và người đa dạng giới đạt đủ điều kiện* khi có bằng chứng rằng cá nhân đã ổn định với chế độ điều trị hiện tại (ít nhất 6 tháng điều trị hormone hoặc lâu hơn nếu cần để

đạt kết quả phẫu thuật mong muốn, trừ khi hormone không được mong muốn hoặc bị chống chỉ định về mặt y khoa).

Liệu pháp hormone khẳng định giới (GAHT) dẫn đến các thay đổi giải phẫu, sinh lý và tâm lý. Các thay đổi giải phẫu (ví dụ: tăng trưởng âm vật, teo niêm mạc âm đạo) có thể bắt đầu sớm sau khi bắt đầu điều trị, và đạt đỉnh sau 1–2 năm (T’Sjoen et al., 2019). Tùy vào mục tiêu phẫu thuật, có thể cần một khoảng thời gian điều trị hormone (ví dụ: đủ mức nam tính hóa của âm vật trước khi phẫu thuật tạo hình dương vật to hay nhỏ) hoặc được ưu tiên vì lý do tâm lý hoặc giải phẫu hoặc cả hai (tăng trưởng mô vú và giãn da trước nâng ngực, mềm da và thay đổi phân bố mỡ mặt trước phẫu thuật khuôn mặt khẳng định giới) (de Blok et al., 2021).

Đối với những người không sử dụng hormone trước phẫu thuật, phẫu thuật viên cần xem xét tác động của điều này lên thủ thuật dự định.

Đối với những người trải qua phẫu thuật cắt bỏ tuyến sinh dục nhưng không dùng hormone, kế hoạch liệu pháp thay thế hormone có thể được xây dựng trước phẫu thuật cùng với bác sĩ của họ.

Tuyên bố 13.7

Chúng tôi khuyến nghị cân nhắc các can thiệp phẫu thuật khẳng định giới cho thanh thiếu niên chuyển giới và người đa dạng giới đạt đủ điều kiện* khi có bằng chứng rằng một tiếp cận đa ngành (bao gồm chuyên gia sức khỏe tâm thần và y tế) đã tham gia vào quá trình ra quyết định.

Có nhiều bằng chứng mạnh mẽ — bao gồm các nghiên cứu quan sát (Monstrey et al., 2001; Stojanovic et al., 2017), tổng quan tài liệu và ý kiến chuyên gia (Esteve de Antonio et al., 2013; Frey et al., 2017; Hadj-Moussa et al., 2019; Pan & Honig, 2018), các hướng dẫn đã được thiết lập (Byne et al., 2018; Chen, Fuqua et al., 2016; Hembree et al., 2017; Karasic & Fraser, 2018; Klein, Paradise et al., 2018; Weissler et al., 2018), và phân tích nội dung chủ đề (Gerritse et al., 2018) — ủng hộ tầm quan trọng của tiếp cận đa chuyên khoa (y khoa, tâm thần và phẫu thuật) trong chăm sóc sức khỏe người chuyển giới.

Tiếp cận đa chuyên khoa đặc biệt quan trọng khi giải quyết các vấn đề sức khỏe tâm thần ở người TGD trải qua GAS (de Freitas et al., 2020; Dhejne et al., 2016; van der Miesen et al., 2016). Ngoài ra, bác sĩ chăm sóc ban đầu và các chuyên gia y khoa có thể hỗ trợ đưa ra quyết định về thời điểm phẫu thuật, kết quả kỳ vọng,

quản lý hormone trong phẫu thuật và tối ưu hóa các bệnh lý đi kèm (Elamin et al., 2010; Hembree et al., 2017).

Khuyến nghị chi tiết về đánh giá tiền phẫu ở thanh thiếu niên xem Chương 6 — Thanh thiếu niên.

Tuyên bố 13.8

Chúng tôi khuyến nghị phẫu thuật viên tham khảo ý kiến của đội ngũ đa ngành toàn diện trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe chuyển giới khi người chuyển giới và người đa dạng giới đủ điều kiện* yêu cầu các phẫu thuật được cá nhân hóa (trước đây gọi là “không tiêu chuẩn”).

Bản dạng giới có thể nằm trên một phổ rộng và biểu hiện bản dạng của mỗi người có thể thay đổi rất nhiều (Beek et al., 2015; Koehler et al., 2018). Trong khi mục tiêu chung của đa số thủ thuật là giảm chứng phiền muộn giới (van de Grift, Elaut et al., 2017) hoặc đạt được sự hòa hợp giới, các biểu hiện đa dạng có thể dẫn đến yêu cầu phẫu thuật tùy chỉnh cá nhân mà một số người xem là “phi tiêu chuẩn” (Beek et al., 2015; Bizic et al., 2018).

Yêu cầu phẫu thuật tùy chỉnh cá nhân có thể được định nghĩa là: 1) thủ thuật thay đổi biểu hiện giới mà không nhất thiết nhằm biểu thị một giới tính nhị nguyên, 2) sự kết hợp “phi tiêu chuẩn” của các thủ thuật đã được thiết lập; hoặc 3) cả hai.

Việc này nhằm hỗ trợ tư vấn và cung cấp thông tin cho bệnh nhân để đảm bảo mục tiêu cá nhân có thể đạt được. Người bệnh và phẫu thuật viên cần phối hợp chặt chẽ để đảm bảo kỳ vọng của bệnh nhân thực tế và khả thi, và can thiệp đề xuất an toàn và khả thi về mặt kỹ thuật. Người bệnh và đội ngũ phẫu thuật của họ cần phải chú trọng quyết định cần được đưa ra dựa trên (Cavanaugh et al., 2016). Quá trình đồng thuận thông tin cần đề cập đến tính không thể đảo ngược của một số thủ thuật, tính mới của một số thủ thuật và dữ liệu hạn chế về kết quả lâu dài.

Tuyên bố 13.9

Chúng tôi đề xuất phẫu thuật viên khuyến khích theo dõi tiết niệu suốt đời cho nam giới chuyển giới và người đa dạng giới đã trải qua phẫu thuật tạo dương vật to hoặc nhỏ.

Các biến chứng hậu phẫu sau phẫu thuật tạo dương vật to hoặc nhỏ ảnh hưởng đến đường tiết niệu và chức năng tình dục (Kang et al., 2019; Monstrey et al., 2009; Santucci, 2018; Schardein et al., 2019). Biến chứng

niệu đạo được báo cáo (liên quan đến kéo dài niệu đạo) bao gồm: hẹp niệu đạo 35–58%, rò niệu đạo 15–70% (Monstrey et al., 2009; Santucci, 2018; Schardein et al., 2019), túi thừa, nang nhầy do mô âm đạo còn sót, và mọc lông trong niệu đạo mới (Berli et al., 2021; Veerman et al., 2020). Biến chứng liên quan đến chức năng tình dục gồm giảm hoặc mất cảm giác xúc giác/nhạy cảm, khó đạt cực khoái và biến chứng liên quan đến bộ phận dương vật giả (Kang et al., 2019; Santucci, 2018). Biến chứng liên quan đến bộ phận dương vật giả gồm nhiễm trùng (tỷ lệ 8–12%), hỏng thiết bị, xói mòn niệu đạo, lộ thiết bị qua da và lệch vị trí cố định vào xương (Falcone et al., 2018; Kang et al., 2019; Morrison et al., 2016). Dù đa số biến chứng xảy ra sớm hoặc trung hạn sau phẫu thuật, chúng có thể xảy ra bất kỳ lúc nào. Phát hiện sớm có thể giảm biến chứng nặng (ví dụ: hẹp niệu đạo gây rò, xói mòn bộ phận giả dẫn đến nhiễm trùng cần lấy bỏ toàn bộ) (Blecher et al., 2019).

Theo dõi định kỳ để phát hiện sớm hẹp niệu đạo (hoặc vấn đề tiết niệu khác) gồm đo lượng nước tiểu tồn lưu bằng siêu âm bàng quang, chụp niệu đạo bàng quang bằng X-quang có cản quang, và nội soi niệu đạo bàng quang. Nam TGD cũng có thể mắc các vấn đề tiết niệu thường gặp không liên quan đến chuyển giới (sỏi tiết niệu, tiểu ra máu, ung thư đường tiết niệu sinh dục; bảo tồn khả năng sinh sản) (Sterling & Garcia, 2020a, 2020b).

Tuyên bố 13.10

Chúng tôi khuyến nghị phẫu thuật viên khuyến khích theo dõi với bác sĩ phẫu thuật chính, bác sĩ chăm sóc ban đầu hoặc bác sĩ sản phụ khoa cho nữ giới chuyển giới và người đa dạng giới đã trải qua phẫu thuật tạo hình âm đạo.

Phẫu thuật tạo hình âm đạo là thủ thuật an toàn (Hontscharuk, Alba, Hamidian Jahromi et al., 2021). Dù có thể xảy ra biến chứng, đa số tự giới hạn hoặc điều trị được bằng can thiệp nhỏ (Hontscharuk, Alba, Hamidian Jahromi et al., 2021). Biến chứng nhẹ bao gồm: mô hạt, mọc lông trong âm đạo, chậm lành vết thương hoặc tách vết thương (hoặc cả hai), vấn đề thẩm mỹ, hẹp lỗ âm đạo (Ferrando, 2020; Kloer et al., 2021). Dù các biến chứng này thường tự giới hạn, chúng có thể ảnh hưởng đến chất lượng sống sau phẫu thuật. Ngoài ra, các vấn đề này có thể không được chẩn đoán hoặc chẩn đoán sai nếu bệnh nhân không được tiếp cận chuyên gia có kinh nghiệm trong lĩnh vực sức khỏe

người chuyển giới. Chúng tôi khuyến nghị bệnh nhân được theo dõi trực tiếp và định kỳ với phẫu thuật viên chính — ví dụ: 2 tuần, 3 tháng, 6 tháng, và 1 năm sau phẫu thuật — và thêm các lần khám nếu cần cho một số cá nhân. Chăm sóc phụ khoa bổ sung được thực hiện xuyên suốt đời sống người TGD và có thể được cung cấp trong nhiều môi trường khác nhau. Khám bằng mắt vệt để phát hiện mô hạt, lông, tổn thương có thể được thực hiện bởi bác sĩ chăm sóc ban đầu, bác sĩ phụ khoa hoặc phẫu thuật viên GAS và có thể cần thực hiện ngoài giai đoạn hậu phẫu sớm (Grimstad, McLaren et al., 2021; Suchak et al., 2015; van der Sluis et al., 2020). Sau khi được xác định bằng xét nghiệm, UTIs, STIs và thay đổi hệ vi sinh âm đạo có thể được điều trị theo hướng dẫn dành cho người hợp giới (Hooton, 2012; Sherrard et al., 2018). Khám tuyến tiền liệt bằng tay được thực hiện theo hướng dẫn dành cho người hợp giới, qua đường âm đạo vì tuyến tiền liệt nằm ở thành trước âm đạo (Carter et al., 2013).

Các biến chứng khác bao gồm hẹp ống âm đạo giả, rò trực tràng âm đạo, viêm nhiễm (ở phẫu thuật tạo hình âm đạo dùng đoạn ruột) (Bustos et al., 2021). Các biến chứng này cần phối hợp điều trị nội khoa và phẫu thuật, có thể cần giới thiệu lại cho phẫu thuật viên chính hoặc chuyên khoa khác (ví dụ: phẫu thuật đại trực tràng) nếu cần thiết. Ngoài ra, rối loạn sản chậu có thể ảnh hưởng đến 30–40% bệnh nhân trước và sau phẫu thuật tạo hình âm đạo, do đó vật lý trị liệu sản chậu là yếu tố quan trọng trong giai đoạn hậu phẫu (Jiang et al., 2019).

Tuyên bố 13.11

Chúng tôi khuyến nghị những bệnh nhân hồi tiếc về can thiệp phẫu thuật liên quan đến giới nên được

quản lý bởi một đội ngũ đa ngành chuyên môn cao.

Tỷ lệ hồi tiếc sau GAS rất thấp (0,3% đến 3,8%) (De Cuypere & Vercruysse, 2009; Defreyne, Motmans et al., 2017; Hadj-Moussa et al., 2019; Hadj-Moussa, Agarwal et al., 2018; Hadj-Moussa, Ohl et al., 2018; Landén et al., 1998; Narayan et al., 2021; van de Grift, Elaut et al., 2018; Wiepjes et al., 2018). Tỷ lệ hồi tiếc cao nhất được ghi nhận vào thời điểm kỹ thuật phẫu thuật chưa tinh chỉnh, vai trò chăm sóc đa chuyên khoa chưa được thiết lập, và các Tiêu chuẩn Chăm sóc TGD chưa tồn tại hoặc chưa được biết đến rộng rãi (Landén et al., 1998). Hồi tiếc có thể tạm thời hoặc vĩnh viễn, và được phân loại (Narayan et al., 2021) thành: hồi tiếc xã hội (khó khăn trong gia đình, tôn giáo, xã hội hoặc nghề nghiệp), hồi tiếc y khoa (biến chứng lâu dài, thất vọng về kết quả hoặc quyết định tiền phẫu không đầy đủ), hồi tiếc thật sự liên quan đến giới (thường do chẩn đoán sai, đánh giá chưa đủ về bản dạng giới hoặc cả hai). Phân loại này phù hợp với các yếu tố tiên lượng tích cực và tiêu cực đã được thảo luận (De Cuypere & Vercruysse, 2009; Gils & Brewaeys, 2007; Pfäfflin & Junge, 1998).

Đội ngũ đa chuyên khoa có thể giúp xác định nguyên nhân và đánh giá tính ổn định theo thời gian của yêu cầu phẫu thuật (Narayan et al., 2021). Dựa trên đánh giá và hoàn cảnh cá nhân, can thiệp y khoa hoặc phẫu thuật nhằm tiếp tục quá trình chuyển giới hoặc hoàn nguyên giải phẫu về giới khi sinh có thể được chỉ định. Chi tiết xem Chương 5 — Đánh giá người trưởng thành.

**Tiêu chí đủ điều kiện đối với thanh thiếu niên và người trưởng thành xem Chương Đánh giá người trưởng thành và thanh thiếu niên và Phụ lục D.*

PHẪU THUẬT KHẲNG ĐỊNH GIỚI

Khi hiểu biết của lĩnh vực y khoa về nhiều khía cạnh của không đồng nhất giới ngày càng được mở rộng, và khi công nghệ phát triển cho phép áp dụng thêm các phương pháp điều trị mới, điều quan trọng cần nhận thức là danh sách các thủ thuật này không nhằm mục

đích liệt kê đầy đủ tất cả các phương pháp có thể thực hiện. Điều này đặc biệt quan trọng vì thường có khoảng thời gian khá dài giữa các lần cập nhật Tiêu chuẩn chăm sóc (SOC), trong khoảng thời gian đó, các tiến bộ về hiểu biết cũng như các phương pháp điều trị và phẫu thuật có thể thay đổi và phát triển.

PHẪU THUẬT KHUÔN MẶT

Cung mày

- Giảm cung mày
- Tạo hình cung mày
- Nâng cung mày

Hạ đường chân tóc và/hoặc cấy tóc

Căng da mặt/ căng da giữa mặt (sau khi chỉnh xương)

Phẫu thuật tạo hình mí mắt

Nâng mũi ± chất làm đầy

Gò má

- Phẫu thuật tạo hình cơ bám da cổ
- Cấy mỡ tự thân

Môi

- Đặt implant
- Cấy mỡ tự thân
- Thu ngắn môi trên
- Làm đầy môi (bao gồm tự thân và không tự thân)

Hàm dưới

- Giảm góc hàm
- Tăng kích thước
- Cắt chỉnh xương
- Đặt implant

Cằm

- Phẫu thuật dây thanh (xem chương giọng nói)

Tạo hình sụn giáp

PHẪU THUẬT NGỰC/VÚ

Cắt tuyến vú

- Phẫu thuật cắt bỏ tuyến vú có bảo tồn/tái tạo quầng vú và núm vú theo chỉ định y khoa cần thiết cho từng bệnh nhân cụ thể.
- Phẫu thuật cắt bỏ tuyến vú không bảo tồn/tái tạo quầng vú và núm vú theo chỉ định y khoa cần thiết cho từng bệnh nhân cụ thể.

Hút mỡ

Tạo hình vú

- Túi động và/hoặc tissue expander
- Mô tự thân (vạt hoặc cấy mỡ tự thân)

PHẪU THUẬT SINH DỤC

Tạo hình dương vật (± tạo bìu)

- ± kéo dài niệu đạo
- ± đặt thể hang nhân tạo
- ± cắt bỏ âm đạo
- kéo dài niệu đạo
- ± đặt thể hang nhân tạo
- ± cắt bỏ âm đạo
- Có thể giữ lại dương vật/tinh hoàn
- Bao gồm kỹ thuật “flat front”

Tạo hình dương vật từ âm vật (± tạo bìu)

Tạo hình âm đạo (kỹ thuật lộn dương vật, phúc mạc hoặc ruột)

Tạo hình âm hộ

CẮT BỎ TUYẾN SINH DỤC

Cắt tinh hoàn

Cắt tử cung và phần phụ

TẠO HÌNH CƠ THỂ

Hút mỡ

Cấy mỡ tự thân

Cấy ghép

Tạo hình/thu gọn vùng mủ

- Ngực, hông, mông, bắp chân

THỦ THUẬT BỔ SUNG

Triệt lông: ở vùng mặt, cơ thể, bộ phận sinh dục để khẳng định giới như là một phần chuẩn bị của quá trình tiền phẫu thuật

Xăm quầng núm vú

Ghép tử cung

Ghép dương vật

- Điện phân
- Laser epilation

CHƯƠNG 14 - Giọng Nói và Giao tiếp

Con người tham gia thực hành giao tiếp không chỉ để trao đổi ý tưởng về thế giới bên ngoài mà còn để thể hiện bản thân như những thực thể xã hội-văn hóa và thỏa thuận các hình thức xung hô, giới thiệu và cách được đối xử cho phép họ cảm thấy an toàn và được tôn trọng (Azul et al., 2022). Tiếng nói được xem là một trong những phương thức chủ chốt góp phần vào việc truyền đạt giới như một khía cạnh đa dạng của nhân loại. Tuy nhiên, các khía cạnh và cách thức giao tiếp khác (ví dụ: cách phát âm, lựa chọn từ ngữ, cử chỉ, nhận thức và đánh giá của người nghe) cũng cần được xem xét (Azul, 2015; Azul & Hancock, 2020). Trong chương này, “giọng nói và giao tiếp” được sử dụng như một cụm từ bao quát các thực hành có ý nghĩa mà ở đó, mỗi thành viên tham gia tương tác xã hội theo nhu cầu, mong muốn, nhận dạng, và năng lực của riêng họ.

Mặc dù cách hiểu theo nhị nguyên giới đã chi phối những tài liệu nghiên cứu trong lĩnh vực này, phương pháp tiếp cận được khuyến nghị trong chương này ngụ ý một góc nhìn bao quát về nhận dạng giới (ví dụ chuyển giới nữ, chuyển giới nam, giới linh hoạt, phi nhị giới, nghi hoặc giới, phi giới tính) và nhận thức rằng giới không tồn tại một cách đơn độc, mà giao thoa với các khía cạnh đa dạng khác con người (ví dụ tình trạng pháp lý thổ dân, dân tộc/chủng tộc, xu hướng tính dục, khuyết tật, đức tin/tôn giáo/tâm linh). Các khuyến nghị trong chương này áp dụng cho tất cả những người TGD đang tìm kiếm sự hỗ trợ chuyên nghiệp về giọng nói và giao tiếp, bao gồm trẻ em, thanh thiếu niên, người trưởng thành và người lớn tuổi, và những người mong muốn chuyển đổi hoặc quay lại giới tính trước đó, bất kể lựa chọn can thiệp của họ.

Không phải tất cả người TGD đều gặp khó khăn hay có mong muốn được hỗ trợ chuyên nghiệp về giọng nói và giao tiếp, nhưng những người có nhu cầu thường gặp rào cản trong việc tiếp cận chăm sóc. Mặc dù tỷ lệ thay đổi theo quốc gia và nhóm TGD nhưng các thống kê củng cố cho mối quan ngại về việc người TGD không thể tiếp cận các dịch vụ giọng nói và giao tiếp theo cách và thời điểm mong muốn (Eyssel et al., 2017; James et al., 2016; Oğuz et al., 2021; Södersten et al., 2015; Veale et al., 2019). Theo các nghiên cứu, tỷ lệ người TGD mong muốn được tiếp nhận đào tạo giọng nói và giao tiếp hoặc phẫu thuật giọng nói thường cao hơn tỷ lệ những người đã trải qua can thiệp. Tiếp cận đào tạo giọng nói thường dễ dàng hơn phẫu thuật giọng nói trong một vài ngoại lệ. Những nhóm TGD bị dồn ép

đến bên lề xã hội, chẳng hạn như những người thuộc nhóm dân tộc/chủng tộc bị gạt ngoài lề, phải trải qua phân biệt đối xử và hạn chế tiếp cận chăm sóc ở mức tỷ lệ còn cao hơn (James et al., 2016; Xavier et al., 2005).

Chi phí, không biết nơi tiếp cận dịch vụ, và dịch vụ không có sẵn là những rào cản phổ biến được nhắc đến bởi những người tham gia nghiên cứu. Theo các nghiên cứu ở Mỹ (Hancock & Downs, 2021; Kennedy & Thibeault, 2020), Thổ Nhĩ Kỳ (Oğuz et al., 2021) và Aotearoa/New Zealand (Veale et al., 2019), việc thiếu sót thông tin chính xác về các lựa chọn dịch vụ giọng nói và giao tiếp trong cộng đồng TGD là một rào cản phổ biến và đáng kể. Đáng chú ý, ở Thụy Điển, tất cả người TGD đều được đề xuất hỗ trợ về giọng nói và giao tiếp khi được chẩn đoán bất tương hợp giới (Södersten et al., 2015). Hơn nữa, sự nhạy bén văn hóa của các nhân viên y tế chỉ đang chậm cải thiện (Hancock & Haskin, 2015; Jakomin et al., 2020; Matthews et al., 2020; Sawyer et al., 2014). Hancock và Downs (2021) đã thực hiện các nghiên cứu sơ bộ để xác định những rào cản cụ thể trong các dịch vụ giọng nói và giao tiếp, đồng thời phát triển các phương pháp loại bỏ hiệu quả.

Chương này chủ đích đưa ra hướng dẫn cho các chuyên gia chăm sóc sức khỏe trong việc hỗ trợ và thúc đẩy sức khỏe tinh thần cho tất cả người TGD gặp khó khăn hoặc căng thẳng liên quan đến giọng nói và thực hành giao tiếp của chính họ và/hoặc phản ứng và định kiến mà họ nhận được từ những người khác (Azul et al., 2022).

Có rất nhiều phương pháp khác nhau mà người TGD có thể sử dụng để điều chỉnh giọng nói và giao tiếp theo cách đơn phương hoặc kết hợp, bao gồm: thay đổi do cá nhân tự khởi xướng, có thể được hỗ trợ bởi các nguồn lực mà người TGD sử dụng để hướng dẫn thực hành giọng nói và giao tiếp; thay đổi hành vi được hỗ trợ bởi các chuyên gia giọng nói và giao tiếp (về sau gọi là “huấn luyện giọng nói và giao tiếp”); và thay đổi do điều trị androgen và/hoặc phẫu thuật thanh quản. Cơ sở bằng chứng hiện tại không bao gồm các hình thức thay đổi do cá nhân tự khởi xướng, mà chỉ tập trung vào ba phương pháp can thiệp còn lại.

“Chuyên gia giọng nói và giao tiếp” là người có kiến thức về vai trò chủ động liên tục và năng động giữa người nói và người nghe, cũng như hiểu biết về các can thiệp chuyên môn liên quan, gồm can thiệp hành vi, nội tiết và phẫu thuật, và các quá trình sinh lý – sinh học, cơ chế kiến tạo ý nghĩa xã hội – văn hóa cũng như các

ngoại lực (Azul & Hancock, 2020). Chuyên gia giọng nói và giao tiếp có năng lực thực hiện các đánh giá phù hợp nhằm hỗ trợ người TGD đưa ra lựa chọn có cơ sở, đồng thời hướng dẫn định hướng quá trình tìm các mục tiêu, các phương án can thiệp thông qua cách tiếp cận lấy cá nhân làm trung tâm, nhạy bén văn hóa và tôn trọng bối cảnh sống của người sử dụng dịch vụ. Chuyên gia lĩnh vực này có kiến thức và kỹ năng thực hành trong các can thiệp hành vi về giọng nói và giao tiếp.

Các thực hành có thể thay đổi hành vi bao gồm: giọng nói khi nói và hát, chánh niệm, thư giãn, hô hấp, cao độ và phạm vi cao độ, chất lượng giọng nói, cộng hưởng/âm sắc, âm lượng, phát âm, biểu cảm khuôn mặt, cử chỉ, tư thế, vận động, giới thiệu bản thân với người khác, mô tả các bản dạng và yêu cầu cách ứng xử đối đáp và xưng hô tôn trọng văn hóa, phản ứng quyết đoán và kiên định với các đánh giá sai lệch, thực hành sử dụng giọng nói và giao tiếp với những người khác nhau và trong các bối cảnh đời sống khác nhau (ví dụ, Hancock & Siegfriedt, 2020; Mills & Stoneham, 2017).

Các dịch vụ giọng nói và giao tiếp được đề xuất như một phần trong tiếp cận chăm sóc sức khỏe toàn diện và phối hợp, bao gồm hỗ trợ các nhu cầu y khoa, tâm lý và xã hội (Södersten et al., 2015) mà không cần điều kiện tiên quyết nào (ví dụ: sử dụng nội tiết tố, dự định phẫu thuật hay thời gian sống thể hiện vai trò giới). Mục tiêu tổng quát của hỗ trợ giọng nói và giao tiếp dành cho người TGD bao gồm:

- Giáo dục các đối tượng sử dụng dịch vụ về những yếu tố ảnh hưởng đến chức năng giọng nói và thực hành giao tiếp, cũng như cách truyền đạt bản thể của người nói qua giao tiếp (người nói, người nghe, thực hành chuyên môn, bối cảnh/vật liệu ngoại lai, các yếu tố sinh lý – sinh học và văn hóa – xã hội);
- Hỗ trợ các cá nhân bộc lộ sự gắn kết về mặt xã hội – văn hóa (ví dụ về giới) trong các tương tác hằng ngày, theo cách phù hợp với hình ảnh bản thân mong muốn, đồng thời phát triển, duy trì và hình thành thói quen sử dụng giọng nói, chất giọng và thực hành giao tiếp phù hợp với mục tiêu cá nhân mà không gây hại cho cơ chế phát âm;
- Đào tạo kỹ năng tạo ra giọng nói hữu hiệu cho những người có hạn chế về chức năng giọng nói (ví dụ do sử dụng quá mức hoặc quá tải cơ chế phát âm);

- Hỗ trợ phát triển năng lực thương lượng một cách quyết đoán về cách xưng hô mong muốn từ những người khác (ví dụ: tên gọi, đại từ, danh xưng), cũng như ứng phó khéo léo với việc bị gán nhầm giới, nhằm góp phần nâng cao và duy trì sức khỏe tinh thần;
- Hỗ trợ phát triển kỹ năng giải quyết vấn đề cần thiết trong việc quản lý lo âu, căng thẳng và khó chịu liên quan đến giới, có sự phối hợp với các chuyên gia sức khỏe tâm thần; đồng thời giúp cá nhân vượt qua các rào cản trong việc luyện tập hoặc áp dụng giọng nói và giao tiếp mong muốn trong đời sống;
- Cung cấp hoặc giới thiệu các nguồn lực hỗ trợ nhằm tăng cường phát triển kỹ năng giọng nói – giao tiếp, nhận thức về giọng và sức khỏe giọng nói;
- Giới thiệu hoặc phối hợp với các chuyên gia khác như chuyên gia sức khỏe tâm thần, phẫu thuật viên thanh quản và bác sĩ nội tiết, những người có thể đáp ứng tốt hơn các nhu cầu chuyên biệt của từng cá nhân. Điều này đặc biệt quan trọng trong các trường hợp cá nhân đối mặt với những thách thức đặc trưng xuất phát từ hàng loạt nhiều rào cản ảnh hưởng đến sức khỏe và chất lượng sống, hoặc khi họ mong muốn phẫu thuật thanh quản hay điều trị nội tiết tố.

Có hai loại phẫu thuật thanh quản phù hợp với cộng đồng TGD: nâng cao độ (ví dụ phẫu thuật tạo hình thanh môn kết hợp chuyển lùi mép trước thanh quản, khâu áp sụn nhĩn-giáp, phẫu thuật tạo hình nữ hóa thanh quản, điều chỉnh giọng nói bằng laser) (Anderson, 2007; Anderson, 2014; Brown, 2000; Casado, 2017; Geneid, 2015; Gross, 1999; Kelly et al., 2018; Kanagalingam, 2005; Kim, 2017; Kim, 2020; Kocak, 2010; Kunachak, 2000; Mastronikolis, 2013; Mastronikolis et al., 2013; Matai, 2003; Meister, 2017; Mora, 2018; Neumann, 2004; Nuyen et al., 2022; Orloff, 2006; Pickuth, 2000; Remacle, 2011; Thomas & MacMillan, 2013; Tschann, 2016; Van Borsel, 2008; Wagner, 2003; Wendler, 1990; Yang, 2002), và hạ cao độ (ví dụ tạo hình thanh quản loại III, tiêm làm đầy dây thanh) (Bultynck et al., 2020; Isshiki et al., 1983; Kojima, et al. 2008; Webb et al., 2021). Phẫu thuật nâng cao độ được báo cáo mang đến các lợi ích về âm học bao gồm tăng cao độ giọng nói trung bình (f₀) và tăng

Mìn fo (tần số thấp nhất của quãng giọng sinh lý). Đánh giá chủ quan của người TGD cho thấy mức độ hài lòng chung đối với giọng nói sau phẫu thuật. Tuy nhiên, các cá nhân mong muốn những thay đổi toàn diện hơn trong cách diễn đạt giọng nói và giao tiếp có thể cần tham gia thêm các can thiệp hành vi với chuyên gia về giọng nói và giao tiếp, bên cạnh phẫu thuật thanh quản. (Brown, Chang et al. 2021; Kelly et al., 2018; Nuyen et al., 2022). Các nguy hại tiềm ẩn của phẫu thuật nâng cao độ có thể được đánh giá và xử lý trong quá trình huấn luyện giọng nói. Những tác hại được báo cáo bao gồm rối loạn giọng nói, giọng yếu, quãng giọng bị hạn chế, đặc biệt ở quãng cao (giảm tần số cơ bản tối đa f_0 tối đa của quãng giọng sinh lý), khàn giọng, giọng không ổn định, và giảm giá trị tần số theo thời gian, (Kelly et al., 2018; Song & Jiang, 2017), mặc dù tỷ lệ xảy ra các biến cố này không nhất thống.

Nghiên cứu về phẫu thuật hạ cao độ còn hạn chế. Tuy nhiên, các nghiên cứu, gồm tám người TGD tình nguyện thực hiện mổ tạo hình thành quản loại III sau khi không hài lòng với điều trị nội tiết (Bultynck et al., 2020) và một người được tiêm bổ trợ sau liệu pháp testosterone và đào tạo giọng nói (Webb et al., 2020), cho thấy sự giảm có ý nghĩa thống kê về tần số cơ bản được cũng xem như giảm cao độ.

Điều trị estrogen ở người TGD không liên quan đến những thay đổi giọng nói đo lường được (Mészáros et al., 2005), trong khi điều trị testosterone dẫn đến cả những thay đổi mong muốn và không mong muốn liên quan đến giới và chức năng sản xuất giọng nói (Azul, 2015; Azul et al., 2017, 2018, 2020; Azul & Neuschaefer-Rube, 2019; Cosyns et al., 2014; Damrose, 2008; Deuster, Di Vincenzo et al., 2016; Deuster, Matulat et al. 2016; Hancock et al., 2017; Irwig et al., 2017; Nygren et al., 2016; Van Borsel et al., 2000; Yanagi et al., 2015; Ziegler et al., 2018). Những thay đổi mong muốn từ điều trị testosterone đó bao gồm hạ cao độ, tăng yếu tố nam tính trong giọng nói, và tăng độ hài lòng với giọng nói. Những điều chưa hài lòng được báo cáo gồm không hoặc giảm chưa đủ cao độ, rối loạn giọng nói, giọng yếu, quãng giọng bị hạn chế, và giọng nói không ổn định. Những vấn đề này có thể được đánh giá và xử lý trong huấn luyện giọng nói bởi chuyên gia giọng nói và giao tiếp.

Tất cả các khuyến nghị trong chương này dựa trên đánh giá kỹ lưỡng các chứng cứ, lợi ích và tác hại, giá trị và sở thích của nhà cung cấp và bệnh nhân, cũng như nguồn lực sử dụng và tính khả thi. Trong một số trường hợp, chúng tôi nhận thấy bằng chứng còn hạn chế và/hoặc dịch vụ có thể không tiếp cận được hoặc không thỏa đáng.

Các Tuyên Bố Khuyến Nghị

14.1- Chúng tôi khuyến nghị chuyên gia giọng nói và giao tiếp đánh giá chức năng giọng nói và giao tiếp hiện tại cũng như theo nguyện vọng của người TGD, và xây dựng kế hoạch can thiệp phù hợp cho những người chưa hài lòng với giọng nói và giao tiếp của mình.

14.2- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia giọng nói và giao tiếp làm việc với người chuyển giới và đa dạng giới nên tiếp nhận đào tạo chuyên biệt nhằm phát triển chuyên môn trong hỗ trợ chức năng giọng nói, giao tiếp và sức khỏe tâm lý của nhóm này.

14.3- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế trong lĩnh vực chăm sóc người chuyển giới khi chăm sóc cho những người TGD không hài lòng với giọng nói hoặc giao tiếp, cần nhắc việc giới thiệu đến các chuyên gia về giọng nói và giao tiếp để được hỗ trợ, đánh giá và huấn luyện liên quan giọng nói.

14.4- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia chăm sóc sức khỏe xem xét giới thiệu những người TGD đang cân nhắc phẫu thuật giọng nói gặp gỡ các chuyên gia về giọng nói và giao tiếp để nhận hỗ trợ trước và/hoặc sau phẫu thuật.

14.5- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế trong lĩnh vực chăm sóc người TGD thông tin cho những người đang theo liệu pháp testosterone về các ảnh hưởng tiềm ẩn và biến đổi trị liệu về giọng nói và giao tiếp.

Tuyên bố 14.1

Chúng tôi khuyến nghị chuyên gia giọng nói và giao tiếp đánh giá chức năng giọng nói và giao tiếp hiện tại cũng như theo nguyện vọng của người TGD, và xây dựng kế hoạch can thiệp phù hợp cho những

người chưa hài lòng với giọng nói và giao tiếp của mình.

Chuyên gia giọng nói và giao tiếp có thể đánh giá mức hài lòng về vị thế xã hội-văn hóa biểu hiện trong tương tác giao tiếp, bao gồm giới và các bản dạng giao thoa khác, lưu ý rằng các bản dạng này có thể hoặc

không thay đổi theo thời gian; các đánh giá từ những người chung quanh cũng như trong mối tương quan với các bản dạng, ước muốn, và sức khỏe tâm lý của cá nhân; mức độ tự nhiên của giọng nói và lời nói; và chức năng giọng nói và giao tiếp liên quan đến các yêu cầu về giọng nói. Các đánh giá có thể khác nhau về bản chất (ví dụ như đo lường các kết quả do chủ thể báo cáo, tri giác, âm học, khí động học, nội soi) tùy theo mục đích (Davies et al., 2015; Leyns et al., 2021; Oates & Dacakis, 1983). Ví dụ, soi thanh quản được sử dụng khi cá nhân có vấn đề giọng nói đi kèm (ví dụ rối loạn giọng do căng cơ) (Palmer et al., 2011) hoặc gặp khó khăn về giọng nói, có thể có hoặc không liên quan thứ phát bởi các can thiệp y tế khẳng định giới như liệu pháp androgen hoặc phẫu thuật thanh quản (Azul et al., 2017).

Chuyên gia giọng nói và giao tiếp thông tin về các phương pháp can thiệp có sẵn nhằm hỗ trợ giọng nói, giao tiếp và sức khỏe tâm lý cho những người TGD đang tìm kiếm can thiệp do không hài lòng với giọng nói và giao tiếp của bản thân. Đặc tính của từng chọn lựa, gồm cả hệ quả tiềm năng và độ lâu dài, được trình bày một cách khách quan nhằm mang đến sự tôn trọng và quyền tự quyết của người TGD. Liệu trình can thiệp phù hợp được cá nhân hóa, khả thi và nên bao gồm mọi dịch vụ chuyên môn có sẵn. Mục tiêu có thể phát triển trong suốt thời gian hỗ trợ, khi người TGD tìm ra các điều chỉnh trong giọng nói và giao tiếp, tự đánh giá sự hài lòng với những thay đổi đã đạt được, và điều chỉnh mục tiêu của bản thân.

Tuyên bố 14.2

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia giọng nói và giao tiếp làm việc với người chuyển giới và đa dạng giới nên tiếp nhận đào tạo chuyên biệt nhằm phát triển chuyên môn trong hỗ trợ chức năng giọng nói, giao tiếp và sức khỏe tâm lý của nhóm này.

Các văn bằng học thuật và giấy phép hành nghề của các chuyên gia giọng nói và giao tiếp (ví dụ các nhà ngôn ngữ trị liệu, chuyên viên trị liệu giọng nói, giáo viên thanh nhạc, huấn luyện viên giọng nói) thay đổi khác nhau tùy địa phương nhưng thường không quy định tiêu chuẩn trong công việc với mỗi nhóm dân số cụ thể. Chương trình giảng dạy chuẩn theo hệ giáo dục chính quy cho các chuyên môn này thường không đào tạo chuyên biệt hoặc đầy đủ để thực hành với cộng đồng TGD (Jakomin et al., 2020; Matthews et al., 2020). Những kiến thức và kỹ năng tổng quát về cơ chế

giọng nói và giao tiếp giữa các cá nhân là nền tảng nhưng vẫn chưa đủ để thực hiện chăm sóc theo cách tôn trọng văn hóa, lấy người bệnh làm trung tâm cho người TGD một cách hiệu quả, tiết kiệm, bao quát và dễ tiếp cận (Hancock, 2017; Russell & Abrams, 2019).

Các chuyên gia trong lĩnh vực này cần được giáo dục toàn diện để phát triển khả năng tự nhận thức, khiêm tốn và nhạy bén văn hóa, nhằm tôn trọng và đề tâm đến sự đa dạng giới và các khía cạnh bản dạng khác của đối tượng chăm sóc, vốn phong phú về hình thức và có những nhu cầu hỗ trợ khác nhau (Azul, 2015; Azul et al., 2022). Sở thích trong sử dụng tên, hình thức xưng hô chính thức, giới tính, và đại từ cần được tôn trọng trong mọi giao tiếp với họ và khi nói về họ (bao gồm hồ sơ y tế, báo cáo, email). Giáo dục cũng cần hướng dẫn trang bị một không gian đào tạo hay phòng khám cùng các áp dụng hành chính thiết kế riêng để đón tiếp người TGD, giúp họ cảm thấy an toàn và được tôn trọng khi bày tỏ những quan ngại hoặc vấn đề với đội ngũ hỗ trợ giọng nói và giao tiếp.

Các chuyên gia giọng nói và giao tiếp làm việc với người TGD cần có kiến thức vận hành về các nguyên tắc, cơ chế và hiệu quả can thiệp khả dụng, năng lực giảng dạy và mô hình hóa kỹ năng điều chỉnh giọng nói và giao tiếp, và hiểu biết cơ bản về sức khỏe chuyên giới, bao gồm điều trị nội tiết và phẫu thuật, và các vấn đề tâm lý-xã hội đặc thù của người chuyển giới. Giáo dục cần bao gồm các hệ thống phương pháp và thực hành đã phát triển và chứng minh có hiệu quả trong cộng đồng TGD, và một cách lý tưởng nên được trình bày bởi hoặc phối hợp với người TGD có kinh nghiệm thực tế về hỗ trợ giọng nói và giao tiếp.

Tuyên bố 14.3

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế trong lĩnh vực chăm sóc người chuyển giới khi chăm sóc cho những người TGD không hài lòng với giọng nói hoặc giao tiếp, cần nhắc việc giới thiệu đến các chuyên gia về giọng nói và giao tiếp để được hỗ trợ, đánh giá và huấn luyện liên quan giọng nói.

Chuyên gia về giọng nói và giao tiếp là nơi cung cấp thông tin và hướng dẫn tốt nhất cho người TGD khi họ không hài lòng với giọng nói hoặc giao tiếp. Chứng cứ cho thấy các chuyên gia giọng nói và giao tiếp có thể hỗ trợ bệnh nhân đạt được hài lòng về giọng nói và giao tiếp, từ đó giảm tình trạng rối loạn giới và cải thiện chất lượng cuộc sống trong giao tiếp (Azul, 2016; Block, 2017; Deuster, Di Vincenzo et al., 2016; Hancock,

2017; Hancock et al., 2011; Hardy et al., 2013; Kelly et al., 2018; McNamara, 2007; McNeill et al., 2008; Owen & Hancock, 2010; Pasricha et al., 2008; Söderpalm et al., 2004; Watt et al., 2018).

Bằng chứng thực nghiệm cho thấy hỗ trợ hành vi trong giọng nói cho người TGD AMAB (khai sinh giới tính nam) có hiệu quả giúp thay đổi giọng nói đạt đúng mục tiêu (Oates, 2019). Bảy nghiên cứu trước năm 2020 đã đưa ra chứng cứ, dù còn yếu, về hiệu quả huấn luyện giọng nói, (Carew et al., 2007; Dacakis, 2000; Gelfer & Tice, 2013; Hancock et al., 2011; Hancock & Garabedian, 2013; McNeill et al., 2008; Mészáros et al., 2005). Các phương pháp đào tạo giọng nói tương tự nhau giữa bảy nghiên cứu này và cho thấy huấn luyện giọng nói có thể hữu hiệu trong việc tăng cao độ trung bình, quãng giọng cơ bản, sự hài lòng với giọng nói, nhận thức bản thân và người nghe về độ nữ tính trong giọng nói, chất lượng cuộc sống liên quan đến giọng nói, sự tham gia xã hội và hướng nghiệp. Các hạn chế của những nghiên cứu này bao gồm thiếu thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng, cỡ mẫu nhỏ, khoảng thời gian theo dõi trong dài hạn chưa đủ, và thiếu kiểm soát các biến nhiễu. Năm 2021, một nghiên cứu tổng quan hệ thống về hiệu quả huấn luyện hành vi trong giọng nói cho người AMAB đạt được kết luận tương tự (Leys et al., 2021).

Cho đến hiện tại, gần như chưa có nghiên cứu về hiệu quả huấn luyện giọng nói ở người TGD AFAB (giới tính khai sinh là nữ). Tuy nhiên, vẫn có một số chứng cứ hứa hẹn, dù còn yếu, từ nghiên cứu ca (Buckley et al., 2020) và nghiên cứu tiền cứu không đối chứng về huấn luyện giọng nói (Mills et al., 2019).

Tuyên bố 14.4

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia chăm sóc sức khỏe xem xét giới thiệu những người TGD đang cân nhắc phẫu thuật giọng nói gặp gỡ các chuyên gia về giọng nói và giao tiếp để nhận hỗ trợ trước và/hoặc sau phẫu thuật.

Khuyến nghị này không yêu cầu người TGD phải tham gia huấn luyện giọng nói trước phẫu thuật. Thay vào đó, mọi hỗ trợ sẵn có nên được cung cấp để tư vấn thông tin theo nhu cầu cá nhân, một bước vô cùng quan trọng trong chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm. Mục đích của khuyến nghị nhằm giúp người TGD cân nhắc những thông tin cần thiết trong quá trình tư vấn cá thể hóa về đánh giá giọng nói, huấn luyện thử nghiệm giọng nói, và thảo luận về kết quả mong đợi cũng như

rủi ro khi phẫu thuật với chuyên gia giọng nói và giao tiếp.

Đối với hầu hết các loại phẫu thuật thanh quản, huấn luyện giọng nói được khuyến nghị cả trước mổ, để chuẩn bị bộ phận phát âm cho quá trình can thiệp, và sau mổ để đảm bảo khôi phục chức năng giọng nói (Geneid et al., 2015; Gross, 1999; Kim, 2017; Kocak et al., 2010; Kunachak et al., 2000; Matai et al., 2003; Meister et al., 2017; Neumann & Welzel, 2004; Orloff et al., 2006; Pickuth et al., 2000; Remacle et al., 2011; Thomas & Macmillan, 2013; Tschan et al., 2016; Van Borsel et al., 2008; Yang et al., 2002). Đối với riêng phẫu thuật nâng cao độ, việc thử nghiệm huấn luyện giọng nói giúp cải thiện một vài chỉ số mà phẫu thuật không mang lại (ví dụ các yếu tố liên quan đến ngữ điệu và độ tự nhiên, như cao độ tối đa f0 trong quãng giọng; Kelly et al., 2018).

Số lượng và chất lượng các nghiên cứu đánh giá phẫu thuật hạ cao độ hiện còn hạn chế, đặc biệt về so sánh hiệu quả giữa có và không kết hợp với các can thiệp khác (ví dụ: testosterone) (Bultynck et al., 2020). Có nhiều kỹ thuật và nghiên cứu về phẫu thuật nâng cao độ, nhưng chất lượng chứng cứ vẫn còn thấp. Kết quả phẫu thuật nâng cao độ đã được so sánh với không phẫu thuật (Anderson, 2007, 2014; Brown et al., 2000; Geneid et al., 2015; Gross, 1999; Kim, 2017; Kocak et al., 2010; Kunachak et al., 2000; Matai et al., 2003; Meister et al., 2017; Neumann và Welzel, 2004; Orloff et al., 2006; Pickuth, 2000; Remacle et al., 2011; Thomas và Macmillan, 2013; Tschan et al., 2016; Van Borsel et al., 2008; Yang et al., 2002), với các kỹ thuật phẫu thuật khác (Mora, 2018), với huấn luyện giọng nói đơn thuần (Kanagalingam, 2005; Mastronikolis, 2013; Wagner, 2003), và phẫu thuật kết hợp với đào tạo giọng nói (Casado, 2017; Kelly et al., 2018).

Trong 11 báo cáo về việc những người tham gia nghiên cứu có huấn luyện giọng nói trước phẫu thuật nâng cao độ hay không, hầu hết đều đã trải qua huấn luyện trước đó nhưng vẫn không hài lòng với giọng nói và phải tìm đến phẫu thuật. Do đó, phần lớn các kết quả nghiên cứu về hiệu quả phẫu thuật phản ánh qua phương pháp kết hợp huấn luyện giọng nói với can thiệp phẫu thuật. Các đặc điểm tiên đoán đối tượng nào sẽ tiến hành phẫu thuật sau huấn luyện vẫn chưa rõ.

Tuyên bố 14.5

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế trong lĩnh vực chăm sóc người TGD thông tin cho những

người đang theo liệu pháp testosterone về các ảnh hưởng tiềm ẩn và biến đổi trị liệu về giọng nói và giao tiếp.

Nghiên cứu về hiệu quả điều trị androgen lên giọng nói và giao tiếp của người TGD cho kết quả đa dạng và khó đoán ở từng cá nhân. Mặc dù nhiều nghiên cứu cho thấy hiệu quả trong giọng nói đạt được kỳ vọng và mong muốn của người TGD, vẫn tồn tại các chứng cứ chất lượng cho thấy không phải lúc nào họ cũng hài lòng với kết quả điều trị bằng liệu pháp testosterone, và nhiều người gặp một số khó khăn như hạ cao độ chưa đủ, chất lượng giọng nói bị ảnh hưởng, âm lượng, sức bền, phạm vi cao độ và linh hoạt giọng (Azul, 2015, 2016, 2017, 2018; Cosyns et al., 2014; Nygren et al., 2016; Ziegler et al., 2018). Một phân tích tổng hợp 19 nghiên cứu gần đây đánh giá tác động ít nhất 1 năm sau điều trị testosterone ước tính 21% người tham gia

không đạt tần số chuẩn của hợp giới nam, 21% báo cáo giọng nói không hoàn toàn phù hợp với giới và gặp vấn đề về giọng nói, và 16% không hoàn toàn hài lòng với giọng nói của bản thân (Ziegler, 2018).

Đối với những cá thể mong muốn điều trị bằng androgen, việc tư vấn thông tin chính xác trước khi bắt đầu liệu pháp nên hướng những kỳ vọng của họ theo thực tế để tránh những thất vọng do tác động lâu dài của hormone lên giọng nói và giao tiếp. Ngoài ra, người TGD không có khả năng tiếp cận hoặc không muốn điều trị testosterone nhưng muốn thay đổi giọng nói, hoặc không hài lòng với kết quả điều trị testosterone, có thể được chuyên gia về giọng nói và giao tiếp tư vấn các phương án hỗ trợ thay thế và bổ trợ (ví dụ như huấn luyện giao tiếp và hành vi ngôn từ; phẫu thuật hạ cao độ).

CHƯƠNG 15 - Chăm Sóc Ban Đầu

Chăm sóc ban đầu là lĩnh vực rộng nhất của chăm sóc sức khỏe và được định nghĩa là “việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tích hợp, dễ tiếp cận bởi các chuyên gia y tế, những người chịu trách nhiệm giải quyết phần lớn các nhu cầu chăm sóc sức khỏe cá nhân, phát triển mối quan hệ hợp tác bền vững với bệnh nhân, và thực hành trong bối cảnh gia đình và cộng đồng.” (Institute of Medicine, 1996).

Các nhân viên y tế chăm sóc ban đầu (PCP) bao gồm một phạm vi rộng các chuyên gia y tế cung cấp dịch vụ chăm sóc này, bao gồm bác sĩ đa khoa và bác sĩ gia đình, điều dưỡng hành nghề, điều dưỡng thực hành nâng cao, trợ lý bác sĩ/bác sĩ liên kết và bác sĩ nội khoa. PCP có nền tảng giáo dục, đào tạo và chuyên môn đa dạng. Tùy thuộc vào loại bằng cấp và bản chất chuyên khoa, phạm vi hành nghề khác nhau, và không phải tất cả các nhà cung cấp đều được đào tạo hoặc đủ điều kiện để trực tiếp cung cấp toàn bộ phổ chăm sóc sức khỏe cho người chuyển giới, như chăm sóc sức khỏe tâm thần, chăm sóc sinh dục/khung chậu, hoặc chăm sóc hậu phẫu sau các thủ thuật khẳng định giới. Bác sĩ và các nhà cung cấp khác nhận được rất ít giáo dục về sức khỏe người chuyển giới và đa dạng giới (TGD) trong suốt quá trình đào tạo (Dubin et al., 2018), do đó phần lớn kỹ năng hiện nay được hình thành trong thực hành, hoặc thông qua các cơ hội giáo dục thường xuyên ngắn hạn; xem thêm Chương 4—Giáo dục. Tuy nhiên, nếu các nhân viên y tế có năng lực cung cấp chăm sóc tương tự cho bệnh nhân hợp giới, họ nên phát triển năng lực trong chăm sóc bệnh nhân TGD. Các năng lực được nêu dưới đây đều được hiểu là nằm trong phạm vi giấy phép hành nghề và thực hành của họ. Tuy nhiên, tất cả PCP nên có khả năng quản lý sức khỏe toàn diện của bệnh nhân TGD, bao gồm trực tiếp hoặc thông qua việc chuyển gửi phù hợp đến các chuyên gia y tế khác, bao gồm các chuyên khoa khác, để đánh giá và điều trị. Không có bằng chứng cho thấy năng lực chăm sóc bệnh nhân TGD chỉ có thể đạt được thông qua một quy trình đào tạo hoặc chứng nhận chính thức. Tuy nhiên, bằng cách nêu rõ các năng lực được khuyến nghị, PCP và người TGD trong mọi bối cảnh có thể chia sẻ một bộ tiêu chuẩn chung về kiến thức, kỹ năng và năng lực văn hóa cần thiết cho việc chăm sóc người TGD.

Do các điều kiện y khoa, phẫu thuật và xã hội đặc thù mà người TGD phải đối mặt, PCP cần có các năng lực riêng biệt trong chăm sóc người TGD, vượt ra ngoài

những gì được kỳ vọng ở tất cả PCP chăm sóc cho một quần thể đa dạng bao gồm các nhóm thiểu số về sắc tộc, chủng tộc hoặc xu hướng tính dục. Các tổ chức nghề nghiệp từ nhiều chuyên ngành tổng quát khác nhau đã ban hành các tuyên bố lập trường và hướng dẫn cụ thể về chăm sóc người TGD (Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ, 2021; Hiệp hội Ý về Giới, Bản dạng và Sức khỏe (SIGIS); Hiệp hội Nam học và Y học Tinh dục Ý (SIAMS); Hiệp hội Nội tiết Ý (SIE), 2021; Hội Tinh dục học Ba Lan, 2021; Hội Các Bác sĩ Lâm sàng HIV miền Nam châu Phi, 2021). Wylie et al. (2016) nêu rằng: “Phần lớn, sức khỏe tổng quát và sự an lành của người chuyển giới nên được chăm sóc trong bối cảnh chăm sóc ban đầu, không phân biệt với các dịch vụ được cung cấp cho người hợp giới (không chuyển giới) đối với các vấn đề sức khỏe thể chất, tâm lý và tính dục. Chăm sóc đặc hiệu cho quá trình chuyển đổi giới cũng có thể được thực hiện trong chăm sóc ban đầu.” Có nhiều ví dụ về các dịch vụ này được cung cấp một cách an toàn và hiệu quả ngoài hệ thống chăm sóc chuyên khoa tại các thành phố đa dạng như Toronto và Vancouver ở Canada, New York và Boston ở Hoa Kỳ, và Sydney, Úc (Radix & Eisfeldt, 2014; Reisner, Radix et al., 2016; Spanos et al., 2021).

Liệu pháp hormone

Việc bệnh nhân TGD nhận được liệu pháp hormone khẳng định giới (GAHT) cần thiết về mặt y khoa từ bác sĩ chuyên khoa, ví dụ bác sĩ nội tiết, hay từ PCP có thể phụ thuộc vào sự sẵn có của các nhân viên y tế có kiến thức và thái độ thân thiện, cũng như các yếu tố ở cấp quốc gia, như quy định chăm sóc sức khỏe và nguồn tài chính cho dịch vụ y tế (xem tuyên bố về tính cần thiết y khoa trong Chương 2—Khả năng áp dụng toàn cầu, Tuyên bố 2.1). Ở nhiều nơi trên thế giới, các dịch vụ chuyên khoa cho người TGD không có hoặc chỉ có một phần, điều này càng củng cố nhu cầu tất cả các nhân viên y tế cần được đào tạo trong việc cung cấp chăm sóc khẳng định giới. Ở một số quốc gia, PCP có thể bị yêu cầu phải chuyển bệnh nhân TGD đến các dịch vụ chuyên khoa (ví dụ: phòng khám bản dạng giới), dẫn đến sự chậm trễ không thể chấp nhận được trong việc tiếp cận GAHT (Royal College of General Practitioners, 2019).

Liệu pháp liên quan đến hormone bao gồm một loạt các can thiệp, như ức chế dậy thì và bắt đầu hoặc duy trì hormone. Với đào tạo phù hợp, GAHT có thể được quản lý bởi hầu hết các PCP. Bất kể họ có đóng vai trò

là người kê đơn hormone chính hay không, tất cả PCP nên quen thuộc với các loại thuốc, các theo dõi được khuyến cáo và các tác dụng phụ tiềm tàng liên quan đến GAHT (xem Chương 12—Liệu pháp hormone). PCP nên có khả năng chuyển gửi phù hợp đến các nhân viên y tế thích hợp cho tất cả các dịch vụ liên quan đến chuyển đổi giới mà họ không trực tiếp cung cấp.

Chương này ủng hộ lập luận rằng GAHT có thể được kê đơn bởi PCP hoặc các nhân viên y tế không chuyên khoa—“Xét đến các rào cản trong tiếp cận chăm sóc sức khỏe và tầm quan trọng của GAHT đối với quần thể này, điều bắt buộc là PCP phải có khả năng và sẵn sàng cung cấp GAHT cho bệnh nhân TGD.” (Shires, 2017).

PCP thường được yêu cầu cung cấp chăm sóc cho một loạt các tình trạng và nhu cầu, bao gồm cả những vấn đề mà họ có thể có ít hoặc không có kinh nghiệm trước đó. Điều này thường bao gồm việc tiếp cận các nguồn tham khảo phổ biến và dễ sử dụng, như các hướng dẫn của hội chuyên môn hoặc đăng ký các cơ sở dữ liệu kiến thức trực tuyến. PCP được khuyến nên áp dụng cách tiếp cận tương tự khi được yêu cầu cung cấp chăm sóc GAHT cơ bản bằng cách sử dụng Bộ Tiêu chuẩn Chăm sóc cũng như các nguồn tài liệu để tiếp cận khác (Cheung et al., 2019; Hembree et al., 2017; Oliphant et al., 2018; T’Sjoen et al., 2020). Cần lưu ý rằng hầu hết các thuốc thường được sử dụng trong các phác đồ kháng định giới đều quen thuộc trong thực hành chăm sóc ban đầu hàng ngày, bao gồm nhưng không giới hạn ở testosterone, estradiol, progesterone và các progestagen khác, và spironolactone.

Sức khỏe tâm thần

PCP nên có khả năng và sẵn sàng đánh giá và cung cấp hỗ trợ sức khỏe tâm thần cho người TGD, và GAHT có thể làm giảm rối loạn phiền muộn giới và cho phép biểu hiện giới. Ít nhất, họ nên nhận thức được những nhu cầu này và tham vấn hỗ trợ chuyên khoa bổ sung khi cần thiết.

Chăm sóc dự phòng

Bác sĩ đa khoa được đào tạo để cung cấp phòng ngừa ung thư nguyên phát và thứ phát toàn diện dựa trên bằng chứng như một phần của chăm sóc ban đầu thường quy. Các hướng dẫn phòng ngừa ung thư dựa trên bằng chứng khác nhau trên toàn cầu do sự khác biệt trong hướng dẫn quốc gia và mức độ tiếp cận các phương thức sàng lọc tại địa phương. Cho đến nay, nghiên cứu về tác động dài hạn của GAHT lên nguy cơ ung thư còn hạn chế (Blondeel et al., 2016; Braun et al., 2017). Chúng ta không có đủ bằng chứng để ước tính tỷ lệ hiện mắc ung thư vú hoặc các cơ quan sinh sản trong các quần thể TGD (Joint et al., 2018). Tuy nhiên, nhìn chung, sàng lọc ung thư nên được bắt đầu theo các hướng dẫn địa phương. Một số điều chỉnh được thảo luận chi tiết dưới đây, tùy thuộc vào loại và thời gian sử dụng hormone, can thiệp phẫu thuật, hoặc cả hai.

Trong chăm sóc bệnh nhân chuyển giới, PCP nên duy trì hồ sơ cập nhật về các cơ quan hiện diện ở bệnh nhân TGD để có thể cung cấp sàng lọc thường quy phù hợp. Danh mục cơ quan này nên được cập nhật dựa trên tiền sử phẫu thuật hoặc bất kỳ sự phát triển nào xảy ra do việc sử dụng hormone kháng định giới. Không phải tất cả PCP đều cung cấp chăm sóc xuyên suốt vòng đời. Tuy nhiên, nếu các nhà cung cấp thường xuyên chăm sóc trẻ em, thanh thiếu niên hoặc người cao tuổi hợp giới, họ nên phát triển năng lực chăm sóc người chuyển giới phù hợp với các nhóm tuổi này. Nếu không thể làm được, PCP nên có khả năng chuyển gửi phù hợp đến các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác chăm sóc cho các quần thể này.

Tất cả các tuyên bố trong chương này đã được khuyến cáo dựa trên việc xem xét kỹ lưỡng bằng chứng, đánh giá lợi ích và tác hại, các giá trị và ưu tiên của nhà cung cấp và bệnh nhân, cũng như việc sử dụng nguồn lực và tính khả thi. Trong một số trường hợp, chúng tôi thừa nhận rằng bằng chứng còn hạn chế và/hoặc các dịch vụ có thể không tiếp cận được hoặc không được mong muốn.

Các Tuyên Bố Khuyến Nghị

- 15.1- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế thu thập tiền sử y khoa chi tiết từ người chuyển giới và đa dạng giới, bao gồm việc sử dụng hormone trong quá khứ và hiện tại, các phẫu thuật tuyến sinh dục, cũng như sự hiện diện của các yếu tố nguy cơ truyền thống về tim mạch và mạch máu não, nhằm mục đích thực hiện đánh giá nguy cơ tim mạch định kỳ theo các hướng dẫn hiện hành được sử dụng tại địa phương.
- 15.2- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế đánh giá và quản lý sức khỏe tim mạch ở người chuyển giới và đa dạng giới bằng cách sử dụng đánh giá yếu tố nguy cơ được điều chỉnh phù hợp và các phương pháp quản lý tim mạch/mạch máu não.
- 15.3- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế điều chỉnh các công cụ tính toán nguy cơ dựa trên giới tính sinh học được sử dụng để đánh giá các tình trạng y khoa cho phù hợp với nhu cầu của người chuyển giới và đa dạng giới, có tính đến thời gian sử dụng hormone, liều dùng, nồng độ hormone huyết thanh, tuổi hiện tại và độ tuổi bắt đầu liệu pháp hormone.
- 15.4- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế tư vấn cho người chuyển giới và đa dạng giới về việc sử dụng thuốc lá của họ và khuyến cáo ngưng hoàn toàn thuốc lá/nicotine trước khi phẫu thuật khẳng định giới.
- 15.5- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế thảo luận và giải quyết các mối quan tâm về tâm lý, y khoa và xã hội liên quan đến quá trình lão hóa với người chuyển giới và đa dạng giới.
- 15.6- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế tuân theo các hướng dẫn tầm soát ung thư vú tại địa phương được xây dựng cho phụ nữ hợp giới khi chăm sóc người chuyển giới và đa dạng giới đã sử dụng estrogen, đồng thời cân nhắc thời gian sử dụng hormone, liều dùng, tuổi hiện tại và tuổi bắt đầu hormone.
- 15.7- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế tuân theo các hướng dẫn tầm soát ung thư vú tại địa phương dành cho phụ nữ hợp giới khi chăm sóc người chuyển giới và đa dạng giới có mô vú phát triển từ dậy thì tự nhiên và chưa trải qua phẫu thuật ngực khẳng định giới.
- 15.8- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế áp dụng các hướng dẫn tầm soát tại địa phương tương ứng (bao gồm cả khuyến nghị không tầm soát) được xây dựng cho phụ nữ hợp giới có nguy cơ trung bình hoặc tăng cao đối với ung thư buồng trứng hoặc nội mạc tử cung khi chăm sóc người chuyển giới và đa dạng giới có cùng mức nguy cơ.
- 15.9- Chúng tôi khuyến nghị chống lại việc cắt buồng trứng hoặc cắt tử cung thường quy chỉ nhằm mục đích phòng ngừa ung thư buồng trứng hoặc tử cung ở người chuyển giới và đa dạng giới đang điều trị testosterone và có nguy cơ ác tính trung bình.
- 15.10- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế cung cấp tầm soát ung thư cổ tử cung cho người chuyển giới và đa dạng giới hiện có hoặc từng có cổ tử cung, theo các hướng dẫn địa phương dành cho phụ nữ hợp giới.
- 15.11- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế tư vấn cho người chuyển giới và đa dạng giới rằng việc sử dụng thuốc kháng vi rút không phải là chống chỉ định đối với liệu pháp hormone khẳng định giới (GAHT).
- 15.12- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế thu thập tiền sử y khoa chi tiết ở người chuyển giới và đa dạng giới, bao gồm việc sử dụng hormone trong quá khứ và hiện tại, các phẫu thuật tuyến sinh dục, cũng như sự hiện diện của các yếu tố nguy cơ loãng xương truyền thống, nhằm đánh giá độ tuổi tối ưu và sự cần thiết của sàng lọc loãng xương.
- 15.13- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế thảo luận về sức khỏe xương với người chuyển giới và đa dạng giới, bao gồm nhu cầu tập luyện chịu trọng lượng, chế độ ăn lành mạnh, bổ sung canxi và vitamin D.
- 15.14- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế giới thiệu người chuyển giới và đa dạng giới đến các dịch vụ triệt lông ở mặt, cơ thể và vùng sinh dục nhằm mục đích khẳng định giới hoặc như một phần của quá trình chuẩn bị trước phẫu thuật.

Tuyên bố 15.1

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế thu thập tiền sử y khoa chi tiết từ người chuyển giới và đa dạng giới, bao gồm việc sử dụng hormone trong quá khứ và hiện tại, các phẫu thuật tuyến sinh dục, cũng như sự hiện diện của các yếu tố nguy cơ truyền thống về tim mạch và mạch máu não, nhằm mục đích thực hiện đánh giá nguy cơ tim mạch định kỳ

theo các hướng dẫn hiện hành được sử dụng tại địa phương. Xem chi tiết hơn ở tuyên bố 15.3.

Tuyên bố 15.2

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế đánh giá và quản lý sức khỏe tim mạch ở người chuyển giới và đa dạng giới bằng cách sử dụng đánh giá yếu tố nguy cơ được điều chỉnh phù hợp và các phương

pháp quản lý tim mạch/mạch máu não. Xem chi tiết hơn ở Tuyên bố 15.3.

Tuyên bố 15.3

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế điều chỉnh các công cụ tính toán nguy cơ dựa trên giới tính sinh học được sử dụng để đánh giá các tình trạng y khoa cho phù hợp với nhu cầu của người chuyển giới và đa dạng giới, có tính đến thời gian sử dụng hormone, liều dùng, nồng độ hormone huyết thanh, tuổi hiện tại và độ tuổi bắt đầu liệu pháp hormone.

Bệnh tim mạch (CVD) và đột quỵ là các nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới (Tổ chức Y tế Thế giới, 2018). Dữ liệu phong phú từ nhiều bối cảnh khác nhau cho thấy các nhóm thiểu số về chủng tộc, sắc tộc và xu hướng tính dục có sự chênh lệch đáng kể về tỷ lệ mắc CVD và các yếu tố nguy cơ của nó, cũng như về kết quả của các can thiệp y khoa. Các yếu tố cấu trúc như khả năng tiếp cận dịch vụ y tế, tình trạng kinh tế – xã hội, và gánh nặng sinh lý do căng thẳng thiểu số góp phần tạo ra những chênh lệch này (Flentje et al., 2020; Havranek et al., 2015; Streed et al., 2021). Người chuyển giới và đa dạng giới (TGD) thường trải qua các điều kiện xã hội, kinh tế và phân biệt đối xử tương tự như các nhóm thiểu số khác đã được biết là có nguy cơ tim mạch cao hơn (Carpenter et al., 2020; James et al., 2016; Reisner, Radix et al., 2016). Những người TGD thuộc các nhóm thiểu số về chủng tộc, sắc tộc và xu hướng tính dục đã được chứng minh là chịu tác động lớn hơn liên quan đến căng thẳng giao thoa. Ngược lại, việc tiếp cận chăm sóc khẳng định giới, bao gồm liệu pháp hormone khẳng định giới (GAHT), có thể làm giảm nguy cơ CVD do cải thiện chất lượng cuộc sống và giảm rối loạn phiền muộn do bất tương hợp giới (Defreyne et al., 2019; Martinez et al., 2018). Các PCP có thể cải thiện đáng kể sức khỏe của người TGD thông qua sàng lọc và phòng ngừa CVD và các tình trạng nguy cơ liên quan—như sử dụng thuốc lá, đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và béo phì.

Một số ít nghiên cứu, chủ yếu tại Hoa Kỳ, đánh giá tỷ lệ hiện mắc CVD, đột quỵ hoặc nguy cơ CVD ở người TGD độc lập với GAHT cho thấy nguy cơ bệnh tim mạch tăng cao, bao gồm tỷ lệ cao các yếu tố nguy cơ tim mạch chưa được chẩn đoán và điều trị, cùng với việc phòng ngừa tim mạch không đầy đủ khi so sánh với dân số hợp giới (Denby et al., 2021; Malhotra et al.,

2022; Nokoff et al., 2018). Trong một nghiên cứu dựa trên dân số, người TGD có tỷ lệ cao hơn về trải nghiệm phân biệt đối xử, căng thẳng tâm lý và trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu, và những yếu tố này có liên quan đến tăng khả năng mắc bệnh tim mạch (Poteat et al., 2021).

Trong các nghiên cứu tại Hoa Kỳ dựa trên Hệ thống Giám sát Yếu tố Nguy cơ Hành vi, cả nam chuyển giới và nữ chuyển giới đều cho thấy tỷ lệ nhồi máu cơ tim (MI), đột quỵ hoặc bất kỳ CVD nào cao hơn so với nam hợp giới, nữ hợp giới hoặc cả hai. Kết quả thay đổi tùy theo việc điều chỉnh dữ liệu cho các biến bổ sung, bao gồm chủng tộc, thu nhập hoặc các yếu tố nguy cơ tim mạch (Alzahrani et al., 2019; Caceres et al., 2020; Nokoff et al., 2018). Người phi nhị nguyên giới cũng có khả năng mắc CVD cao hơn (Downing & Przedworski, 2018). Các nghiên cứu này không thu thập dữ liệu về việc sử dụng hormone và cũng bị hạn chế bởi việc sử dụng tiền sử sức khỏe tự báo cáo. Tại Hoa Kỳ, các cá nhân TGD đến khám để bắt đầu GAHT có thể có tỷ lệ cao hơn các yếu tố nguy cơ CVD chưa được chẩn đoán và điều trị so với dân số hợp giới (Denby et al., 2021), mặc dù điều này có thể không áp dụng trên toàn cầu.

Một nghiên cứu bệnh chứng lớn năm 2018 từ nhiều trung tâm tại Hoa Kỳ, sử dụng nhóm đối chứng hợp giới ghép cặp theo tỷ lệ 10:1, không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ MI hoặc đột quỵ giữa nữ chuyển giới và nam hợp giới, cũng như không có sự khác biệt về tỷ lệ MI, đột quỵ hoặc thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (VTE) giữa nam chuyển giới và nam hoặc nữ hợp giới. Tuy nhiên, có tỷ số nguy cơ (hazard ratio) 1,9 có ý nghĩa thống kê đối với VTE ở nữ chuyển giới so với nam hợp giới. Một phân nhóm nữ chuyển giới bắt đầu GAHT trong (so với trước) khoảng thời gian nghiên cứu 6 năm cho thấy nguy cơ đột quỵ tăng. Sự gia tăng tỷ lệ VTE trong toàn bộ nhóm nữ chuyển giới và tỷ lệ đột quỵ trong phân nhóm bắt đầu điều trị đã cho thấy số người cần điều trị để gây ra một ca có hại (NNH) (không được báo cáo trong bài báo) ước tính từ 71–123 (Getahun et al., 2018). Các nghiên cứu khác cho thấy không có sự gia tăng các biến cố tim mạch hoặc đột quỵ ở nam chuyển giới điều trị testosterone, mặc dù các nghiên cứu này bị hạn chế bởi cỡ mẫu nhỏ, thời gian theo dõi tương đối ngắn và độ tuổi trẻ của quần thể nghiên cứu (Martinez et al., 2020; Nota et al., 2019).

Các nghiên cứu tại châu Âu và Hoa Kỳ ở nữ chuyển giới đã tiếp cận GAHT nữ hóa ngày càng cho thấy nguy cơ CVD, đột quỵ hoặc cả hai cao hơn so với nữ hợp

giới và, trong một số nghiên cứu, so với cả nam hợp giới (Getahun et al., 2018; Nota et al., 2019; Wierckx et al., 2013). Nhiều nghiên cứu trong số này có những hạn chế đáng kể, như việc điều chỉnh không đồng nhất các yếu tố nguy cơ tim mạch, cỡ mẫu nhỏ—đặc biệt là ở nữ chuyển giới lớn tuổi—và thời gian cũng như loại GAHT khác nhau (Connelly et al., 2019; Defreyne et al., 2019; Martinez et al., 2020). Hơn nữa, mức tăng nguy cơ tổng thể là nhỏ. Trong nhiều nghiên cứu này, phần lớn nữ chuyển giới gặp biến cố tim mạch hoặc đột quỵ đều trên 50 tuổi, có một hoặc nhiều yếu tố nguy cơ CVD, và đang sử dụng nhiều phác đồ hormone khác nhau, bao gồm nhưng không giới hạn ở ethinyl estradiol, một estrogen tổng hợp làm tăng đáng kể nguy cơ huyết khối và không được khuyến cáo sử dụng trong các phác đồ nữ hóa (Gooren et al., 2014; Martinez et al., 2020). Bằng chứng hiện có còn hạn chế cho thấy GAHT dựa trên estrogen có liên quan đến tăng nguy cơ nhồi máu cơ tim và đột quỵ, nhưng chưa rõ nguy cơ nhỏ này là do GAHT hay là hậu quả của các yếu tố nguy cơ tim mạch có sẵn từ trước. Không có nghiên cứu nào hiện nay giải quyết cụ thể CVD và các tình trạng liên quan ở người phi nhị nguyên giới, những người sử dụng liệu hormone khẳng định giới dưới mức sinh lý, hoặc ở người trưởng thành trước đây đã được điều trị bằng ức chế dậy thì.

PCP có thể giải quyết tốt nhất nguy cơ CVD trong quá trình GAHT bằng cách đánh giá người TGD về CVD và các yếu tố nguy cơ CVD có thể điều chỉnh, như đái tháo đường, tăng huyết áp, tăng lipid máu, béo phì và hút thuốc, cũng như giải quyết tác động của căng thẳng thiếu số đối với nguy cơ tim mạch (Streed et al., 2021). Ngoài ra, PCP có thể giảm bớt sự chênh lệch sức khỏe tim mạch ở người chuyển giới bằng cách chẩn đoán và điều trị kịp thời các tình trạng nguy cơ và điều chỉnh quản lý theo cách hỗ trợ các can thiệp khẳng định giới đang diễn ra.

Các hướng dẫn đánh giá nguy cơ khác nhau tùy theo bối cảnh quốc gia hoặc quốc tế và tổ chức khoa học xây dựng hướng dẫn. Các hướng dẫn phòng ngừa CVD cũng khác nhau về bản chất và tần suất đánh giá nguy cơ đối với người trưởng thành khỏe mạnh dưới 40 tuổi (Arnett et al., 2019; Piepoli et al., 2020; Prêcoma et al., 2019; Streed et al., 2021; WHO, 2007). Trên 40 tuổi, khi nguy cơ tim mạch tăng lên, các hướng dẫn rõ ràng khuyến cáo đánh giá nguy cơ định kỳ bằng cách sử dụng dự đoán nguy cơ CVD toàn bộ trong 10 năm dựa trên các phương trình dự đoán nguy cơ từ các mẫu dân

số lớn. Ví dụ về các công cụ tính toán nguy cơ bao gồm SCORE (được khuyến cáo bởi Hướng dẫn Phòng ngừa CVD châu Âu), Phương trình Nghiên cứu Đoàn hệ Gộp (Hướng dẫn AHA/ACC 2013 về Đánh giá Nguy cơ CVD), điểm nguy cơ Framingham, và Biểu đồ Dự đoán Nguy cơ của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO). Các biểu đồ của WHO được xây dựng dựa trên thông tin từ các quốc gia trong từng phân vùng của WHO. Ở nhiều bối cảnh nguồn lực thấp, các cơ sở y tế không có khả năng đo cholesterol hoặc glucose huyết thanh, và các biểu đồ dự đoán thay thế không yêu cầu các phép đo này đã được phát triển.

Cần lưu ý rằng tất cả các công cụ tính toán nguy cơ tim mạch hiện nay đều có phân biệt giới, sử dụng giới tính sinh học như một biến nguy cơ quan trọng. Hiện không có đủ dữ liệu về các can thiệp nguy cơ tim mạch trong suốt vòng đời ở người TGD có can thiệp y khoa và phẫu thuật để điều chỉnh các phương trình dự đoán này. Tuy nhiên, rõ ràng rằng cả giới tính được chỉ định khi sinh và quá trình chuyển đổi y khoa đều có thể ảnh hưởng đến các tham số được sử dụng để tính toán nguy cơ tim mạch (Connelly et al., 2019; Defreyne et al., 2019; Maraka et al., 2017; Martinez et al., 2020). Các nhân viên y tế có thể áp dụng nhiều cách tiếp cận khác nhau khi sử dụng các công cụ tính toán nguy cơ tim mạch ở người TGD, bao gồm việc sử dụng công cụ theo giới tính được chỉ định khi sinh, giới tính khẳng định, hoặc trung bình có trọng số của cả hai, có tính đến tổng thời gian phơi nhiễm với GAHT trong suốt cuộc đời. Mặc dù thiếu dữ liệu, việc sử dụng giới tính khẳng định cho người trưởng thành chuyển giới có tiền sử bắt đầu GAHT ở tuổi dậy thì có khả năng là phù hợp nhất. Những bệnh nhân có tiền sử sử dụng GAHT dưới mức tối ưu hoặc có thời gian kéo dài sau cắt tuyến sinh dục mà không được bổ sung hormone trước khoảng 50 tuổi có thể cần một cách tiếp cận còn tinh tế hơn. Các nhân viên y tế nên nhận thức rõ các đặc điểm và hạn chế của công cụ tính toán nguy cơ đang sử dụng và nên tham gia cùng bệnh nhân vào quá trình ra quyết định chung liên quan đến các cân nhắc cụ thể này.

Hiện không có nghiên cứu nào so sánh tỷ lệ hiện mắc rối loạn lipid máu giữa các mẫu chuyển giới và hợp giới trong khi kiểm soát việc sử dụng hormone. Như đã lưu ý trước đó, dữ liệu ở các quần thể khác cho thấy căng thẳng tâm lý – xã hội trong thời thơ ấu và giai đoạn trưởng thành muộn có xu hướng thúc đẩy tích lũy mỡ và rối loạn chuyển hóa lipid. Cả GAHT dựa trên testosterone và estrogen đều ảnh hưởng đến chuyển hóa

lipid, mặc dù bằng chứng còn hạn chế do sự đa dạng của các phác đồ hormone và các biến số bổ sung (Connelly et al., 2019; Defreyne et al., 2019; Deutsch, Glidden et al., 2015; Maraka et al., 2017; Martinez et al., 2020). Nhìn chung, estrogen có xu hướng làm tăng cholesterol lipoprotein tỷ trọng cao (HDL) và triglyceride, với các tác động khác nhau lên cholesterol lipoprotein tỷ trọng thấp (LDL), trong khi testosterone ảnh hưởng khác nhau lên triglyceride, làm giảm HDL cholesterol và tăng LDL cholesterol. Phương thức sử dụng cũng có thể ảnh hưởng đến mô hình này, đặc biệt liên quan đến estrogen đường uống so với đường qua da và tác động của chúng lên triglyceride (Maraka et al., 2017). Nhìn chung, kích thước hiệu ứng của những khác biệt này là nhỏ, và tác động tổng thể lên các kết cục tim mạch và mạch máu não vẫn chưa rõ ràng. Không có nghiên cứu nào xem xét tác động của hormone ở người TGD có rối loạn lipid máu từ trước, với việc bắt đầu sử dụng hormone sau 50 tuổi, hoặc khảo sát các tác động vượt quá 2–5 năm điều trị.

Các nghiên cứu so sánh tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp giữa các mẫu TGD và hợp giới có kiểm soát việc sử dụng hormone còn thiếu. Dữ liệu ở các quần thể khác cho thấy căng thẳng tâm lý – xã hội mạn tính và cấp tính, bao gồm các trải nghiệm phân biệt đối xử, có thể đóng vai trò trung gian trong tăng huyết áp (Din-Dzietham et al., 2004; Spruill, 2010). Trong các nghiên cứu tại Hoa Kỳ dựa trên Hệ thống Giám sát Yếu tố Nguy cơ Hành vi, một khảo sát y tế quốc gia lớn, không có sự khác biệt về tăng huyết áp được báo cáo giữa nam chuyển giới hoặc nữ chuyển giới so với các mẫu hợp giới (Alzahrani et al., 2019; Nokoff et al., 2018).

Các nghiên cứu về GAHT dựa trên testosterone và estrogen cho thấy các tác động không nhất quán lên huyết áp tâm thu và tâm trương. Một nghiên cứu hồi cứu về tác động của các phác đồ GAHT dựa trên estrogen và testosterone lên huyết áp cho thấy có sự giảm nhẹ huyết áp tâm thu khi bắt đầu phác đồ dựa trên estrogen; trong khi có sự tăng nhẹ (4 mmHg) huyết áp tâm thu trung bình khi theo dõi dài hạn các phác đồ dựa trên testosterone, sự khác biệt này nằm ở ranh giới ý nghĩa thống kê và có ý nghĩa lâm sàng hạn chế (Banks et al., 2021). Một tổng quan hệ thống kết luận rằng, do chất lượng nghiên cứu còn hạn chế, hiện không đủ dữ liệu để đưa ra kết luận về tác động của liệu pháp hormone khẳng định giới lên huyết áp (Connelly et al., 2021). Spironolactone, thường được sử dụng như một

thuốc ức chế androgen trong GAHT nữ hóa, là một thuốc lợi tiểu giữ kali và có thể làm tăng kali khi dùng đồng thời với thuốc ức chế men chuyển ACE hoặc thuốc chẹn thụ thể angiotensin, cũng như các chất thay thế muối. Không có nghiên cứu nào khảo sát tác động của hormone ở người TGD có tăng huyết áp từ trước, với việc bắt đầu sử dụng hormone sau 50 tuổi, hoặc đánh giá tác động vượt quá 2–5 năm điều trị. Người chuyển giới đang nhận GAHT nên được thực hiện bất kỳ sàng lọc hoặc theo dõi huyết áp bổ sung nào được chỉ định bởi các hướng dẫn của WPATH về GAHT.

Dữ liệu so sánh tỷ lệ hiện mắc đái tháo đường giữa các mẫu TGD và hợp giới độc lập với việc sử dụng hormone còn hạn chế. Dữ liệu gần đây từ nghiên cứu đoàn hệ STRONG (Islam et al., 2021) cho thấy tỷ lệ hiện mắc và mắc mới đái tháo đường type 2 phổ biến hơn ở nhóm chuyển giới nữ so với nữ hợp giới, nhưng không so với nhóm đối chứng nam hợp giới. Không quan sát thấy sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ hiện mắc hoặc mắc mới đái tháo đường type 2 ở nhóm chuyển giới nam và ở người TGD nói chung sau khi bắt đầu liệu pháp hormone. Tuy nhiên, thời gian theo dõi trung bình cho cả hai đoàn hệ lần lượt là 2,8 và 3,1 năm (Islam et al., 2021). Dữ liệu ở các quần thể khác, bao gồm các nhóm thiểu số về xu hướng tính dục, cho thấy căng thẳng tâm lý – xã hội mạn tính và cấp tính có thể đóng vai trò trung gian trong sự phát triển và kiểm soát đái tháo đường type 2 (Beach et al., 2018; Kelly & Mubarak, 2015).

Các nghiên cứu tại Hoa Kỳ dựa trên Hệ thống Giám sát Yếu tố Nguy cơ Hành vi (Behavioral Risk Factor Surveillance System) cho thấy không có sự khác biệt về đái tháo đường được báo cáo giữa nam chuyển giới, nữ chuyển giới và người phi nhị nguyên giới so với người hợp giới (Alzahrani et al., 2019; Caceres et al., 2020; Nokoff et al., 2018). Một số nghiên cứu nhỏ đã cho thấy tỷ lệ hội chứng buồng trứng đa nang hoặc tăng androgen máu cao hơn dự kiến ở nam chuyển giới (Feldman et al., 2016), những tình trạng có liên quan đến kháng insulin và nguy cơ đái tháo đường. Trong khi các nghiên cứu về GAHT dựa trên testosterone và estrogen cho thấy các tác động khác nhau lên cân nặng/mỡ cơ thể, chuyển hóa glucose và kháng insulin (Defreyne et al., 2019), phần lớn không chứng minh sự gia tăng tiền đái tháo đường hoặc đái tháo đường (Chan et al., 2018; Connelly et al., 2019). Không có nghiên cứu nào khảo sát tác động của hormone ở người TGD có đái tháo đường từ trước, với việc bắt đầu sử dụng

hormone sau 50 tuổi, hoặc đánh giá tác động vượt quá 2–5 năm điều trị. Hiện cũng không có nghiên cứu nào giải quyết cụ thể đái tháo đường ở người trưởng thành trước đây đã được điều trị bằng ức chế dục thì.

Trong khi các nghiên cứu về kết cục trung gian của GAHT đối với huyết áp và lipid hữu ích cho việc hình thành giả thuyết và nghiên cứu căn nguyên, các nghiên cứu trong tương lai nên tập trung vào các kết cục tim mạch có ý nghĩa lâm sàng, với trọng tâm cụ thể vào các yếu tố dự báo cá nhân như tuổi, đường dùng và liều hormone sử dụng, và tổng thời gian phơi nhiễm GAHT trong suốt cuộc đời. Việc diễn giải dữ liệu luôn cần xem xét liệu các nhóm đối chứng hợp giới có cùng giới tính khi sinh hay giới tính được nhận diện hay không.

Tuyên bố 15.4

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế tư vấn cho người chuyển giới và đa dạng giới về việc sử dụng thuốc lá của họ và khuyến cáo ngưng hoàn toàn thuốc lá/nicotine trước khi phẫu thuật khẳng định giới.

Việc sử dụng thuốc lá là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tim mạch, bệnh phổi và ung thư trên toàn cầu (Tổ chức Y tế Thế giới, 2020). Người chuyển giới và đa dạng giới (TGD) có tỷ lệ sử dụng thuốc lá cao hơn so với người hợp giới, và tỷ lệ này khác nhau theo phổ giới (Azagba et al., 2019; Buchting et al., 2017). Kiểu hình này phù hợp với các nhóm dân số khác chịu ảnh hưởng của căng thẳng thiểu số (Gordon et al., 2021). Các PCP có thể thúc đẩy các yếu tố bảo vệ chống lại việc sử dụng thuốc lá, bao gồm giảm tiếp xúc với phân biệt đối xử cá nhân hoặc mang tính cấu trúc, có giấy tờ nhận dạng khẳng định giới, và có bảo hiểm y tế (Kidd et al., 2018; Shires & Jafee, 2016).

Nguy cơ sức khỏe do thuốc lá ảnh hưởng không tương xứng đến người TGD, chủ yếu do khả năng tiếp cận hạn chế với các dịch vụ tầm soát, chẩn đoán và điều trị các bệnh liên quan đến thuốc lá mang tính phù hợp văn hóa và chi phí hợp lý (Shires & Jafee, 2016). Hút thuốc có thể làm tăng thêm nguy cơ tim mạch và huyết khối tĩnh mạch (VTE) ở những người TGD đang sử dụng GAHT nữ hóa (Hontscharuk, Alba, Manno et al., 2021). Hút thuốc cũng làm tăng gấp đôi hoặc gấp ba nguy cơ biến chứng phẫu thuật nói chung, bao gồm chậm lành vết thương, sẹo và nhiễm trùng (Yoong et al., 2020), và làm tăng những nguy cơ này ở các phẫu thuật khẳng định giới. Dữ liệu từ các quần thể hợp giới cho

thấy việc cai thuốc trước phẫu thuật và duy trì không hút thuốc trong sáu tuần sau phẫu thuật giúp giảm đáng kể biến chứng (Yoong et al., 2020).

Hiện có rất ít nghiên cứu về các chương trình cai thuốc lá được thiết kế riêng cho người TGD (Berger & Mooney-Somers, 2017). Tuy nhiên, bằng chứng hạn chế cho thấy PCPs có thể cải thiện hiệu quả cai thuốc bằng cách giải quyết tác động của căng thẳng thiểu số (Gamarel et al., 2015) và lồng ghép các can thiệp khẳng định giới, chẳng hạn như GAHT (Myers & Safer, 2016).

Các chuyên gia y tế (HCPs) cần cân nhắc những rào cản đáng kể mà người lệ thuộc nicotine gặp phải khi cố gắng cai thuốc. Liệu pháp thay thế nicotine và/hoặc các biện pháp hỗ trợ cai thuốc khác nên được cung cấp, với trọng tâm là sở thích cá nhân và nhận diện các yếu tố sức khỏe hành vi tiềm ẩn góp phần duy trì việc sử dụng nicotine. Việc ra quyết định liên quan đến GAHT hoặc phẫu thuật cần bao gồm cân nhắc nguyên tắc “trước hết là không gây hại” trong thực hành y khoa, đồng thời tính đến thực tế về khả năng và nhu cầu của từng bệnh nhân.

Tuyên bố 15.5

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế thảo luận và giải quyết các mối quan tâm về tâm lý, y khoa và xã hội liên quan đến quá trình lão hóa với người chuyển giới và đa dạng giới.

Lão hóa đặt ra những thách thức xã hội, thể chất và sức khỏe tâm thần đặc thù đối với người TGD. Mặc dù tài liệu về người cao tuổi chuyển giới còn hạn chế, nhiều người TGD lớn tuổi đã trải qua cả đời bị kỳ thị, phân biệt đối xử và phải kìm nén bản dạng giới của mình (Fabbre & Gaveras, 2020; Witten, 2017). Những trải nghiệm này ảnh hưởng đến cách họ tương tác với hệ thống chăm sóc sức khỏe (Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Kattari & Hasche, 2016; Walker et al., 2017). Người cao tuổi chuyển giới có nhiều khả năng báo cáo sức khỏe thể chất kém hơn so với các đồng đẳng LGB hợp giới, ngay cả khi đã kiểm soát các yếu tố nhân khẩu-xã hội (Fredriksen-Goldsen, 2011; Fredriksen-Goldsen et al., 2014). Việc tiếp cận hạn chế với dịch vụ chăm sóc phù hợp văn hóa và hệ quả của căng thẳng thiểu số thường dẫn đến trì hoãn chăm sóc, có thể làm nặng thêm các bệnh mạn tính thường gặp khi lão hóa (Bakko & Kattari, 2021; Fredriksen-Goldsen et al., 2014).

Mặc dù có ít nghiên cứu về các can thiệp y khoa

khăng định giới ở người TGD cao tuổi, bằng chứng cho thấy người lớn tuổi trải qua chất lượng cuộc sống cao hơn đáng kể sau chuyển đổi y khoa, thậm chí so với người TGD trẻ tuổi hơn (Cai et al., 2019). Tuổi tác tự thân không phải là chống chỉ định tuyệt đối hay hạn chế đối với các can thiệp y khoa hoặc phẫu thuật khẳng định giới. Tuy nhiên, người TGD lớn tuổi có thể không nhận thức được đầy đủ các lựa chọn xã hội, y khoa hoặc phẫu thuật hiện có để đáp ứng nhu cầu cá nhân của họ (Hardacker et al., 2019; Houlberg, 2019).

Các nghiên cứu về sức khỏe tâm thần ở người TGD cao tuổi còn hạn chế, nhưng những người trên 50 tuổi có tỷ lệ triệu chứng trầm cảm và căng thẳng cảm nhận cao hơn đáng kể so với người LGB hợp giới và người dị tính cùng độ tuổi (Fredriksen-Goldsen, 2011; Fredriksen-Goldsen et al., 2014). Các yếu tố nguy cơ đặc thù bao gồm phân biệt đối xử liên quan đến giới và tuổi tác, căng thẳng chung, che giấu bản dạng, bị bạo hành và kỳ thị nội tại; trong khi hỗ trợ xã hội và cảm giác thuộc về cộng đồng có vai trò bảo vệ (Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Hoy-Ellis & Fredriksen-Goldsen, 2017; White Hughto & Reisner, 2018). Các PCP có thể hỗ trợ bệnh nhân bằng cách khuyến khích đời sống tinh thần, sự tự chấp nhận, tự vận động quyền lợi và lối sống năng động, lành mạnh — những yếu tố liên quan đến khả năng phục hồi và lão hóa thành công (McFadden et al., 2013; Witten, 2014).

Người TGD cao tuổi thường đối mặt với cô lập xã hội, mất hệ thống hỗ trợ và tách rời khỏi bạn bè thân thiết hoặc con cái (Fredriksen-Goldsen, 2011; Witten, 2017). Những mối lo phổ biến nhất liên quan đến lão hóa là mất khả năng tự chăm sóc, tiếp theo là phải vào viện dưỡng lão hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn (Henry et al., 2020). Mặc dù các cơ sở này cung cấp hỗ trợ cần thiết, chúng cũng tiềm ẩn nguy cơ lạm dụng thể chất hoặc cảm xúc, từ chối GAHT và chăm sóc thường quy, bị “lộ giới”, hoặc bị ngăn cản sống và ăn mặc theo giới đã khẳng định (Auldrige et al., 2012; Pang et al., 2019; Porter et al., 2016). Người TGD cao tuổi xác định nhà ở cho người già, phương tiện đi lại, các hoạt động xã hội và nhóm hỗ trợ là những dịch vụ cần thiết nhất (Auldrige et al., 2012; Witten, 2014).

Mặc dù tồn tại nhiều rào cản, đa số người TGD vẫn đạt được lão hóa thành công, được củng cố bởi sự tự chấp nhận, các mối quan hệ chăm sóc và hoạt động vận động quyền lợi (Fredriksen-Goldsen, 2011; Witten, 2014). Các PCP cần giải quyết các vấn đề sức khỏe cốt lõi của người TGD cao tuổi, bao gồm sức khỏe tâm

thần, các can thiệp y khoa khẳng định giới, hỗ trợ xã hội và chăm sóc cuối đời/chăm sóc dài hạn.

Ngoài tác động độc lập của căng thẳng thiếu số và các yếu tố quyết định xã hội của sức khỏe ở tuổi già, hiện còn thiếu dữ liệu về các vấn đề sức khỏe cụ thể ở người chuyển giới sử dụng GAHT muộn trong đời, những người bắt đầu GAHT từ sớm, hoặc những người mong muốn tiếp tục hay bắt đầu GAHT ở thập kỷ thứ sáu, bảy, tám hoặc muộn hơn. Khi ngày càng nhiều người chuyển giới bắt đầu GAHT từ tuổi trẻ, thậm chí từ thời điểm dậy thì, các nghiên cứu đánh giá tác động lâu dài của nhiều thập kỷ điều trị này đối với sức khỏe dài hạn ngày càng trở nên quan trọng.

Tuyên bố 15.6

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế tuân theo các hướng dẫn tầm soát ung thư vú tại địa phương được xây dựng cho phụ nữ hợp giới khi chăm sóc người chuyển giới và đa dạng giới đã sử dụng estrogen, đồng thời cân nhắc thời gian sử dụng hormone, liều dùng, tuổi hiện tại và tuổi bắt đầu hormone.

Những người TGD sử dụng GAHT dựa trên estrogen sẽ phát triển mô vú, do đó cần được cân nhắc tầm soát ung thư vú. Estrogen ngoại sinh có thể là một trong nhiều yếu tố góp phần vào nguy cơ ung thư vú ở người hợp giới. Hai nghiên cứu đoàn hệ đã được công bố nhằm đánh giá tỷ lệ hiện mắc ung thư vú ở phụ nữ chuyển giới tại Hà Lan (Gooren et al., 2013) và Hoa Kỳ (Brown & Jones, 2015). Cả hai đều là nghiên cứu hồi cứu trên các mẫu lâm sàng, sử dụng chẩn đoán ung thư vú làm kết cục quan tâm và nhóm chứng hợp giới để so sánh. Không nghiên cứu nào tiến hành tầm soát ung thư vú theo tiến cứu, và cả hai đều có những hạn chế phương pháp luận đáng kể. Nhiều hướng dẫn đã được công bố (Deutsch, 2016a) khuyến cáo sử dụng một dạng kết hợp giữa “tuổi và thời gian phơi nhiễm estrogen” để xác định thời điểm bắt đầu tầm soát; tuy nhiên, các khuyến cáo này chỉ dựa trên đồng thuận chuyên gia và có bằng chứng yếu.

Đột biến gen BRCA1 và BRCA2 làm tăng nguy cơ ung thư vú; tuy nhiên, vai trò của phơi nhiễm hormone sinh dục trong việc làm tăng nguy cơ này, nếu có, vẫn chưa rõ ràng (Rebbeck et al., 2005). Mức độ gia tăng nguy cơ, nếu có, do liệu pháp estrogen khẳng định giới hiện vẫn chưa được biết. Những bệnh nhân có đột biến gen BRCA1 đã biết cần được tư vấn về các điểm chưa chắc chắn, và việc ra quyết định chung với sự đồng

thuận dựa trên hiểu biết nên được thực hiện giữa bệnh nhân và bác sĩ, đồng thời ghi nhận nhiều lợi ích của GAHT.

Tầm soát ung thư vú ở phụ nữ chuyển giới cũng cần tính đến khả năng mô vú có mật độ cao hơn trên nhũ ảnh. Tuyến vú đặc, tiền sử tiêm chất làm đầy như silicone, và túi độn vú có thể làm phức tạp việc diễn giải hình ảnh nhũ ảnh (Sonnenblick et al., 2018). Do đó, cần sử dụng các kỹ thuật chuyên biệt phù hợp. Những người từng tiêm các hạt như silicone hoặc các chất làm đầy khác để tăng kích thước vú cũng có thể gặp các biến chứng, chẳng hạn u hạt xơ cứng mỡ, gây che khuất mô bình thường trên nhũ ảnh hoặc siêu âm.

Tuyên bố 15.7

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế tuân theo các hướng dẫn tầm soát ung thư vú tại địa phương dành cho phụ nữ hợp giới khi chăm sóc người chuyển giới và đa dạng giới có mô vú phát triển từ dậy thì tự nhiên và chưa trải qua phẫu thuật ngực khẳng định giới.

Ở người TGD có giới tính khi sinh là nữ và phát triển mô vú qua dậy thì tự nhiên, tồn tại những lo ngại mang tính lý thuyết về việc phơi nhiễm trực tiếp testosterone và phơi nhiễm estrogen do aromat hóa từ liệu pháp testosterone có phải là yếu tố nguy cơ đối với ung thư vú hay không. Dữ liệu hồi cứu hạn chế chưa cho thấy nguy cơ ung thư vú tăng lên ở nam chuyển giới (Gooren et al., 2013; Grynberg et al., 2010); tuy nhiên, vẫn thiếu dữ liệu tiến cứu và dữ liệu so sánh. Phần lớn những người trong nhóm này vẫn còn một phần mô vú, do đó nguy cơ ung thư vú không phải bằng không. Thời điểm và phương pháp tầm soát ung thư vú ở những người đã phẫu thuật ngực hiện vẫn chưa được xác lập. Tương tự như nam hợp giới có tiền sử gia đình đáng kể hoặc đột biến gen BRCA, việc tầm soát bằng MRI hoặc siêu âm có thể phù hợp. Tuy nhiên, do tính hữu ích và hiệu suất của các phương pháp này chưa được nghiên cứu, và vì khám sàng lọc ngực/vú do bệnh nhân tự thực hiện hoặc do HCP thực hiện không được khuyến cáo ở phụ nữ hợp giới do nguy cơ dương tính giả và quá chẩn đoán, mọi cách tiếp cận tầm soát trong nhóm này cần được thực hiện trong bối cảnh ra quyết định chung, cân nhắc kỹ lợi ích, nguy cơ và các điểm chưa rõ.

Tuyên bố 15.8

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế áp dụng các hướng dẫn tầm soát tại địa phương tương ứng

(bao gồm cả khuyến nghị không tầm soát) được xây dựng cho phụ nữ hợp giới có nguy cơ trung bình hoặc tăng cao đối với ung thư buồng trứng hoặc nội mạc tử cung khi chăm sóc người chuyển giới và đa dạng giới có cùng mức nguy cơ.

Các hướng dẫn đồng thuận hiện nay không khuyến nghị tầm soát ung thư buồng trứng thường quy ở phụ nữ hợp giới. Một số báo cáo ca ung thư buồng trứng ở nam chuyển giới đã được ghi nhận (Dizon et al., 2006; Hage et al., 2000). Hiện không có bằng chứng cho thấy liệu pháp testosterone làm tăng nguy cơ ung thư buồng trứng, mặc dù vẫn thiếu các nghiên cứu tiến cứu dài hạn (Joint et al., 2018).

Tuyên bố 15.9

Chúng tôi khuyến nghị chống lại việc cắt buồng trứng hoặc cắt tử cung thường quy chỉ nhằm mục đích phòng ngừa ung thư buồng trứng hoặc tử cung ở người chuyển giới và đa dạng giới đang điều trị testosterone và có nguy cơ ác tính trung bình.

Người TGD có buồng trứng đang sử dụng GAHT dựa trên testosterone thường ở trạng thái thiếu rụng trứng hoặc không rụng trứng, hoặc có những thay đổi về chức năng pha hoàng thể và sản xuất progesterone. Tình trạng này, kết hợp với khả năng tăng phơi nhiễm estrogen do aromat hóa testosterone ngoại sinh, làm dấy lên lo ngại về phơi nhiễm estrogen nội mạc tử cung quá mức hoặc không được đối kháng, mặc dù ý nghĩa lâm sàng hiện vẫn chưa rõ. Các nghiên cứu mô học nội mạc tử cung ở người TGD sử dụng testosterone cho thấy teo nội mạc thay vì tăng sản (Grimstad et al., 2018; Grynberg et al., 2010; Perrone et al., 2009). Trong một đoàn hệ lớn nam chuyển giới được cắt tử cung kèm cắt buồng trứng, mô bệnh học buồng trứng lành tính được ghi nhận ở tất cả các trường hợp (n = 85) (Grimstad et al., 2020). Mặc dù thiếu dữ liệu kết cục tiến cứu, hiện không có đủ bằng chứng để khuyến nghị nam chuyển giới thực hiện cắt tử cung hoặc cắt buồng trứng thường quy chỉ nhằm phòng ngừa ung thư nội mạc hoặc buồng trứng. Tuy nhiên, các dấu hiệu hoặc triệu chứng không giải thích được gợi ý ung thư nội mạc hoặc buồng trứng cần được đánh giá thích hợp.

Tuyên bố 15.10

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế cung cấp tầm soát ung thư cổ tử cung cho người chuyển giới và đa dạng giới hiện có hoặc từng có cổ tử cung, theo các hướng dẫn địa phương dành cho phụ nữ hợp giới.

Những người có cổ tử cung cần được tầm soát và phòng ngừa ung thư cổ tử cung thường quy theo các thực hành và hướng dẫn khu vực dựa trên độ tuổi. Điều này bao gồm tiêm phòng virus human papilloma virus (HPV) và tầm soát theo hướng dẫn địa phương, bao gồm xét nghiệm tế bào học và đồng xét nghiệm HPV nguy cơ cao khi có sẵn. HCP cần lưu ý thực hiện thăm khám mô vạt vùng chậu theo cách giảm thiểu đau đớn và căng thẳng cho người chuyển giới nam.

Người TGD có cổ tử cung ít có khả năng được tầm soát ung thư cổ tử cung theo cách thông thường, do thăm khám có thể làm trầm trọng thêm phiền muộn giới và/hoặc do cả bác sĩ lẫn bệnh nhân thiếu thông tin về nhu cầu tầm soát này (Agenor et al., 2016; Potter et al., 2015). Ngoài ra, liệu pháp testosterone có thể gây teo đường sinh dục, và thời gian sử dụng testosterone có liên quan đến khả năng cao hơn thu được mẫu tế bào học cổ tử cung không đạt yêu cầu (Peitzmeier et al., 2014). Các lựa chọn thay thế cho thăm khám mô vạt và tế bào học cổ tử cung, chẳng hạn xét nghiệm HPV nguy cơ cao do nhân viên y tế hoặc bệnh nhân tự lấy mẫu, có thể đặc biệt hữu ích. Các nghiên cứu đang tiến hành tại Hoa Kỳ đang đánh giá việc sử dụng xét nghiệm HPV nguy cơ cao tự lấy mẫu âm đạo ở nhóm nam chuyển giới. Xét nghiệm HPV cho thấy mức độ chấp nhận cao, với độ nhạy 71,4% (giá trị dự đoán âm 94,7%) và độ đặc hiệu 98,2% (Reisner et al., 2018). Cần có thêm nghiên cứu để đánh giá các tác hại của chiến lược tầm soát HPV nguyên phát ở nam chuyển giới, đặc biệt liên quan đến nguy cơ gia tăng các thủ thuật xâm lấn và soi cổ tử cung.

Tuyên bố 15.11

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế tư vấn cho người chuyển giới và đa dạng giới rằng việc sử dụng thuốc kháng vi rút không phải là chống chỉ định đối với liệu pháp hormone kháng định giới (GAHT).

Tỷ lệ nhiễm vi rút HIV là rất cao không tương xứng trong các quần thể TGD. Một phân tích gộp quy mô lớn gần đây cho thấy tỷ số chênh toàn cầu đối với nhiễm HIV là 66 ở người chuyển giới nữ và 6,8 ở người chuyển giới nam (Stutterheim et al., 2021). Các PCP có cơ hội đặc biệt để cung cấp giáo dục thiết yếu và triển khai các chiến lược dự phòng, đặc biệt là nhằm giảm gánh nặng HIV trong cộng đồng TGD. Sự thiếu tin tưởng vào hệ thống y tế do các trải nghiệm phân biệt đối xử và kỳ thị người chuyển giới trong quá khứ ảnh

hưởng tiêu cực đến công tác dự phòng HIV và làm gián đoạn việc kết nối với chăm sóc điều trị (Sevelius et al., 2016). Kỳ thị, thiếu đào tạo đầy đủ và các cấu trúc quyền lực cố hữu trong hệ thống y tế đều góp phần tạo nên sự do dự và không chắc chắn của nhân viên y tế khi chăm sóc người TGD (Poteat et al., 2013). Cuối cùng, việc thiếu tính bao trùm và các thực hành kháng định giới trong cơ sở y tế có thể khiến người TGD cảm thấy không an toàn khi thảo luận các chủ đề nhạy cảm, như chẩn đoán HIV, và né tránh chăm sóc do sợ hãi (Bauer et al., 2014; Gibson et al., 2016; Seelman et al., 2017).

Nhân viên y tế cần nhận thức được bối cảnh rộng hơn này, trong đó nhiều người TGD tìm kiếm chăm sóc cho liệu pháp hormone kháng định giới, dự phòng trước phơi nhiễm HIV/điều trị HIV (PrEP), hoặc cả hai. Hiện vẫn tồn tại nhiều hiểu lầm về độ an toàn của việc sử dụng hormone kháng định giới đồng thời với liệu pháp kháng vi rút để dự phòng hoặc điều trị HIV.

Các nghiên cứu trực tiếp về tương tác giữa thuốc kháng vi rút và GAHT (ART/GAHT) còn hạn chế. Một phân tích phụ trên nhóm phụ nữ chuyển giới trong thử nghiệm đa quốc gia iPrEx cho thấy hiệu quả kém trong phân tích theo ý định điều trị; tuy nhiên, hiệu quả tương tự như ở nam đồng tính luyến ái hợp giới trong nhóm người chuyển giới tuân thủ điều trị tốt, gợi ý rằng việc tiếp cận và tuân thủ PrEP vẫn là thách thức trong quần thể này. Hai nghiên cứu đánh giá ảnh hưởng của GAHT lên nồng độ tenofovir diphosphate (Grant et al., 2021) và tenofovir diphosphate cùng emtricitabine (Shieh et al., 2019) cho thấy sự giảm đáng kể nồng độ thuốc ART nhưng không có ý nghĩa lâm sàng. Nhìn chung, dữ liệu về tương tác giữa hormone tránh thai và thuốc kháng vi rút là khá yên tâm về ảnh hưởng của hormone lên ART (Nanda et al., 2017).

Do estradiol được chuyển hóa một phần qua các enzym cytochrome P450 (CYP) 3A4 và 1A2, có thể tồn tại tương tác thuốc với các thuốc cảm ứng hoặc ức chế các con đường này, như các thuốc ức chế men sao chép ngược không nucleoside (NNRTI; ví dụ efavirenz [EFV] và nevirapine [NVP]) (Badowski et al., 2021). Tuy nhiên, các phác đồ ART hàng đầu hiện nay ở đa số quốc gia bao gồm thuốc ức chế integrase, vốn có rất ít hoặc không có tương tác thuốc với hormone kháng định giới và có thể sử dụng an toàn (Badowski, 2021; Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, 2021). Nếu có lo ngại về tương tác tiềm tàng, nhân viên y tế nên theo dõi nồng độ hormone trong máu khi cần. Do đó, người TGD sống chung với HIV và đang dùng thuốc kháng vi

rút cần được tư vấn rằng việc sử dụng ART song song với GAHT là an toàn.

Tuyên bố 15.12

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế thu thập tiền sử y khoa chi tiết ở người chuyển giới và đa dạng giới, bao gồm việc sử dụng hormone trong quá khứ và hiện tại, các phẫu thuật tuyến sinh dục, cũng như sự hiện diện của các yếu tố nguy cơ loãng xương truyền thống, nhằm đánh giá độ tuổi tối ưu và sự cần thiết của sàng lọc loãng xương. Xem chi tiết hơn ở Tuyên bố 15.13.

Tuyên bố 15.13

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế thảo luận về sức khỏe xương với người chuyển giới và đa dạng giới, bao gồm nhu cầu tập luyện chịu trọng lượng, chế độ ăn lành mạnh, bổ sung canxi và vitamin D.

Estrogen và testosterone đều hỗ trợ quá trình hình thành và chuyển hóa xương. Nồng độ hormone sinh dục giảm có liên quan đến tăng nguy cơ loãng xương ở tuổi cao (Almeida et al., 2017). Người TGD có thể trải qua các can thiệp y khoa và/hoặc phẫu thuật có khả năng ảnh hưởng đến sức khỏe xương, như điều trị hormone sinh dục, ức chế androgen và cắt bỏ tuyến sinh dục. Do đó, cần khai thác tiền sử y khoa chi tiết—bao gồm sử dụng hormone trong quá khứ và hiện tại cùng các phẫu thuật tuyến sinh dục—để xác định nhu cầu sàng lọc loãng xương.

Một số nghiên cứu quan sát đã so sánh mật độ khoáng xương (BMD) của người TGD trước và sau GAHT, cũng như so với nhóm chứng hợp giới phù hợp theo giới tính khi sinh.

BMD thấp có thể tồn tại trước khi bắt đầu hormone. Một nghiên cứu cho thấy BMD trung bình ở cổ xương đùi, hông toàn phần và cột sống thấp hơn ở phụ nữ chuyển giới so với nam hợp giới cùng tuổi (Van Caenegem, Taes et al., 2013). Một nghiên cứu khác ghi nhận tỷ lệ cao của điểm BMD thấp ở thanh thiếu niên TGD trước khi bắt đầu ức chế dậy thì (Lee, Finlayson et al., 2020). Cả hai nghiên cứu đều kết luận rằng mức độ hoạt động thể lực thấp có thể là yếu tố góp phần quan trọng.

Mất xương có thể tăng nhanh sau cắt bỏ tuyến sinh dục nếu ngừng hormone hoặc nếu nồng độ hormone không tối ưu. Trong một nghiên cứu, 30% phụ nữ chuyển giới đã cắt bỏ tuyến sinh dục có khối lượng xương thấp; tình trạng này tương quan với nồng độ

17- β estradiol thấp và mức độ tuân thủ GAHT (Motta et al., 2020).

Các nghiên cứu về tác động của GAHT lên BMD cho thấy phụ nữ TGD dùng estrogen có cải thiện BMD. Một tổng quan hệ thống và phân tích gộp về tác động của hormone sinh dục lên sức khỏe xương ở người chuyển giới (9 nghiên cứu ở phụ nữ chuyển giới, $n=392$; 8 nghiên cứu ở nam chuyển giới, $n=247$; giai đoạn 2008–2015) cho thấy phụ nữ chuyển giới có tăng BMD cột sống thắt lưng có ý nghĩa thống kê (không tăng ở cổ xương đùi) so với chỉ số nền. Ở nam chuyển giới, không ghi nhận thay đổi BMD có ý nghĩa thống kê ở cột sống thắt lưng, cổ xương đùi và hông toàn phần sau 12 và 24 tháng dùng testosterone so với chỉ số nền (Singh-Ospina et al., 2017). Sau đó, nghiên cứu ENIGI (European Network for Investigation of Gender Incongruence)—một nghiên cứu quan sát tiến cứu đa trung tâm ở Bỉ, Na Uy, Ý và Hà Lan—báo cáo kết quả BMD ở 231 phụ nữ chuyển giới và 199 nam chuyển giới sau 1 năm bắt đầu GAHT: phụ nữ chuyển giới tăng BMD ở cột sống thắt lưng, hông toàn phần và cổ xương đùi; nam chuyển giới tăng BMD ở hông toàn phần (Wiepjes et al., 2017). Một nghiên cứu khác không ghi nhận gãy xương trong vòng 12 tháng sau khi bắt đầu hormone ở 53 nam và 53 nữ chuyển giới (Wierckx, van Caenegem et al., 2014). Không có nghiên cứu nào cho thấy GAHT là chỉ định cho tăng cường sàng lọc loãng xương; thay vào đó, gián đoạn GAHT ở những người đã cắt bỏ tuyến sinh dục là yếu tố cần cân nhắc sàng lọc.

Các hướng dẫn thực hành lâm sàng có khuyến nghị sàng lọc loãng xương ở người TGD (Deutsch, 2016a; Hembree et al., 2017; Rosen et al., 2019). Cả Hiệp hội Đo mật độ xương Lâm sàng Quốc tế (ISCD) và Hiệp hội Nội tiết đều gợi ý cân nhắc đo BMD nền trước khi bắt đầu hormone. Các khuyến cáo tiếp theo cho sàng lọc BMD dựa trên nhiều yếu tố như giới tính khi sinh, tuổi, và các yếu tố nguy cơ loãng xương truyền thống (tiền sử gãy xương, dùng thuốc nguy cơ cao, bệnh lý gây mất xương, cân nặng thấp) (Rosen et al., 2019). Cụ thể, ISCD nêu rằng đo BMD được chỉ định ở người TGD nếu có tiền sử cắt bỏ tuyến sinh dục hoặc điều trị làm giảm steroid sinh dục nội sinh trước khi bắt đầu GAHT, suy sinh dục không có kế hoạch dùng GAHT, hoặc có chỉ định đo BMD theo thông lệ. Tuy nhiên, cơ sở bằng chứng còn yếu.

Phương pháp sàng lọc loãng xương được khuyến nghị là đo hấp thụ tia X năng lượng kép (DXA) tại cột

sống thất lung, hông toàn phần và cổ xương đùi (Kanis, 1994). Ở nhiều quốc gia thu nhập thấp và trung bình, DXA không sẵn có; sàng lọc thường quy bằng DXA chỉ được thực hiện ở ít quốc gia, Hoa Kỳ là một ngoại lệ.

PCP nên thảo luận các biện pháp tối ưu hóa sức khỏe xương với người TGD và cung cấp thông tin về vai trò của dinh dưỡng và vận động. Những người TGD có (hoặc nguy cơ) loãng xương cần được tư vấn về lợi ích của tập luyện chịu trọng lượng, tập sức mạnh và kháng lực trong việc hạn chế mất xương (Benedetti et al., 2018). Dinh dưỡng đóng vai trò then chốt; thiếu canxi và vitamin D có thể dẫn đến giảm khoáng hóa xương. Bổ sung vitamin D và canxi đã được chứng minh làm giảm tỷ lệ gãy xương hông và gãy xương toàn bộ (Weaver et al., 2016). Điều này đặc biệt liên quan vì tỷ lệ thiếu vitamin D cao đã được ghi nhận trong quần thể TGD (Motta et al., 2020; Van Caenegem, Taes et al., 2013).

Tuyên bố 15.14

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế giới thiệu người chuyển giới và đa dạng giới đến các dịch vụ triệt lông ở mặt, cơ thể và vùng sinh dục nhằm mục đích khẳng định giới hoặc như một phần của quá trình chuẩn bị trước phẫu thuật.

Triệt lông là cần thiết để loại bỏ lông mặt (Marks et al., 2019) cũng như để chuẩn bị cho một số phẫu thuật khẳng định giới (GAS) như tạo hình âm đạo, tạo hình dương vật to và nhỏ (Zhang et al., 2016). Triệt lông vĩnh viễn trước mổ là bắt buộc đối với mọi vùng da sẽ tiếp xúc với nước tiểu (ví dụ tạo niệu đạo nhân tạo) hoặc được di chuyển để nằm trong một khoang bán kín của cơ thể (ví dụ lót âm đạo nhân tạo) (Zhang et al., 2016). Các kỹ thuật triệt lông trong chăm sóc khẳng định giới gồm điện phân triệt lông (EHR) và triệt lông bằng laser (LHR) (Fernandez et al., 2013). EHR hiện là phương pháp duy nhất được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) phê duyệt cho triệt lông vĩnh viễn, trong khi LHR được phê duyệt cho giảm lông vĩnh viễn (Thoreson et al., 2020).

EHR sử dụng dòng điện với một đầu dò rất nhỏ được đưa tuần tự vào từng nang lông (Martin et al., 2018). Do phá hủy cơ học trực tiếp nguồn cấp máu của nang lông, EHR có thể dùng cho mọi màu lông và loại da (Martin et al., 2018). Phương pháp này tốn thời gian và chi phí vì phải xử lý từng nang lông riêng lẻ, nhưng hiệu quả cho triệt lông vĩnh viễn. Đối với triệt lông sinh dục trước GAS, cần thực hiện bởi người hành nghề có

năng lực chuyên môn về triệt lông sinh dục. EHR đau hơn LHR và có thể gây hồng ban, đóng mào và sưng (Harris et al., 2014). Tăng sắc tố sau viêm là nguy cơ ở người da sẫm (Richards & Meharg, 1995). Đau có thể kiểm soát bằng thuốc tê bôi và các kỹ thuật làm mát; khả năng chịu đựng thường cải thiện theo thời gian (Richards & Meharg, 1995).

Triệt lông bằng laser (LHR) sử dụng năng lượng laser để tác động vào các nang lông. Phương pháp này có lợi cho các vùng bề mặt lớn. Cơ chế là quang nhiệt trị liệu, theo đó ánh sáng từ laser tác động chọn lọc vào melanin trong thân lông (Gao et al., 2018). Năng lượng này được chuyển hóa thành nhiệt, gây tổn thương các nang lông bên trong da nơi sản sinh ra lông và dẫn đến sự phá hủy quá trình phát triển của lông. Cần thực hiện thêm các lần điều trị tiếp theo để đạt được kết quả tốt nhất và thường cách nhau sáu tuần để phù hợp với chu kỳ phát triển của lông (Zhang et al., 2016). Vì LHR tác động vào melanin, kết quả có thể bị hạn chế đối với những người có tóc bạc, tóc vàng hoặc tóc đỏ.

Có các lưu ý đặc biệt khi dùng LHR ở người da sẫm (loại da Fitzpatrick IV–VI) (Fayne et al., 2018). Hàm lượng melanin cao hơn ở lớp biểu bì có thể cạnh tranh với chất mang màu đích của ánh sáng hoặc laser, vốn là melanin trong thân lông của nang lông. Để quá trình ly giải nhiệt chọn lọc xảy ra, nhiệt sẽ khuếch tán từ thân lông đến các tế bào gốc nang lông để gây tổn thương. Ở các loại da sẫm màu hơn, thay vì tiếp cận được melanin đích trong thân lông, ánh sáng bị hấp thụ ở lớp biểu bì và tại đó nó chuyển hóa thành nhiệt. Điều này có thể dẫn đến kết quả làm sạm hơn và tỷ lệ cao hơn các tác dụng phụ do nhiệt, chẳng hạn như giảm hoặc tăng sắc tố, phỏng rộp và hình thành đóng vảy (Fayne et al., 2018). Việc lựa chọn bước sóng laser là rất quan trọng trong việc giảm thiểu rủi ro này, với bước sóng dài hơn được khuyến nghị để giảm tối đa sự hấp thụ ánh sáng ở melanin biểu bì, từ đó tối đa hóa hiệu quả và giảm thiểu tác dụng phụ ở bệnh nhân có làn da sẫm màu (Zhang et al., 2016). Các tác dụng phụ từ LHR có thể bao gồm cảm giác như bị cháy nắng sau khi điều trị, cũng như viêm, đỏ, tăng sắc tố và sưng. Ánh sáng nhấp nháy đã được biết là có thể gây ra co giật ở những bệnh nhân nhạy cảm, vì vậy bệnh nhân nên được sàng lọc về rủi ro này. Đau và khó chịu trong suốt thủ thuật cũng có thể là một rào cản đáng kể, và các PCP nên chuẩn bị sẵn sàng để kê đơn thuốc giảm đau tại chỗ hoặc toàn thân, chẳng hạn như hỗn hợp các thuốc gây tê tại chỗ (EMLA) hoặc thuốc giảm đau opioid toàn thân liều thấp. Đối với phẫu

thuật khẳng định giới vùng sinh dục, một số chuyên gia đã khuyến nghị nên chờ 3 tháng sau lần điều trị triệt lông cuối cùng theo kế hoạch trước khi tiến hành phẫu

thuật để xác nhận rằng không còn tình trạng lông mọc lại (Zhang et al., 2016).

CHƯƠNG 16 - Sức khỏe Sinh sản

Tất cả con người, bao gồm cả người chuyển giới, đều có quyền sinh sản để quyết định có hoặc không có con (Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc, 2014). Các điều trị nội tiết xác định giới tính (GAHT) và can thiệp phẫu thuật cần thiết về mặt y khoa (xem tuyên bố “cần thiết về mặt y khoa” trong Chương 2—Tính khả toàn cầu, Tuyên bố 2.1) có thể làm thay đổi giải phẫu hoặc chức năng sinh sản và do đó làm giảm khả năng sinh sản trong tương lai ở các mức độ khác nhau (Hembree et al., 2017; Nahata et al., 2019). Vì vậy, cần thiết phải thảo luận về nguy cơ vô sinh và các lựa chọn bảo tồn khả năng sinh sản (FP) với người chuyển giới và gia đình họ trước khi bắt đầu bất kỳ điều trị nào, đồng thời tiếp tục trao đổi định kỳ sau đó (Hembree et al., 2017). Các lựa chọn FP đã thiết lập như trữ lạnh phôi, noãn và tinh trùng có thể khả dụng đối với người chuyển giới sau dậy thì (Nahata et al., 2019). Các phác đồ nghiên cứu về trữ lạnh mô buồng trứng và mô tinh hoàn cũng đã được phát triển và nghiên cứu (Borgström et al., 2020; Nahata et al., 2019; Rodriguez-Wallberg et al., 2019). Trong khi việc sử dụng phôi, noãn trưởng thành và tinh trùng đã chứng minh hiệu quả trong điều trị lâm sàng, mô tuyến sinh dục trữ lạnh sẽ cần được cấy ghép lại trong tương lai nhằm thu nhận giao tử chức năng hoàn chỉnh hoặc áp dụng các phương pháp nuôi cấy trong phòng thí nghiệm, vốn vẫn đang trong giai đoạn nghiên cứu cơ bản. Đáng chú ý, hướng dẫn mới của Hiệp hội Y học Sinh sản Hoa Kỳ đã gỡ bỏ nhãn “thực nghiệm” khỏi trữ lạnh mô buồng trứng, dù bằng chứng vẫn còn hạn chế ở trẻ tiền dậy thì (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019).

Việc chăm sóc cá thể hóa cần được cung cấp phù hợp với mục tiêu làm cha mẹ của từng người. Một số nghiên cứu cho thấy người chuyển giới và người đa dạng giới (TGD) có thể ít mong muốn có con ruột hoặc không muốn có con hơn so với người cùng giới tính khi sinh (Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Russell et al., 2016; von Doussa et al., 2015). Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác lại chỉ ra rằng nhiều người TGD: 1) mong muốn có con ruột; 2) hối tiếc về việc bỏ lỡ cơ hội FP; và 3) sẵn sàng trì hoãn hoặc tạm ngưng điều trị hormone để bảo tồn khả năng sinh sản hoặc thụ thai

(Armuaud, Dhejne et al., 2017; Auer et al., 2018; De Sutter et al., 2002; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Tornello & Bos, 2017).

Nhiều rào cản đối với FP đã được ghi nhận, chẳng hạn như chi phí (nặng nề hơn khi không có bảo hiểm chi trả), nhu cầu bắt đầu điều trị sớm, khó khăn trong việc đưa ra quyết định hướng về tương lai, sự thiếu hiểu biết hoặc định kiến của các nhân viên y tế làm ảnh hưởng đến việc tư vấn FP, và khó khăn khi tiếp cận FP (Baram et al., 2019; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020). Ngoài ra, người chuyển giới có thể trải qua tình trạng loạn cảm giới trầm trọng hơn do các bước trong quy trình FP vốn gắn liền với giới tính khi sinh (Armuaud, Dhejne et al., 2017; Baram et al., 2019). Khi có thể, cách tiếp cận đa chuyên khoa, nơi các bác sĩ và chuyên gia sức khỏe tâm thần cùng phối hợp với chuyên gia sinh sản khẳng định giới, có thể giúp vượt qua những rào cản này (Tishelman et al., 2019). Người TGD cần được giáo dục về sự khác biệt giữa khả năng sinh sản (sử dụng giao tử/mô sinh sản của bản thân) và mang thai. Ngoài các cân nhắc về khả năng sinh sản, cần đảm bảo cung cấp dịch vụ chăm sóc chất lượng cao, công bằng cho tất cả hình thức lập gia đình trên toàn chu kỳ sinh sản. Điều này bao gồm các lựa chọn sinh sản như chăm sóc trong quá trình mang thai, sinh nở và chăm sóc sau sinh, cũng như kế hoạch hóa gia đình, biện pháp tránh thai phòng ngừa mang thai ngoài ý muốn, và chấm dứt thai kỳ nếu được pháp luật cho phép (Bonnington et al., 2020; Cipres et al., 2017; Krempasky et al., 2020; Light et al., 2018; Moseson, Fix et al., 2020). Người TGD muốn mang thai cần trải qua chăm sóc tiền thai tiêu chuẩn và tư vấn trước mang thai, cũng như được tư vấn về việc nuôi con bằng sữa mẹ trong môi trường tôn trọng đa dạng bản dạng giới (MacDonald et al., 2016; Obedin-Maliver & Makadon, 2016).

Tất cả tuyên bố trong chương này được khuyến nghị dựa trên rà soát bằng chứng, đánh giá lợi ích–tác hại, giá trị và lựa chọn của các nhân viên y tế, cũng như việc sử dụng nguồn lực và tính khả thi. Trong một số trường hợp, chúng tôi thừa nhận rằng bằng chứng còn hạn chế và/hoặc dịch vụ có thể không được tiếp cận hay không phù hợp.

Các Tuyên Bố Khuyến Nghị

- 16.1- Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế tham gia điều trị cho người chuyển giới và người đa dạng giới, cũng như những người kê toa hoặc giới thiệu bệnh nhân thực hiện liệu pháp hormone/phẫu thuật, cần tư vấn cho bệnh nhân về:
- 16.1.a- Những tác động đã biết của liệu pháp hormone hoặc phẫu thuật đối với khả năng sinh sản trong tương lai.
 - 16.1.b- Các ảnh hưởng tiềm tàng của những can thiệp chưa được nghiên cứu đầy đủ và mức độ hồi phục còn chưa rõ ràng.
 - 16.1.c- Các lựa chọn bảo tồn khả năng sinh sản (bao gồm cả các phương pháp đã được thiết lập và các kỹ thuật còn mang tính thử nghiệm).
 - 16.1.d- Các tác động tâm lý xã hội liên quan đến tình trạng vô sinh.
- 16.2- Chúng tôi khuyến nghị nhân viên y tế giới thiệu những người chuyển giới và người đa dạng giới có nhu cầu bảo tồn khả năng sinh sản đến các chuyên gia có chuyên môn trong lĩnh vực này để được tư vấn chuyên sâu.
- 16.3- Chúng tôi khuyến nghị các nhóm chăm sóc sức khỏe chuyển giới hợp tác với các chuyên gia và cơ sở y học sinh sản tại địa phương nhằm cung cấp thông tin cụ thể, kịp thời và triển khai dịch vụ bảo tồn khả năng sinh sản trước khi thực hiện các can thiệp y khoa hoặc phẫu thuật có thể ảnh hưởng đến khả năng sinh sản.
- 16.4- Chúng tôi khuyến nghị nhân viên y tế tư vấn cho trẻ vị thành niên chuyển giới/đa dạng giới ở giai đoạn tiền dậy thì hoặc dậy thì và gia đình về việc hiện nay các lựa chọn bảo tồn khả năng sinh sản dựa trên bằng chứng vẫn còn hạn chế.
- 16.5- Chúng tôi khuyến nghị những người chuyển giới và đa dạng giới có từ cung và mong muốn mang thai cần được chăm sóc trước khi thụ thai, tư vấn tiền sản về việc sử dụng hoặc ngừng các hormone kháng định giới, chăm sóc thai kỳ, hỗ trợ trong chuyển dạ – sinh nở, hỗ trợ cho việc nuôi con bằng sữa mẹ, và chăm sóc sau sinh theo tiêu chuẩn thực hành tại địa phương, với cách tiếp cận kháng định giới.
- 16.6- Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế thảo luận về các biện pháp tránh thai với những người chuyển giới và đa dạng giới có hoạt động tình dục có nguy cơ dẫn đến mang thai.
- 16.7- Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế cung cấp dịch vụ đình chỉ thai kỳ bảo đảm rằng các lựa chọn thủ thuật được thiết kế theo hướng kháng định giới và có khả năng tiếp nhận, phục vụ người chuyển giới và các nhóm đa dạng giới.

Tuyên bố 16.1

Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế tham gia điều trị cho người chuyển giới và người đa dạng giới, cũng như những người kê toa hoặc giới thiệu bệnh nhân thực hiện liệu pháp hormone/phẫu thuật, cần tư vấn cho bệnh nhân về:

- a. Những tác động đã biết của liệu pháp hormone hoặc phẫu thuật đối với khả năng sinh sản trong tương lai;**
- b. Các ảnh hưởng tiềm tàng của những can thiệp chưa được nghiên cứu đầy đủ và mức độ hồi phục còn chưa rõ ràng;**
- c. Các lựa chọn bảo tồn khả năng sinh sản (bao gồm cả các phương pháp đã được thiết lập và các kỹ thuật còn mang tính thử nghiệm);**
- d. Các tác động tâm lý – xã hội liên quan đến tình trạng vô sinh.**

Người TGD được chỉ định giới tính nữ khi sinh

GAHT có thể ảnh hưởng tiêu cực đến khả năng sinh sản tương lai (Hembree et al., 2017). Theo bằng chứng hiện tại ở người chuyển giới nam và người đa dạng giới được chỉ định giới tính nữ khi sinh, các nguy cơ gồm: GnRHa (GnRH agonist) có thể dùng để ức chế dậy thì và ngăn tiến triển dậy thì cho đến khi trẻ sẵn sàng với điều trị nam hoá. GnRHa cũng có thể dùng để ức chế

kinh nguyệt. Chúng ảnh hưởng đến sự trưởng thành của noãn nhưng không gây tổn thương vĩnh viễn chức năng buồng trứng. Vì vậy, nếu ngừng GnRHa, sự trưởng thành noãn dự kiến sẽ tiếp tục.

Có ít nghiên cứu về tác động của testosterone lên chức năng sinh sản ở người chuyển giới nam (Moravek et al., 2020). Sự hồi phục chức năng buồng trứng bình thường và trưởng thành noãn sau khi ngừng testosterone đã được ghi nhận ở những người mang thai tự nhiên. Nghiên cứu hồi cứu về trữ lạnh noãn cho thấy không có khác biệt về số lượng noãn thu được hoặc số noãn trưởng thành giữa người chuyển giới nam so với phụ nữ hợp giới cùng tuổi và BMI (Adeleye et al., 2018, 2019). Các dữ liệu ban đầu về tỷ lệ sinh sống sau kích thích buồng trứng giữa người chuyển giới nam so với phụ nữ hợp giới vừa mới được công bố (Leung et al., 2019). Testosterone đã được dùng trước khi kích thích trứng. Nhìn chung, các kết quả chú trọng ảnh hưởng của testosterone lên các cơ quan sinh sản và chức năng của chúng là khả quan. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu tiến cứu nào đánh giá tác động của điều trị hormone dài hạn lên khả năng sinh sản (bắt đầu từ tuổi vị thành niên) hoặc ở người sử dụng GnRHa trong lúc bắt đầu dậy thì trước khi dùng testosterone. Điều quan trọng cần phải xem xét các thuốc và quy trình cần thiết cho trữ lạnh noãn (khám vùng chậu, siêu âm ngã âm đạo, chọc hút noãn) có thể làm tăng loạn cảm giới ở người chuyển

giới nam (Armuaud, Dhejne et al., 2017).

Can thiệp phẫu thuật ở người chuyển giới nam có tác động rõ rệt lên khả năng sinh sản. Nếu bệnh nhân muốn cắt tử cung, có thể cân nhắc bảo tồn buồng trứng để giữ khả năng sinh con ruột. Mặt khác, nếu buồng trứng được cắt bỏ riêng biệt hay kết hợp với việc cắt tử cung, cần tư vấn trừ trứng trước phẫu thuật và/hoặc trữ lạnh mô buồng trứng trong lúc phẫu thuật. Mặc dù thủ thuật này không còn xem là thực nghiệm, nhiều người có thể mong muốn hoãn trưởng thành trong ống nghiệm — kỹ thuật vẫn còn trong nghiên cứu. Các nghiên cứu đánh giá chức năng hoãn cho thấy hoãn lấy từ người chuyển giới nam đang dùng testosterone tại thời điểm cắt buồng trứng vẫn có thể trưởng thành trong ống nghiệm và phát triển thành thai phân bào bình thường (De Roo et al., 2017; Lierman et al., 2017).

Người TGD được chỉ định giới tính nam khi sinh

Dựa trên các bằng chứng hiện tại ở phụ nữ chuyển giới và những người đa dạng giới được chỉ định giới tính nam khi sinh (AMAB), ảnh hưởng của các phương pháp điều trị y tế như sau:

GnRHa ức chế sinh tinh. Dữ liệu cho thấy việc ngừng điều trị giúp quá trình sinh tinh bắt đầu trở lại, mặc dù việc này có thể mất ít nhất 3 tháng và khả năng cao là lâu hơn (Bertelloni và cộng sự, 2000). Ngoài ra, cần xem xét gánh nặng tâm lý khi cơ thể tiếp xúc trở lại với testosterone.

Kháng androgen và estrogen làm giảm sản xuất tinh trùng (de Nie et al., 2020; Jindarak et al., 2018; Kent et al., 2018). Sinh tinh có thể hồi phục sau khi ngừng điều trị kéo dài đối với thuốc kháng androgen và estrogen, nhưng dữ liệu còn hạn chế (Adeleye et al., 2019; Alford et al., 2020; Schneider et al., 2017). Thể tích tinh hoàn giảm dưới tác động việc điều trị hormone kháng định giới (Matoso et al., 2018). Chất lượng tinh dịch ở người chuyển giới nữ cũng có thể bị ảnh hưởng tiêu cực bởi lối sống, như ít xuất tinh, hoặc ép chặt bộ phận sinh dục (Jung & Schuppe, 2007; Mieusset et al., 1985, 1987; Rodriguez-Wallberg et al., 2021).

Tuyên bố 16.2

Chúng tôi khuyến nghị chuyên gia y tế giới thiệu những người chuyển giới và người đa dạng giới TGD quan tâm đến bảo tồn khả năng sinh sản đến các chuyên gia có chuyên môn trong lĩnh vực này để được tư vấn chuyên sâu.

Nghiên cứu cho thấy nhiều người trưởng thành chuyển giới mong muốn có con theo quan hệ huyết

thống (De Sutter et al., 2002; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Wierckx, Van Caenegem et al., 2012), tuy nhiên tỷ lệ sử dụng các phương pháp bảo tồn khả năng sinh sản vẫn rất biến động, đặc biệt ở thanh thiếu niên (< 5%–40%) (Brik et al., 2019; Chen et al., 2017; Chiniara et al., 2019; Nahata et al., 2017; Segev-Becker et al., 2020). Trong một khảo sát gần đây, nhiều thanh thiếu niên thừa nhận rằng quan điểm của họ về việc có con theo quan hệ huyết thống có thể thay đổi trong tương lai (Strang, Jarin et al., 2018). Việc cưỡng bức vô sinh là một hành vi vi phạm quyền con người (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2015; Equality and Human Rights Commission, 2021; Meyer III et al., 2001). Nhờ những tiến bộ trong quan điểm xã hội, y học sinh sản và chăm sóc sức khỏe khẳng định giới, cơ hội làm cha/mẹ theo quan hệ huyết thống trong quá trình chuyển giới cần được hỗ trợ cho người chuyển giới. Do ảnh hưởng của quan điểm lâm sàng đối với quyết định bảo tồn khả năng sinh sản và làm cha/mẹ của người chuyển giới hoặc phi nhị phân, các lựa chọn phương pháp bảo tồn khả năng sinh sản nên được thảo luận bởi nhân viên y tế cùng với các lựa chọn thay thế khác như nhận nuôi, đồng nuôi con, hoặc các hình thức làm cha/mẹ khác (Bartholomaeus & Riggs, 2019). Những bệnh nhân chuyển giới được tham vấn về vấn đề này và có quyền lựa chọn thực hiện các thủ thuật bảo tồn khả năng sinh sản báo cáo rằng trải nghiệm này thường là tích cực (Armuaud, Dhejne et al., 2017; De Sutter et al., 2002; James-Abra et al., 2015).

Ở các nhóm bệnh nhân khác, các chương trình giới thiệu và chăm sóc sinh sản chính thức đã được chứng minh giúp tăng tỷ lệ sử dụng phương pháp bảo tồn khả năng sinh sản và cải thiện sự hài lòng của bệnh nhân (Kelvin et al., 2016; Klosky, Anderson et al., 2017; Klosky, Wang et al., 2017; Shnorhavorian et al., 2012). Thái độ của bác sĩ đã được nghiên cứu, và các nghiên cứu gần đây cho thấy nhận thức cũng như mong muốn cung cấp thông tin liên quan đến sinh sản cho trẻ em và gia đình của họ là cao (Armuaud et al., 2020). Tuy nhiên, vẫn tồn tại các rào cản, bao gồm thiếu kiến thức, sự thoải mái và nguồn lực (Armuaud, Nilsson et al., 2017; Frederick et al., 2018).

Do đó, nhu cầu đào tạo phù hợp cho nhân viên y tế đã được nhấn mạnh, với trọng tâm là tư vấn sinh sản và cung cấp các lựa chọn phương pháp bảo tồn khả năng sinh sản cho tất cả các đối tượng có nguy cơ một cách không thiên vị (Armuaud, Nilsson et al., 2017). Các

khuyến nghị từ cha mẹ cũng đã được chứng minh có ảnh hưởng đáng kể đến tỷ lệ sử dụng phương pháp bảo tồn khả năng sinh sản ở nam thanh thiếu niên và người trưởng thành trẻ tuổi mắc ung thư (Klosky, Flynn et al., 2017). Mặc dù có những khác biệt lâm sàng rõ ràng giữa các nhóm bệnh nhân này, các phát hiện này có thể giúp định hướng các thực hành tốt nhất cho tư vấn bảo tồn khả năng sinh sản và giới thiệu phương pháp bảo tồn khả năng sinh sản cho người chuyển giới.

Tuyên bố 16.3

Chúng tôi khuyến nghị các nhóm chăm sóc sức khỏe cho người chuyển giới phối hợp với các chuyên gia và cơ sở y học sinh sản tại địa phương để cung cấp thông tin cụ thể, kịp thời và triển khai các dịch vụ bảo tồn khả năng sinh sản trước khi tiến hành các can thiệp y khoa hoặc phẫu thuật có thể ảnh hưởng đến khả năng sinh sản.

Kỹ thuật trữ lạnh tinh trùng và noãn là các FP đã được thiết lập và có thể được cung cấp cho những người ở tuổi dậy thì, cuối tuổi dậy thì và người trưởng thành được chỉ định nam khi sinh và được chỉ định nữ khi sinh, tương ứng; tốt nhất là trước khi bắt đầu điều trị nội tiết kháng định giới (GAHT) (Hembree và cs., 2017; Practice Committee of the ASRM, 2019). Trữ lạnh phôi có thể được thực hiện cho người TGD trưởng thành (sau dậy thì) có mong muốn sinh con và có bạn tình phù hợp. Việc sử dụng các giao tử đã trữ lạnh trong tương lai cũng phụ thuộc vào giao tử và cơ quan sinh sản của người bạn tình (Fischer, 2021; Maxwell và cs., 2017).

Mặc dù các thông số tinh dịch đồ đã được chứng minh giảm sút khi thực hiện FP sau khi bắt đầu GAH (Adeleye và cs., 2019), một nghiên cứu nhỏ cho thấy khi ngừng điều trị, các thông số tinh dịch trở nên tương đương với những người TGD chưa từng dùng GAH. Đối với kích thích buồng trứng, chất lượng noãn sau thủy tinh hóa và kết quả thụ tinh trong ống nghiệm (IVF), không có lý do gì để kỳ vọng kết quả ART ở người TGD khác với người hợp giới, ngoại trừ các yếu tố gây nhiễu liên quan đến (vô) sinh— khi giao tử được lưu trữ trước bất kỳ điều trị y khoa nào (Adeleye và cs., 2019). Việc sử dụng noãn trong điều trị ART ở người TGD cho thấy kết quả tương tự nhóm người hợp giới được đối chứng, bắt cặp (Adeleye và cs., 2019; Leung và cs., 2019; Maxwell và cs., 2017).

Mặc dù đây là các lựa chọn đã thiết lập, rất ít người TGD ở tuổi dậy thì, cuối tuổi dậy thì hoặc người trưởng

thành thực hiện FP (Nahata và cs., 2017), và nhiều người gặp khó khăn trong quá trình này. Không chỉ rào cản về chi phí và khả năng tiếp cận (đặc biệt ở các vùng không có bảo hiểm chi trả), mà các thủ thuật FP thường gây khó chịu về thể chất và tâm lý; nhiều người lo ngại phải trì hoãn quá trình chuyển giới (Chen và cs., 2017; De Sutter và cs., 2002; Wierckx, Stuyver và cs., 2012). Đặc biệt với người được chỉ định nữ khi sinh, sự xâm lấn của siêu âm đầu dò âm đạo trong theo dõi kích thích buồng trứng và chọc hút noãn (và tâm lý lo âu liên quan) là một rào cản (Armuan, Dhejne và cs., 2017; Chen và cs., 2017).

Ngoài ra, người trẻ đang trong quá trình chuyển giới có thể chưa có nhận thức rõ ràng về việc làm cha mẹ, và vì vậy dễ từ chối FP – trong khi là người trưởng thành, họ có thể thay đổi quan điểm (Cauffman & Steinberg, 2000). Giảm chứng phiền muộn giới trong quá trình chuyển giới cũng có thể ảnh hưởng đến quyết định về FP (Nahata và cs., 2017). Dựa trên bằng chứng rằng quan điểm về khả năng sinh sản của thanh thiếu niên TGD có thể thay đổi theo thời gian (Nahata và cs., 2019; Strang, Jarin và cs., 2018), các lựa chọn về FP cần trao đổi một cách liên tục.

Tuyên bố 16.4

Chúng tôi khuyến nghị nhân viên y tế tư vấn cho trẻ vị thành niên chuyển giới/đa dạng giới trước hoặc giai đoạn sớm dậy thì và gia đình rằng hiện tại các lựa chọn bảo tồn khả năng sinh sản FP đã được chứng minh còn rất hạn chế.

Đối với trẻ trước dậy thì và đầu dậy thì, các lựa chọn FP chỉ giới hạn ở việc bảo tồn mô tuyến sinh dục. Mặc dù lựa chọn này có thể áp dụng cho trẻ TGD giống như trẻ trước dậy thì và đầu dậy thì hợp giới mắc bệnh ung thư, hiện chưa có tài liệu nào mô tả việc sử dụng phương pháp này ở trẻ chuyển giới. Tự ghép mô buồng trứng đã dẫn đến hơn 130 ca chào đời sống sót ở phụ nữ hợp giới, phần lớn mang thai tự nhiên mà không cần đến các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (ART) (Donnez & Dolmans, 2015; Jadoul và cs., 2017), và đa số họ đã lưu trữ mô buồng trứng khi đã trưởng thành hoặc trong giai đoạn dậy thì. Mặc dù hướng dẫn gần đây của Hiệp hội Y học Sinh sản Hoa Kỳ đã gỡ bỏ nhãn "thực nghiệm" đối với phương pháp trữ lạnh mô buồng trứng (Ủy ban Thực hành của Hiệp hội Y học Sinh sản Hoa Kỳ, 2019), hiện vẫn có rất ít báo cáo ca lâm sàng mô tả việc mang thai thành công ở phụ nữ sau khi cấy ghép mô buồng trứng được trữ lạnh từ trước tuổi dậy thì. Demeestere et

al. (2015) cùng Rodriguez-Wallberg, Milenkovic et al. (2021) đã mô tả các trường hợp mang thai thành công sau khi cấy ghép mô được lấy ở tuổi 14; và gần đây, Matthews et al. (2018) đã mô tả trường hợp một bé gái được chẩn đoán mắc bệnh tan máu bẩm sinh (thalassemia) đã lưu trữ mô buồng trứng lúc 9 tuổi và tiến hành cấy ghép sau đó 14 năm. Sau đó, cô ấy đã thụ thai thông qua thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) và sinh ra một em bé khỏe mạnh.

Hiện nay, ứng dụng lâm sàng duy nhất trong tương lai của việc lưu trữ mô buồng trứng là tự ghép, điều mà có lẽ không mong muốn đối với một người nam chuyển giới (do các tác động tiềm ẩn không mong muốn của estrogen). Một quy trình phòng thí nghiệm cho phép nuôi trứng trưởng thành trong ống nghiệm từ mô buồng trứng sẽ là ứng dụng lý tưởng trong tương lai của việc lưu trữ mô buồng trứng cho người chuyển giới, nhưng kỹ thuật này hiện chỉ đang được khảo sát và tối ưu hóa trong các môi trường nghiên cứu khoa học cơ bản (Ladanyi et al., 2017; Oktay et al., 2010).

Việc lấy mô tinh hoàn trước dậy thì đã được mô tả có nguy cơ thấp (Borgström và cs., 2020; Ming và cs., 2018). Một số tác giả cũng đã mô tả phương pháp này như một lựa chọn mang tính lý thuyết đối với người chuyển giới (De Roo et al., 2016; Martinez et al., 2017; Nahata, Curci et al., 2018). Tuy nhiên, hiện chưa có báo cáo nào trong các tài liệu y khoa mô tả việc sử dụng trên lâm sàng hoặc trong nghiên cứu của phương pháp bảo tồn khả năng sinh sản (FP) này cho các bệnh nhân TGD. Hơn nữa, khả năng ứng dụng lâm sàng của việc tự ghép mô tinh hoàn vẫn còn chưa rõ ràng trên người, và các kỹ thuật nuôi trứng trưởng thành trong ống nghiệm vẫn còn nằm trong phạm vi nghiên cứu khoa học cơ bản. Do đó, các chuyên gia hiện nay coi kỹ thuật này là mang tính thực nghiệm (Picton et al., 2015). Khả năng lưu trữ mô tuyến sinh dục nên được thảo luận trước bất kỳ cuộc phẫu thuật cơ quan sinh dục nào dẫn đến vô sinh, mặc dù xác suất có thể sử dụng được các mô này trong tương lai cần phải được nêu rõ.

Tuyên bố 16.5

Chúng tôi khuyến nghị người chuyển giới và đa dạng giới TGD có tử cung và mong muốn mang thai cần được chăm sóc trước khi thụ thai, tư vấn tiền sản về việc sử dụng hoặc ngừng các hormone khẳng định giới, chăm sóc thai kỳ, hỗ trợ trong chuyển dạ – sinh nở, hỗ trợ cho việc nuôi con bằng sữa mẹ, và chăm sóc sau sinh theo tiêu chuẩn thực hành tại địa

phương với cách tiếp cận khẳng định giới.

Hầu hết người chuyển giới nam và những người đa dạng giới được chỉ định là nữ khi sinh vẫn giữ tử cung và buồng trứng, do đó họ có thể thụ thai và mang thai ngay cả sau khi sử dụng testosterone dài hạn (Light et al., 2014). Nhiều người chuyển giới nam có mong muốn có con (Light et al., 2018; Wierckx, van Caenegem et al., 2012) và sẵn lòng mang thai (Moseson, Fix, Hastings et al., 2021; Moseson, Fix, Ragosta et al., 2021). Các công nghệ hỗ trợ sinh sản (ART) đã mở rộng cơ hội cho nhiều người chuyển giới nam trong việc thụ thai và thực hiện nguyện vọng kế hoạch hóa gia đình (De Roo et al., 2017; Ellis et al., 2015; Maxwell et al., 2017). Một số người chuyển giới nam cho biết họ cảm thấy bị cô lập về mặt tâm lý, gặp tình trạng phiền muộn giới liên quan đến sự thay đổi của tử cung và vùng ngực khi mang thai, cũng như trầm cảm (Charter, 2018; Ellis et al., 2015; Hoffkling et al., 2017; Obedin-Maliver & Makadon, 2016). Ngược lại, các nghiên cứu khác cũng ghi nhận một số trải nghiệm tích cực trong quá trình mang thai (Fischer, 2021; Light và cộng sự, 2014). Các chuyên gia sức khỏe tâm thần cần tham gia để hỗ trợ và thực hiện tư vấn về các vấn đề: khi nào nên dừng và khi nào nên tiếp tục sử dụng hormone khẳng định giới tính; các lựa chọn về cách cung cấp hormone; và vấn đề nuôi con bằng sữa mẹ/ từ ngực (Hoffkling et al., 2017). Cuối cùng, các can thiệp ở cấp độ hệ thống và cấp độ cá nhân nên được triển khai nhằm đảm bảo chăm sóc sức khỏe sinh sản lấy con người làm trung tâm cho tất cả mọi người (Hahn et al., 2019; Hoffkling et al., 2017; Moseson, Zazanis et al., 2020; Snowden et al., 2018).

Do những tác hại tiềm ẩn của testosterone đối với phôi thai đang phát triển, việc ngừng sử dụng testosterone hoặc liệu pháp hormone nam hóa trước khi thụ thai và trong suốt thai kỳ là khuyến cáo cần thiết. Tuy nhiên, thời điểm tối ưu để ngừng testosterone trước khi mang thai cũng như thời điểm bắt đầu lại sau thai kỳ vẫn chưa được xác định rõ. Vì việc dùng hormone khẳng định giới tính có thể gây ra tâm lý bất ổn và làm trầm trọng thêm tình trạng phiền muộn giới ở người chuyển giới nam, nên thời điểm và cách thức dùng liệu pháp này cần được thảo luận kỹ trong quá trình tư vấn tiền sản (Hahn et al., 2019). Do thiếu thông tin về thời gian tiếp xúc với testosterone và nguy cơ gây quái thai, việc sử dụng testosterone nên được chấm dứt trước khi cố gắng thụ thai và trước khi ngừng các biện pháp tránh thai.

Thêm vào đó, thông tin về kết quả sức khỏe của trẻ sơ sinh được sinh ra bởi người chuyển giới nam hiện còn hạn chế. Các nghiên cứu bệnh học quy mô nhỏ nhằm đánh giá vấn đề này cho thấy không có sự khác biệt bất lợi nào về thể chất hoặc tâm lý xã hội giữa trẻ sơ sinh của người chuyển giới nam so với trẻ sơ sinh trong cộng đồng nói chung (Chiland và cộng sự, 2013).

Nuôi con bằng sữa mẹ/ từ ngực

Trong các nghiên cứu hạn chế về việc nuôi con bằng sữa mẹ/ từ ngực, đa số người chuyển giới nam và những người đa dạng giới (TGD) được chỉ định là nữ (AFAB) khi sinh chọn nuôi con bằng sữa mẹ/ từ ngực sau sinh đều thành công, với nghiên cứu cho thấy việc kích sữa phụ thuộc một phần vào việc tư vấn trước khi thụ thai và sự hỗ trợ từ các điều dưỡng chuyên về sữa mẹ có kinh nghiệm (MacDonald et al., 2016; Wolfe-Roubatis & Spatz, 2015). Cụ thể, người chuyển giới nam và những người TGD có sử dụng testosterone cần được thông báo rằng: 1) mặc dù với số lượng nhỏ, testosterone có truyền qua sữa mẹ/ từ ngực; và 2) tác động của nó đối với sự phát triển của trẻ sơ sinh/trẻ nhỏ hiện vẫn chưa được làm rõ, do đó việc sử dụng testosterone khẳng định giới tính không được khuyến khích trong thời gian cho con bú, nhưng có thể bắt đầu lại sau khi ngừng nuôi con bằng sữa mẹ/ từ ngực (Glaser et al., 2009). Người chuyển giới nam và các cá nhân TGD AFAB khác cũng cần được biết rằng một số bệnh nhân mang thai có thể gặp tình trạng ngực phát triển ngoài ý muốn và/hoặc tiết sữa ngay cả sau khi đã phẫu thuật tạo hình ngực, vì vậy họ cần được hỗ trợ nếu có nguyện vọng ức chế tiết sữa (MacDonald et al., 2016).

Hiện có rất ít thông tin liên quan đến việc tiết sữa ở phụ nữ chuyển giới cũng như những người TGD được chỉ định là nam khi sinh (AMAB), nhưng nhiều người trong số họ cũng bày tỏ mong muốn được nuôi con bằng sữa mẹ/ từ ngực. Mặc dù đã có báo cáo về trường hợp một phụ nữ chuyển giới tiết sữa và nuôi con bằng sữa mẹ/ từ ngực thành công sau khi được hỗ trợ nội tiết bằng cách kết hợp estrogen, progesterone, domperidone và hút sữa (Reisman & Goldstein, 2018), nhưng thành phần dinh dưỡng và miễn dịch của sữa mẹ/ từ ngực trong những điều kiện này vẫn chưa được nghiên cứu. Do đó, bệnh nhân cần được thông báo về những rủi ro và lợi ích của phương pháp nuôi con này (Reisman & Goldstein, 2018).

Tuyên bố 16.6

Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế thảo luận về các phương pháp tránh thai với người chuyển giới và đa dạng giới TGD có hoạt động tình dục có thể dẫn đến mang thai.

Nhiều cá nhân chuyển giới và đa dạng giới (TGD) vẫn có thể duy trì khả năng sinh sản, và họ (nếu vẫn còn tử cung, buồng trứng và ống dẫn trứng) hoặc bạn tình của họ (đối với những cá nhân có khả năng tạo tinh trùng) có thể mang thai ngoài ý muốn (James et al., 2016; Light et al., 2014; Moseson, Fix et al., 2020). Do đó, việc tư vấn kế hoạch hóa gia đình một cách chủ động là cần thiết, bao gồm cả các biện pháp tránh thai và phá thai được thực hiện theo những phương thức phù hợp với sự đa dạng giới (Klein, Berry-Bibee et al., 2018; Obedin-Maliver, 2015; Stroumsa & Wu, 2018). Những người chuyển giới và đa dạng giới được chỉ định giới tính nữ khi sinh (AFAB) có thể không sử dụng biện pháp tránh thai do lầm tưởng rằng testosterone là một hình thức tránh thai đáng tin cậy (Abern & Maguire, 2018; Ingraham et al., 2018; Jones, Wood et al., 2017; Potter et al., 2015). Tuy nhiên, dựa trên những hiểu biết hiện tại, testosterone không nên được coi là một biện pháp tránh thai đáng tin cậy vì nó không ức chế hoàn toàn trục hạ đồi - tuyến yên - tuyến thượng thận (Krempasky và cộng sự, 2020). Hơn nữa, các trường hợp mang thai đã xảy ra ngay cả khi cá nhân đang trong tình trạng vô kinh do sử dụng testosterone, tình trạng này có thể kéo dài hơn cả thời gian sử dụng thuốc thực tế (Light et al., 2014). Việc mang thai cũng có thể xảy ra ở những người TGD sau khi sử dụng testosterone dài hạn (ít nhất lên đến 10 năm), mặc dù ảnh hưởng đối với noãn và khả năng sinh sản cơ bản vẫn chưa được xác định rõ (Light et al., 2014).

Những người TGD được chỉ định giới tính nữ khi sinh (AFAB) có thể sử dụng nhiều phương pháp tránh thai khác nhau (Abern & Maguire, 2018; Bentsianov et al., 2018; Bonnington et al., 2020; Chrisler et al., 2016; Cipres et al., 2017; Jones, Wood et al., 2017; Krempasky et al., 2020; Light et al., 2018). Các phương pháp này có thể được sử dụng rõ ràng cho mục đích ngừa thai, ức chế kinh nguyệt, điều trị xuất huyết bất thường hoặc các nhu cầu phụ khoa khác (Bonnington et al., 2020; Chrisler et al., 2016; Krempasky et al., 2020; Schwartz et al., 2019). Những lỗ hổng trong nghiên cứu về tránh thai ở nhóm đối tượng này là rất lớn. Chưa có nghiên cứu nào xem xét việc sử dụng androgen ngoại sinh (ví dụ: testosterone) có thể làm thay đổi hiệu quả

hoặc mức độ an toàn của các phương pháp tránh thai nội tiết (ví dụ: thuốc tránh thai kết hợp estrogen và progestin, thuốc tránh thai chỉ chứa progestin) hoặc các phương pháp tránh thai không nội tiết và phương pháp rào chắn (ví dụ: bao cao su trong và ngoài, dụng cụ tử cung không nội tiết, màng ngăn âm đạo, miếng xốp tránh thai, v.v.).

Những cá nhân đa dạng giới hiện có dương vật và tinh hoàn có thể tham gia vào các hoạt động tình dục với những cá nhân có tử cung, buồng trứng và ống dẫn trứng thuộc bất kỳ giới nào. Những người đa dạng giới có dương vật và tinh hoàn vẫn có thể sản sinh tinh trùng ngay cả khi đang sử dụng hormone kháng định giới tính (tức là estrogen); mặc dù các chỉ số tinh dịch bị suy giảm ở những người đang hoặc đã từng sử dụng hormone kháng định giới tính, tình trạng không có tinh trùng (azoospermia) là không hoàn toàn và hoạt động của tinh trùng không bị ức chế toàn bộ (Adeleye et al., 2019; Jindarak et al. 2018; Kent et al., 2018). Do đó, cần cân nhắc các biện pháp tránh thai nếu muốn ngăn ngừa mang thai khi thực hiện hành vi quan hệ tình dục (dương vật vào âm đạo) giữa một người có tử cung, buồng trứng, ống dẫn trứng và một người có dương vật, tinh hoàn, bất kể một trong hai bên có đang sử dụng hormone kháng định giới tính hay không. Hiện nay, các phương pháp tránh thai dành cho đối tác tạo tinh trùng chủ yếu bao gồm các biện pháp ngăn chặn cơ học (như bao cao su bên ngoài, bao cao su bên trong), triệt sản vĩnh viễn (như thắt ống dẫn tinh), và phẫu thuật kháng định giới (ví dụ: cắt bỏ tinh hoàn, phương pháp này

cũng dẫn đến triệt sản). Việc tư vấn tránh thai có xem xét đến các bên tạo tinh trùng, tạo trứng và mang thai (tùy theo trường hợp cụ thể) được khuyến khích thực hiện.

Tuyên bố 16.7

Chúng tôi khuyến nghị các nhân viên y tế cung cấp dịch vụ phá thai đảm bảo rằng các lựa chọn thủ thuật được thiết kế theo hướng khẳng định giới và có khả năng tiếp nhận, phục vụ người chuyển giới và các nhóm đa dạng giới.

Tình trạng mang thai ngoài ý muốn và phá thai được ghi nhận trong nhóm những cá nhân TGD có tử cung (Abern & Maguire, 2018; Light et al., 2014; Light et al., 2018; Moseson, Fix et al., 2020), và cũng được ghi nhận thông qua các khảo sát tại các cơ sở cung cấp dịch vụ phá thai (Jones et al., 2020). Tuy nhiên, các số liệu dịch tễ học dựa trên quần thể về việc cung cấp dịch vụ phá thai, cũng như trải nghiệm và nguyện vọng của những cá nhân TGD được chỉ định giới tính nữ khi sinh (AFAB) khi thực hiện phá thai, vẫn là một lỗ hổng nghiên cứu quan trọng (Fix et al., 2020; Moseson, Fix et al., 2020; Moseson, Lunn et al., 2020). Dẫu vậy, xét trên thực tế rằng khả năng mang thai vẫn tồn tại ở nhiều người TGD và việc mang thai không phải lúc nào cũng nằm trong kế hoạch hay mong muốn, thì việc tiếp cận các dịch vụ chấm dứt thai kỳ bằng nội khoa và ngoại khoa an toàn, hợp pháp và khẳng định giới là điều cần thiết.

CHƯƠNG 17 - Sức khỏe Tình dục

Sức khỏe tình dục có ảnh hưởng sâu sắc đến sức khỏe thể chất và tâm lý, bất kể giới tính sinh học, bản dạng giới hay xu hướng tính dục. Tuy nhiên, kỳ thị liên quan đến tình dục, giới và xu hướng tính dục ảnh hưởng đến cơ hội của mỗi cá nhân trong việc sống đúng với đời sống tình dục của họ và tiếp cận chăm sóc sức khỏe tình dục phù hợp. Cụ thể, trong hầu hết các xã hội, giả định dị tính – chuẩn giới dẫn đến việc mặc định rằng tất cả mọi người đều là người hợp giới và dị tính (Bauer et al., 2009), và rằng sự kết hợp này vượt trội hơn các bản dạng giới và xu hướng tính dục khác (Nieder, Gӧldenring et al., 2020; Rider, Vencill et al., 2019). Hệ chuẩn dị tính–chuẩn giới phủ nhận sự phức tạp của giới, xu hướng tính dục và tính dục, đồng thời bỏ qua sự đa dạng và tính linh hoạt. Điều này càng quan trọng hơn vì bản dạng tính dục, xu hướng và thực hành tính dục của người chuyển giới và đa dạng giới (TGD) vô cùng đa dạng (Galupo et al., 2016; Jessen et al., 2021; Thurston & Allan, 2018; T’Sjoen et al., 2020). Tương tự, xu hướng phổ biến xuyên văn hóa hướng đến định chuẩn toàn tính –giả định rằng mọi người đều trải nghiệm hấp dẫn tình dục hoặc có hứng thú hoạt động tình dục—đã phủ nhận trải nghiệm đa dạng của người TGD, đặc biệt những người thuộc phổ vô tính (McInroy et al., 2021; Mollet, 2021; Rothblum et al., 2020).

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2010) nhấn mạnh rằng sức khỏe tình dục phụ thuộc vào sự tôn trọng quyền tình dục của tất cả mọi người, bao gồm quyền thể hiện các tính dục đa dạng và được đối xử một cách tôn trọng, an toàn, không phân biệt đối xử và không bạo lực. Diễn ngôn về sức khỏe tình dục tập trung vào quyền tự chủ cơ thể và chủ động, bao gồm: đồng thuận, khoái cảm tình dục, sự hài lòng, quan hệ đối tác và đời sống gia đình (Cornwall & Jolly, 2006; Lindley et al., 2021). Theo đó, WHO định nghĩa sức khỏe tình dục là “một trạng thái khỏe mạnh về thể chất, cảm xúc, tinh thần và xã hội liên quan đến tính dục, không chỉ đơn thuần là không có bệnh, rối loạn chức năng hay suy yếu. Sức khỏe tình dục đòi hỏi một cách tiếp cận tích cực và tôn trọng đối với tính dục và các mối quan hệ tình dục, cũng như khả năng có những trải nghiệm tình dục an toàn và mang lại khoái cảm, không bị cưỡng ép, phân biệt đối xử hay bạo lực. Để đạt được và duy trì sức khỏe tình dục, quyền tình dục của tất cả mọi người phải được tôn trọng, bảo vệ và thực thi” (WHO, 2006, tr. 5). Điều này bao gồm cả những cá nhân thuộc phổ vô tính, là những người có thể không trải nghiệm hấp dẫn

tình dục với người khác nhưng có thể vẫn chọn sống đời sống tình dục trong một số thời điểm (ví dụ: tự kích thích) và/hoặc quan tâm đến việc xây dựng mối quan hệ lãng mạn (de Oliveira et al., 2021).

Sự quan tâm của khoa học đối với trải nghiệm và hành vi tình dục của người TGD đã tăng lên trong những năm gần đây (Gieles et al., 2022; Holmberg et al., 2019; Klein & Gorzalka, 2009; Kloer et al., 2021; Mattawanon et al., 2021; Stephenson et al., 2017; Tirapegui et al., 2020; Thurston & Allan, 2018). Sự mở rộng này phản ánh khung tiếp cận tích cực về tính dục (Harden, 2014), một khung nhìn công nhận cả các khía cạnh tích cực như khoái cảm tình dục (Laan et al., 2021) và các nguy cơ tiềm ẩn liên quan đến tính dục (Goldhammer et al., 2022; Mujugira et al., 2021). Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu về tính dục của người TGD còn thiếu các thang đo chuẩn hóa, nhóm chứng phù hợp hoặc thiết kế nghiên cứu theo dõi (Holmberg et al., 2019). Ngoài ra, hầu hết chỉ tập trung vào chức năng tình dục (Kennis et al., 2022), từ đó bỏ qua sự hài lòng tình dục và các định nghĩa rộng hơn về khoái cảm tình dục ngoài chức năng. Tác động của các can thiệp y tế liên quan đến TGD lên tính dục là không đồng nhất (Özer et al., 2022; T’Sjoen et al., 2020), và còn thiếu nghiên cứu về tính dục ở thanh thiếu niên TGD (Bungener et al., 2017; Maheux et al., 2021; Ristori et al., 2021; Stӧbler & Becker-Hebly, 2019; Warwick et al., 2022). Trong khi những tiếp cận tích cực trong tư vấn và điều trị khó khăn tình dục của người TGD đã được đề xuất (Fielding, 2021; Jacobson et al., 2019; Richards, 2021), hiện vẫn thiếu bằng chứng về hiệu quả của các can thiệp này. Tập trung vào việc thúc đẩy sức khỏe tình dục, Hiệp hội Sức khỏe Tình dục Thế giới (WAS) khẳng định tầm quan trọng của khoái cảm tình dục và xem quyền tự quyết, đồng thuận, an toàn, riêng tư, tự tin, và khả năng giao tiếp –thương lượng quan hệ tình dục là những yếu tố hỗ trợ quan trọng (Kismödi et al., 2017). WAS khẳng định khoái cảm tình dục là phần thiết yếu của quyền tình dục và quyền con người (Kismödi et al., 2017). Để đóng góp vào sức khỏe tình dục của người TGD, các nhân viên y tế cần có chuyên môn liên quan đến chuyển giới và sự nhạy cảm phù hợp (Nieder, Gӧldenring et al., 2020). Nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe tình dục cho người TGD về mặt đạo đức, bằng chứng và chất lượng, nhân viên y tế phải cung cấp dịch vụ với cùng mức độ quan tâm (chuyên môn liên quan đến TGD), tôn trọng (nhạy cảm liên quan đến TGD) và chú trọng vào khoái cảm – sự

hài lòng tình dục như đối với người hợp giới (Holmberg et al., 2019).

Trong nhiều xã hội, các biểu hiện giới không phù hợp với chuẩn mực có thể gây ra những phản ứng mạnh về mặt cảm xúc, kể cả ở nhân viên y tế (HCPs). Do đó, khi bắt đầu một tiếp xúc y tế hoặc thiết lập mối quan hệ điều trị, thái độ không phán xét, cởi mở và thân thiện sẽ được đảm bảo tốt nhất khi nhân viên y tế tự xem xét các phản ứng cảm xúc, nhận thức và giao tiếp của chính mình đối với người bệnh (Nieder, Güldenring et al., 2020). Bên cạnh đó, chuyên môn liên quan đến chăm sóc người chuyển giới bao gồm việc nhận diện tác động của các bản dạng giao thoa cũng như các trải nghiệm thiệt thòi và kỳ thị mà người TGD có thể đã trải qua đối với toàn bộ con người họ (Rider, Vencill et al., 2019). Để đáp ứng một cách đầy đủ các điều kiện sức khỏe thể chất, tâm lý và xã hội đặc thù của người TGD, HCPs phải nhận thức rằng những điều kiện này thường bị bỏ sót do chuẩn dị tính–chuẩn giới, sự thiếu hiểu biết và thiếu kỹ năng (Rees et al., 2021).

Ngoài ra, cần xem xét các chuẩn mực văn hóa liên

quan đến tính dục. Ví dụ: trong một số nền văn hóa châu Phi, việc xem tình dục như điều cấm kỵ làm hạn chế số lượng thuật ngữ “được phép” sử dụng khi khai thác tiền sử tình dục (Netshandama et al., 2017). Việc sử dụng ngôn ngữ tôn trọng văn hóa có thể giúp trao đổi cởi mở hơn về tiền sử tình dục và giảm mơ hồ hay xấu hổ (Duby et al., 2016). HCPs cũng cần nhạy cảm với lịch sử (lạm) dụng bản dạng tính dục và khuynh hướng tình dục như một hình thức “gác cổng” nhằm loại trừ người chuyển giới khỏi chăm sóc y tế khẳng định giới (Nieder & Richter-Appelt, 2011; Richards et al., 2014). Các khuyến nghị sau nhằm cải thiện chăm sóc sức khỏe tình dục cho người TGD.

Toàn bộ các khuyến nghị trong chương này được xây dựng dựa trên rà soát bằng chứng, đánh giá lợi ích – tác hại, giá trị và ưu tiên của nhân viên y tế và bệnh nhân, cũng như việc sử dụng nguồn lực và tính khả thi. Chúng tôi ghi nhận rằng trong một số trường hợp, bằng chứng còn hạn chế và/hoặc dịch vụ có thể không sẵn có hoặc không phù hợp mong muốn.

Các Tuyên Bố Khuyến Nghị

- 17.1- Chúng tôi khuyến nghị nhân viên y tế chăm sóc người chuyển giới và đa dạng giới cần có kiến thức và kỹ năng cần thiết để giải quyết các vấn đề liên quan đến sức khỏe tình dục (liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe của họ).
- 17.2- Chúng tôi khuyến nghị nhân viên y tế chăm sóc người chuyển giới và đa dạng giới thảo luận về tác động của các phương pháp điều trị khẳng định giới lên chức năng tình dục, khoái cảm và sự hài lòng.
- 17.3- Chúng tôi khuyến nghị nhân viên y tế chăm sóc người chuyển giới và đa dạng giới cung cấp khả năng bao gồm (các) bạn tình trong chăm sóc sức khỏe tình dục, nếu phù hợp.
- 17.4- Chúng tôi khuyến nghị nhân viên y tế tư vấn cho người chuyển giới và đa dạng giới về tác động tiềm ẩn của kỳ thị và chấn thương đến hành vi rủi ro tình dục, tránh né tình dục và chức năng tình dục.
- 17.5- Chúng tôi khuyến nghị mọi nhân viên y tế cung cấp dịch vụ có thể ảnh hưởng đến sức khỏe tình dục cần cung cấp thông tin, hỏi về kỳ vọng của người chuyển giới và đa dạng giới, và đánh giá mức độ hiểu biết của họ về các thay đổi có thể xảy ra.
- 17.6- Chúng tôi khuyến nghị nhân viên y tế chăm sóc người chuyển giới và đa dạng giới tư vấn cho thanh thiếu niên và người lớn về phòng ngừa các bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- 17.7- Chúng tôi khuyến nghị nhân viên y tế chăm sóc người chuyển giới và đa dạng giới tuân thủ các hướng dẫn của địa phương và Tổ chức Y tế Thế giới về sàng lọc, phòng ngừa và điều trị HIV/STI.
- 17.8- Chúng tôi khuyến nghị nhân viên y tế chăm sóc người chuyển giới và đa dạng giới giải quyết các mối quan ngại về khả năng tương tác giữa thuốc kháng retrovirus và hormone.

Tuyên bố 17.1

Chúng tôi khuyến nghị nhân viên y tế cung cấp chăm sóc cho người chuyển giới và đa dạng giới trang bị kiến thức và kỹ năng cần thiết để xử lý các vấn đề sức khỏe tình dục (liên quan đến phạm vi chăm sóc sức khỏe của họ).

Điều quan trọng là HCPs chăm sóc sức khỏe tình

dục cho người TGD phải thành thạo với các thuật ngữ thường dùng (xem Chương 1—Thuật ngữ) và mời người bệnh giải thích những thuật ngữ mà họ chưa quen. Trong bối cảnh này, HCPs cũng cần (và sẵn sàng) khai thác lịch sử tình dục và cung cấp điều trị (trong phạm vi năng lực của họ) theo cách khẳng định giới và tiếp cận tích cực về tình dục (CDC, 2020; Tomson et

al., 2021). Tuy nhiên, HCPs nên ưu tiên sử dụng thuật ngữ mà chính người TGD dùng để mô tả cơ thể mình hơn là thuật ngữ y khoa truyền thống (Wesp, 2016). Khi nói về hành vi tình dục, nên tập trung vào bộ phận cơ thể (ví dụ: “Bạn có quan hệ với người có dương vật, người có âm đạo hay cả hai?”; ACON, 2022) và vai trò của chúng trong hoạt động tình dục (ví dụ: “Trong quan hệ tình dục, có bộ phận nào của cơ thể bạn đi vào cơ thể người khác—như cơ quan sinh dục, hậu môn hay miệng không?”; ACON, 2022).

Tuyên bố 17.2

Chúng tôi khuyến cáo các nhân viên y tế đang cung cấp dịch vụ chăm sóc cho người chuyển giới và người đa dạng giới thảo luận về tác động của các phương pháp điều trị khẳng định giới đối với chức năng tình dục, khoái cảm và sự hài lòng.

Để đạt được chăm sóc khẳng định giới, điều quan trọng là các nhân viên y tế (HCPs) cung cấp những can thiệp y khoa liên quan đến chuyển giới phải được trang bị đầy đủ thông tin về những ảnh hưởng có thể xảy ra đối với chức năng tình dục, khoái cảm và sự hài lòng (T’Sjoen et al., 2020). Dữ liệu lâm sàng cho thấy người TGD có điểm số khoái cảm tình dục thấp hơn đáng kể so với người hợp giới, do đó khuyến cáo này càng trở nên quan trọng (Gieles et al., 2022). Nếu nhân viên y tế không thể cung cấp thông tin về ảnh hưởng của phương pháp điều trị đối với chức năng tình dục, khoái cảm và sự hài lòng, họ tối thiểu phải giới thiệu người bệnh đến người có đủ năng lực thực hiện việc này. Nếu những ảnh hưởng liên quan đến tính dục của phương pháp điều trị chưa được biết rõ, các nhân viên y tế cần thông báo điều đó cho người bệnh. Như đã đề cập, tính dục của người TGD thường thách thức các quan niệm dị chuẩn. Tuy nhiên, đã có nhiều tài liệu (ví dụ Bauer, 2018; Laube et al., 2020; Hamm & Nieder, 2021; Stephenson et al., 2017) nhấn mạnh đặc tính đa dạng phổ của tính dục, vốn không phù hợp với kỳ vọng về tính dục nam hay nữ (dù là hợp giới hay chuyển giới), càng không phù hợp với tính dục của người đa dạng giới (như phi nhị nguyên, vô giới, đa giới tính). Do đó, những yếu tố này cần được nhân viên y tế cân nhắc kỹ lưỡng, vì dị chuẩn giới, dị chuẩn tính dục, và các can thiệp y khoa liên quan đến chuyển giới đều có ảnh hưởng mạnh mẽ đến sức khỏe tình dục.

Khoái cảm tình dục đã được ghi nhận rõ ràng là yếu tố cải thiện sức khỏe tình dục, tinh thần và thể chất (Anderson, 2013). Bên cạnh chức năng tình dục, nhân

viên y tế làm việc trong lĩnh vực sức khỏe tình dục phải xem khoái cảm và sự hài lòng là yếu tố then chốt của sức khỏe tình dục. Trong lịch sử, chăm sóc sức khỏe tình dục có xu hướng tập trung vào bệnh lý, đặc biệt trong nghiên cứu và thực hành lâm sàng với người TGD. Mặc dù chăm sóc sức khỏe tình dục đầy đủ về HIV và STI là cần thiết, việc tích hợp giá trị của khoái cảm tình dục đối với người TGD cũng rất cần thiết. Những lời kêu gọi xem khoái cảm như trọng tâm trong giáo dục phòng ngừa STI dựa trên hiểu biết rằng khoái cảm là động lực của hành vi (Philpott et al., 2006). Người TGD quan tâm đến khoái cảm tình dục và cần các nhân viên y tế có hiểu biết về sự đa dạng trong thực hành tình dục cũng như các đặc điểm giải phẫu liên quan trong chăm sóc sức khỏe TGD.

Tuyên bố 17.3

Chúng tôi khuyến nghị nhân viên y tế chăm sóc người chuyển giới và đa dạng giới cung cấp khả năng bao gồm (các) bạn tình trong chăm sóc liên quan đến tính dục, nếu phù hợp.

Khi thích hợp và liên quan đến vấn đề lâm sàng, việc đưa bạn tình vào quá trình ra quyết định về sức khỏe tình dục có thể cải thiện sự hài lòng và hạnh phúc tình dục của người TGD (Kleinplatz, 2012). Người TGD có thể lựa chọn nhiều loại can thiệp y khoa liên quan đến chuyển giới, và những can thiệp này có thể mang lại kết quả khác nhau trong việc thay đổi cảm giác khó chịu về mặt giải phẫu học (Bauer & Hammond, 2015). Khi thảo luận tác động của các can thiệp y khoa lên chức năng tình dục, khoái cảm và sự hài lòng tình dục, việc đưa bạn tình vào có thể giúp tăng hiểu biết về những thay đổi có thể xảy ra và thúc đẩy giao tiếp giữa các bên (Dierckx et al., 2019). Bởi vì quá trình chuyển giới thường không phải là một hành trình hoàn toàn đơn độc, việc đưa bạn tình vào chăm sóc liên quan đến chuyển giới có thể hỗ trợ quá trình “đồng chuyển giới” (Lindley et al., 2020; Siboni et al., 2022; Theron & Collier, 2013) và góp phần hỗ trợ sự phát triển và điều chỉnh về mặt tình dục ở cả cá nhân lẫn trong mối quan hệ. Các rào cản xã hội và tâm lý đối với chức năng tình dục và khoái cảm – bao gồm trải nghiệm phiên muộn giới, kỳ thị, thiếu hình mẫu về vai trò tình dục và mối quan hệ, và thiếu kỹ năng – có thể ảnh hưởng tiêu cực lên sức khỏe tình dục tổng thể (Kerckhof et al., 2019). Giao tiếp hỗ trợ và khẳng định giới giữa các bạn tình giúp cải thiện sự hài lòng tình dục cho người TGD (Stephenson et al., 2017; Wierckx

et al., 2011).

Việc đưa bạn tình vào tạo cơ hội bổ sung để thiết lập kỳ vọng thực tế, cung cấp thông tin chính xác và hỗ trợ giao tiếp tích cực khẳng định giới liên quan đến sức khỏe tình dục. Tuy nhiên, điều quan trọng là phải công nhận rằng các lựa chọn liên quan đến sức khỏe giới và quá trình chuyển giới thuộc về người bệnh, không phải quyết định của bạn tình. Việc đưa bạn tình vào chăm sóc sức khỏe tình dục chỉ nên được thực hiện khi phù hợp và khi người bệnh mong muốn. Chống chỉ định bao gồm các mối quan hệ có yếu tố bạo hành và bạo lực; trong trường hợp này, an toàn của người bệnh phải được đặt lên hàng đầu. Cuối cùng, các nhân viên y tế cần đối xử với tất cả mọi người theo cách khẳng định giới và bao hàm, kể cả bạn tình. Điều này có nghĩa phải theo dõi và xử lý các giả định hoặc thiên kiến về giới tính, xu hướng tính dục hoặc cấu trúc mối quan hệ của người bệnh.

Tuyên bố 17.4

Chúng tôi khuyến nghị nhân viên y tế tư vấn cho người chuyển giới và người đa dạng giới về tác động tiềm ẩn của kỳ thị và sang chấn đối với hành vi vi rủi ro tình dục, né tránh tình dục, và chức năng tình dục.

Cộng đồng TGD chịu ảnh hưởng không tương xứng bởi kỳ thị, phân biệt đối xử và bạo lực (de Vries et al., 2020; FRA, 2020; McLachlan, 2019). Những trải nghiệm này thường mang tính sang chấn (Burnes et al., 2016; Mizock & Lewis, 2008) và có thể tạo ra rào cản đối với sức khỏe tình dục, chức năng và khoái cảm (Bauer & Hammond, 2015). Ví dụ, những câu chuyện kỳ thị về tính dục của người chuyển giới có thể làm tăng sự phiền muộn giới và xấu hổ tình dục, khiến họ tránh né các trao đổi cần thiết để cho sự an toàn và tăng khoái cảm (Stephenson et al., 2017). Nghiên cứu cho thấy kỳ thị, tiền sử bạo hành tình dục, và lo âu về hình thể có thể ảnh hưởng tiêu cực đến sự tự tin và quyền tự chủ tình dục, ví dụ khả năng xác định điều mang lại khoái cảm hoặc khả năng thương lượng sử dụng bao cao su (Clements-Nolle et al., 2008; Dharma et al., 2019). Thêm vào đó, phiền muộn giới có thể trầm trọng hơn bởi sang chấn trước đây và các triệu chứng sang chấn kéo dài (Giovanardi et al., 2018). Một số người TGD có thể khó tham gia hoạt động tình dục sử dụng cơ quan sinh dục khi sinh ra, dẫn đến né tránh kích thích hoàn toàn, làm gián đoạn quá trình hưng phấn hoặc cực khoái (Anzani et al., 2021; Bauer &

Hammond, 2015; Iantaffi & Bockting, 2011) hoặc dẫn đến các cảm giác phức tạp về cực khoái. Các nhân viên y tế cung cấp tư vấn và can thiệp khẳng định giới cần hiểu rõ phổ xu hướng tính dục và bản dạng (bao gồm vô tính) để tránh các giả định dựa trên dị chuẩn tính dục, dị chuẩn giới, hoặc chuẩn ái tính, đồng thời công nhận tác động của kỳ thị và sang chấn lên sức khỏe và khoái cảm tình dục (Nieder et al., 2020). Một mức độ tách rời hoặc phân ly có thể xuất hiện, đặc biệt trong các trường hợp có triệu chứng sang chấn cấp tính (Colizzi et al., 2015). Nhân viên y tế cần nhận thức được các ảnh hưởng tiềm ẩn lên sức khỏe tình dục, chức năng, khoái cảm và hài lòng để giới thiệu người bệnh đến chuyên gia tư vấn tình dục theo hướng sang chấn hoặc chuyên gia sức khỏe tâm thần khi cần, đồng thời hỗ trợ việc bình thường hóa và xác nhận các con đường chữa lành khác nhau mà người TGD có thể trải nghiệm trên hành trình tiếp cận khoái cảm tình dục.

Tuyên bố 17.5

Chúng tôi khuyến nghị mọi nhân viên y tế cung cấp dịch vụ có thể ảnh hưởng đến sức khỏe tình dục cần cung cấp thông tin, hỏi về kỳ vọng của người chuyển giới và đa dạng giới, và đánh giá mức độ hiểu biết của họ về các thay đổi có thể xảy ra.

Chăm sóc liên quan đến quá trình chuyển giới có thể ảnh hưởng đến chức năng tình dục, khoái cảm và sự hài lòng, cả theo hướng tích cực lẫn tiêu cực (Holmberg et al., 2018; Kerckhof et al., 2019; Thurston & Allan, 2018; Tirapegui et al., 2020). Ở khía cạnh tích cực, chăm sóc khẳng định giới tính có thể giúp người TGD cải thiện chức năng tình dục và tăng khoái cảm cũng như sự hài lòng (Kloer et al., 2021; Özer et al., 2022; T'Sjoen et al., 2020). Tuy nhiên, ở khía cạnh tiêu cực, theo dữ liệu, cũng có thể xuất hiện các vấn đề về sức khỏe tình dục do điều trị hormone hoặc phẫu thuật (Holmberg et al., 2018; Kerckhof et al., 2019; Stephenson et al., 2017; Weyers et al., 2009). Hormone liên quan đến quá trình chuyển giới có thể ảnh hưởng đến tâm trạng, ham muốn tình dục, khả năng cương dương và xuất tinh, cũng như sức khỏe mô cơ quan sinh dục, từ đó ảnh hưởng đến chức năng tình dục, khoái cảm và biểu hiện tình dục (Defreyne, Elaut et al., 2020; Garcia & Zaliznyak, 2020; Kerckhof et al., 2019; Klein & Gorzalka, 2009; Wierckx, Elaut et al., 2014).

Những người TGD mong muốn sử dụng cơ quan sinh dục gốc cho quan hệ xâm nhập có thể hưởng lợi từ các loại thuốc điều trị nó có thể xử lý các tác dụng phụ

về sức khỏe tình dục của liệu pháp hormone, chẳng hạn như rối loạn cương dương, thuốc cho người TGD dùng estrogen hoặc kháng androgen, và thuốc bôi estrogen và/hoặc kem dưỡng ẩm cho người TGD gặp teo âm đạo hoặc khô âm đạo do liệu pháp testosterone.

Ham muốn, hưng phấn và chức năng tình dục cũng có thể bị ảnh hưởng bởi việc sử dụng các thuốc tâm thần (Montejo et al., 2015). Vì một số người TGD được kê đơn thuốc điều trị trầm cảm (Heylens, Elaut et al., 2014), lo âu (Millet et al., 2017) hoặc các vấn đề sức khỏe tâm thần khác (Dhejne et al., 2016), nên cần nhắc các tác dụng phụ tiềm ẩn của thuốc này đối với sức khỏe tình dục.

Nhiều loại phẫu thuật khẳng định giới tính có thể ảnh hưởng đáng kể đến cảm giác khoái cảm, ham muốn và hưng phấn, cũng như chức năng tình dục và khoái cảm. Tác động của những thay đổi này đối với bệnh nhân có thể khác nhau (Holmberg et al., 2018). Ví dụ, phẫu thuật ngực (giảm hoặc nâng ngực, cắt bỏ tuyến vú) và phẫu thuật tạo hình cơ thể có thể mang lại thay đổi mong muốn về hình dáng và ngoại hình, từ đó giảm căng thẳng tâm lý làm gián đoạn chức năng tình dục nhưng có thể ảnh hưởng bất lợi đến cảm giác khoái cảm (Bekeny et al., 2020; Claes et al., 2018; Rochlin et al., 2020). Phẫu thuật cơ quan sinh dục đặc biệt có thể ảnh hưởng tiêu cực đến chức năng tình dục và khoái cảm, mặc dù thường được trải nghiệm tích cực khi cơ thể bệnh nhân trở nên phù hợp hơn với giới tính của họ, mở ra các cơ hội mới cho khoái cảm và sự hài lòng (Hess et al., 2018; Holmberg et al., 2018; Kerckhof et al., 2019).

Các ví dụ trong tài liệu hiện có bao gồm:

- Phẫu thuật có thể dẫn đến giảm, mất hoàn toàn hoặc tăng khả năng kích thích khoái cảm và/hoặc cảm giác trải nghiệm so với giải phẫu học trước phẫu thuật của bệnh nhân (Garcia, 2018; Sigurjónsson et al., 2017).
- Một lựa chọn phẫu thuật cụ thể có thể đi kèm các hạn chế đối với chức năng tình dục, có thể xuất hiện ngay lập tức, trong tương lai hoặc ở cả hai thời điểm, và bệnh nhân nên cân nhắc trước khi quyết định lựa chọn phẫu thuật (Frey et al., 2016; Garcia, 2018; Isaacson et al., 2017).
- Biến chứng sau phẫu thuật có thể ảnh hưởng tiêu cực đến chức năng tình dục bằng cách giảm chất lượng chức năng tình dục (ví dụ, khó chịu hoặc đau khi quan hệ) hoặc làm gián đoạn quan

hệ tình dục thỏa đáng (Kerckhof et al., 2019; Schardein et al., 2019).

Nói chung, mức độ hài lòng với bất kỳ điều trị y tế nào chịu ảnh hưởng mạnh mẽ bởi kỳ vọng của bệnh nhân (Padilla et al., 2019). Hơn nữa, khi bệnh nhân có kỳ vọng không thực tế trước điều trị, họ có khả năng không hài lòng với kết quả, chăm sóc và nhân viên y tế (Padilla et al., 2019). Do đó, quan trọng là cung cấp cho bệnh nhân thông tin đầy đủ về các lựa chọn điều trị và hiểu biết những gì quan trọng đối với bệnh nhân về kết quả (Garcia, 2021). Cuối cùng, nhân viên y tế cần đảm bảo bệnh nhân hiểu các tác động bất lợi tiềm ẩn của điều trị lên chức năng tình dục và khoái cảm, để quyết định được đưa ra dựa trên thông tin đầy đủ. Điều này quan trọng cả trong việc đáp ứng tiêu chuẩn đồng thuận có thông tin (thảo luận và hiểu biết) và cung cấp cơ hội giải thích thêm cho bệnh nhân và, nếu mong muốn, cho cả đối tác của họ (Glaser et al., 2020).

Tuyên bố 17.6

Chúng tôi khuyến nghị nhân viên y tế chăm sóc người chuyển giới và đa dạng giới tư vấn cho thanh thiếu niên và người lớn về phòng ngừa các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Tổ Chức Y Tế Thế Giới WHO (2015) khuyến nghị các nhân viên y tế triển khai giao tiếp ngắn gọn liên quan đến tình dục trong chăm sóc ban đầu cho tất cả thanh thiếu niên và người lớn. Do đó, những người TGD đang hoạt động tình dục hoặc dự định quan hệ tình dục có thể hưởng lợi từ giao tiếp hoặc tư vấn liên quan đến tình dục nhằm phòng ngừa HIV/STI. Các cuộc trao đổi này đặc biệt quan trọng vì người TGD chịu ảnh hưởng không tương xứng bởi HIV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác (STIs) so với người hợp giới (Baral et al., 2013; Becasen et al., 2018; Poteat et al., 2016). Tuy nhiên, dữ liệu có sẵn về các STI không phải HIV còn hạn chế, như chlamydia, lậu, giang mai, viêm gan virus và herpes simplex (Tomson et al., 2021). Chương trình phối hợp của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS ước tính phụ nữ chuyển giới có nguy cơ mắc HIV cao gấp 12 lần so với người lớn khác (UNAIDS, 2019). Một phân tích tổng hợp ước tính tỷ lệ nhiễm HIV toàn cầu ở phụ nữ chuyển giới quan hệ với nam giới là 19% (Baral et al., 2013). Nguy cơ HIV/STI tập trung ở các nhóm TGD có nhiều yếu tố sinh học, tâm lý, quan hệ và cấu trúc. Đặc biệt, người chuyển giới nữ quan hệ với nam hợp giới, thuộc nhóm sắc tộc/thiểu số, sống trong nghèo đói, hoặc tham gia mại dâm để

sinh tồn có nguy cơ HIV/STI cao (Becasen et al., 2018; Poteat et al., 2015; Poteat et al., 2016).

Nguy cơ HIV/STI ở người chuyển giới nam hoặc người đa dạng giới AFAB còn ít được biết đến. Các nghiên cứu nhỏ ở các nước thu nhập cao cho thấy tỷ lệ HIV xác nhận bằng xét nghiệm ở người chuyển giới nam là 0–4% (Becasen et al., 2018; Reisner & Murchison, 2016). Hầu như chưa có nghiên cứu nào ở người chuyển giới nam quan hệ với nam hợp giới ở các nước có tỷ lệ HIV cao. Dù dữ liệu dịch tễ còn hạn chế, những người chuyển giới nam quan hệ với nam hợp giới thường báo cáo nguy cơ HIV/STI liên quan đến quan hệ tình dục âm đạo và/hoặc hậu môn (Golub et al., 2019; Reisner et al., 2019; Scheim et al., 2017), và họ có thể nhạy cảm hơn với phơi nhiễm HIV từ quan hệ âm đạo so với phụ nữ hợp giới (chưa mãn kinh) do teo âm đạo liên quan hormone.

Các nhân viên y tế cần bổ sung hướng dẫn chung bằng cách phát triển kiến thức và kỹ năng thảo luận về sức khỏe tình dục với người TGD, chẳng hạn như sử dụng ngôn ngữ khẳng định giới (xem Tuyên bố 17.1 chương này). Quan trọng là nhân viên y tế tránh đưa ra giả định về nguy cơ HIV/STI chỉ dựa trên giới tính hoặc đặc điểm giải phẫu học của bệnh nhân. Ví dụ, nhiều người chuyển giới không hoạt động tình dục, và có thể sử dụng dụng cụ giả hoặc đồ chơi tình dục. Để tư vấn phòng ngừa phù hợp, nhân viên y tế nên hỏi về các hoạt động tình dục cụ thể và bộ phận cơ thể (hoặc dụng cụ giả) được sử dụng (ACON, 2022). Nhân viên y tế được trang bị tốt (bao gồm, nhưng không giới hạn cả chuyên gia sức khỏe tâm thần) cũng có thể tham gia tư vấn sâu với bệnh nhân để xử lý các yếu tố cơ bản gây nguy cơ HIV/STI (xem Tuyên bố 17.3 trong chương này).

Trong mọi trường hợp, nhân viên y tế cần nhạy cảm với lịch sử tập thể và cá nhân của người TGD (ví dụ, định kiến và kỳ thị về tính dục chuyển giới và phiên muộn giới) và giải thích cho bệnh nhân lý do của các câu hỏi liên quan tình dục, cũng như tính tự nguyện của việc trả lời. Khi thảo luận về phòng ngừa HIV/STI, nhân viên y tế nên giới thiệu toàn bộ các phương pháp phòng ngừa bao gồm biện pháp rào chắn, dự phòng sau phơi nhiễm, dự phòng trước phơi nhiễm, và điều trị HIV để ngăn truyền bệnh tiếp theo (WHO, 2021). Các cân nhắc đặc thù về dự phòng trước phơi nhiễm PrEP cho người chuyển giới được đề cập trong Tuyên bố 17.8.

Tuyên bố 17.7

Chúng tôi khuyến nghị nhân viên y tế chăm sóc người chuyển giới và đa dạng giới tuân thủ các hướng dẫn của địa phương và của Tổ chức Y tế Thế giới về sàng lọc, phòng ngừa và điều trị HIV/STI.

Tương tự như bệnh nhân hợp giới, thanh thiếu niên và người lớn TGD nên được cung cấp sàng lọc HIV/STI theo hướng dẫn hiện hành, dựa trên nguy cơ cá nhân của họ, xem xét đặc điểm giải phẫu học và hành vi thay vì chỉ dựa vào nhận dạng giới. Nếu không có hướng dẫn địa phương hoặc quốc gia, WHO (2019a) cung cấp khuyến nghị toàn cầu; việc sàng lọc thường xuyên hơn được khuyến nghị cho người chuyển giới có quan hệ với nam hợp giới là nhóm dân số chính bị ảnh hưởng bởi HIV.

Phẫu thuật sinh dục khẳng định giới và kỹ thuật phẫu thuật có tác động đến nguy cơ và nhu cầu sàng lọc STI, như hướng dẫn gần đây của Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh Mỹ (Workowski et al., 2021). Ví dụ, người chuyển giới nữ đã thực hiện phẫu thuật tạo hình âm đạo đảo ngược dương vật sử dụng chỉ da dương vật và bìu để lót âm đạo có nguy cơ nhiễm *Chlamydia trachomatis* và *Neisseria gonorrhoeae* thấp hơn, nhưng các kỹ thuật mới sử dụng niêm mạc miệng, niệu đạo hoặc phúc mạc thành bụng trên lý thuyết có thể làm tăng nguy cơ nhiễm vi khuẩn so với chỉ sử dụng da dương vật/bìu (Van Gerwen et al., 2021). Sàng lọc STI định kỳ cho âm đạo nhân tạo (nếu tiếp xúc) được khuyến nghị cho tất cả người chuyển giới nữ đã phẫu thuật tạo hình âm đạo (Workowski et al., 2021). Với người chuyển giới nam đã thực hiện phẫu thuật tạo hình dương vật nhỏ và kéo dài niệu đạo nhưng không cắt bỏ âm đạo, xét nghiệm STI vi khuẩn cần bao gồm xét nghiệm cổ tử cung vì nhiễm trùng có thể không phát hiện được qua nước tiểu (Workowski et al., 2021).

Ngoài ra, nhân viên y tế cần cung cấp xét nghiệm tại nhiều vị trí giải phẫu học vì STI ở bệnh nhân chuyển giới thường là ngoài cơ quan sinh dục (Hiransuthikul et al., 2019; Pitasi et al., 2019). Theo khuyến nghị của WHO (2020), việc tự lấy mẫu xét nghiệm STI có thể là một sự lựa chọn, đặc biệt nếu bệnh nhân không thoải mái hoặc không muốn nhân viên y tế lấy mẫu do phiên muộn giới, tiền sử chấn thương, hoặc cả hai. Khi thích hợp, tích hợp xét nghiệm HIV/STI với xét nghiệm huyết thanh định kỳ theo dõi hormone có thể tạo điều kiện tiếp cận chăm sóc tốt hơn (Reisner, Radix et al., 2016; Scheim & Travers, 2017).

Tuyên bố 17.8

Chúng tôi khuyến nghị nhân viên y tế chăm sóc người chuyển giới và đa dạng giới giải quyết các mối quan ngại về khả năng tương tác giữa thuốc kháng retrovirus và hormone.

Đối với thanh thiếu niên và người lớn TGD có nguy cơ cao nhiễm HIV (thường được định nghĩa là quan hệ huyết thanh khác biệt hoặc quan hệ không dùng bao cao su ngoài mỗi quan hệ một vợ/chồng đã biết âm tính HIV; WHO, 2017), dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) là một lựa chọn phòng chống HIV quan trọng. Để khuyến khích sử dụng PrEP, năm 2021, Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh Mỹ khuyến nghị tất cả thanh thiếu niên và người lớn hoạt động tình dục được thông tin về PrEP và cung cấp khi yêu cầu (CDC, 2021). Đối với điều trị cho người nhiễm HIV, có hướng dẫn riêng giành cho người chuyển giới ở một số nơi (ví dụ, Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2019).

Cả trong phòng ngừa và điều trị HIV, cần xem xét liều lượng và cách dùng thuốc kháng retrovirus đặc thù cho người TGD. Với PrEP đường uống, hiện chỉ khuyến nghị dùng hàng ngày cho người TGD vì các nghiên cứu về hiệu quả của PrEP với emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate (TDF) chỉ giới hạn ở nam hợp giới (WHO, 2019c). Ngoài ra, emtricitabine/tenofovir alafenamide (TAF) là lựa chọn PrEP đường uống mới, nhưng đến đầu năm 2022, không khuyến nghị cho những người có nguy cơ nhiễm HIV qua quan hệ âm đạo thụ động do thiếu bằng chứng (CDC, 2021). Cuối cùng, các dạng tiêm dài hạn của PrEP và điều trị HIV ngày càng phổ biến (ví dụ, cabotegravir cho PrEP), và mặc dù khuyến nghị cho tất cả bệnh nhân có thể hưởng lợi, vị trí tiêm chỉ định (cơ mông) có thể không phù hợp với người đã sử dụng chất

làm đầy mô mềm (Rael et al., 2020).

Hiện có ít bằng chứng về tương tác thuốc giữa hormone khẳng định giới và thuốc PrEP. Một vài nghiên cứu nhỏ, chủ yếu dựa vào tự báo cáo, cho thấy nồng độ PrEP giảm ở phụ nữ chuyển giới đang dùng hormone, nhưng vẫn nằm trong phạm vi bảo vệ (Yager & Anderson, 2020). Một nghiên cứu tương tác thuốc tiếp theo sử dụng PrEP quan sát trực tiếp không phát hiện ảnh hưởng của hormone lên nồng độ PrEP ở phụ nữ chuyển giới và cho thấy phụ nữ và nam chuyển giới dùng hormone đạt mức bảo vệ cao chống HIV (Grant et al., 2020). Quan trọng nhất, với nhiều người TGD, không phát hiện PrEP ảnh hưởng đến nồng độ hormone. Về điều trị HIV, một số thuốc kháng retrovirus có thể ảnh hưởng nồng độ hormone; tuy nhiên, có thể điều trị bằng cách lựa chọn thuốc thay thế, theo dõi và điều chỉnh liều hormone, hoặc cả hai (Cirrincione et al., 2020) theo hướng dẫn của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Mỹ (Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2019). Tuy nhiên, mỗi quan ngại về tương tác thuốc, đặc biệt những tương tác có thể hạn chế nồng độ hormone, là rào cản đối với việc triển khai và tuân thủ điều trị PrEP hoặc HIV. Do đó, nhân viên y tế nên chủ động giải quyết các mối quan ngại này với những người là ứng viên PrEP hoặc điều trị HIV. Tích hợp PrEP hoặc điều trị HIV với liệu pháp hormone có thể giảm thêm rào cản triển khai và tuân thủ (Reisner, Radix et al., 2016). Việc tích hợp có thể thực hiện thông qua đồng vị trí dịch vụ hoặc phối hợp với chuyên gia HIV nếu bác sĩ chăm sóc chính không có chuyên môn cần thiết. Một số người TGD có thể hưởng lợi từ dịch vụ PrEP hoặc sức khỏe tình dục độc lập, cung cấp quyền riêng tư và linh hoạt cao hơn, do đó cần các mô hình dịch vụ phân loại (Wilson et al., 2021).

CHƯƠNG 18 - Sức khỏe Tâm thần

Chương này nhằm cung cấp hướng dẫn cho các nhân viên y tế (HCP) và các chuyên gia sức khỏe tâm thần (MHP) cung cấp chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người trưởng thành chuyển giới và đa dạng giới (TGD). Nó không nhằm thay thế các chương về đánh giá hoặc thẩm định người bệnh để can thiệp hormone hoặc phẫu thuật. Nhiều người TGD sẽ không cần trị liệu hoặc các hình thức chăm sóc sức khỏe tâm thần khác trong quá trình chuyển giới, trong khi một số khác có thể được lợi từ sự hỗ trợ của các chuyên gia sức khỏe tâm thần và hệ thống hỗ trợ (Dhejne et al., 2016).

Một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trầm cảm (Witcomb et al., 2018), lo âu (Bouman et al., 2017) và xu hướng tự sát (Arcelus et al., 2016; Bränström & Pachankis, 2022; Davey et al., 2016; Dhejne, 2011; Herman et al., 2019) cao hơn ở người TGD so với dân số chung (Jones et al., 2019; Thorne, Witcomb et al., 2019), đặc biệt ở những người cần can thiệp y tế khẳng định giới khi được chỉ định cần thiết về mặt y khoa (xem tuyên bố “sự cần thiết y khoa” trong Chương 2 – Khả năng áp dụng toàn cầu, Tuyên bố 2.1). Tuy nhiên, bản dạng chuyển giới không phải là một bệnh lý tâm thần, và tỷ lệ cao này liên quan đến sang chấn phức hợp, kỳ thị xã hội, bạo lực và phân biệt đối xử (Nuttbrock et al., 2014; Peterson et al., 2021). Ngoài ra, các triệu chứng tâm thần giảm khi được chăm sóc y tế và ngoại khoa khẳng định giới phù hợp (Aldridge et al., 2020; Almazan & Keuroghlian, 2021; Bauer et al., 2015; Grannis et al., 2021) cũng như thông qua các biện

pháp can thiệp nhằm giảm thiểu sự phân biệt đối xử và căng thẳng thiểu số (Bauer et al., 2015; Heylens, Verroken et al., 2014; McDowell et al., 2020).

Chăm sóc sức khỏe tâm thần cần được cung cấp bởi nhân viên có chuyên môn và thực hiện thông qua các hệ thống tôn trọng quyền tự chủ của bệnh nhân và nhận thức về đa dạng giới. Các MHP làm việc với người chuyển giới nên sử dụng phương pháp lắng nghe tích cực để khuyến khích cá nhân khám phá bản dạng giới của mình. Thay vì áp đặt câu chuyện hoặc định kiến riêng, MHP nên hỗ trợ khách hàng xác định con đường riêng của họ. Trong khi nhiều người chuyển giới cần can thiệp y tế hoặc phẫu thuật, hoặc tìm kiếm chăm sóc sức khỏe tâm thần, những người khác thì không (Margulies et al., 2021). Vì vậy, các phát hiện từ nghiên cứu trên các nhóm lâm sàng không nên được suy rộng cho toàn bộ cộng đồng chuyển giới.

Việc giải quyết bệnh lý tâm thần và rối loạn sử dụng chất kích thích là quan trọng nhưng không nên trở thành rào cản cho chăm sóc liên quan đến quá trình chuyển giới. Thay vào đó, các can thiệp này có thể giúp đạt kết quả thành công trong tiến trình chăm sóc chuyển đổi giới tính, từ đó cải thiện chất lượng cuộc sống (Nobili et al., 2018).

Tất cả các tuyên bố trong chương này được đề xuất dựa trên đánh giá toàn diện bằng chứng, lợi ích và tác hại, giá trị và sở thích của nhà cung cấp và bệnh nhân, cũng như sử dụng nguồn lực và tính khả thi. Trong một số trường hợp, chúng tôi nhận thấy bằng chứng còn hạn chế và/hoặc dịch vụ có thể không tiếp cận được hoặc không mong muốn.

Các Tuyên Bố Khuyến Nghị

- 18.1- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia sức khỏe tâm thần can thiệp xử lý các triệu chứng tâm thần gây cản trở năng lực đồng thuận đối với điều trị khẳng định giới của một cá nhân trước khi khởi đầu liệu pháp này.
- 18.2- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia sức khỏe tâm thần cung cấp sự chăm sóc và hỗ trợ cho người chuyển giới và đa dạng giới nhằm giải quyết các triệu chứng tâm thần gây cản trở năng lực tham gia vào quá trình chăm sóc chu phẫu thiết yếu trước khi thực hiện phẫu thuật khẳng định giới.
- 18.3- Chúng tôi khuyến nghị khi tồn tại các triệu chứng tâm thần hoặc tình trạng lạm dụng chất đáng kể, các chuyên gia sức khỏe tâm thần cần đánh giá tác động tiêu cực tiềm tàng của các triệu chứng này đối với kết cục điều trị, dựa trên tính chất cụ thể của từng thủ thuật phẫu thuật khẳng định giới.
- 18.4- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế đánh giá nhu cầu hỗ trợ về mặt tâm lý xã hội và thực tế cho người chuyển giới và đa dạng giới trong giai đoạn chu phẫu liên quan đến phẫu thuật khẳng định giới.
- 18.5- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế tư vấn và hỗ trợ người chuyển giới và đa dạng giới ngưng sử dụng hoàn toàn thuốc lá/nicotine trước khi phẫu thuật khẳng định giới.
- 18.6- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế duy trì liệu pháp hormone hiện có nếu một cá nhân chuyển giới và đa dạng giới cần nhập viện tại đơn vị nội trú tâm thần hoặc y khoa, trừ khi có chống chỉ định.
- 18.7- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế đảm bảo rằng nếu người chuyển giới và đa dạng giới cần chăm sóc y tế, lạm dụng chất hoặc sức khỏe tâm thần nội trú, toàn bộ nhân viên phải sử dụng đúng tên gọi và đại từ xưng hô (như bệnh nhân cung cấp), cũng như cung cấp quyền tiếp cận nhà vệ sinh và bố trí chỗ ngủ phù hợp với bản dạng giới của họ.
- 18.8- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia sức khỏe tâm thần khuyến khích, hỗ trợ và trao quyền cho người chuyển giới và đa dạng giới để phát triển và duy trì các hệ thống hỗ trợ xã hội, bao gồm nhóm đồng đẳng, bạn bè và gia đình.
- 18.9- Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế không nên đưa ra quy định bắt buộc người chuyển giới và đa dạng giới phải trải qua trị liệu tâm lý trước khi bắt đầu điều trị khẳng định giới, mặc dù ghi nhận rằng trị liệu tâm lý có thể hữu ích đối với một số người chuyển giới và đa dạng giới.
- 18.10- Chúng tôi khuyến nghị không cung cấp các liệu pháp "trị liệu phục hồi" (reparative) và "chuyển đổi" (conversion) nhằm mục đích thay đổi bản dạng giới và thể hiện giới trong đời sống của một người để trở nên tương thích hơn với giới tính được chỉ định khi sinh.

Tuyên bố 18.1

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia sức khỏe tâm thần can thiệp xử lý các triệu chứng tâm thần gây cản trở năng lực đồng thuận đối với điều trị khẳng định giới của một cá nhân trước khi khởi đầu liệu pháp này.

Bởi vì bệnh nhân thường được giả định luôn có năng lực đồng thuận cho chăm sóc, nên việc nhận định liệu sự suy giảm nhận thức, tình trạng loạn thần, hoặc các bệnh lý tâm thần khác có làm suy giảm khả năng đưa ra đồng thuận thông tin hay không là vấn đề cần được đánh giá cho từng cá nhân (Applebaum, 2007). Đồng thuận thông tin là trọng tâm trong việc cung cấp chăm sóc sức khỏe. Các nhân viên y tế có trách nhiệm giáo dục cho bệnh nhân về rủi ro, lợi ích và các lựa chọn thay thế của bất kỳ chăm sóc nào được đề xuất để bệnh nhân có thể đưa ra quyết định tự nguyện dựa trên sự hiểu biết đầy đủ (Berg et al., 2001). Cả bác sĩ chăm sóc ban đầu hoặc bác sĩ nội tiết kê toa hormone và bác sĩ ngoại khoa thực hiện phẫu thuật đều phải có được đồng thuận thông tin của bệnh nhân. Tương tự, MHP cũng thu thập đồng thuận thông tin cho điều trị tâm thần và

có thể cố vấn về năng lực đồng thuận thông tin của bệnh nhân khi cần thiết. Các bệnh lý tâm thần và rối loạn sử dụng chất, đặc biệt là suy giảm nhận thức và tình trạng loạn thần, có thể làm suy giảm ảnh hưởng đến khả năng nhận biết nguy cơ và lợi ích của việc điều trị (Hostiuc et al., 2018). Ngược lại, một bệnh nhân có thể mắc một bệnh lý tâm thần nghiêm trọng nhưng vẫn có khả năng hiểu nguy cơ và lợi ích của một điều trị cụ thể (Carpenter et al., 2000). Trao đổi đa khoa rất quan trọng trong các trường hợp phức tạp, và nên sử dụng hội chẩn chuyên gia khi cần thiết (Karasic & Fraser, 2018). Đối với nhiều bệnh nhân, khó khăn trong việc hiểu nguy cơ và lợi ích có thể được khắc phục theo thời gian và sự giải thích kỹ lưỡng. Đối với một số bệnh nhân khác, điều trị các bệnh lý nền đang ảnh hưởng đến khả năng cung cấp đồng thuận – ví dụ như điều trị tình trạng loạn thần – sẽ giúp bệnh nhân khôi phục năng lực đồng thuận. Tuy nhiên, các triệu chứng tâm thần như lo âu hoặc trầm cảm không ảnh hưởng đến năng lực đồng thuận không nên bị xem là rào cản cho điều trị y tế khẳng định giới, đặc biệt vì điều trị này đã được chứng

minh giúp giảm triệu chứng của sức khỏe tâm thần (Aldridge et al., 2020).

Tuyên bố 18.2

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia sức khỏe tâm thần cung cấp sự chăm sóc và hỗ trợ cho người chuyển giới và đa dạng giới nhằm giải quyết các triệu chứng tâm thần gây cản trở năng lực tham gia vào quá trình chăm sóc chu phẫu thiết yếu trước khi thực hiện phẫu thuật khẳng định giới.

Tình trạng không đủ năng lực tham gia thỏa đáng vào quá trình chăm sóc chu phẫu do bệnh lý tâm thần hoặc sử dụng chất không nên bị xem là rào cản đối với việc chăm sóc chuyển đổi giới tính cần thiết. Thay vào đó, đây cần được coi là chỉ định cho việc cung cấp các hỗ trợ xã hội và chăm sóc sức khỏe tâm thần (Karasic, 2020). Bệnh lý tâm thần và rối loạn sử dụng chất có thể suy giảm đến khả năng tham gia chăm sóc chu phẫu của bệnh nhân (Barnhill, 2014). Việc tuân thủ tái khám với nhân viên y tế, chăm sóc vết thương và các quy trình hậu phẫu khác (ví dụ, nong âm đạo sau tạo hình) có thể cần thiết để đạt kết quả tốt. Bệnh nhân có rối loạn sử dụng chất có thể gặp khó khăn trong việc tuân thủ các lịch hẹn với bác sĩ chăm sóc ban đầu và bác sĩ ngoại khoa. Bệnh nhân có tình trạng loạn thần hoặc trầm cảm nặng có thể bỏ bê chăm sóc vết thương hoặc không để ý các dấu hiệu nhiễm trùng hay rách vết mổ (Lee, Marsh et al., 2016). Bệnh lý tâm thần tiến triển có liên quan đến nhu cầu chăm sóc y tế và ngoại khoa cấp tính nhiều hơn sau phẫu thuật ban đầu (Wimalawansa et al., 2014).

Trong các trường hợp này, điều trị bệnh lý tâm thần hoặc rối loạn sử dụng chất có thể giúp đạt kết quả thành công. Việc sắp xếp tăng cường hỗ trợ từ gia đình, bạn bè hoặc nhân viên chăm sóc tại nhà có thể giúp bệnh nhân tham gia đầy đủ vào chăm sóc chu phẫu để cuộc phẫu thuật diễn ra thuận lợi hơn. Lợi ích của điều trị tâm thần là có thể làm trì hoãn phẫu thuật cần được cân nhắc so với nguy cơ của việc trì hoãn đó, bao gồm đánh giá tác động đến sức khỏe tâm thần của bệnh nhân khi trì hoãn giải quyết tình trạng phiền muộn giới (Byne et al., 2018).

Tuyên bố 18.3

Chúng tôi khuyến nghị khi tồn tại các triệu chứng tâm thần hoặc tình trạng lạm dụng chất đáng kể, các chuyên gia sức khỏe tâm thần cần đánh giá tác động tiêu cực tiềm tàng của các triệu chứng này đối với kết cục điều trị, dựa trên tính chất cụ thể của từng thủ thuật phẫu thuật khẳng định giới.

Các thủ thuật phẫu thuật khẳng định giới khác nhau về mức độ tác động của chúng tới bệnh nhân. Một số thủ thuật đòi hỏi khả năng tuân thủ kế hoạch tiền phẫu và tham gia chăm sóc chu phẫu và hậu phẫu cao hơn để đạt kết quả tốt nhất (Tollinche et al., 2018). Các triệu chứng tâm thần có thể ảnh hưởng đến khả năng bệnh nhân tham gia vào việc lập kế hoạch và chăm sóc chu phẫu cần thiết cho bất kỳ thủ thuật nào (Paredes et al., 2020). Việc đánh giá sức khỏe tâm thần có thể tạo cơ hội phát triển chiến lược để giải quyết tác động tiêu cực tiềm ẩn của các triệu chứng tâm thần có thể tác động đến kết quả và lập kế hoạch hỗ trợ cho khả năng tham gia của bệnh nhân vào quá trình lên kế hoạch và chăm sóc. Các thủ thuật phẫu thuật khẳng định giới đã được chứng minh giảm triệu chứng phiền muộn giới và cải thiện sức khỏe tâm thần (Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2017). Lợi ích này được cân nhắc cùng với nguy cơ của từng thủ thuật khi bệnh nhân và nhân viên y tế quyết định tiến hành điều trị. HCP có thể hỗ trợ người TGD xem xét kế hoạch tiền phẫu và chăm sóc chu phẫu cho mỗi thủ thuật (Karasic, 2020). Nhân viên y tế và bệnh nhân cùng xác định hỗ trợ hoặc nguồn lực cần thiết để giúp duy trì các cuộc hẹn chăm sóc chu phẫu, chuẩn bị vật dụng cần thiết, giải quyết vấn đề tài chính và các công việc phối hợp tiền phẫu khác. Thêm vào đó, các vấn đề liên quan đến kỳ vọng về ngoại hình và chức năng cơ thể, bao gồm tác động của những yếu tố này đến phiền muộn giới, cũng có thể được thảo luận sâu.

Tuyên bố 18.4

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế đánh giá nhu cầu hỗ trợ về mặt tâm lý xã hội và thực tế cho người chuyển giới và đa dạng giới trong giai đoạn chu phẫu liên quan đến phẫu thuật khẳng định giới.

Bất kể là chuyên khoa nào, tất cả HCP đều có trách nhiệm hỗ trợ bệnh nhân tiếp cận chăm sóc y tế cần thiết. Khi HCP làm việc với người TGD chuẩn bị cho thủ thuật phẫu thuật khẳng định giới, họ nên đánh giá mức độ hỗ trợ tâm lý xã hội và thực tiễn cần thiết (Deutsch, 2016b). Đánh giá là bước đầu tiên nhận diện nơi cần hỗ trợ thêm và nâng cao khả năng hợp tác với cá nhân để điều hướng thành công các giai đoạn trước, trong và sau phẫu thuật (Tollinche et al., 2018). Trong giai đoạn chu phẫu, điều quan trọng là giúp bệnh nhân tối ưu hóa chức năng hoạt động, đảm bảo nhà ở ổn định nếu có thể, xây dựng hỗ trợ xã hội và gia đình bằng cách đánh giá tình huống độc nhất của họ, lập kế hoạch

ứng phó các biến chứng y khoa, giải quyết các tác động tiềm tàng đến công việc/thu nhập, và vượt qua các rào cản khác như điều trị triệt lông bằng điện phân và cai thuốc lá (Berli et al., 2017). Trong hệ thống y tế phức tạp, không phải tất cả bệnh nhân đều có thể tự xoay sở các thủ tục để tiếp cận được sự chăm sóc, và HCP cùng các điều hướng viên đồng đẳng có thể hỗ trợ bệnh nhân trong quá trình này (Deutsch, 2016a).

Tuyên bố 18.5

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế tư vấn và hỗ trợ người chuyển giới và đa dạng giới ngưng sử dụng hoàn toàn thuốc lá/nicotine trước khi phẫu thuật khẳng định giới.

Các quần thể chuyển giới có tỷ lệ sử dụng thuốc lá và nhóm nicotine cao hơn (Kidd et al., 2018). Tuy nhiên, nhiều người không nhận thức được các nguy cơ sức khỏe liên quan đến hút thuốc đã được ghi nhận rõ ràng (Bryant et al., 2014). Tiêu thụ thuốc lá làm tăng nguy cơ phát triển các vấn đề sức khỏe (ví dụ, huyết khối) ở những người nhận điều trị hormone khẳng định giới, đặc biệt là estrogen (Chipkin & Kim, 2017).

Sử dụng thuốc lá có liên quan đến kết quả phẫu thuật tạo hình kém hơn, bao gồm biến chứng tổng thể, hoại tử mô và cần phẫu thuật chỉnh sửa (Coon et al., 2013). Hút thuốc cũng làm tăng nguy cơ nhiễm trùng hậu phẫu thuật (Kaoutzanis et al., 2019). Sử dụng thuốc lá ảnh hưởng đến quá trình lành vết thương sau bất kỳ phẫu thuật nào, bao gồm phẫu thuật liên quan đến giới (ví dụ, phẫu thuật tái tạo ngực, phẫu thuật sinh dục) (Pluvy, Garrido et al., 2015). Người dùng thuốc lá có nguy cơ cao hoại tử da, lành vết thương chậm và rối loạn sẹo do thiếu oxy và thiếu máu cục bộ mô (Pluvy, Panouilleres et al., 2015). Do đó, các bác sĩ ngoại khoa khuyến nghị ngưng sử dụng thuốc lá/nicotine trước phẫu thuật khẳng định giới và kiêng hút thuốc trong vài tuần sau phẫu thuật cho đến khi vết thương lành hoàn toàn (Matei & Danino, 2015). Mặc dù có rủi ro, việc ngưng sử dụng có thể khó khăn. Hút thuốc và sử dụng nicotine có tính gây nghiện và cũng được sử dụng như cơ chế ứng phó (Matei et al., 2015). HCP theo dõi bệnh nhân lâu dài trước phẫu thuật, bao gồm cả chuyên gia sức khỏe tâm thần và chăm sóc ban đầu, nên đề cập việc sử dụng thuốc lá/nicotine với cá nhân trong phạm vi chăm sóc của họ, và hỗ trợ người TGD tiếp cận chương trình cai thuốc hoặc cung cấp điều trị trực tiếp (ví dụ: varenicline hoặc bupropion).

Tuyên bố 18.6

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế duy trì liệu pháp hormone hiện có nếu một cá nhân chuyển giới và đa dạng giới cần nhập viện tại đơn vị nội trú tâm thần hoặc y khoa, trừ khi có chống chỉ định.

Người TGD nhập viện vào các đơn vị điều trị tâm thần nội trú, rối loạn sử dụng chất, hoặc các dịch vụ y tế nên được duy trì phác đồ dùng hormone hiện tại. Hiện chưa có bằng chứng hỗ trợ việc ngừng hormone một cách thường quy trước khi nhập viện y tế hoặc tâm thần. Hiếm khi, một bệnh nhân mới nhập viện có thể được chẩn đoán biến chứng y tế đòi hỏi tạm ngưng điều trị hormone, ví dụ như thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch cấp tính (Deutsch, 2016a). Không có bằng chứng mạnh mẽ nào ủng hộ việc ngừng hormone thường quy trước phẫu thuật, và rủi ro cũng như lợi ích cho từng bệnh nhân cần được đánh giá trước khi thực hiện (Boskey et al., 2018).

Điều trị hormone đã được chứng minh cải thiện chất lượng cuộc sống và giảm trầm cảm, lo âu (Aldridge et al., 2020; Nguyen et al., 2018; Nobili et al., 2018; Owen-Smith et al., 2018; Rowniak et al., 2019). Tiếp cận điều trị y tế khẳng định giới liên quan đến giảm đáng kể nguy cơ cố gắng tự tử (Bauer et al., 2015). Việc ngừng hormone thường quy của bệnh nhân sẽ tước đi những tác dụng tích cực này, do đó có thể đi ngược lại mục tiêu của việc nhập viện.

Một số nhân viên y tế có thể không nhận thức được nguy cơ gây hại thấp và lợi ích cao khi duy trì điều trị liên quan đến chuyển giới trong môi trường nội trú. Một nghiên cứu ở các trường y tại Mỹ và Canada cho thấy sinh viên nhận trung bình 5 giờ nội dung liên quan LGBT trong toàn bộ 4 năm học (Obedin-Maliver et al., 2011). Theo khảo sát bác sĩ Y học cấp cứu, những người thường phải ra quyết định nhanh về thuốc khi bệnh nhân nhập viện, mặc dù 88% cho biết đã chăm sóc bệnh nhân chuyển giới, chỉ 17,5% nhận được đào tạo chính thức về nhóm này (Chisolm-Straker et al., 2018). Khi giáo dục về chuyển giới tăng, nhiều nhân viên y tế sẽ nhận thức được tầm quan trọng của việc duy trì bệnh nhân chuyển giới theo chế độ hormone trong quá trình nhập viện.

Tuyên bố 18.7

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế đảm bảo rằng nếu người chuyển giới và đa dạng giới cần chăm sóc y tế, lạm dụng chất hoặc sức khỏe tâm thần nội trú, toàn bộ nhân viên phải sử dụng đúng tên gọi và đại từ xưng hô (như bệnh nhân cung cấp),

cũng như cung cấp quyền tiếp cận nhà vệ sinh và bố trí chỗ ngủ phù hợp với bản dạng giới của họ.

Nhiều bệnh nhân TGD gặp phải phân biệt đối xử trong nhiều môi trường y tế, bao gồm bệnh viện, cơ sở điều trị tâm thần và chương trình điều trị việc dùng chất (Grant et al., 2011). Khi hệ thống y tế không đáp ứng nhu cầu của người TGD, điều đó củng cố sự loại trừ xã hội lâu dài mà họ đã trải qua (Karasic, 2016). Trải nghiệm phân biệt đối xử trong môi trường y tế dẫn đến việc họ tránh chăm sóc cần thiết do lo ngại về phân biệt (Kcomt et al., 2020).

Các trải nghiệm này là yếu tố dự báo ý tưởng tự tử (Rood et al., 2015; Williams et al., 2021). Căng thẳng thiếu số liên quan đến từ chối và không công nhận cũng được liên kết đến nguy cơ tự tử (Testa et al., 2017). Việc từ chối quyền tiếp cận nhà vệ sinh phù hợp giới liên quan đến tăng nguy cơ tự tử (Seelman, 2016). Ngược lại, việc sử dụng tên được chọn cho người TGD liên quan đến giảm trầm cảm và nguy cơ tự tử (Russell et al., 2018). Cần giải quyết các vấn đề kỳ thị cấu trúc và cả kỳ thị nội tâm để giảm tỷ lệ nỗ lực tự tử ở người TGD (Brumer et al., 2015). Để cung cấp sự chăm sóc thành công, các cơ sở y tế phải giảm thiểu tác hại gây ra do kỳ thị người chuyển giới bằng cách tôn trọng và đáp ứng bản dạng TGD của họ.

Tuyên bố 18.8

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia sức khỏe tâm thần khuyến khích, hỗ trợ và trao quyền cho người chuyển giới và đa dạng giới để phát triển và duy trì các hệ thống hỗ trợ xã hội, bao gồm nhóm đồng đẳng, bạn bè và gia đình.

Trong khi căng thẳng thiếu số và tác động trực tiếp của phân biệt đối xử xã hội có thể gây hại cho sức khỏe tâm thần của người TGD, hỗ trợ xã hội mạnh mẽ có thể giảm thiểu tác hại này (Trujillo et al., 2017). Trẻ em TGD thường nội hóa sự từ chối từ gia đình và bạn bè cũng như kỳ thị chuyển giới xung quanh (Amodeo et al., 2015). Hơn nữa, tiếp xúc với ngược đãi mang tính kỳ thị chuyển giới có thể ảnh hưởng suốt đời, đặc biệt là trong tuổi vị thành niên (Nuttbrock et al., 2010).

Việc phát triển hỗ trợ xã hội khẳng định giúp bảo vệ sức khỏe tâm thần. Hỗ trợ xã hội có thể là “vùng đệm” chống lại hậu quả tâm thần tiêu cực từ bạo lực, kỳ thị và phân biệt (Bockting et al., 2013), hỗ trợ điều hướng các hệ thống y tế (Jackson Levin et al., 2020) và góp phần tạo khả năng phục hồi tâm lý cho người TGD (Bariola et al., 2015; Başar & Öz, 2016). Nguồn hỗ trợ đa dạng,

đặc biệt là bạn bè LGBTQ+ và gia đình, liên quan đến kết quả sức khỏe tâm thần tốt hơn, an lạc và chất lượng cuộc sống tốt hơn (Bariola et al., 2015; Başar et al., 2016; Kuper, Adams et al., 2018; Puckett et al., 2019). Hỗ trợ xã hội đã được đề xuất là tạo điều kiện cho sự phát triển của các cơ chế ứng phó và dẫn đến những trải nghiệm cảm xúc tích cực trong suốt quá trình chuyển đổi giới tính (Budge et al., 2013).

HCP có thể hỗ trợ bệnh nhân phát triển hệ thống hỗ trợ xã hội để cho phép họ được công nhận và chấp nhận như bản dạng thực sự của họ và giúp họ đối phó với triệu chứng phiền muộn giới. Vấn đề liên cá nhân và thiếu hụt hỗ trợ xã hội liên quan đến tần suất cao hơn các vấn đề sức khỏe tâm thần ở người TGD (Bouman, Davey et al., 2016; Davey et al., 2015) và là yếu tố dự đoán kết quả điều trị y tế khẳng định giới (Aldridge et al., 2020). Do đó, HCP nên khuyến khích, hỗ trợ và trao quyền cho người TGD phát triển và duy trì hệ thống hỗ trợ xã hội. Những trải nghiệm này giúp phát triển kỹ năng giao tiếp và đối phó với phân biệt xã hội, có thể giảm tự tử và cải thiện sức khỏe tâm thần (Pflum et al., 2015).

Tuyên bố 18.9

Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế không nên đưa ra quy định bắt buộc người chuyển giới và đa dạng giới phải trải qua trị liệu tâm lý trước khi bắt đầu điều trị khẳng định giới, mặc dù ghi nhận rằng trị liệu tâm lý có thể hữu ích đối với một số người chuyển giới và đa dạng giới.

Trị liệu tâm lý đã có lịch sử lâu dài trong công tác lâm sàng với người TGD (Fraser, 2009b). Các mục tiêu, yêu cầu, phương pháp và nguyên tắc của trị liệu tâm lý đã phát triển không ngừng theo các phiên bản Tiêu chuẩn Chăm sóc từ những phiên bản đầu tiên (Fraser, 2009a). Hiện nay, hỗ trợ tâm lý và tham vấn với người TGD trưởng thành có thể được tìm kiếm để giải quyết các vấn đề tâm lý phổ biến liên quan đến đối phó với phiền muộn giới, và cũng có thể hỗ trợ một số cá nhân trong quá trình công khai bản thân (Hunt, 2014). Các can thiệp tâm lý, bao gồm trị liệu tâm lý, cung cấp công cụ hiệu quả và bối cảnh cho cá nhân, như khám phá bản dạng giới và cách biểu hiện của nó, nâng cao tự chấp nhận và hy vọng, và cải thiện khả năng phục hồi trong môi trường thù địch và sự bất lực (Matsuno & Israel, 2018). Trị liệu tâm lý là phương pháp thay thế đã được thiết lập để giải quyết triệu chứng tâm thần có thể xuất hiện trong đánh giá ban đầu hoặc theo dõi sau điều trị y

tế khẳng định giới. Nghiên cứu gần đây cho thấy mặc dù triệu chứng tâm thần giảm sau điều trị y tế khẳng định giới, mức độ lo âu vẫn cao (Aldridge et al., 2020), cho thấy trị liệu tâm lý có thể hỗ trợ những người gặp triệu chứng lo âu sau điều trị.

Trong những năm gần đây, lợi ích tiềm năng của các phương pháp trị liệu tâm lý cụ thể đã được báo cáo (Austin et al., 2017; Budge, 2013; Budge et al., 2021; Embaye, 2006; Fraser, 2009b; Heck et al., 2015). Một số mô hình trị liệu cụ thể đã được đề xuất cho người chuyển giới và không nhị phân trưởng thành (Matsuno & Israel, 2018). Tuy nhiên, cần thêm dữ liệu thực nghiệm về lợi ích so sánh của các mô hình trị liệu khác nhau (Catelan et al., 2017). Trị liệu tâm lý có thể được người chuyển giới trải nghiệm như một trải nghiệm vừa đáng sợ vừa có lợi (Applegarth & Nuttall, 2016) và đặt ra các thách thức cho nhà trị liệu cũng như việc xây dựng liên minh khi liên quan đến “gác cổng” cho can thiệp y tế (Budge, 2015).

Kinh nghiệm cho thấy nhiều người chuyển giới và phi nhị nguyên quyết định thực hiện điều trị y tế khẳng định giới với ít hoặc không trải qua trị liệu tâm lý (Spanos et al., 2021). Mặc dù các phương pháp trị liệu khác nhau có thể hữu ích ở các giai đoạn khác nhau trước, trong và sau điều trị y tế khẳng định giới, việc yêu cầu trị liệu trước khi bắt đầu các thủ thuật y tế khẳng định giới chưa được chứng minh là có lợi và có thể trở thành rào cản có hại đối với những người không cần hoặc không tiếp cận được phương pháp này.

Tuyên bố 18.10

Chúng tôi khuyến nghị không cung cấp các liệu pháp "trị liệu phục hồi" (reparative) và "chuyển đổi" (conversion) nhằm mục đích thay đổi bản dạng giới và thể hiện giới trong đời sống của một người để trở nên tương thích hơn với giới tính được chỉ định khi sinh. Chúng tôi khuyến nghị không cung cấp "trị liệu phục hồi" hoặc "chuyển đổi" nhằm thay đổi bản

dạng giới và cách biểu hiện giới sống của một người để phù hợp hơn với giới tính được chỉ định lúc sinh.

Việc sử dụng “trị liệu phục hồi” hoặc “chuyển đổi” hoặc nỗ lực “thay đổi” bản dạng giới bị phản đối bởi nhiều tổ chức y tế và tâm thần lớn trên thế giới, bao gồm Hiệp hội Tâm thần Thế giới, Tổ chức Y tế Pan American, Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ, Hiệp hội Tâm lý Hoa Kỳ, Royal College of Psychiatrists, và Hiệp hội Tâm lý Anh. Nhiều bang ở Hoa Kỳ đã cấm thực hiện trị liệu chuyển đổi đối với trẻ vị thành niên. Nỗ lực thay đổi bản dạng giới đề cập đến các can thiệp của MHP hoặc người khác nhằm thay đổi bản dạng hoặc biểu hiện giới để phù hợp hơn với giới tính được chỉ định lúc sinh (APA, 2021).

Những người ủng hộ “trị liệu chuyển đổi” cho rằng điều này có thể giúp một người hòa nhập xã hội tốt hơn, hoặc một số thân chủ yêu cầu giúp thay đổi bản dạng giới/biểu hiện giới và nhà trị liệu nên được phép hỗ trợ họ đạt được mục tiêu này. Tuy nhiên, “trị liệu chuyển đổi” chưa được chứng minh là có hiệu quả (APA, 2009; Przeworski et al., 2020). Thêm vào đó, có nhiều tác hại tiềm tàng trong cách thực hành này. Trong các nghiên cứu hồi cứu, bệnh sử từng trải qua trị liệu chuyển đổi liên quan đến sự gia tăng mức độ trầm cảm, lạm dụng chất, ý tưởng và hành vi tự tử, cũng như trình độ học vấn thấp hơn và thu nhập theo tuần thấp hơn (Ryan et al., 2020; Salway et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020). Năm 2021, Hiệp hội Tâm lý Mỹ tuyên bố rằng “bằng chứng khoa học và kinh nghiệm lâm sàng chỉ ra rằng GICEs [gender identity change efforts] đặt các cá nhân vào nguy cơ tổn hại đáng kể” (APA, 2021).

Mặc dù có nhiều rào cản trong việc chấm dứt nỗ lực “thay đổi” bản dạng giới, nhưng việc giáo dục về sự thiếu lợi ích và tác hại tiềm ẩn của các thực hành này có thể dẫn đến ít nhà cung cấp dịch vụ sử dụng “trị liệu chuyển đổi” và cũng ít cá nhân, gia đình lựa chọn phương án này hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Abern, L., & Maguire, K. (2018). Contraception knowledge in transgender individuals: Are we doing enough? [9F]. *Obstetrics & Gynecology*, 131, 65S. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000533319.47797.7e>
- Achille, C., Taggart, T., Eaton, N. R., Osipoff, J., Tafuri, K., Lane, A., & Wilson, T. A. (2020). Longitudinal impact of gender-affirming endocrine intervention on the mental health and well-being of transgender youths: Preliminary results. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2020(1). <https://doi.org/10.1186/s13633-020-00078-2>
- ACON. (2022). *Sexual Health - Parts and Practices*. <https://www.transhub.org.au/clinicians/sexual-health>
- Adams, N., Pearce, R., Veale, J., Radix, A., Castro, D., Sarkar, A., & Thom, K. C. (2017). Guidance and ethical considerations for undertaking transgender health research and institutional review boards adjudicating this research. *Transgender Health*, 2(1), 165-175. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0012>
- Adeleye, A. J., Cedars, M. I., Smith, J., & Mok-Lin, E. (2019). Ovarian stimulation for fertility preservation or family building in a cohort of transgender men. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 36(10), 2155-2161. <https://doi.org/10.1007/s10815-019-01558-y>
- Adeleye, A. J., Reid, G., Kao, C. N., Mok-Lin, E., & Smith, J. F. (2018). Semen parameters among transgender women with a history of hormonal treatment. *Urology*, 124, 136-141. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.10.005>
- Adelson, S. L., & American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI) (2012). Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(9), 957-974. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.07.004>
- Agarwal, C. A., Scheefer, M. F., Wright, L. N., Walzer, N. K., & Rivera, A. (2018). Quality of life improvement after chest wall masculinization in female-to-male transgender patients: A prospective study using the BREAST-Q and Body Uneasiness Test. *Journal of Plastic Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 71(5), 651-657. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2018.01.003>
- Agenor, M., Peitzmeier, S. M., Bernstein, I. M., McDowell, M., Alizaga, N. M., Reisner, S. L., Pardee, D. J., & Potter, J. (2016). Perceptions of cervical cancer risk and screening among transmasculine individuals: Patient and provider perspectives. *Culture, Health and Sexuality*, 18(10), 1192-1206. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1177203>
- Aguayo-Romero, R. A., Reisen, C. A., Zea, M. C., Bianchi, F. T., & Poppen, P. J. (2015). Gender affirmation and body modification among transgender persons in Colombia. *International Journal of Transgenderism*, 16(2), 103-115. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1075930>
- Ahalt, C., Haney, C., Rios, S., Fox, M. P., Farabee, D., & Williams, B. (2017). Reducing the use and impact of solitary confinement in corrections. *International Journal of Prisoner health*, 13(1), 41-48. <https://doi.org.gate.lib.buffalo.edu/10.1108/IJPH-08-2016-0040>
- Ahmad, S., & Leinung, M. (2017). The response of the menstrual cycle to initiation of hormonal therapy in transgender men. *Transgender Health*, 2(1), 176-179. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0023>
- Åhs, J. W., Dhejne, C., Magnusson, C., Dal, H., Lundin, A., Arver, S., Dalman, C., & Kosidou, K. (2018). Proportion of adults in the general population of Stockholm County who want gender-affirming medical treatment. *PLoS One*, 13(10), e0204606. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204606>
- Ainsworth, T. A., & Spiegel, J. H. (2010). Quality of life of individuals with and without facial feminization surgery or gender reassignment surgery. *Quality of Life Research*, 19(7), 1019-1024. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9668-7>
- Aires, M. M., de Vasconcelos, D., & Moraes, B. T. D. (2020). Chondrolaryngoplasty in transgender women: Prospective analysis of voice and aesthetic satisfaction. *International Journal of Transgender Health*, 22(4), 394-402. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1848690>
- Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., Spegg, C., Wasserman, L., Ames, M., Fitzsimmons, C. L., Leef, J. H., Lishak, V., Reim, E., Takagi, A., Vinik, J., Wreford, J., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L., Kreukels, B. P., & Zucker, K. J. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(3), 756-763. <https://doi.org/10.1111/jsm.12817>
- Akgul, S., Bonny, A. E., Ford, N., Holland-Hall, C., & Chelvakumar, G. (2019). Experiences of gender minority youth with the intrauterine system. *The Journal of Adolescent Health*, 65(1), 32-38. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.11.010>
- Alderson, P. (2007). Competent children? Minors' consent to health care treatment and research. *Social Science & Medicine*, 65(11), 2272-2283. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.08.005>
- Aldridge, Z., Patel, S., Guo, B., Nixon, E., Bouman, W. P., Witcomb, G., & Arcelus, J. (2020). Long term effect of gender affirming hormone treatment on depression and anxiety symptoms in transgender people: A prospective cohort study. *Andrology*, 00, 1-9. <https://doi.org/10.1111/andr.12884>
- Aldridge, Z., Thorne, N., Marshall, E., English, C., Yip, A. K. T., Nixon, E., Witcomb, G. L., Bouman, W. P., & Arcelus, J. (2022). Understanding factors that affect well-being in trans people "later" in transition: A qualitative study. *Quality of Life Research*, <https://doi.org/10.1007/s11136-022-03134-x>
- Alexander, T. (1997). *The Medical Management of Intersexed Children: An Analogue for Childhood Sexual Abuse*. Intersex Society of North America. <https://isna.org/articles/analogue/>
- Alford, A. V., Theisen, K. M., Kim, N., Bodie, J. A., & Pariser, J. J. (2020). Successful ejaculatory sperm cryopreservation after cessation of long-term estrogen

- therapy in a transgender female. *Urology*, 136, e48-e50. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2019.08.021>
- Allen, L. M., Hay, M., & Palermo, C. (2021). Evaluation in health professions education - is measuring outcomes enough? *Medical Education*, 56(1), 127-136. <https://doi.org/10.1111/medu.14654>
- Allen, L. R., Watson, L. B., Egan, A. M., & Moser, C. N. (2019). Well-being and suicidality among transgender youth after gender-affirming hormones. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 302-311. <https://doi.org.uk/10.1037/cpp0000288>
- Almasri, J., Zaiem, F., Rodriguez-Gutierrez, R., Tamhane, S. U., Iqbal, A. M., Prokop, L. J., Speiser, P. W., Baskin, L. S., Bancos, I., & Murad, M. H. (2018). Genital reconstructive surgery in females with congenital adrenal hyperplasia: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 103(11), 4089-4096. <https://doi.org/10.1210/jc.2018-01863>
- Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Association between gender-affirming surgeries and mental health outcomes. *JAMA Surgery*, 156(7), 611-618. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.0952>
- Almeida, M., Laurent, M. R., Dubois, V., Claessens, F., O'Brien, C. A., Bouillon, R., Vanderschueren, D., & Manolagas, S. C. (2017). Estrogens and androgens in skeletal physiology and pathophysiology. *Physiology Reviews*, 97(1), 135-187. <https://doi.org/10.1152/physrev.00033.2015>
- Al-Tamimi, M., Pigot, G. L., van der Sluis, W. B., van de Grift, T. C., van Moorselaar, R. J. A., Mullender, M. G., Weigert, R., Buncamper, M. E., Ozer, M., de Haset, K. B., Djordjevic, M. L., Salgado, C. J., Belanger, M., Suominen, S., Kolehmainen, M., Santucci, R. A., Crane, C. N., Claes, K. E. Y., & Bouman, M. B. (2019). The surgical techniques and outcomes of secondary phalloplasty after metoidioplasty in transgender men: An international, multi-center case series. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(11), 1849-1859. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.07.027>
- Altman, K. (2012). Facial feminization surgery: Current state of the art. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 41(8), 885-894. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2012.04.024>
- Alzahrani, T., Nguyen, T., Ryan, A., Dwairy, A., McCaffrey, J., Yunus, R., Forgione, J., Krepp, J., Nagy, C., Mazhari, R., & Reiner, J. (2019). Cardiovascular disease risk factors and myocardial infarction in the transgender population. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 12(4), e005597. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.119.005597>
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Sexual Orientation and Gender Identity Issues Committee. (2018). *Conversion Therapy Policy Statement*. https://www.aacap.org/AACAP/Policy_Statements/2018/Conversion_Therapy.aspx
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). Health Care for transgender and gender diverse individuals: ACOG Committee Opinion, Number 823. *Obstetrics and Gynecology*, 137, e75. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004294>
- American Medical Association. (2016). *Definitions of "Screening" and "Medical Necessity" H-320.953*. Council on Medical Service. <https://policysearch.ama-assn.org/policyfinder/detail/H-320.953>
- American Medical Association. (2021). Ethics: Informed consent. <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/informed-consent>
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.).
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.).
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.).
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychological Association, Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation. (2009). *Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation*. <http://www.apa.org/pi/lgb/publications/therapeutic-resp.html>
- American Psychological Association. (2015). Guidelines for professional practice with transgender and gender non-conforming people. *American Psychologist*, 70(9), 832-864. <https://doi.org/10.1037/a0039906>
- American Psychological Association. (2021). *APA guidelines for psychological assessment and evaluation*. <https://www.apa.org/about/policy/guidelines-psychological-assessment-evaluation.pdf>
- American Psychological Association. (2021). *APA Resolution on Gender Identity Change Efforts*. <https://www.apa.org/about/policy/resolution-gender-identity-change-efforts.pdf>
- American Urological Association (AUA) Board of Directors. (2019). *Pediatric Decision Making and Differences of Sex Development: A Societies for Pediatric Urology and American Urological Association Joint Position Statement - American Urological Association*. (n.d.). <https://www.auanet.org/guidelines/guidelines/joint-statement-on-dsd>
- Amir, H., Yaish, I., Oren, A., Groutz, A., Greenman, Y., & Azem, F. (2020). Fertility preservation rates among transgender women compared with transgender men receiving comprehensive fertility counselling. *Reproductive Biomedicine Online*, 41(3), p. 546-554. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2020.05.003>
- Amnesty International. (2020). *Amnesty International UK and Liberty joint statement on puberty blockers*. <https://www.amnesty.org.uk/press-releases/amnesty-international-uk-and-liberty-joint-statement-puberty-blockers>

- Amodeo, A. L., Vitelli, R., Scandurra, C., Picariello, S., & Valerio, P. (2015). Adult attachment and transgender identity in the Italian context: Clinical implications and suggestions for further research. *International Journal of Transgenderism*, 16(1), 49-61. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1022680>
- Anda, R. F., Butchart, A., Felitti, V. J., & Brown, D. W. (2010). Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(1), 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.03.015>
- Anderson, J. (2007). Endoscopic laryngeal web formation for pitch elevation. *The Journal of Otolaryngology*, 36(1), 6-12. <https://doi.org/10.2310/7070.2006.0153>
- Anderson, J. A. (2014). Pitch elevation in transgendered patients: Anterior glottic web formation assisted by temporary injection augmentation. *Journal of Voice*, 28(6), 816-821. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2014.05.002>
- Anderson, R. M. (2013). Positive sexuality and its impact on overall well-being. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 56(2), 208-214. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1607-z>
- Andrzejewski, J., Pampati, S., Steiner, R. J., Boyce, L., & Johns, M. M. (2020). Perspectives of transgender youth on parental support: Qualitative findings from the resilience and transgender youth study. *Health Education & Behavior*, 109019812096550. <https://doi.org/10.1177/1090198120965504>
- Angus, L. M., Nolan, B. J., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2020). A systematic review of antiandrogens and feminization in transgender women. *Clinical Endocrinology*, 94(5), 743-752. <https://doi.org/10.1111/cen.14329>
- Ansara, Y.G., Hegarty, P., (2012). Cisgenderism in psychology: Pathologising and misgendering children from 1999 to 2008. *Psychology & Sexuality*, 3, 137-160. <https://doi.org/10.1080/19419899.2011.576696>
- Antun, A., Zhang, Q., Bhasin, S., Bradlyn, A., Flanders, W. D., Getahun, D., & Goodman, M. (2020). Longitudinal changes in hematologic parameters among transgender people receiving hormone therapy. *Journal of the Endocrine Society*, 4(11), 1-11. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvaa119>
- Anzani, A., Lindley, L., Prunas, A., & Galupo, P. (2021). "I Use All the Parts I'm Given": A qualitative investigation of trans masculine and nonbinary individuals' use of body during sex. *International Journal of Sexual Health*, 33(1), 58-75. <https://doi.org/10.1080/19317611.2020.1853300>
- Applebaum, P. S. (2007). Assessment of patients' competence to consent to treatment. *New England Journal of Medicine*, 357(18), 1834-1840. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp074045>
- Applegarth, G., & Nuttall, J. (2016). The lived experience of transgender people of talking therapies. *International Journal of Transgenderism*, 17(2), 66-72. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1149540>
- APTAN & UNDP. (2012). *Lost in transition: transgender people, rights and HIV vulnerability in the Asia-Pacific region*. Bangkok: Asia Pacific Transgender Network. <https://weareaptn.org/resource/lost-in-transition-transgender-people-rights-and-hiv-vulnerability-in-the-asia-pacific-region/>
- APTAN. (2020a). *Conversion therapy practices*. Bangkok: Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-Indonesia_28Dec.pdf
- APTAN. (2020b). *Conversion therapy practices: Malaysia*. Bangkok: Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-Malaysia_29Dec.pdf
- APTAN. (2020c). *Conversion therapy practices: Sri Lanka*. Bangkok: Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-SriLanka_28Dec.pdf
- APTAN. (2021). *Conversion therapy practices: India*. Bangkok: Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/06/Conversion-Therapy-India_CountrySnapshot_FinalMay2021-2.pdf
- APTAN. (2022). *Towards Transformative Healthcare: Asia Pacific Trans Health and Rights Module*. Bangkok: Asia-Pacific Transgender Network. <https://weareaptn.org/resource/towards-transformative-healthcare-asia-pacific-trans-health-and-rights-module/>
- Arcelus, J., Bouman, W. P., Van Den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G., & Fernandez-Aranda, F. (2015). Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *European Psychiatry*, 30(6), 807-815. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.005>
- Arcelus, J., Claes, L., Witcomb, G. L., Marshall, E., & Bouman, W. P. (2016). Risk factors for non-suicidal self-injury among trans youth. *Journal of Sexual Medicine*, 13(3), 402-412. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.003>
- Aristegui, I., Radusky, P., Zalazar, V., Romero, M., Schwartz, J., & Sued, O. (2017). Impact of the gender identity law in Argentinean transgender women. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 446-456. <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2017.1314796>
- Armund, G., Dhejne, C., Olofsson, J. I., & Rodriguez-Wallberg, K. A. (2017). Transgender men's experiences of fertility preservation: A qualitative study. *Human Reproduction*, 32(2), 383-390. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew323>
- Armund, G., Dhejne, C., Olofsson, J. I., Stefenson, M., & Rodriguez-Wallberg, K. A. (2020). Attitudes and experiences of health care professionals when caring for transgender men undergoing fertility preservation by egg freezing: A qualitative study. *Therapeutic Advances in Reproductive Health*, 14, 1-12. <https://doi.org/10.1177/2633494120911036>
- Armund, G. M., Nilsson, J., Rodriguez-Wallberg, K. A., Malmros, J., Arvidson, J., Lampic, C., & Wettergren, L. (2017). Physicians' self-reported practice behaviour regarding fertility-related discussions in paediatric oncology in Sweden. *Psychooncology*, 26(10), 1684-1690. <https://doi.org/10.1002/pon.4507>
- Armund, G. M., Wettergren, L., Rodriguez-Wallberg, K. A., & Lampic, C. (2014). Desire for children, difficulties achieving a pregnancy, and infertility distress 3 to 7 years

- after cancer diagnosis. *Support Care Cancer*, 22(10), 2805-2812. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2279-z>
- Arnett, D. K., Blumenthal, R. S., Albert, M. A., Buroker, A. B., Goldberger, Z. D., Hahn, E. J., Himmelfarb, C. D., Khera, A., Lloyd-Jones, D., McEvoy, J. W., Michos, E. D., Miedema, M. D., Muñoz, D., Smith, S. C., Jr., Virani, S. S., Williams, K. A., Sr., Yeboah, J., & Ziaeian, B. (2019). 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 140(11), e596-e646. <https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1161/CIR.0000000000000678>
- Arnoldussen, M., Steensma, T. D., Popma, A., van der Miesen, A. I. R., Twisk, J. W. R., & de Vries, A. L. C. (2020). Re-evaluation of the Dutch approach: Are recently referred transgender youth different compared to earlier referrals? *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01691-5>
- Ashley, F. (2019a). Gatekeeping hormone replacement therapy for transgender patients is dehumanising. *Journal of Medical Ethics*, 45(7), 480-482. <https://doi.org/10.1136/medethics-2018-105293>
- Ashley, F. (2019b). Homophobia, conversion therapy, and care models for trans youth: Defending the gender-affirmative approach. *Journal of LGBT Youth*, 17(4), 361-383. <https://doi.org/10.1080/19361653.2019.1665610>
- Ashley, F. (2019c). Puberty blockers are necessary, but they don't prevent homelessness: Caring for transgender youth by supporting unsupportive Parents/guardians. *The American Journal of Bioethics*, 19, 87-89. <https://doi.org/10.1080/15265161.2018.1557277>
- Ashley, F. (2019d). Shifts in assigned sex ratios at gender identity clinics likely reflect changes in referral patterns. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(6), 948-949. <https://doi.org/pii/S1743609519307301>
- Ashley, F. (2019e). Thinking an ethics of gender exploration: Against delaying transition for transgender and gender creative youth. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 24(2), 223-236. <https://doi.org/10.1177/1359104519836462>
- Asscheman, H., T'Sjoen, G., Lemaire, A., Mas, M., Meriggiola, M. C., Mueller, A., Kuhn, A., Dhejne, C., Morel-Journel, N., & Gooren, L. J. (2014). Venous thrombo-embolism as a complication of cross-sex hormone treatment of male-to-female transsexual subjects: A review. *Andrologia*, 46(7), 791-795. <https://doi.org/10.1111/and.12150>
- Attig, R. (2022). A call for community-informed translation: Respecting Queer self-determination across linguistic lines. *Translation and Interpreting Studies*. Advance online publication. <https://doi.org/https://doi.org/10.1075/tis.21001.att>
- Auchus, R. J., Witchel, S. F., Leight, K. R., Aisenberg, J., Azziz, R., Bachega, T. A., Baker, L. A., Baratz, A. B., Baskin, L. S., Berenbaum, S. A., Breault, D. T., Cerame, B. I., Conway, G. S., Eugster, E. A., Fracassa, S., Gearhart, J. P., Geffner, M. E., Harris, K. B., Hurwitz, R. S., & Katz, A. L. (2010). Guidelines for the development of comprehensive care centers for congenital adrenal hyperplasia: Guidance from the CARES foundation initiative. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2010. <https://doi.org/10.1155/2010/275213>
- Aucoin, M. W., & Wassersug, R. J. (2006). The sexuality and social performance of androgen-deprived (castrated) men throughout history: Implications for modern day cancer patients. *Social Science & Medicine*, 63(12), 3162-3173. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.007>
- Auer, M. K., Fuss, J., Nieder, T. O., Briken, P., Biedermann, S. V., Stalla, G. K., Beckmann, M. W., & Hildebrandt, T. (2018). Desire to have children among transgender people in Germany: A cross-sectional multi-center study. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(5), p. 757-767. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.083>
- Auldrige, A., Tamar-Mattis, A., Kennedy, S., Ames, E., & Tobin, H. J. (2012). Improving the lives of transgender older adults: Recommendations for policy and practice national center for transgender equality; services and advocacy for GLBT elders. <https://www.sageusa.org/resource-posts/improving-the-lives-of-transgender-older-adults/> accessed 3/14/2022
- Aurat Foundation. (2016). *Silent no more: transgender community in Pakistan: research study*. <https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/transgender-community-pakistan-2016.pdf>
- Austin, A., & Goodman, R. (2017). The impact of social connectedness and internalized transphobic stigma on self-esteem among transgender and gender non-conforming adults. *Journal of Homosexuality*, 64(6), 825-841. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1236587>
- Austin, A., Craig, S. L., & Alessi, E. J. (2017). Affirmative cognitive behavior therapy with transgender and gender nonconforming adults. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(1), 141-156. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.003>
- Austin, A., Craig, S. L., & McInroy, L. B. (2016). Toward transgender affirmative social work education. *Journal of Social Work Education*, 52(3), 297-310. <https://doi.org/10.1080/10437797.2016.1174637>
- Australian Psychological Society. (2021). *Use of psychological practices that attempt to change or suppress a person's sexual orientation or gender*. Australian Psychological Society position statement. https://psychology.org.au/getmedia/7bb91307-14ba-4a24-b10b-750f85b0b729/updated_aps_position_statement_conversion_practices.pdf
- Avila, J. T., Golden, N. H., & Aye, T. (2019). Eating disorder screening in transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 65(6), 815-817. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.06.011>
- Azagba, S., Latham, K., & Shan, L. (2019). Cigarette, smokeless tobacco, and alcohol use among transgender adults in the United States. *International Journal of Drug Policy*, 73, 163-169. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.07.024>
- Azul, D. (2015). Transmasculine people's vocal situations: A critical review of gender-related discourses and empirical data. *International Journal of Language &*

- Communication Disorders*, 50(1), 31–47. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12121>
- Azul, D. (2016). Gender-related aspects of transmasculine people's vocal situations: Insights from a qualitative content analysis of interview transcripts. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 51(6), 672–684. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12239>
- Azul, D., Arnold, A., & Neuschaefer-Rube, C. (2018). Do transmasculine speakers present with gender-related voice problems? Insights from a participant-centered mixed-methods study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 61(1), 25–39. https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0410
- Azul, D., & Hancock, A. B. (2020). Who or what has the capacity to influence voice production? Development of a transdisciplinary theoretical approach to clinical practice addressing voice and the communication of speaker socio-cultural positioning. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 22(5), 559–570. <https://doi.org/10.1080/17549507.2019.1709544>
- Azul, D., Hancock, A. B., Lundberg, T., Nygren, U., & Dhejne, C. (2022). Supporting well-being in gender diverse people: A tutorial for implementing conceptual and practical shifts towards culturally-responsive, person-centered care in speech-language pathology. *American Journal of Speech-Language Pathology*, Advance online publication. https://doi.org/10.1044/2022_AJSLP-21-00322
- Azul, D., & Neuschaefer-Rube, C. (2019). Voice function in gender-diverse people assigned female at birth: Results from a participant-centered mixed-methods study and implications for clinical practice. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 62(9), 3320–3338. https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-S-19-0063
- Azul, D., Nygren, U., Södersten, M., & Neuschaefer-Rube, C. (2017). Transmasculine people's voice function: A review of the currently available evidence. *Journal of Voice*, 31(2), 261.e9–261.e23. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.05.005>
- Babu, R., & Shah, U. (2021). Gender identity disorder (GID) in adolescents and adults with differences of sex development (DSD): A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pediatric Urology*, 17(1), 39–47. <https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2020.11.017>
- Badowski, M. E., Britt, N., Huesgen, E. C., Lewis, M. M., Miller, M. M., Nowak, K., & Smith, R. O. (2021). Pharmacotherapy considerations in transgender individuals living with human immunodeficiency virus. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 41(3), 299–314. <https://doi.org/10.1002/phar.2499>
- Baker, K. (2013). Transforming health: International rights-based advocacy for trans health. New York. Retrieved from <http://www.opensocietyfoundations.org/reports/transforming-health>
- Baker, K. E., Wilson, L. M., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K., & Robinson, K. A. (2021). Hormone therapy, mental health, and quality of life among transgender people: A systematic review. *Journal of the Endocrine Society*, 5(4), bvab011. <https://doi.org/10.1210/endo/bvab011>
- Bakko, M., & Kattari, S. K. (2021). Differential access to transgender inclusive insurance and healthcare in the United States: challenges to health across the life course. *Journal of Aging & Social Policy*, 33(1), 67–81. <https://doi.org/10.1080/08959420.2019.1632681>
- Balakrishnan, T. M., Nagarajan, S., & Jaganmohan, J. (2020). Retrospective study of prosthetic augmentation mammaplasty in transwomen. *Indian Journal of Plastic Surgery: Official Publication of the Association of Plastic Surgeons of India*, 53(1), 42–050. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1709427>
- Baleige, A., de la Chenelie, M., Dassonneville, C., & Martin, M. J. (2021). Following ICD-11, rebuilding mental health care for transgender persons: Leads from field experimentations in Lille, France. *Transgender Health*, 7(1), 1–6. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0143>
- Banbury, S. (2004). Coercive sexual behaviour in British prisons as reported by adult ex-prisoners. *The Howard Journal of Criminal Justice*, 43(2), 113–130. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2311.2004.00316.x>
- Bangalore Krishna, K., Fuqua, John S., Rogol, Alan D., Klein, Karen O., Popovic, J., Houk, Christopher P., Charmandari, E., & Lee, Peter A. (2019). Use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children: Update by an international consortium. *Hormone Research in Paediatrics*, 91(6), 357–372. <https://doi.org/10.1159/000501336>
- Bangalore Krishna, K., Kogan, B. A., Mazur, T., Hoebeke, P., Bogaert, G., & Lee, P. A. (2021). Individualized care for patients with intersex (differences of sex development): part 4/5. Considering the Ifs, Whens, and Whats regarding sexual-reproductive system surgery. *Journal of Pediatric Urology*, 17(3), 338–345. <https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2021.02.011>
- Baral, S. D., Poteat, T., Strömdahl, S., Wirtz, A. L., Guadamuz, T. E., & Beyrer, C. (2013). Worldwide burden of HIV in transgender women: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 13(3), 214–222. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70315-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70315-8)
- Baram, S., Myers, S. A., Yee, S., & Librach, C. L. (2019). Fertility preservation for transgender adolescents and young adults: A systematic review. *Human Reproduction Update*, 25(6), 694–716. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmz026>
- Baratz, A. B., Sharp, M. K., & Sandberg, D. E. (2014). Disorders of sex development peer support. *Understanding Differences and Disorders of Sex Development (DSD)*, 27, 99–112. <https://doi.org/10.1159/000363634>
- Barker, H., & Bariola, E., Lyons, A., Leonard, W., Pitts, M., Badcock, P., & Couch, M. (2015). Demographic and psychosocial factors associated with psychological distress and resilience among transgender individuals. *American Journal of Public Health*, 105(10), 2108–2116. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302763>
- Wylie, K. (2008). Are the criteria for the 'real-life experience' (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>
- Barnhill, J. W. (2014). Perioperative Care of the Patient with Psychiatric Disease. In C.R. MacKenzie, C.N. Cornell, & D.G. Memsoudis (Eds.), *Perioperative Care of the Orthopedic Patient* (pp. 197-205). Springer.
- Barrow, K., & Apostle, D. (2018). Addressing mental health conditions often experienced by transgender and gender expansive children. In C.E. Keo-Meier & D.E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Bartels, L., & Lynch, S. (2017). Transgender prisoners in Australia: An examination of the issues, law and policy. *Flinders Law Journal*, 19(2), 185-231. <http://classic.austlii.edu.au/au/journals/FlinLaw/JL19178.pdf>
- Bartholomaeus, C., & Riggs, D. W. (2019). Transgender and non-binary Australians' experiences with healthcare professionals in relation to fertility preservation. *Culture, Health and Sexuality*, 22(2), 129-145. <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1580388>
- Bartholomaeus, C., Riggs, D. W., & Sansfaçon, A. P. (2020). Expanding and improving trans affirming care in Australia: experiences with healthcare professionals among transgender young people and their parents. *Health Sociology Review*, 30(1), 58-71. <https://doi.org/10.1080/14461242.2020.1845223>
- Başar, K., & Öz, G. (2016). Resilience in individuals with gender dysphoria: Association with perceived social support and discrimination. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(4), 225-234.
- Başar, K., Öz, G., & Karakaya, J. (2016). Perceived discrimination, social support, and quality of life in gender dysphoria. *Journal of Sexual Medicine*, 13(7), 1133-1141. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.04.071>
- Bauer, R. (2018). Bois and grrrls meet their daddies and mommies on gender playgrounds: Gendered age play in the les-bi-trans-queer BDSM communities. *Sexualities*, 21(1-2), 139-155. <https://doi.org/10.1177/1363460716676987>
- Bauer, G. R., & Hammond, R. (2015). Toward a broader conceptualization of trans women's sexual health. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 24(1), 1-11. <https://doi.org/10.3138/cjhs.24.1-CO1>
- Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., & Boyce, M. (2009). "I don't think this is theoretical; this is our lives": How erasure impacts health care for transgender people. *Journal of Association in Nurses in AIDS Care*, 20(5), 348-361. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.004>
- Bauer, G. R., Lawson, M. L., & Metzger, D. L. (2022). Do clinical data from transgender adolescents support the phenomenon of "Rapid-Onset Gender Dysphoria"? *The Journal of Pediatrics*, 243, 224-227. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.11.020>
- Bauer, G., Pacaud, D., Couch, R., Metzger, D., Gale, L., Gotovac, S., Mokashi, A., Feder, S., Raiche, J., Speechley, K. N., Temple Newhook, J., Ghosh, S., Sansfaçon, A., Susset, F., & Lawson, M. & Trans Youth CAN! Research Team. (2021). Transgender youth referred to clinics for gender-affirming medical care in Canada. *Pediatrics*, 148(5), e2020047266. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-047266>
- Bauer, G. R., Scheim, A. I., Deutsch, M. B., & Massarella, C. (2014). Reported emergency department avoidance, use, and experiences of transgender persons in Ontario, Canada: Results from a respondent-driven sampling survey. *Annals of Emergency Medicine*, 63(6), 713-720. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.09.027>
- Bauer, G. R., Scheim, A. I., Pyne, J., Travers, R., & Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC Public Health*, 15, 525. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1867-2>
- Beach, L. B., Elasy, T. A., & Gonzales, G. (2018). Prevalence of self-reported diabetes by sexual orientation: Results from the 2014 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *LGBT Health*, 5(2), 121-130. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0091>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics (8th Ed.)*. Oxford University Press.
- Becasen, J. S., Denard, C. L., Mullins, M. M., Higa, D. H., & Sipe, T. A. (2018). Estimating the prevalence of HIV and sexual behaviors among the US transgender population: A systematic review and meta-analysis, 2006-2017. *American Journal of Public Health*, 109(1), e1-e8. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304727>
- Becerra-Culqui, T. A., Liu, Y., Nash, R., Cromwell, L., Flanders, W. D., Getahun, D., Giammattei, S. V., Hunkeler, E. M., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sandberg, D. E., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Mental health of transgender and gender nonconforming youth compared with their peers. *Pediatrics*, 141(5), e20173845. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3845>
- Beck, A. J. (2014). *Sexual Victimization in Prisons and Jails Reported by Inmates, 2011-12*. PREA Data Collection Activities
- Becker, I., Auer, M., Barkmann, C., Fuss, J., Möller, B., Nieder, T. O., Fahrenkrug, S., Hildebrandt, T., & Richter-Appelt, H. (2018). A cross-sectional multicenter study of multidimensional body image in adolescents and adults with gender dysphoria before and after transition-related medical interventions. *Archives of Sexual Behaviour*, 47(8), 2335-2347. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1278-4>
- Becker-Hebly, I., Fahrenkrug, S., Campion, F., Richter-Appelt, H., Schulte-Markwort, M., & Barkmann, C. (2021). Psychosocial health in adolescents and young adults with gender dysphoria before and after gender-affirming medical interventions: A descriptive study from the Hamburg Gender Identity Service. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(11), 1755-1767. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01640-2>
- Beek, T. F., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. (2016). Gender incongruence/gender dysphoria and its classification history. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 5-12. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1091293>

- Beek, T. F., Kreukels, B. P. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Steensma, T. D. (2015). Partial treatment requests and underlying motives of applicants for gender affirming interventions. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(11), 2201-2205. <https://doi.org/doi:10.1111/jsm.13033>
- Bekeny, J. C., Zolper, E. G., Fan, K. L., & Del Corral, G. (2020). Breast augmentation for transfeminine patients: Methods, complications, and outcomes. *Gland Surgery*, 9(3), 788-796. <https://doi.org/10.21037/gs.2020.03.18>
- Bellinga, R. J., Capitán, L., Simon, D., & Tenorio, T. (2017). Technical and clinical considerations for facial feminization surgery with rhinoplasty and related procedures. *JAMA Facial Plastic Surgery*, 19(3), 175-181. <https://doi.org/10.1001/jamafacial.2016.1572>
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114(3), 413-434. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.114.3.413>
- Benedetti, M. G., Furlini, G., Zati, A., & Letizia Mauro, G. (2018). The effectiveness of physical exercise on bone density in osteoporotic patients. *Biomed Research International*, 2018, 4840531. <https://doi.org/10.1155/2018/4840531>
- Benestad, E. E. P. (2010). From gender dysphoria to gender euphoria: An assisted journey. *Sexologies*, 19(4), 225-231. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sexol.2010.09.003>
- Bennecke, E., Bernstein, S., Lee, P., van de Grift, T. C., Nordenskjöld, A., Rapp, M., Simmonds, M., Streuli, J. C., Thyen, U., & Wiesemann, C. (2021). Early genital surgery in disorders/differences of sex development: Patients' perspectives. *Archives of Sexual Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-01953-6>
- Bentsianov, S., Gordon, L., Goldman, A., Jacobs, A., & Steever, J. (2018). Use of copper intrauterine device in transgender male adolescents. *Contraception*, 98(1), 74-75. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.02.010>
- Berenbaum, S. A. (2018). Evidence needed to understand gender identity: Commentary on Turban & Ehrensaft (2018). *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 59(12), 1244-1247. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12997>
- Berenbaum, S., Beltz, A., & Corley, R. (2015). The importance of puberty for adolescent development: Conceptualization and measurement. *Advances in Child Development and Behavior*, 48, 53-92. <http://dx.doi.org/10.1016/bs.acdb.2014.11.002>
- Berg, J. W., Appelbaum, P. S., Lidz, C. W., & Parker, L. (2001). *Informed consent: Legal theory and clinical practice* (2nd ed.) Oxford University Press.
- Berg, D. & Edwards-Leeper, L. (2018). Child and family assessment. In C.E. Keo-Meier & D.E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp.101-124). American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Berger, I., & Mooney-Somers, J. (2017). Smoking cessation programs for lesbian, gay, bisexual, transgender, and intersex people: A content-based systematic review. *Nicotine & Tobacco Research*, 19(12), 1408-1417. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw216>
- Berli, J. U., Knudson, G., Fraser, L., Tangpricha, V., Ettner, R., Ettner, F. M., Safer, J. D., Graham, J., Monstrey, S., & Schechter, L. (2017). What surgeons need to know about gender confirmation surgery when providing care for transgender individuals: A review. *JAMA Surgery*, 152(4), 394-400. <https://doi.org/jamasurg.2016.5549>
- Berli, J. U., Monstrey, S., Safa, B., & Chen, M. (2021). Neourethra creation in gender phalloplasty: Differences in techniques and staging. *Plastic Reconstructive Surgery*, 147(5), 801e-811e. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000007898>
- Bertalan, R., Lucas-Herald, A., Kolesinska, Z., Berra, M., Cools, M., Balsamo, A., & Hiort, O. (2018). Evaluation of DSD training schools organized by cost action BM1303 "DSDnet." *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13023-018-0967-3>
- Bertelloni, S., & Mul, D. (2008). Treatment of central precocious puberty by GnRH analogs: Long-term outcome in men. *Asian Journal of Andrology*, 10(4), 525-534. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7262.2008.00409.x>
- Bertelloni, S., Baroncelli, G. I., Ferdeghini, M., Menchini-Fabris, F., & Saggese, G. (2000). Final height, gonadal function and bone mineral density of adolescent males with central precocious puberty after therapy with gonadotropin-releasing hormone analogues. *European Journal of Pediatrics*, 159(5), 369-374. <https://doi.org/10.1007/s004310051289>
- Bertin, C., Abbas, R., Andrieu, V., Michard, F., Rioux, C., Descamps, V., & Bouscarat, F. (2019). Illicit massive silicone injections always induce chronic and definitive silicone blood diffusion with dermatologic complications. *Medicine*, 98(4), e14143. <http://doi.org/10.1097/MD.00000000000014143>
- Bertrand, B., Perchenet, A. S., Colson, T. R., Draï, D., & Casanova, D. (2017). Female-to-male transgender chest reconstruction: A retrospective study of patient satisfaction. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 62(4), 303-307. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2017.05.005>
- Bhattacharya, S., & Ghosh, D. (2020). Studying physical and mental health status among hijra, kothi and transgender community in Kolkata, India. *Social Science and Medicine*, 265, 113412. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113412>
- Biedermann, S. V., Asmuth, J., Schröder, J., Briken, P., Auer, M. K., & Fuss, J. (2021). Childhood adversities are common among trans people and associated with adult depression and suicidality. *Journal of Psychiatric Research*, 141, 318-324. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.07.016>
- Bienz, M., & Saad, F. (2015). Androgen-deprivation therapy and bone loss in prostate cancer patients: A clinical review. *BoneKey Reports*, 4, 716. <https://doi.org/10.1038/bonekey.2015.85>
- Bisbey, T. M., Reyes, D. L., Traylor, A. M., & Salas, E. (2019). Teams of psychologists helping teams: The evolution of the science of team training. *American*

- Psychologist*, 74(3), 278–289.
<https://doi.org/10.1037/amp0000419>
- Bishop, A. (2019). *Harmful treatment: the global reach of so-called conversion therapy*. Outright Action International.
https://outrightinternational.org/sites/default/files/ExecSumm_SinglePagesRandL.pdf
- Biskey, E. R., Johnson, J. A., Harrison, C., Marron, J. M., Abecassis, L., Scobie-Carroll, A., Willard, J., Diamond, D. A., Taghinia, A. H., & Ganor, O. (2019). Ethical issues considered when establishing a pediatrics gender surgery center. *Pediatrics*, 143(6), e20183053.
<https://doi.org/10.1542/peds.2018-3053>
- Bisson, J. R., Chan, K. J., & Safer, J. D. (2018). Prolactin levels do not rise among transgender women treated with estradiol and spironolactone. *Endocrine Practice*, 24(7), 646–651. <https://doi.org/10.4158/EP-2018-0101>
- Bizic, M. R., Jeftovic, M., Pusica, S., Stojanovic, B., Duisin, D., Vujovic, S., Rakic, V., & Djordjevic, M. L. (2018). Gender Dysphoria: Bioethical aspects of medical treatment. *Biomed Research International*, 2018, 9652305. <https://doi.org/10.1155/2018/9652305>
- Blackless, M., Charuvastra, A., Derrryck, A., Fausto-Sterling, A., Lauzanne, K., & Lee, E. (2000). How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. *American Journal of Human Biology*, 12(2), 151. [https://doi.org/3.3.co:2-6">10.1002/\(sici\)1520-6300\(200003/04\)12:2<151::aid-ajhb1>3.3.co:2-6](https://doi.org/3.3.co:2-6)
- Blecher, G. A., Christopher, N., & Ralph, D. J. (2019). Prosthetic placement after phalloplasty. *Urologic Clinics of North America*, 46(4), 591–603. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2019.07.013>
- Block, C. (2017). Making a case for transmasculine voice and communication training. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 2(3), 33–41. <https://doi.org/10.1044/persp2.SIG3.33>
- Blondeel, K., de Vasconcelos, S., García-Moreno, C., Stephenson, R., Temmerman, M., & Toskin, I. (2018). Violence motivated by perception of sexual orientation and gender identity: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(1), 29–41L. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.197251>
- Bloom, T. M., Nguyen, T. P., Lami, F., Pace, C. C., Poulakis, Z., Telfer, M., Taylor, A., Pang, K. C., & Tollit, M. A. (2021). Measurement tools for gender identity, gender expression, and gender dysphoria in transgender and gender-diverse children and adolescents: A systematic review. *The Lancet Child & Adolescent Health*. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(21\)00098-5](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(21)00098-5)
- Blosnich, J. R., Brown, G. R., Shipherd, J. C., Kauth, M., Piegari, R. I., & Bossarte, R. M. (2013). Prevalence of gender identity disorder and suicide risk among transgender veterans utilizing veterans health administration care. *American Journal of Public Health*, 103(10), e27–e32. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301507>
- Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health*, 103(5), 943–951. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301241>
- Bockting, W., & Coleman, E. (2016). *Developmental stages of the transgender coming-out process: Toward an integrated identity*. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Coleman (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 137–158). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Boedecker, A. L. (2011). *The transgender guidebook : keys to a successful transition*. Boedecker.
- Bonnington, A., Dianat, S., Kerns, J., Hastings, J., Hawkins, M., De Haan, G., & Obedin-Maliver, J. (2020). Society of family planning clinical recommendations: Contraceptive counseling for transgender and gender diverse people who were female sex assigned at birth. *Contraception*, 102(2), 70–82. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.04.001>
- Borgström, B., Fridström, M., Gustafsson, B., Ljungman, P., & Rodriguez-Wallberg, K. A. (2020). A prospective study on the long-term outcome of prepubertal and pubertal boys undergoing testicular biopsy for fertility preservation prior to hematologic stem cell transplantation. *Pediatric Blood Cancer*, 67(9), e28507. <https://doi.org/10.1002/pbc.28507>
- Boskey, E. R., Taghinia, A. H., & Ganor, O. (2019). Association of surgical risk with exogenous hormone use in transgender patients: A systematic review. *JAMA Surgery*, 154(2), 159–169. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2018.4598>
- Boskey, E., Taghinia, A., & Ganor, O. (2018). Public accommodation laws and gender panic in clinical settings. *AMA Journal of Ethics*, 20(11), 1067–1074. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2018.1067>
- Bouman, M. B., van der Sluis, W. B., van Woudenberg Hamstra, L. E., Buncamper, M. E., Kreukels, B. P. C., Meijerink, W., & Mullender, M. G. (2016). Patient-reported esthetic and functional outcomes of primary total laparoscopic intestinal vaginoplasty in transgender women with penoscrotal hypoplasia. *Journal of Sexual Medicine*, 13(9), 1438–1444. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.06.009>
- Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J. R., Millet, N., Fernandez-Aranda, F., & Arcelus, J. (2017). Transgender and anxiety: A comparative study between transgender people and the general population. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 16–26. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1258352>
- Bouman, W. P., Davey, A., Meyer, C., Witcomb, G. L., & Arcelus, J. (2016). Predictors of psychological well-being among treatment seeking transgender individuals. *Sexual and Relationship Therapy*, 31(3), 359–375. <https://doi.org/10.1080/14681994.2016.1184754>
- Bouman, W. P., Richards, C., Addinall, R. M., Arango de Montis, I., Duisin, D., Estiva, I., Fisher, A., Harte, F., Houry, B., Lu, Z., Marais, A., Mattila, A., Nayarana, R. D., Nieder, T.O., Robles-Garcia, R., Roque Guerra, A., Tereshkevich, D., T'Sjoen, G., & Wilson, D. (2014). Yes and yes again: Are standards of care which require two signatures for genital reconstructive surgery ethical? *Sex and Relationship Therapy*, 29 (4), 377–389. <https://doi.org/10.1080/14681994.2014.954993>

- Bouman, W. P., Schwend, A. S., Motmans, J., Smiley, A., Safer, J. D., Deutsch, M. B., Adams, N. J., & Winter, S. (2017). Language and trans health. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 1-6. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1262127>
- Bowling, J., Baldwin, A., & Schnarrs, P. W. (2019). Influences of health care access on resilience building among transgender and gender non-binary individuals. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 205-217. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1595807>
- Boyd, J. (2019). *Aging in place, caregiving, and long-term care for transgender adults*. In C. Hardacker, K. Ducheny, & M. Houlber (Eds), *Transgender and Gender Nonconforming Health and Aging* (pp. 175-190). Springer
- Bradford, J., Reisner, S. L., Honnold, J. A., & Xavier, J. (2013). Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: Results from the Virginia Transgender Health Initiative Study. *American Journal of Public Health*, 103 (10), 1820-1829. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300796>
- Bradford, N. J., Rider, G. N., Catalpa, J. M., Morrow, Q. J., Berg, D. R., Spencer, K. G., & McGuire, J. K. (2018). Creating gender: A thematic analysis of genderqueer narratives. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 155-168. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1474516>
- Brain, C. E., Creighton, S. M., Mushtaq, I., Carmichael, P. A., Barnicoat, A., Honour, J. W., Larcher, V., & Achermann, J. C. (2010). Holistic management of DSD. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 24(2), 335-354. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2010.01.006>
- Brandt, J. S., Patel, A. J., Marshall, I., & Bachmann, G. A. (2019). Transgender men, pregnancy, and the "new" advanced paternal age: A review of the literature. *Maturitas*, 128, 17-21. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.07.004>
- Branski, R. C., Verdolini, K., Sandulache, V., Rosen, C. A., & Hebda, P. A. (2006). Vocal fold wound healing: A review for clinicians. *Journal of Voice*, 20(3), 432-442. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2005.08.005>
- Bränström, R., & Pachankis, J. E. (2021). Country-level structural stigma, identity concealment, and day-to-day discrimination as determinants of transgender people's life satisfaction. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(9), 1537-1545. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02036-6>
- Bränström, R., Stormbom, I., Bergendal, M., & Pachankis, J. (2022). Transgender-based disparities in suicidality: A population-based study of key predictions from four theoretical models. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 52, 401-412. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/sltb.12830>
- Braun, H., Nash, R., Tangpricha, V., Brockman, J., Ward, K., & Goodman, M. (2017). Cancer in transgender people: Evidence and methodological considerations. *Epidemiologic Reviews*, 39(1), 93-107. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxw003>
- Braun, H., Zhang, Q., Getahun, D., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Goodman, M., & Yeung, H. (2021). Moderate-to-severe acne and mental health symptoms in transmasculine persons who have received testosterone. *JAMA Dermatology*, 157(3), 344-346. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2020.5353>
- Brennan, A. M., Barnsteiner, J., Siantz, M. L., Cotter, V. T., & Everett, J. (2012). Lesbian, gay, bisexual, transgendered, or intersexed content for nursing curricula. *Journal of Professional Nursing*, 28(2), 96-104. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2011.11.004>
- Brett, M. A., Roberts, L. F., Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2007). Eunuchs in contemporary society: Expectations, consequences, and adjustments to castration (Part II). *The Journal of Sexual Medicine*, 4(4), 946-955. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00522.x>
- Brik, T., Vrouenraets, L., de Vries, M. C., & Hannema, S. E. (2020). Trajectories of adolescents treated with gonadotropin-releasing hormone analogues for gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 49(7), 2611-2618. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01660-8>
- Brik, T., Vrouenraets, L., Schagen, S. E. E., Meissner, A., de Vries, M. C., & Hannema, S. E. (2019). Use of fertility preservation among a cohort of transgirls in the Netherlands. *Journal of Adolescent Health*, 64(5), 589-593. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.11.008>
- Brömdal, A., Clark, K. A., Hughto, J., Debattista, J., Phillips, T. M., Mullens, A. B., Gow, J., & Daken, K. (2019). Whole-incarceration-setting approaches to supporting and upholding the rights and health of incarcerated transgender people. *The International Journal of Transgenderism*, 20(4), 341-350. <https://doi-org.gate.lib.buffalo.edu/10.1080/15532739.2019.1651684>
- Bronfenbrenner, U. (1979). Contexts of child rearing: Problems and prospects. *American Psychologist*, 34(10), 844-850. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.34.10.844>
- Brown, A., Lourenco, A. P., Niell, B. L., Cronin, B., Dibble, E. H., DiNome, M. L., Goel, M. S., Hansen, J., Heller, S. L., Jochelson, M. S., Karrington, B., Klein, K. A., Mehta, T. S., Newell, M. S., Schechter, L., Stuckey, A. R., Swain, M. E., Tseng, J., Tusciano, D. S., & Moy, L. (2021). ACR appropriateness criteria® transgender breast cancer screening. *Journal of the American College of Radiology*, 18(11s), S502-s515. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2021.09.005>
- Brown, E. & Mar, K. (2018). Culturally responsive practice with children of color. In: *The Gender Affirmative Model: An Interdisciplinary Approach to Supporting Transgender and Gender Expansive Children*. Keo-Meier, C. and Ehrensaft, D., (Eds). American Psychological Association
- Brown, G. R. (2009). Recommended revisions to the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care section on medical care for incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 133-139. <https://doi.org/10.1080/15532730903008073>
- Brown, G. R. (2010). Autocastration and Autopenectomy as Surgical Self-Treatment in Incarcerated Persons with Gender Identity Disorder. *International Journal of Transgenderism*, 12(1), 31-39. <https://doi.org/10.1080/15532731003688970>

- Brown, G. R. (2014). Qualitative analysis of transgender inmates' correspondence: Implications for departments of correction. *Journal of Correctional Health Care*, 20(4), 334–342.
<https://doi.org.gate.lib.buffalo.edu/10.1177/1078345814541533>
- Brown, G. R., & Jones, K. T. (2014). Incidence of breast cancer in a cohort of 5,135 transgender veterans. *Breast Cancer Research and Treatment*, 149(1), 191–198.
<https://doi.org/10.1007/s10549-014-3213-2>
- Brown, G. R., & Jones, K. T. (2015). Health correlates of criminal justice involvement in 4,793 transgender veterans. *LGBT Health*, 2(4), 297–305.
<https://doi-org.gate.lib.buffalo.edu/10.1089/lgbt.2015.0052>
- Brown, G. R., & Jones, K. T. (2016). Mental health and medical health disparities in 5135 transgender veterans receiving healthcare in the veterans health administration: A case-control study. *LGBT Health*, 3(2), p. 122–131.
<https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0058>
- Brown, G. R., & McDuffie, E. (2009). Health care policies addressing transgender inmates in prison systems in the United States. *Journal of Correctional Health Care*, 15(4), 280–291.
<https://doi.org/10.1177/1078345809340423>
- Brown, M., Perry, A., Cheesman, A. D., & Pring, T. (2000). Notes and discussion. Pitch change in male-to-female-transsexuals: Has phonosurgery a role to play? *International Journal of Language & Communication Disorders*, 35(1), 129–136.
<https://doi.org/10.1080/136828200247296>
- Brown, S. K., Chang, J., Hu, S., Sivakumar, G., Sataluri, M., Goldberg, L., Courey, M. S. (2021). Addition of Wendler glottoplasty to voice therapy improves trans female voice outcomes. *Laryngoscope*, 131(7), 1588–1593.
<https://doi.org/10.1002/lary.29050>
- Brumbaugh-Johnson, S. M., & Hull, K. E. (2019). Coming out as transgender: Navigating the social implications of a transgender identity. *Journal of Homosexuality*, 66(8), p. 1148–1177. <https://doi.org/1080/00918369.2018.1493253>
- Bryant, L., Damarin, A. K., & Marshall, Z. (2014). Tobacco control recommendations identified by LGBT Atlantans in a community-based research project. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*, 8(3), 259–260.
<https://doi.org/10.1353/cpr.2014.0041>
- Bryson, C., & Honig, S. C. (2019). Genitourinary complications of gender-affirming surgery. *Current Urology Reports*, 20(6).
<https://doi.org/10.1007/s11934-019-0894-4>
- Buchting, F. O., Emory, K. T., Kim, Y., Fagan, P., Vera, L. E., & Emery, S. (2017). Transgender use of cigarettes, cigars, and e-cigarettes in a national study. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(1), e1–e7.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.11.022>
- Buckley, D. P., Dahl, K. L., Cler, G. J., & Stepp, C. E. (2020). Transmasculine voice modification: A case study. *Journal of Voice*, 34(6), 903–910.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2019.05.003>
- Budge, S. L. (2013). Interpersonal psychotherapy with transgender clients. *Psychotherapy*, 50(3), 356–359.
<https://doi.org/10.1037/a0032194>
- Budge, S. L. (2015). Psychotherapists as gatekeepers: An evidence-based case study highlighting the role and process of letter writing for transgender clients. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 52(3), 287–297 <https://doi.org/10.1037/pst0000034>
- Budge, S.L., Adelson, J. L., & Howard, K. A. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of Consult Clinical Psychology*, 81(3), 545–557.
<https://doi.org/10.1037/a0031774>
- Budge, S. L., Katz-Wise, S. L., Tebbe, E. N., Howard, K. A. S., Schneider, C. L., & Rodriguez, A. (2012). Transgender emotional and coping processes: Facilitative and avoidant coping throughout gender transitioning. *The Counseling Psychologist*, 41(4), 601–647.
<https://doi.org/10.1177/0011000011432753>
- Budge, S. L., Sinnard, M. T., & Hoyt, W. T. (2021). Longitudinal effects of psychotherapy with transgender and nonbinary clients: A randomized controlled pilot trial. *Psychotherapy* (Chic.), 58(1), 1–11.
<https://doi.org/10.1037/pst0000310>
- Bultynck, C., Cosyns, M., T'Sjoen, G., Van Borsel, J., & Bonte, K. (2020). Thyroplasty type III to lower the vocal pitch in trans men. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 164(1), 157–159.
<https://doi.org/10.1177/0194599820937675>
- Bultynck, C., Pas, C., Defreyne, J., Cosyns, M., den Heijer, M., & T'Sjoen, G. (2017). Self perception of voice in transgender persons during cross-sex hormone therapy. *The Laryngoscope*, 127(12), 2796–2804.
<https://doi.org/10.1002/lary.26716>
- Buncamper, M. E., Honselaar, J. S., Bouman, M. B., Özer, M., Kreukels, B. P., & Mullender, M. G. (2015). Aesthetic and functional outcomes of neovaginoplasty using penile skin in male-to-female transsexuals. *Journal of Sexual Medicine*, 12(7), 1626–1634.
<https://doi.org/10.1111/jsm.12914>
- Buncamper, M. E., van der Sluis, W. B., de Vries, M., Witte, B. I., Bouman, M. B., & Mullender, M. G. (2017). Penile inversion vaginoplasty with or without additional full-thickness skin graft: To graft or not to graft? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 139(3), 649e–656e.
<https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000003108>
- Buncamper, M. E., van der Sluis, W. B., van der Pas, R. S. D., Özer, M., Smit, J. M., Witte, B. I., Bouman, M. B., & Mullender, M. G. (2016). Surgical outcome after penile inversion vaginoplasty: A retrospective study of 475 transgender women. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 138(5), 999–1007.
<https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000002684>
- Bunger, S. L., de Vries, A. L. C., Popma, A., & Steensma, T. D. (2020). Sexual experiences of young transgender persons during and after gender-affirmative treatment. *Pediatrics*, 146(6), e20191411.
<https://doi.org/10.1542/peds.2019-1411>
- Bureau of Justice Assistance, United States. (2017). *Prison Rape Elimination Act of 2003*. U.S. G.P.O..

- <https://www.prearesourcecenter.org/about/prison-rape-elimination-act>.
- Burgwal, A., Gvianishvili, N., Hård, V., Kata, J., Nieto, I. G., Orre, C., Smiley, A., Vidić, J., & Motmans, J. (2019). Health disparities between binary and non-binary trans people: a community-driven survey. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3). <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1629370>
- Burgwal, A., Gvianishvili, N., Hård, V., Kata, J., Nieto, I. G., Orre, C., Smiley, A., Vidić, J., & Motmans, J. (2021). The impact of training in transgender care on healthcare providers competence and confidence: A cross-sectional survey. *Healthcare*, 9(8), 967. <https://www.mdpi.com/2227-9032/9/8/967>
- Burgwal, A., & Motmans, J. (2021). Trans and gender diverse people's experiences and evaluations with general and trans-specific healthcare services: A cross-sectional survey. *International Journal of Impotence Research*, 33, 679-686. <https://doi.org/10.1038/s41443-021-00432-9>
- Burnes, T. R., Dexter, M. M., Richmond, K., Singh, A. A., & Cherrington, A. (2016). The experiences of transgender survivors of trauma who undergo social and medical transition. *Traumatology*, 22(1), 75-84. <https://doi.org/10.1037/trm0000064>
- Bustos, S. S., Bustos, V. P., Mascaro, A., Ciudad, P., Forte, A. J., Del Corral, G., & Manrique, O. J. (2021). Complications and patient-reported outcomes in transfemale vaginoplasty: An updated systematic review and meta-analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open*, 9(3), e3510. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000003510>
- Butler, J. (1993). *Bodies that matter: On the discursive limits of "sex"*. Routledge.
- Butler, J., Anstrom, K. J., Felker, G. M., Givertz, M. M., Kalogeropoulos, A. P., Konstam, M. A., Mann, D. L., Margulies, K. B., McNulty, S. E., Mentz, R. J., Redfield, M. M., Tang, W. H. W., Whellan, D. J., Shah, M., Desvigne-Nickens, P., Hernandez, A. F., & Braunwald, E. (2017). Efficacy and safety of spironolactone in acute heart failure. *JAMA Cardiology*, 2(9), 950. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2017.2198>
- Byne, W., Bradley, S. J., Coleman, E., Eyler, A. E., Green, R., Menvielle, E. J., Meyer-Bahlburg, F. L., Pleak, R. R., & Tompkins, D. A. (2012). Report of the American Psychiatric Association task force on treatment of gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 41(4), 759-796. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-9975-x>
- Byne, W., Karasic, D. H., Coleman, E., Eyler, A. E., Kidd, J. D., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pleak, R. R., & Pula, J. (2018). Gender dysphoria in adults: An overview and primer for psychiatrists. *Transgender Health*, 3(1), 57-70. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0053>
- Caceres, B. A., Streed, C. G Jr., Corliss, H. L., Lloyd-Jones, D. M., Matthews, P. A., Mukherjee, M., Poteat, T., Rosendale, N., Ross, L. M., & American Heart Association Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Hypertension; Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Peripheral Vascular Disease; and Stroke Council (2020). Assessing and addressing cardiovascular health in LGBTQ adults: A scientific statement *The American Heart Association. Circulation*, 142(19), e321–e332. <https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1161/CIR.0000000000000914>
- Cai, X., Hughto, J. M., Reisner, S. L., Pachankis, J. E., & Levy, B. R. (2019). Benefit of gender-affirming medical treatment for transgender elders: Later-life alignment of mind and body. *LGBT Health*, 6(1), 34-39. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0262>
- Calcedo-Barba, A., Fructuoso, A., Martinez-Raga, J., Paz, S., Sánchez de Carmona, M., & Vicens, E. (2020). A meta-review of literature reviews assessing the capacity of patients with severe mental disorders to make decisions about their healthcare. *BMC Psychiatry*, 20(1), 339. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02756-0>
- Callander, D., Wiggins, J., Rosenberg, S., Cornelisse, V. J., Duck-Chong, E., Holt, M., Pony, M., Vlahakis, E., MacGibbon, J., & Cook, T. (2019). *The 2018 Australian trans and gender diverse sexual health survey: report of findings*. The Kirby Institute, University of New South Wales. https://genderrights.org.au/wp-content/uploads/2020/03/ATGDSexualHealthSurveyReport_v7.pdf
- Callen-Lorde. (2014) Protocols for the Provision of Hormone Therapy. <http://callen-lorde.org/graphics/2018/05/Callen-Lorde-TGNC-Hormone-Therapy-Protocols-2018.pdf>
- Callen Lorde. (2020a). *Safer Binding* http://callen-lorde.org/graphics/2018/09/Safer-Binding_2018_FINAL.pdf
- Callen Lorde. (2020b). *Safer Tucking*: http://callen-lorde.org/graphics/2018/09/HOTT-Safer-Tucking_Final.pdf
- Callens, N., Kreukels, B. P. C., & van de Grift, T. C. (2021). Young voices: Sexual health and transition care needs in adolescents with intersex/differences of sex development - A pilot study. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 34(2), 176-189.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpjg.2020.11.001>
- Callens, N., Van Kuyk, M., van Kuppenveld, J. H., Drop, S. L. S., Cohen-Kettenis, P. T., & Dessens, A. B. (2016). Recalled and current gender role behavior, gender identity and sexual orientation in adults with disorders/differences of sex development. *Hormones and Behavior*, 86, 8–20. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2016.08.008>
- Campbell-Hall, V., Peterson, I., Bhana, A., Mjadu, S., Hosegood, V., & Flisher, A. J. (2010). Collaboration between traditional practitioners and primary health care staff in South Africa: Developing a workable partnership for community mental health services. *Transcultural Psychiatry*, 47(4), 610–628. <https://doi.org/10.1177/1363461510383459>
- Canner, J. K., Harfouch, O., Kodadek, L. M., Pelaez, D., Coon, D., Offodile, A. C., 2nd, Haider, A. H., & Lau, B. D. (2018). Temporal trends in gender-affirming surgery among transgender patients in the United States. *JAMA Surgery*, 153(7), 609-616. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.6231>
- Canonica, M., Oger, E., Plu-Bureau, G., Conard, J., Meyer, G., Lévesque, H., & Scarabin, P. Y. (2007). Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women: Impact of the route of estrogen

- administration and progestogens: the ESTHER study. *Circulation*, 115(7), 840-845. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.642280>
- Capitán, L., Gutierrez Santamaria, J., Simon, D., Coon, D., Bailon, C., Bellinga, R. J., Tenorio, T., & Capitán-Canadas, F. (2020). Facial gender confirmation surgery: A protocol for diagnosis, surgical planning, and postoperative management. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 145(4), 818e-828e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000006686>
- Capitán, L., Simon, D., Kaye, K., & Tenorio, T. (2014). Facial feminization surgery: The forehead. Surgical techniques and analysis of results. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 134(4), 609-619. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000000545>
- Capitán, L., Simon, D., Meyer, T., Alcaide, A., Wells, A., Bailon, C., Bellinga, R. J., Tenorio, T., & Capitán-Canadas, F. (2017). Facial feminization surgery: Simultaneous hair transplant during forehead reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 139(3), 573-584. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000003149>
- Cardoso da Silva, D. C., Schwarz, K., Fontanari, A. M., Costa, A. B., Massuda, R., Henriques, A. A., Salvador, J., Silveira, E., Rosito, T. E., & Rodrigues Lobato, M. I. (2016). WHOQOL-100 before and after sex reassignment surgery in Brazilian male-to-female transsexual individuals. *Journal of Sexual Medicine*, 13(6), 988-993. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.03.37>
- Carel, J. C., Eugster, E. A., Rogol, A., Ghizzoni, L., & Palmert, M. R. (2009). Consensus statement on the use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children. *Pediatrics*, 123(4), e752-e762. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1783>
- CARES Foundation. (2020). Statement on Surgery. <https://www.caresfoundation.org/treatment/surgery.pdf>
- Carew, L., Dacakis, G., & Oates, J. (2007). The effectiveness of oral resonance therapy on the perception of femininity of voice in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 21(5), 591-603. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.05.005>
- Carmichael, P., Butler, G., Masic, U., Cole, T. J., De Stavola, B. L., Davidson, S., Skageberg, E. M., Khadr, S., & Viner, R. M. (2021). Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK. *PLoS One*, 16(2), e0243894. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243894>
- Carpenter, M. (2018). Intersex variations, human rights, and the International Classification of Diseases. *Health and Human Rights Journal*, 20(2), 205-214.
- Carpenter, M. (2021). Intersex human rights, sexual orientation, gender identity, sex characteristics and the Yogyakarta Principles plus 10. *Culture, Health & Sexuality*, 23(4), 516-532. <https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1781262>
- Carpenter, C. S., Eppink, S. T., & Gonzales, G. (2020). Transgender status, gender identity, and socioeconomic outcomes in the United States. *ILR Review*, 73(3), 573-599. <https://doi.org/10.1177/0019793920902776>
- Carpenter, W. T., Gold, J. M., Lahti, A.C., Queern, C. A., Conley, R. R., Bartko, J. J., Kovnik, J., & Applebaum, P. S. (2000). Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. *Archives of General Psychiatry*, 57(6), 533-538. <https://doi.org/10.1001/pubs.Arch Gen Psychiatry-ISSN-0003-990x-57-6-yoa9156>
- Carroll, L., Graff, C., Wicks, M., & Diaz Thomas, A. (2020). Living with an invisible illness: A qualitative study exploring the lived experiences of female children with congenital adrenal hyperplasia. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 29(3), 673-681. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02350-2>
- Carswell, J. M., & Roberts, A. L. (2017). Induction and maintenance of amenorrhea in transmasculine and nonbinary adolescents. *Transgender Health*, 2, 195-201. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0021>
- Carter, H. B., Albertsen, P. C., Barry, M. J., Etzioni, R., Freedland, S. J., Greene, K. L., Holmberg, L., Kantoff, P., Konety, B. R., Murad, M. H., Penson, D. F., & Zietman, A. L. (2013). Early detection of prostate cancer: AUA Guideline. *Journal of Urology*, 190(2), 419-426. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2013.04.119>
- Cartwright, C., Hughes, M., & Lienert, T. (2012). End-of-life care for gay, lesbian, bisexual and transgender people. *Culture, Health & Sexuality*, 14(5), 537-548. <https://doi-org.gate.lib.buffalo.edu/10.1080/13691058.2012.673639>
- Casado, J. C., Rodríguez-Parra, M. J., & Adrián, J. A. (2017). Voice feminization in male-to-female transgendered clients after Wendler's glottoplasty with vs. without voice therapy support. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 274(4), 2049-2058. <https://doi.org/10.1007/s00405-016-4420-8>
- Castellano, E., Crespi, C., Dell'Aquila, C., Rosato, R., Catalano, C., Mineccia, V., Motta, G., Botto, E., & Manieri, C. (2015). Quality of life and hormones after sex reassignment surgery. *Journal of Endocrinological Investigation*, 38(12), 1373-1381. <https://doi.org/10.1007/s40618-015-0398-0>
- Catelan, R. F., Costa, A. B., & Lisboa, C. S. M. (2017). Psychological interventions for transgender persons: A scoping review. *International Journal of Sexual Health*, 29(4), 325-337. <https://doi.org/10.1080/19317611.2017.1360432>
- Cauffman, E., & Steinberg, L. (2000). (Im)maturity of judgment in adolescence: Why adolescents may be less culpable than adults. *Behavioral Sciences & the Law*, 18(6), 741-760. <https://doi.org/10.1002/bsl.416>
- Cavanaugh, T., Hopwood, R., & Lambert, C. (2016). Informed consent in the medical care of transgender and gender-nonconforming patients. *AMA Journal of Ethics*, 18(11), 1147-1155. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2016.18.11.sect1-1611>
- Celentano, D. D., & Szklo, M. (2019). *Gordis Epidemiology*. Elsevier, Inc.
- Census Organization of India. (2015). Population Census 2011. <https://www.census2011.co.in>
- Center of Excellence for Transgender Health. (2016). *Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of*

- Transgender and Gender Nonbinary People, 2nd edition*. Center of Excellence for Transgender Health, UCSF. <https://transcare.ucsf.edu/guidelines>.
- Centers for Disease Control. (2020). Transforming Health: Patient-Centered HIV Prevention and Care: <https://www.cdc.gov/hiv/clinicians/transforming-health/health-care-providers/sexual-history.html>.
- Centers for Disease Control. (2021). Preexposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection in the United States – 2021 Update Clinical Practice Guideline. <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk/prep/cdc-hiv-prep-guidelines-2021.pdf>
- Centers for Medicare and Medicaid Services. (2010). *Toolkit Part 11: Guidelines for Translation*. <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/WrittenMaterialsToolkit/ToolkitPart11>
- Chadwick, S. B., Francisco, M., van Anders, S. M., (2019). When orgasms do not equal pleasure: Accounts of “bad” orgasm experiences during consensual sexual encounters. *Archives of Sexual Behavior*, 48, 2435–2459. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01527-7>
- Chan, K. J., Liang J. J., Jolly, D., Weinand, J. D., & Safer J. D. (2018). Exogenous testosterone does not induce or exacerbate the metabolic features associated with PCOS among transgender men. *Endocrine Practice* 24(6), 565–572. <https://doi.org/10.4158/EP-2017-0247>.
- Chang, J., Brown, S. K., Hu, S., Sivakumar, G., Sataluri, M., Goldberg, L., Courey, M. S. (2021). Effect of Wendler glottoplasty on acoustic measures of voice. *Laryngoscope*. 131(3), 583–586. <https://doi.org/10.1002/lary.28764>
- Chantrapanichkul, P., Stevenson, M. O., Suppakitjanusant, P., Goodman, M., & Tangpricha, V. (2021). Serum hormone concentrations in transgender individuals receiving gender-affirming hormone therapy: A longitudinal retrospective cohort Study. *Endocrine Practice*, 27(1), 27–33. <https://doi.org/10.4158/EP-2020-0414>
- Charter, R. (2018). The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia. *International Journal of Transgenderism*, 19(1), 64–77. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1399496>
- Chase, C. (2003). What is the agenda of the intersex patient advocacy movement? *The Endocrinologist*, 13(3), 240–242. <https://doi.org/10.1097/01.ten.0000081687.21823.d4>
- Chen, D., Abrams, M., Clark, L., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Chan, Y.-M., Garofalo, R., Olson-Kennedy, J., Rosenthal, S. M., & Hidalgo, M. A. (2021). Psychosocial characteristics of transgender youth seeking gender-affirming medical treatment: Baseline findings from the trans youth care study. *Journal of Adolescent Health*, 68(6), 1104–1111. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.033>
- Chen, D., Hidalgo, M. A., Leibowitz, S., Leininger, J., Simons, L., Finlayson, C., & Garofalo, R. (2016). Multidisciplinary care for gender-diverse youth: A narrative review and unique model of gender-affirming care. *Transgender Health*, 1(1), 117–123. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0009>
- Chen, D., Kyweluk, M. A., Sajwani, A., Gordon, E. J., Johnson, E. K., Finlayson, C. A., & Woodruff, T. K. (2019). Factors affecting fertility decision-making among transgender adolescents and young adults. *LGBT Health*, 6(3), 107–115. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0250>
- Chen, D., Matson, M., Macapagal, K., Johnson, E. K., Rosoklija, I., Finlayson, C., Fisher, C. B., & Mustanski, B. (2018). Attitudes toward fertility and reproductive health among transgender and gender-nonconforming adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 63(1), 62–68. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.11.306>
- Chen, D., Simons, L., Johnson, E. K., Lockart, B. A., & Finlayson, C. (2017). Fertility preservation for transgender adolescents. *Journal of Adolescent Health* 61(1), 120–123. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.01.022>
- Chen, D., Strang, J. F., Kolbuck, V. D., Rosenthal, S. M., Wallen, K., Waber, D. P., Steinberg, L., Sisk, C. L., Ross, J., Paus, T., Mueller, S. C., McCarthy, M. M., Micevych, P. E., Martin, C. L., Kreukels, B. P. C., Kenworthy, L., Herting, M. M., Herlitz, A., Haraldsen, I. R. J. H., & Dahl, R. (2020). Consensus parameter: Research methodologies to evaluate neurodevelopmental effects of pubertal suppression in transgender youth. *Transgender Health*, 5(4), 246–257. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0006>
- Chen, M., Fuqua, J., & Eugster, E. A. (2016). Characteristics of referrals for gender dysphoria over a 13-year period. *Journal of Adolescent Health*, 58(3), 369–371. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.11.010>
- Chen, S., & Loshak, H. (2020). *Primary Care Initiated Gender-Affirming Therapy for Gender Dysphoria: A Review of Evidence Based Guidelines: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563451/>
- Cheng, P. J., Pastuszak, A. W., Myers, J. B., Goodwin, I. A., & Hotaling, J. M. (2019). Fertility concerns of the transgender patient. *Translational Andrology and Urology*, 8(3), 209–218. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.05.09>
- Cheung, A.S., Wynne, K., Erasmus, J., Murray, S., & Zajac, J.D. (2019). Position statement on the hormonal management of adult transgender and gender diverse individuals. *Medical Journal of Australia*. 211(3):127–33. <https://doi.org/10.5694/mja2.50259>
- Chew, D., Anderson, J., Williams, K., May, T., & Pang, K. (2018). Hormonal treatment in young people with gender dysphoria: A systematic review. *Pediatrics*, 141(4), e20173742. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3742>
- Chew, D., Tollit, M.A., Poulakis, Z., Zwickl, S., Cheung, A.S., & Pang, K.C. (2020). Youths with a non-binary gender identity: A review of their sociodemographic and clinical profile. *Lancet Child Adolescent Health* 4, 322–330. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30403-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30403-1)
- Chiland, C., Clouet, A. M., Golse, B., Guinot, M., & Wolf, J. P. (2013). A new type of family: Transmen as fathers thanks to donor sperm insemination. A 12-year follow-up exploratory study of their children. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 61(6), 365–370. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.07.001>

- Chiniara, L. N., Viner, C., Palmert, M., & Bonifacio, H. (2019). Perspectives on fertility preservation and parenthood among transgender youth and their parents. *Archives of Disease in Childhood*, 104(8), 739-744. <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2018-316080>
- Chinn, P. (2013). Commentary lesbian, gay, bisexual and transgender health: Disparities we can change. *Nurse Educator*, 38(3), 94-95. <https://doi.org/10.1097/NNE.0b013e31828dc235>
- Chipkin, S. R., & Kim, F. (2017). Ten most important things to know about caring for transgender patients. *American Journal of Medicine*, 130(11), 1238-1245. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.06.019>
- Chisolm-Straker, M., Willging, C., Daul, A. D., McNamara, S., Sante, S. C., Shattuck, D. G., & Crandall, C. S. (2018). Transgender and gender-nonconforming patients in the emergency department: What physicians know, think, and do. *Annals of Emergency Medicine*, 71(2), 183-188. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.09.042>
- Chlebowski, R. T., Anderson, G. L., Aragaki, A. K., Manson, J. E., Stefanick, M. L., Pan, K., Barrington, W., Kuller, L. H., Simon, M. S., Lane, D., Johnson, K. C., Rohan, T. E., Gass, M., Cauley, J. A., Paskett, E. D., Sattari, M., & Prentice, R. L. (2020). Association of Menopausal Hormone Therapy With Breast Cancer Incidence and Mortality During Long-term Follow-up of the Women's Health Initiative Randomized Clinical Trials. *JAMA*, 324(4), 369-380. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.9482>
- Chrisler, J. C., Gorman, J. A., Manion, J., Murgu, M., Barney, A., Adams-Clark, A., Newton, J. R., & McGrath, M. (2016). Queer periods: Attitudes toward and experiences with menstruation in the masculine of centre and transgender community. *Culture, Health & Sexuality*, 18(11), 1238-1250. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1182645>
- Chumakov, E. M., Ashenbrenner, Y. V., Petrova, N. N., Zastrozhin, M. S., Azarova, L. A., & Limankin, O. V. (2021). Anxiety and depression among transgender people: Findings from a cross-sectional online survey in Russia. *LGBT Health*, 8(6), 412-419. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0464>
- Cipres, D., Seidman, D., Cloniger, C., 3rd, Nova, C., O'Shea, A., & Obedin-Maliver, J. (2017). Contraceptive use and pregnancy intentions among transgender men presenting to a clinic for sex workers and their families in San Francisco. *Contraception*, 95(2), 186-189. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.09.005>
- Cirincione, L. R., Senneker, T., Scarsi, K. K., & Tseng, A. (2020). Drug interactions with gender-affirming hormone therapy: Focus on antiretrovirals and direct acting antivirals. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*, 16(7), 565-581. <https://doi.org/10.1080/17425255.2020.1777278>
- Claes, K. E. Y., D'Arpa, S., & Monstrey, S. J. (2018). Chest surgery for transgender and gender nonconforming individuals. *Clinics in Plastic Surgery*, 45(3), 369-380. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.010>
- Claes, L., Bouman, W. P., Witcomb, G., Thurston, M., & Arcelus, J. (2015). Non-suicidal self-injury in transsexualism: Associations with psychological symptoms, victimization, interpersonal functioning and perceived social support. *Journal of Sexual Medicine*, 12(1), 168-79. <https://doi.org/10.1111/jsm.12711>
- Clark, B. A., Marshall, S. K., & Saewyc, E. M. (2020). Hormone therapy decision-making processes: Transgender youth and parents. *Journal of Adolescence*, 79, 136-147. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.12.016>
- Clark, B.A., Veale, J. F., Townsend, M., Frohard-Dourlent, H., & Saewyc, E. (2018). Non-binary youth: Access to gender-affirming primary health care. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 158-169. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1394954>
- Clark, K. A., White Hughto, J. M., & Pachankis, J. E. (2017). "What's the right thing to do?" Correctional healthcare providers' knowledge, attitudes and experiences caring for transgender inmates. *Social Science & Medicine* (1982), 193, 80-89. <https://doi-org.gate.lib.buffalo.edu/10.1016/j.socscimed.2017.09.052>
- Clark, T. C., Lucassen, M. F., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., & Rossen, F. V. (2014). The health and well-being of transgender high school students: Results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 93-99. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008>
- Clements-Nolle, K., Guzman, R., & Harris, S. G. (2008). Sex trade in a male-to-female transgender population: Psychosocial correlates of inconsistent condom use. *Sexual Health*, 5(1), 49-54. <https://doi.org/10.1071/SH07045>
- Cocchetti, C., Ristori, J., Mazzoli, F., Prunas, A., Bertelloni, S., Magini, A., Vignozzi, L., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2020). 5 α -Reductase-2 deficiency: Is gender assignment recommended in infancy? Two case-reports and review of the literature. *Journal of Endocrinological Investigation*, 43(8), 1131-1136. <https://doi.org/10.1007/s40618-020-01193-w>
- Cocchetti, C., Ristori, J., Romani, A., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2020). Hormonal treatment strategies tailored to non-binary transgender individuals. *Journal of Clinical Medicine*, 9(6), 1609. <https://doi.org/10.3390/jcm9061609>
- Cohanzad, S. (2016). Extensive metoidioplasty as a technique capable of creating a compatible analogue to a natural penis in female transsexuals. *Aesthetics in Plastic Surgery*, 40(1), 130-138. <https://doi.org/10.1007/s00266-015-0607-4>
- Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender change in 46,XY persons with 5 α -reductase-2 deficiency and 17 β -hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 399-410. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-4339-4>
- Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(1), 41-53. <https://doi.org/10.1023/a:1021769215342>
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2009). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*,

- 39(2), 499–513.
<https://doi.org/10.1007/s10508-009-9562-y>
- Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(2), 263–271.
<https://doi.org/10.1097/00004583-199702000-00017>
- Colebunders, B., Brondeel, S., D'Arpa, S., Hoebeke, P., & Monstrey, S. (2017). An update on the surgical treatment for transgender patients. *Sexual Medicine Reviews*, 5(1), 103–109. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.08.001>
- Colebunders, B., T'Sjoen, G., Weyers, S., & Monstrey, S. (2014). Hormonal and surgical treatment in trans-women with BRCA1 mutations: A controversial topic. *Journal of Sexual Medicine*, 11(10), 2496–2499.
<https://doi.org/10.1111/jsm.12628>
- Coleman, E., Allen, M. P., & Ford, J. V. (2018). Gender variance and sexual orientation among male spirit mediums in Myanmar. *Archives of Sexual Behavior*, 47(4), 987–998.
<https://doi.org/10.1007/s10508-018-1172-0>
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., Lev, A. I., Mayer, G., Meyer-Bahlburg, H., Hall, B. P., Pfäefflin, F., Rachlin, K., Robinson, B., Schechter, L. S., Tangpricha, V., van Trotsenburg, M., Vitale, A., Winter, S., Whittle, S., Wylie, K. R., & Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165–232.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>
- Colizzi, M., Costa, R., Pace, V., & Todarello, O. (2013). Hormonal treatment reduces psychobiological distress in gender identity disorder, independently of the attachment style. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(12), 3049–3058. <https://doi.org/10.1111/jsm.12155>
- Colizzi, M., Costa, R., & Todarello, O. (2014). Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: Results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology*, 39, 65–73. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.09.029>
- Colizzi, M., Costa, R., & Todarello, O. (2015). Dissociative symptoms in individuals with gender dysphoria: Is the elevated prevalence real? *Psychiatry Research*, 226(1), 173–180. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.045>
- Collin, L., Reisner, S. L., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2016). Prevalence of transgender depends on the “case” definition: A systematic review. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 613–626.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.02.001>
- Colton Meier, S. L., Fitzgerald, K. M., Pardo, S. T., & Babcock, J. (2011). The effects of hormonal gender affirmation treatment on mental health in female-to-male transsexuals. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 15(3), 281–299.
<https://doi.org/10.1080/19359705.2011.581195>
- Colvin, C. J., Fairall, L., Lewin, S., Georgeu, D., Zwarenstein, M., Bachmann, M., Uebel, K. E., & Bateman, E. D. (2010). Expanding access to ART in South Africa: The role of nurse-initiated treatment Lessons from the STRETCH trial in the Free State. *South African Medical Journal*, 100(4), 210.
<https://doi.org/10.1186/1478-4491-7-75>
- Comite, F., Cutler, G. B., Jr., Rivier, J., Vale, W. W., Loriaux, D. L., & Crowley, W. F., Jr. (1981). Short-term treatment of idiopathic precocious puberty with a long-acting analogue of luteinizing hormone-releasing hormone. A preliminary report. *New England Journal of Medicine*, 305(26), 1546–1550.
<https://doi.org/10.1056/nejm198112243052602>
- Comparison of State Correctional Policies in the United States. *Sexuality Research and Social Policy*, 16(4), 393–407.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s13178-018-0354-9>
- Conlin, S. E., Douglass, R. P., Larson-Konar, D. M., Gluck, M. S., Fiume, C., & Heesacker, M. (2019). Exploring nonbinary gender identities: A qualitative content analysis. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 13(2), 114–133. <https://doi.org/10.1080/15538605.2019.1597818>
- Connelly, P. J., Clark, A., Touyz, R. M., & Delles, C. (2021). Transgender adults, gender-affirming hormone therapy and blood pressure: A systematic review. *Journal of Hypertension*, 39(2), 223–230.
<https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1097/HJH.0000000000002632>
- Connelly, P. J., Marie Freel, E., Perry, C., Ewan, J., Touyz, R. M., Currie, G., & Delles, C. (2019). Gender-affirming hormone therapy, vascular health and cardiovascular disease in transgender adults. *Hypertension*, 74(6), 1266–1274.
<https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.13080>
- Conron, K. J., Scott, G., Stowell, G. S., & Landers, S. J. (2012). Transgender health in Massachusetts: Results from a household probability sample of adults. *American Journal of Public Health*, 102(1), 118–122.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300315>
- Cook-Daniels, L. (2016). *Understanding Transgender Elders*. In D.A. Harley, & P.B. Tester, *Handbook of LGBT Elders* (pp. 285–308). Springer.
- Coolhart, D. (2018). Helping families move from distress to resilience. In C.E. Keo-Meier & D.E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association.
<https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Coolhart, D., Ritenour, K., & Grodzinski, A. (2017). Experiences of ambiguous loss for parents of transgender male youth: A phenomenological exploration. *Contemporary Family Therapy*, 40 (1), 28–41.
<https://doi.org/10.1007/s10591-017-9426-x>
- Coon, D., Tuffaha, S., Christensen, J., & Bonawitz, S. C. (2013). Plastic surgery and smoking: A prospective analysis of incidence, compliance, and complications. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 131(2), 385–391.
<https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e318277886a>
- Cornwall, A., & Jolly, S. (2006). Introduction: Sexuality matters. *IDS Bulletin*, 37(5), 1–11.
<https://doi.org/10.1111/j.1759-5436.2006.tb00295.x>

- Corrective Services New South Wales. (2015). "Section 7.23 Management of transgender and intersex inmates", Operations Procedures Manual, Sydney, NSW
- Costa, A. B., da Rosa Filho, H. T., Pase, P. F., Fontanari, A. M. V., Catelan, R. F., Mueller, A., Cardoso, D., Soll, B., Schwarz, K., Schneider, M. A., Gagliotti, D. A. M., Saadeh, A., Lobato, M. I. R., Nard, H. C., & Koller, S. H. (2018). Healthcare needs of and access barriers for Brazilian transgender and gender diverse people. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20(1), 115-123. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0527-7>
- Costa, L. B. F., Rosa-e-Silva, A. C. J. D. S., Medeiros, S. F. D., Nacul, A. P., Carvalho, B. R. D., Benetti-Pinto, C. L., Ylea, D. A., Maciel, Soares, J. M., & Maranhão, T. M. D. O. (2018). Recommendations for the use of testosterone in male transgender. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 40, 275-280. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1657788>
- Costa, R., Carmichael, P., & Colizzi, M. (2016). To treat or not to treat: Puberty suppression in childhood-onset gender dysphoria. *Nature Reviews. Urology*, 13(8), 456-462. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2016.128>
- Costa, R., Dunsford, M., Skagerberg, E., Holt, V., Carmichael, P., & Colizzi, M. (2015). Psychological support, puberty suppression, and psychosocial functioning in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(11), 2206-2214. <https://doi.org/10.1111/jsm.13034>
- Cosyns, M., Van Borsel, J., Wierckx, K., Dedeker, D., Van de Peer, F., Daelman, T., Laenen, S., & T'Sjoen, G. (2014). Voice in female-to-male transsexual persons after long-term androgen therapy. *The Laryngoscope*, 124(6), 1409-1414. <https://doi.org/10.1002/lary.24480>
- Craig, S.L., Austin, A., 2016. The AFFIRM open pilot feasibility study: A brief affirmative cognitive behavioral coping skills group intervention for sexual and gender minority youth. *Children and Youth Services Review* (64), 136-144. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.02.022>
- Craig, S. L., Austin, A., Rashidi, M., & Adams, M. (2017). Fighting for survival: The experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning students in religious colleges and universities. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 29(1), 1-24. <https://doi.org/10.1080/10538720.2016.1260512>
- Crerand, C. E., Kapa, H. M., Litteral, J. L., Nahata, L., Combs, B., Indyk, J. A., Jayanthi, V. R., Chan, Y. M., Tishelman, A. C., & Hansen-Moore, J. (2019). Parent perceptions of psychosocial care for children with differences of sex development. *Journal of Pediatric Urology*, 15(5), 522.e1-522.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2019.06.024>
- Crissman, H. P., Berger, M. B., Graham, L. F., & Dalton, V. K. (2017). Transgender demographics: A household probability sample of US adults, 2014. *American Journal of Public Health*, 107(2), 213-215. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303571>
- Crissman, H. P., Warner, L., Gardner, M., Carr, M., Schast, A., Quittner, A. L., Kogan, B., & Sandberg, D. E. (2011). Children with disorders of sex development: A qualitative study of early parental experience. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2011(1), 10. <https://doi.org/10.1186/1687-9856-2011-10>
- Crocetti, D., Monro, S., Vecchietti, V., & Yeadon-Lee, T. (2020). Towards an agency-based model of intersex, variations of sex characteristics (VSC) and DSD/dsd health. *Culture, Health & Sexuality*, 23(4), 500-515. <https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1825815>
- Crouch, N. S., & Creighton, S. M. (2014). Transition of care for adolescents with disorders of sex development. *Nature Reviews Endocrinology*, 10(7), 436-442. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2014.62>
- Cull, M. L., & Simmonds, M. (2010). Importance of support groups for intersex (disorders of sex development) patients, families and the medical profession. *Sexual Development*, 4(4-5), 310-312. <https://doi.org/10.1159/000313889>
- D'Angelo, R., Sylulnik, E., Ayad, S., Marchiano, L., Kenny, D. T., & Clarke, P. (2021). One size does not fit all: In support of psychotherapy for gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 50(1), 7-16. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01844-2>
- Dacakis, G. (2000). Long-term maintenance of fundamental frequency increases in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 14(4), 549-556. [https://doi.org/10.1016/s0892-1997\(00\)80010-7](https://doi.org/10.1016/s0892-1997(00)80010-7)
- Dahlen, S., Connolly, D., Arif, I., Junejo, M. H., Bewley, S., & Meads, C. (2021). International clinical practice guidelines for gender minority/trans people: Systematic review and quality assessment. *BMJ Open*, 11(4), e048943. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048943>
- Dalke, K. B., Baratz, A. B., & Greenberg, J. A. (2020). Protecting children with intersex traits: Legal, ethical, and human rights considerations. *The Plasticity of Sex*, 207-224. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-815968-2.00010-4>
- Damrose, E. J. (2008). Quantifying the impact of androgen therapy on the female larynx. *Auris, Nasus, Larynx*, 36(1), 110-112. <https://doi.org/10.1016/j.anl.2008.03.002>
- Danon, L. M., & Krämer, A. (2017). Between concealing and revealing intersexed bodies: Parental strategies. *Qualitative Health Research*, 27(10), 1562-1574. <https://doi.org/10.1177/1049732317697100>
- Darwin, H. (2020). Challenging the cisgender/transgender binary: Nonbinary people and the transgender label. *Gender & Society*, 34(3), 357-380. <https://doi.org/10.1177/0891243220912256>
- Davey, A., Arcelus, J., Meyer, C., & Bouman, W. P. (2016). Self-injury among trans individuals and matched controls: Prevalence and associated factors. *Health & Social Care in the Community*, 24(4), 485-494. <https://doi.org/10.1111/hsc.12239>
- Davey, A., Bouman, W.P., Arcelus, J., Meyer, C. (2014). Social support and psychological wellbeing: A comparison of patients with gender dysphoria and matched controls. *Journal of Sexual Medicine*, 11(12), 2976-2985. <https://doi.org/doi:10.1111/jsm.12681>
- Davey, A., Bouman, W. P., Meyer, C., & Arcelus, J. (2015). Interpersonal functioning among individuals with gender dysphoria. *Journal of Clinical Psychology*, 71(12), 1173-1185. <https://doi.org/10.1002/jclp.22209>

- Davies, S., Papp, V. G., & Antoni, C. (2015). Voice and communication change for gender nonconforming individuals: Giving voice to the person inside. *International Journal of Transgenderism*, 16(3), 117-159. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1075931>
- Davis, S. A., & Colton Meier, S. (2014). Effects of testosterone treatment and chest reconstruction surgery on mental health and sexuality in female-to-male transgender people. *International Journal of Sexual Health*, 26(2), 113-128. <https://doi.org/10.1080/19317611.2013.833152>
- Day, J. K., Perez-Brumer, A., & Russell, S. T. (2018). Safe schools? Transgender youth's school experiences and perceptions of school climate. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(8), 1731-1742. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0866-x>
- de Blok, C. J. M., Dijkman, B. A. M., Wiepjes, C. M., Staphorsius, A. S., Timmermans, F. W., Smit, J. M., Dreijerink, K. M. A., & den Heijer, M. (2021). Sustained breast development and breast anthropometric changes in 3 years of gender-affirming hormone treatment. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(2), e782-e790. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa841>
- de Blok, C. J. M., Klaver, M., Wiepjes, C. M., Nota, N. M., Heijboer, A. C., Fisher, A. D., Schreiner, T., T'Sjoen, G., & den Heijer, M. (2018). Breast development in transwomen after 1 year of cross-sex hormone therapy: Results of a prospective multicenter study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 103(2), 532-538. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01927>
- de Blok, C. J. M., Staphorsius, A. S., Wiepjes, C. M., Smit, J. M., Nanayakkara, P. W. B., & den Heijer, M. (2020). Frequency, determinants, and satisfaction of breast augmentation in trans women receiving hormone treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(2), 342-348. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.10.021>
- De Cuypere, G., & Vercruysse, H. (2009). Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 194-205. <https://doi.org/10.1080/15532730903383781>
- de Freitas, L. D., Leda-Rego, G., Bezerra-Filho, S., & Miranda-Scippa, A. (2020). Psychiatric disorders in individuals diagnosed with gender dysphoria: A systematic review. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 74(2), 99-104. <https://doi.org/10.1111/pcn.12947>
- de Graaf, N. M., Carmichael, P., Steensma, T. D., & Zucker, K. J. (2018). Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: Data from the Gender Identity Development Service in London (2000-2017). *The Journal of Sexual Medicine*, 15(10), 1381-1383. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.08.002>
- de Graaf, N. M., Giovanardi, G., Zitz, C., & Carmichael, P. (2018). Sex ratio in children and adolescents referred to the Gender Identity Development Service in the UK (2009-2016). *Archives of Sexual Behavior*, 47(5), 1301-1304. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1204-9>
- de Graaf, N. M., Steensma, T. D., Carmichael, P., VanderLaan, D. P., Aitken, M., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., Kreukels, B. P. C., Wasserman, L., Wood, H., & Zucker, K. J. (2020). Suicidality in clinic-referred transgender adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01663-9>
- De Los Reyes, A., Ohannessian, C. M., & Raczy, 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., Kosteljik, E. H., Soufan, A. T., Voorn-de Warem, I. A. C., den Heijer, M., Huirne, J., & van Mello, N. M. (2020). Impaired semen quality in trans women: Prevalence and determinants. *Human Reproduction*, 35(7), 1529-1536. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaa133>
- de Oliveira, L., Carvalho, J., Sarikaya, S., Urkmez, A., Salonia, A., Russo, G. I., & the, E. A. U. Y. A. U. M. s. H. W. g. (2021). Patterns of sexual behavior and psychological processes in asexual persons: A systematic review. *International Journal of Impotence Research*, 33(6), 641-651. <https://doi.org/10.1038/s41443-020-0336-3>
- de Roo, C., Lierman, S., Tilleman, K., Peynshaert, K., Braeckmans, K., Caanen, M., Lambalk, C. B., Weyers, S., T'Sjoen, G., Cornelissen, R., & De Sutter, P. (2017). Ovarian tissue cryopreservation in female-to-male transgender people: Insights into ovarian histology and physiology after prolonged androgen treatment. *Reproductive Biomedicine Online*, 34(6), 557-566. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2017.03.008>
- de Roo, C., Tilleman, K., T'Sjoen, G., & De Sutter, P. (2016). Fertility options in transgender people. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 112-119. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1084275>
- De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*, 6(3), 3-97. <https://doi.org/2003-08360-002>
- de Vries, A. L. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 301-320. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653300>
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Disorders of sex development and gender identity outcome in adolescence and adulthood: Understanding gender identity development and its clinical implications. *Pediatric Endocrinology Reviews*, 4(4), 343-351.
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(11), 1195-1202. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x>
- de Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C. F., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, 134(4), 696-704. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958>
- de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism Spectrum Disorders in gender dysphoric children

- and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(8), 930–936. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0935-9>
- de Vries, A. L. C., Richards, C., Tishelman, A. C., Motmans, J., Hannema, S. E., Green, J., & Rosenthal, S. M. (2021). Bell v Tavistock and Portman NHS Foundation Trust [2020] EWHC 3274: Weighing current knowledge and uncertainties in decisions about gender-related treatment for transgender adolescents. *International Journal of Transgender Health*, 22(3), 1–8. <https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1904330>
- de Vries, A. L. C., Roehle, R., Marshall, L., Frisén, L., van de Grift, T. C., Kreukels, B. P. C., Bouvattier, C., Köhler, B., Thyen, U., Nordenström, A., Rapp, M., & Cohen-Kettenis, P. T. (2019). Mental health of a large group of adults with disorders of sex development in six European countries. *Psychosomatic Medicine*, 81(7), 629–640. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000718>
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., VanderLaan, D. P., & Zucker, K. J. (2015). Poor peer relations predict parent- and self-reported behavioral and emotional problems of adolescents with gender dysphoria: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(6), 579–588. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0764-7>
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(8), 2276–2283. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x>
- de Vries, E., Kathard, H., & Müller, A. (2020). Debate: Why should gender-affirming health care be included in health science curricula? *BMC Medical Education*, 20(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-1963-6>
- Deebel, N. A., Morin, J. P., Autorino, R., Vince, R., Grob, B., & Hampton, L. J. (2017). Prostate cancer in transgender women: Incidence, etiopathogenesis, and management challenges. *Urology*, 110, 166–171. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2017.08.032>
- Defreyne, J., Elaut, E., Kreukels, B., Fisher, A. D., Castellini, G., Staphorsius, A., & T'Sjoen, G. (2020). Sexual desire changes in transgender individuals upon initiation of hormone treatment: Results from the longitudinal European Network for the Investigation of Gender Incongruence. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(4), 812–825. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.12.020>
- Defreyne, J., Motmans, J., & T'Sjoen, G. (2017). Healthcare costs and quality of life outcomes following gender affirming surgery in trans men: A review. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 17(6), 543–556. <https://doi.org/10.1080/14737167.2017.1388164>
- Defreyne, J., Nota, N., Pereira, C., Schreiner, T., Fisher, A. D., den Heijer, M., & T'Sjoen, G. (2017). Transient elevated serum prolactin in trans women is caused by Cyproterone Acetate treatment. *LGBT Health*, 4(5), 328–336. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0190>
- Defreyne, J., Van de Bruaene, L. D., Rietzschel, E., Van Schuylenbergh, J., & T'Sjoen, G. G. (2019). Effects of gender-affirming hormones on lipid, metabolic, and cardiac surrogate blood markers in transgender persons. *Clinical Chemistry*, 65(1), 119–134. <https://doi.org/10.1373/clinchem.2018.288241>
- Defreyne, J., Van Schuylenbergh, J., Motmans, J., Tilleman, K. L., & T'Sjoen, G. G. (2020). Parental desire and fertility preservation in assigned female at birth transgender people living in Belgium. *Fertility and Sterility*, 113(1), 149–157. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.09.002>
- Defreyne, J., Vantomme, B., Van Caenegem, E., Wierckx, K., De Blok, C. J. M., Klaver, M., & T'Sjoen, G. (2018). Prospective evaluation of hematocrit in gender-affirming hormone treatment: Results from European Network for the Investigation of Gender Incongruence. *Andrology*, 6(3), 446–454. <https://doi.org/10.1111/andr.12485>
- Dekker, M. J., Wierckx, K., Van Caenegem, E., Klaver, M., Kreukels, B. P., Elaut, E., & T'Sjoen, G. (2016). A European Network for the Investigation of Gender Incongruence: Endocrine part. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(6), 994–999. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.03.371>
- del Río-González, A. M., Zea, M. C., Flórez-Donado, J., Torres-Salazar, P., Abello-Luque, D., García-Montaño, E. A., García-Roncillo, P. A., & Meyer, I. H. (2021). Sexual orientation and gender identity change efforts and suicide morbidity among sexual and gender minority adults in Colombia. *LGBT health*, 8(7), 463–472. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0490>
- Delemarre-van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155(suppl. 1), S131–S137. <https://doi.org/10.1530/eje.1.02231>
- Delimata, N., Simmonds, M., O'Brien, M., Davis, G., Auchus, R., & Lin-Su, K. (2018). Evaluating the term 'disorders of sex development': A multidisciplinary debate. *Social Medicine*, 12(1):98–107.
- Delozier, A. M., Kamody, R. C., Rodgers, S., & Chen, D. (2020). Health disparities in transgender and gender expansive adolescents: A topical review from a minority stress framework. *Journal of Pediatric Psychology*, 45(8), 842–847. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa040>
- Demeestere, I., Simon, P., Dedeken, L., Moffa, F., Tsépididis, S., Brachet, C., Delbaery, A., Devreker, A. F., & Ferster, A. (2015). Live birth after autograft of ovarian tissue cryopreserved during childhood. *Human Reproduction*, 30(9), 2107–2109. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev128>
- Denby, K. J., Cho, L., Toljan, K., Patil, M., & Ferrando, C. A. (2021). Assessment of cardiovascular risk in transgender patients presenting for gender-affirming care. *The American Journal of Medicine*, 134(8), 1002–1008. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2021.02.031>
- Department of Health and Human Services. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. (2019) *Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV. Transgender People and HIV*. <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-arv/transgender-people-hiv>
- Dessens, A. B., Slijper, F. M. E., & Drop, S. L. S. (2005). Gender dysphoria and gender change in chromosomal

- females with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 389–397. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-4338-5>
- Deuster, D., Di Vincenzo, K., Szukaj, M., Am Zehnhoff-Dinnesen, A., & Dobel, C. (2016). Change of speech fundamental frequency explains the satisfaction with voice in response to testosterone therapy in female-to-male gender dysphoric individuals. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 273(8), 2127–2131. <https://doi.org/10.1007/s00405-016-4043-0>
- Deuster, D., Matulat, P., Knief, A., Zitzmann, M., Rosslau, K., Szukaj, M., Dinnesen, A., & Schmidt, C. M. (2016). Voice deepening under testosterone treatment in female-to-male gender dysphoric individuals. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 273(4), 959–965. <https://doi.org/10.1007/s00405-015-3846-8>
- Deutsch, M. B. (2011). Use of the informed consent model in the provision of cross-sex hormone therapy: A survey of the practices of selected clinics. *International Journal of Transgenderism*, 13, 140–146. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.675233>
- Deutsch, M. B. (2016a). *Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people* (2nd ed.). San Francisco, CA: University of California, San Francisco, Department of Family and Community Medicine Center of Excellence for Transgender Health. <https://transcare.ucsf.edu/guidelines>
- Deutsch, M. B. (2016b). Gender-affirming surgeries in the era of insurance coverage: developing a framework for psychosocial support and care navigation in the perioperative period. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 27(2), 386–391. <https://doi.org/10.1353/hpu.2016.0092>
- Deutsch, M. B., Bhakri, K., & Kubicek, K. (2015). Effects of cross-sex hormone treatment on transgender women and men. *Obstetric Gynecology*, 125(3), 605–610. <https://doi.org/10.1097/0>
- Deutsch, M. B., Glidden, D. V., Sevelius, J., Keatley, J., McMahan, V., & Guanira, J. (2015). HIV pre-exposure prophylaxis in transgender women: A subgroup analysis of the iPrEx trial. *The Lancet HIV*, 2(12), e512–e9. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(15\)00206-4](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(15)00206-4)
- Devor, A. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model of transsexual identity formation. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 8(1), 41–67. <https://doi.org/10.1080/19359705.2004.9962366>
- DeVita, T., Bishop, C., & Plankey, M. (2018). Queering medical education: systematically assessing LGBTQI health competency and implementing reform. *Medical Education Online*, 23(1), 1510703. <https://doi.org/10.1080/10872981.2018.1510703>
- Dharma, C., Scheim, A. I., & Bauer, G. R. (2019). Exploratory factor analysis of two sexual health scales for transgender people: Trans-specific condom/barrier negotiation self-efficacy (T-barrier) and trans-specific sexual body image worries (T-worries). *Archives of Sexual Behavior*, 48(5), 1563–1572. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1383-4>
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PloS One*, 6(2), e16885. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>
- Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G., & Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 44–57. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115753>
- Dick, B., & Ferguson, B. J. (2015). Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade. *Journal of Adolescent Health*, 56(1), 3–6. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.260>
- Dierckx, M., Mortelmans, D., & Motmans, J. (2019). Role ambiguity and role conflict among partners of trans people. *Journal of Family Issues*, 40(1), 85–110. <https://doi.org/10.1177/0192513x18800362>
- Din-Dzietham, R., Nembhard, W. N., Collins, R., & Davis, S. K. (2004). Perceived stress following race-based discrimination at work is associated with hypertension in African-Americans. The metro Atlanta heart disease study, 1999–2001. *Social Science & Medicine*, 58(3), 449–461. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(03\)00211-9](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(03)00211-9)
- Dizon, D. S., Tejada-Berges, T., Koelliker, S., Steinhoff, M., & Granai, C. O. (2006). Ovarian cancer associated with testosterone supplementation in a female-to-male transsexual patient. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 62(4), 226–228. <https://doi.org/10.1159/000094097>
- Djordjevic, M. L., Majstorovic, M., Stanojevic, D., Bizic, M., Ducic, S., Kojovic, V., & Perovic, S. (2008). One-stage repair of severe hypospadias using combined buccal mucosa graft and longitudinal dorsal skin flap. *European Journal of Pediatric Surgery*, 18(6), 427–430. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1038929>
- Do, T. T., Nguyen, T. V. A., Vu, X. T., & Nguyen, T. P. T. (2018). Seeking healthcare as a transgender woman in Vietnam: Access barriers and the situation of hormone use. *Regional Journal of Southeast Asian Studies*, 3, 2, 30–58. <http://www.rjsas.org/journalview/5>
- Do, T. T., & Van Nguyen, A. T. (2020). ‘They know better than we doctors do’: providers’ preparedness for transgender healthcare in Vietnam. *Health Sociology Review*, 29(1), 92–107. <https://doi.org/10.1080/14461242.2020.1715814>
- Donaldson, M. S., Yordy, K. D., Lohr, K. N., & Vanselow, N.A. (1996). *Institute of Medicine (US) Committee on the Future of Primary Care; Primary care: America's health in a new era*. National Academies Press (US).
- Donnez, J., & Dolmans, M. M. (2015). Ovarian cortex transplantation: 60 reported live births brings the success and worldwide expansion of the technique towards routine clinical practice. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 32(8), 1167–1170. <https://doi.org/10.1007/s10815-015-0544-9>
- Downing, J. M., & Przedworski, J. M. (2018). Health of transgender adults in the U.S., 2014–2016. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(3), 336–344. <https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1016/j.amepr.2018.04.045>
- Dragon, C. N., Guerino, P., Ewald, E., & Laffan, A. M. (2017). Transgender Medicare beneficiaries and chronic

- conditions: Exploring fee-for-service claims data. *LGBT Health*, 4(6), 404-411. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0208>
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. T., & Reed, G. M. (2016). Gender incongruence of childhood in the ICD-11: Controversies, proposal, and rationale. *The Lancet. Psychiatry*, 3(3), 297-304. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00586-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00586-6)
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 24(6), 568-577. <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.741575>
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44(1), 34-45. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.34>
- DSD-TRN – Differences or Disorders of Sex Development Translational Research Network. (n.d.). <http://dsdtrn.org/>
- Du Bois, S. N., Yoder, W., Guy, A. A., Manser, K., & Ramos, S. (2018). Examining associations between state-level transgender policies and transgender health. *Transgender Health*, 3(1), 220-224. <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0031>
- Dubin, S. N., Nolan, I. T., Streed, C. G. Jr., Greene, R. E., Radix, A. E., & Morrison, S. D. (2018). Transgender health care: improving medical students' and residents' training and awareness. *Advances in Medical Education and Practice*, 9, 377-91. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S147183>
- Dubin, S., Lane, M., Morrison, S., Radix, A., Belkind, U., Vercler, C., & Inwards-Breland, D. (2020). Medically assisted gender affirmation: When children and parents disagree. *Journal of Medical Ethics*, 46(5), 295-299. <https://doi.org/10.1136/medethics-2019-105567>
- Duby, Z., Hartmann, M., Mahaka, I., Munaiwa, O., Nabukeera, J., Vilakazi, N., Mthembu, F., Colvin, C. J., Mensch, B., & van der Straten, A. (2015). Lost in Translation: Language, terminology, and understanding of penile-anal intercourse in an HIV prevention trial in South Africa, Uganda, and Zimbabwe. *The Journal of Sex Research*, 53(9), 1096-1106. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1069784>
- Duranteau, L., Rapp, M., van de Grift, T. C., Hirschberg, A. L., & Nordenskjöld, A. (2021). Participant- and clinician-reported long-term outcomes after surgery in individuals with complete androgen insensitivity syndrome. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 34(2), 168-175. <https://doi.org/10.1016/j.jpbg.2020.11.012>
- Durwood, L., Eisner, L., Fladeboe, K., Ji, C. G., Barney, S., McLaughlin, K. A., & Olson, K. R. (2021). Social support and internalizing psychopathology in transgender youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(5), 841-854. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01391-y>
- Durwood, L., Kuvalanka, K.A., Kahn-Samuelson, S., Jordan, A.E., Rubin, J.D., Schnelzer, P., Devor, A.H., & Olson, K.R. (2022). Retransitioning: The experiences of youth who socially transition genders more than once. *International Journal of Transgender Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2085224>
- Durwood, L., McLaughlin, K. A., & Olson, K. R. (2017). Mental health and self-worth in socially transitioned transgender youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(2), 116-123. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.10.016>
- Dy, G. W., Granieri, M. A., Fu, B. C., Vanni, A. J., Voelzke, B., Rourke, K. F., Elliott, S. P., Nikolavsky, D., & Zhao, L. C. (2019). Presenting complications to a reconstructive urologist after masculinizing genital reconstructive surgery. *Urology*, 132, 202-206. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2019.04.051>
- Dyer, C. (2020). Children are “highly unlikely” to be able to consent to taking puberty blockers, rules High Court. *BMJ*, m4699. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4699>
- Eckstrand, K. L., Potter, J., McCauley, E., & Brinkley-Rubinstein, L. (2017). *Institutionalization and Incarceration of LGBT Individuals*. In K.L. Eckstrand, & J. Potter (Eds.). *Trauma, Resilience, and Health Promotion in LGBT Patients What Every Healthcare Provider Should Know* (pp. 149-165). Springer International Publishing.
- Ediati A., Juniarto, A. Z., Birnie, E., Okkerse, J., Wisniewski, A., Drop, S., Dessens, A. (2017). Ediati, A., Juniarto, A. Z., Birnie, E., Okkerse, J., Wisniewski, A., Drop, S., Faradz, S. M. H., & Dessens, A. (2017). Social stigmatisation in late identified patients with disorders of sex development in Indonesia. *BMJ Paediatrics Open*, 1(1), e000130. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2017-000130>
- Edmiston, E. K., Donald, C. A., Sattler, A. R., Peebles, J. K., Ehrenfeld, J. M., & Eckstrand, K. L. (2016). Opportunities and gaps in primary care preventative health services for transgender patients: a systematic review. *Transgender Health*, 1(1), 216-230. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0019>
- Edmo v. Idaho Department of Corrections, Corizon, Inc. et al.; case number 1:17-cv-151-BLW, 2020.
- Edwards-Leeper, L., Feldman, H.A., Lash, B.R., Shumer, D.E., & Tishelman, A.C. (2017). Psychological profile of the first sample of transgender youth presenting for medical intervention in a U.S. pediatric gender center. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(3), 374-382.
- Edwards-Leeper, L., Leibowitz, S., & Sangganjanavanich, V. F. (2016). Affirmative practice with transgender and gender nonconforming youth: Expanding the model. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(2), 165-172. <https://doi.org/10.1037/sgd0000167>
- Edwards-Leeper, L., & Spack, N. P. (2012). Psychological evaluation and medical treatment of transgender youth in an interdisciplinary “Gender Management Service” (GeMS) in a major pediatric center. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 321-336. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653302>
- Efstathiou, E., Davis, J. W., Pisters, L., Li, W., Wen, S., McMullin, R. P., Gormley, M., Ricci, D., Titus, M., Hoang, A., Zurita, A. J., Tran, N., Peng, W., Kheoh, T., Molina, A., Troncoso, P., & Logothetis, C. J. (2019). Clinical and biological characterisation of localised high-risk prostate cancer: Results of a randomised preoperative study of a luteinising hormone-releasing

- hormone agonist with or without abiraterone acetate plus prednisone. *European Urology*, 76(4), 418–424. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2019.05.010>
- Eftekhar Ardebili, M., Janani, L., Khazaei, Z., Moradi, Y., & Baradaran, H. R. (2020). Quality of life in people with transsexuality after surgery: A systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18, 264. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01510-0>
- Ehrensaft, D. (2016). *The Gender Creative Child: Pathways for Nurturing and Supporting Children who Live Outside Gender Boxes*. The Experiment
- Ehrensaft, D. (2018). Exploring gender expansive expressions. In Keo-Meier, C. and Ehrensaft, D. (Eds). *The Gender Affirmative Model: An Interdisciplinary Approach to Supporting Transgender and Gender Expansive Children*. American Psychological Association.
- Ehrensaft, D., Giammattei, S. V., Storek, K., Tishelman, A. C., & Keo-Meier, C. (2018). Prepubertal social gender transitions: What we know; what we can learn - A view from a gender affirmative lens. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 251–268. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1414649>
- Eisenberg, M. E., Gower, A. L., McMorris, B. J., Rider, G. N., Shea, G., & Coleman, E. (2017). Risk and protective factors in the lives of transgender/gender nonconforming adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 61(4), 521–526. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.04.014>
- Eisenberg, M. E., McMorris, B. J., Rider, G. N., Gower, A. L., & Coleman, E. (2020). "It's kind of hard to go to the doctor's office if you're hated there." A call for gender-affirming care from transgender and gender diverse adolescents in the United States. *Health & Social Care in the Community*, 28(3), 1082–1089. <https://doi.org/10.1111/hsc.12941>
- Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Murad, M. H., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Effect of sex steroid use on cardiovascular risk in transsexual individuals: A systematic review and meta-analyses. *Clinical Endocrinology*, 72(1), 1–10. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03632.x>
- El-Hadi, H., Stone, J., Temple-Oberle, C., & Harrop, A. R. (2018). Gender-affirming surgery for transgender individuals: Perceived satisfaction and barriers to care. *Plastic Surgery*, 26(4), 263–268. <https://doi.org/10.1177/2292550318767437>
- Eliason, M. J., Dibble, S., & DeJoseph, J. (2010). Nursing's silence on lesbian, gay, bisexual, and transgender issues: The need for emancipatory efforts. *Advances in Nursing Science*, 33(3), 206–218. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181e63e49>
- Ellens, R. E. H., Bakula, D. M., Mullins, A. J., Scott Reyes, K. J., Austin, P., Baskin, L., Bernabé, K., Cheng, E. Y., Fried, A., Frimberger, D., Galan, D., Gonzalez, L., Greenfield, S., Kolon, T., Kropp, B., Lakshmanan, Y., Meyer, S., Meyer, T., Mullins, L. L., & Nokoff, N. J. (2017). Psychological adjustment of parents of children born with atypical genitalia 1 Year after genitoplasty. *Journal of Urology*, 198(4), 914–920. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.05.035>
- Ellis, S. A., Wojnar, D. M., & Pettinato, M. (2015). Conception, pregnancy, and birth experiences of male and gender variant gestational parents: It's how we could have a family. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 60(1), 62–69. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12213>
- Ellis, S. J., Wakefield, C. E., McLoone, J. K., Robertson, E. G., & Cohn, R. J. (2016). Fertility concerns among child and adolescent cancer survivors and their parents: A qualitative analysis. *Journal of Psychosocial Oncology*, 34(5), 347–362. <https://doi.org/10.1080/07347332.2016.1196806>
- Embaye, N. (2006). Affirmative psychotherapy with bisexual transgender people. *Journal of Bisexuality*, 6(1-2), 51–63. https://doi.org/10.1300/J159v06n01_04
- Emmer, P., Lowe, A., & Marshall, R. B. (2011). *This is a Prison, Glitter is Not Allowed: Experiences of Trans and Gender Variant People in Pennsylvania's Prison Systems: A Report by The Hearts on a Wire Collective*. Hearts On A Wire Collective.
- Endocrine Society, Pediatric Endocrine Society (2020). *Position Statement: Transgender Health*. Endocrine Society.
- Ernst, M. E., Sandberg, D. E., Keegan, C., Quint, E. H., Lossie, A. C., & Yashar, B. M. (2016). The lived experience of MRKH: Sharing health information with peers. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(2), 154–158. <https://doi.org/10.1016/j.jpap.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., & Berli, J. (2019). What is "nonbinary" and what do I need to know? A primer for surgeons providing chest surgery for transgender patients. *Aesthetic Surgery Journal*, 39(5), NP106–NP112. <https://doi.org/10.1093/asj/sjy166>
- Esteva de Antonio, I., Gómez-Gil, E., & GIDSEEN Group (2013). Coordination of healthcare for transsexual persons: A multidisciplinary approach. *Current Opinions Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 20(6), 585–591. <https://doi.org/10.1097/01.med.0000436182.42966.31>
- Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2015). Access to fertility services by transgender persons: an Ethics Committee opinion. *Fertility and Sterility*, 104(5), 1111–1115. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.08.021>
- Ettner, R. (2013). Care of the elderly transgender patient. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 20(6), 580–584. <https://doi.org/10.1097/01.med.0000436183.34931.a5>
- Ettner, R., & Wylie, K. (2013). Psychological and social adjustment in older transsexual people. *Maturitas*, 74(3), 226–229. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.11.011>
- Ettner, R., Monstrey, S., & Coleman, E. (2016). *Theories of the Etiology of Transgender Identity*. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Coleman (Eds.). *Principles of*

- Transgender Medicine and Surgery* (pp. 17-29). Routledge.
- European Medicines Agency. (2020). *Restrictions in use of cyproterone due to meningioma risk*. https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/cyproterone-article-31-referral-restrictions-use-cyproterone-due-meningioma-risk_en-0.pdf
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2020). *EU-LGBTI II: A long way to go for LGBTI equality*. Publications Office of the European Union.
- Evans, S., Crawley, J., Kane, D., & Edmunds, K. (2021). The process of transitioning for the transgender individual and the nursing imperative: A narrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 77(12), 4646-4660. <https://doi.org/10.1111/jan.14943>.
- Ewald, E. R., Guerino, P., Dragon, C., Laffan, A. M., Goldstein, Z., & Streed, C. (2019). Identifying Medicare beneficiaries accessing transgender-related care in the era of ICD-10. *LGBT Health*, 6(4), 166-173. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0175>
- Expósito-Campos, P. (2021). A typology of gender detransition and its implications for healthcare providers. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47(3), 270-280. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1869126>
- Eyssel, J., Koehler, A., Dekker, A., Sehner, S., & Nieder, T. O. (2017). Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey. *PloS One*, 12(8), e0183014. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183014>
- Fabre, V. D., & Gaveras, E. (2020). The manifestation of multilevel stigma in the lived experiences of transgender and gender nonconforming older adults. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(3), 350. <https://doi.org/10.1037/ort0000440>
- Fakin, R. M., Zimmermann, S., Kaye, K., Lunger, L., Weinforth, G., & Giovanoli, P. (2019). Long-term outcomes in breast augmentation in trans-women: A 20-year experience. *Aesthetic Surgery Journal*, 39(4), 381-390. <https://doi.org/10.1093/asj/sjy143>
- Falcone, M., Garaffa, G., Gillo, A., Dente, D., Christopher, A. N., & Ralph, D. J. (2018). Outcomes of inflatable penile prosthesis insertion in 247 patients completing female to male gender reassignment surgery. *BJU International*, 121(1), 139-144. <https://doi.org/10.1111/bju.14027>
- Fast, A. A., & Olson, K. R. (2017). Gender development in transgender preschool children. *Child Development*, 89(2), 620-637. <https://doi.org/10.1111/cdev.12758>
- Fayne, R. A., Perper, M., Eber, A. E., Aldahan, A. S., & Nouri, K. (2018). Laser and light treatments for hair reduction in Fitzpatrick skin types IV-VI: A comprehensive review of the literature. *American Journal of Clinical Dermatology*, 19(2), 237-252. <https://doi.org/10.1007/s40257-017-0316-7>
- Fedele, D. A., Kirk, K., Wolfe-Christensen, C., Phillips, T. M., Mazur, T., Mullins, L. L., Chernausk, S. D., & Wisniewski, A. B. (2010). Primary caregivers of children affected by disorders of sex development: Mental health and caregiver characteristics in the context of genital ambiguity and genitoplasty. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2010, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2010/690674>
- Federal Bureau of Prisons. (2016). *Transgender Clinical Care*. https://www.bop.gov/resources/pdfs/trans_guide_dec_2016.pdf
- Feinberg, L. (1996). *Transgender Warriors; Making History from Joan of Arc to Marsha P. Johnson and Beyond*. Beacon Press.
- Feldman, J., Brown, G. R., Deutsch, M. B., Hembree, W., Meyer, W., Meyer-Bahlburg, H. F., Tangpricha, V., T'Sjoen, G., & Safer, J. D. (2016). Priorities for transgender medical and healthcare research. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes, and Obesity*, 23(2), 180-187. <https://doi.org/10.1097/MED.000000000000231>
- Ferguson, H. J., Brunsdon, V. E. A. & Bradford, E. E. F. (2021). The developmental trajectories of executive function from adolescence to old age. *Science Reports*, 11, 1382. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-80866-1>
- Fernandez, A. A., França, K., Chacon, A. H., & Nouri, K. (2013). From flint razors to lasers: A timeline of hair removal methods. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 12(2), 153-162. <https://doi.org/10.1111/jocd.12021>
- Ferrando, C. A. (2020). Adverse events associated with gender affirming vaginoplasty surgery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(2), 267.e1-267.e6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.033>
- Fiani, C. N., & Han, H. J. (2019). Navigating identity: Experiences of binary and non-binary transgender and gender non-conforming (TGNC) adults. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 181-194. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1426074>
- Fielding, L. (Ed.). (2021). *Trans Sex: Clinical Approaches to Trans Sexualities and Erotic Embodiments* (Vol. 1). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429318290>
- Finlayson, C., Johnson, E. K., Chen, D., Dabrowski, E., Gosiengfiao, Y., Campo-Engelstein, L., & Woodruff, T. K. (2016). Proceedings of the working group session on fertility preservation for individuals with gender and sex diversity. *Transgender Health*, 1(1), 99-107. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0008>
- Fischer, O. J. (2021). Non-binary reproduction: Stories of conception, pregnancy, and birth. *International Journal of Transgender Health*, 22 (1-2), 77-88. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1838392>
- Fisher, A. D., Castellini, G., Ristori, J., Casale, H., Cassioli, E., Sensi, C., & Maggi, M. (2016). Cross-sex hormone treatment and psychobiological changes in transsexual persons: Two-year follow-up data. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 101(11), 4260-4269. <https://doi.org/10.1210/jc.2016-1276>
- Fisher, A. D., Ristori, J., Fanni, E., Castellini, G., Forti, G., & Maggi, M. (2016). Gender identity, gender assignment and reassignment in individuals with disorders of sex development: A major of dilemma. *Journal of Endocrinological Investigation*, 39(11), 1207-1224. <https://doi.org/10.1007/s40618-016-0482-0>

- Fisher, C. M., Waling, A., Kerr, L., Bellamy, R., Ezer, P., & Mikolajczak, G. (2019). *6th National Survey of Australian Secondary Students and Sexual Health 2018, (ARCSHS Monograph Series No. 113)*. Australian Research Centre in Sex, Health & Society.
- Fitzpatrick, L.A., Pace, C., Wiita, B. (2000). Comparison of regimens containing oral micronized progesterone or medroxyprogesterone acetate on quality of life in postmenopausal women: A cross-sectional survey. *Journal of Womens Health & Gender-Based Medicine*, 9(4), 381-387. <https://doi.org/10.1089/15246090050020691>
- Fix, L., Durden, M., Obedin-Maliver, J., Moseson, H., Hastings, J., Stoeffler, A., & Baum, S. E. (2020). Stakeholder perceptions and experiences regarding access to contraception and abortion for transgender, non-binary, and gender-expansive individuals assigned female at birth in the U.S. *Archives of Sexual Behaviour*, 49(7), 2683-2702. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01707-w>
- Fleming, L., Knafl, K., & Van Riper, M. (2017). How the child's gender matters for families having a child with congenital adrenal hyperplasia. *Journal of Family Nursing*, 23(4), 516-533. <https://doi.org/10.1177/1074840717735499>
- Flentje, A., Heck, N. C., Brennan, J. M., & Meyer, I. H. (2020). The relationship between minority stress and biological outcomes: A systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 43(5), 673-694. <https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1007/s10865-019-00120-6>
- Francis, A., Jasani, S., & Bachmann, G. (2018). Contraceptive challenges and the transgender individual. *Women's Midlife Health*, 4, 12. <https://doi.org/10.1186/s40695-018-0042-1>
- Fraser, L. (2009a). Psychotherapy in the world professional association for transgender health's standards of care: Background and recommendations. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 110-126. <https://doi.org/10.1080/15532730903008057>
- Fraser, L. (2009b). Depth psychotherapy with transgender people. *Sex and Relationship Therapy*, 24(2), 126-142. <https://doi.org/10.1080/14681990903003878>
- Frederick, M. J., Berhanu, A. E., & Bartlett, R. (2017). Chest surgery in female to male transgender individuals. *Annals of Plastic Surgery*, 78(3), 249-253. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000000882>
- Frederick, N. N., Campbell, K., Kenney, L. B., Moss, K., Speckhart, A., & Bober, S. L. (2018). Barriers and facilitators to sexual and reproductive health communication between pediatric oncology clinicians and adolescent and young adult patients: The clinician perspective. *Pediatric Blood and Cancer*, 65(8), e27087. <https://doi.org/10.1002/pbc.27087>
- Fredriksen-Goldsen, K. I. (2011). Resilience and disparities among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *The Public Policy and Aging Report*, 21(3), 3. <https://doi.org/10.1093/ppar/21.3.3>
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Cook-Daniels, L., Kim, H. J., Erosheva, E. A., Emler, C. A., Hoy-Ellis, C. P., Goldsen, J., & Muraco, A. (2014). Physical and mental health of transgender older adults: An at-risk and underserved population. *The Gerontologist*, 54(3), 488-500. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt021>
- Frey, J. D., Poudrier, G., Thomson, J. E., & Hazen, A. (2017). A historical review of gender-affirming medicine: Focus on genital reconstruction surgery. *Journal of Sexual Medicine*, 14(8), 991-1002. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.06.007>
- Fung, R., Gallibois, C., Coutin, A., & Wright, S. (2020). Learning by chance: Investigating gaps in transgender care education amongst family medicine, endocrinology, psychiatry and urology residents. *Canadian Medical Education Journal*, 11(4), e19-e28. <https://doi.org/10.36834/cmej.53009>
- Furtado, P. S., Moraes, F., Lago, R., Barros, L. O., Toralles, M. B., & Barroso, U. (2012). Gender dysphoria associated with disorders of sex development. *Nature Reviews Urology*, 9(11), 620-627. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2012.182>
- Gaither, T. W., Awad, M. A., Osterberg, E. C., Murphy, G. P., Romero, A., Bowers, M. L., & Breyer, B. N. (2018). Postoperative complications following primary penile inversion vaginoplasty among 330 male-to-female transgender patients. *Journal of Urology*, 199(3), 760-765. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.10.013>
- Galupo, M. P., Henise, S. B., & Mercer, N. L. (2016). "The labels don't work very well": Transgender individuals' conceptualizations of sexual orientation and sexual identity. *International Journal of Transgenderism*, 17(2), 93-104. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1189373>
- Galupo, M. P., Pulice-Farrow, L., Clements, Z.A., & Morris, E.R. (2019). "I love you as both and I love you as neither": Romantic partners' affirmations of nonbinary trans individuals. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 315-327. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1496867>
- Gamarel, K. E., Mereish, E. H., Manning, D., Iwamoto, M., Operario, D., & Nemoto, T. (2015). Minority stress, smoking patterns, and cessation attempts: Findings from a community-sample of transgender women in the San Francisco Bay area. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(3), 306-313. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntv066>
- Gao, Y., Maurer, T., & Mirmirani, P. (2018). Understanding and addressing hair disorders in transgender individuals. *American Journal of Clinical Dermatology*, 19(4), 517-527. <https://doi.org/10.1007/s40257-018-0343-z>
- Garaffa, G., Ralph, D. J., & Christopher, N. (2010). Total urethral construction with the radial artery-based forearm free flap in the transsexual. *BJU International*, 106(8), 1206-1210. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2010.09247.x>
- Garcia, M. M. (2018). Sexual function after shallow and full-depth vaginoplasty: Challenges, clinical findings, and treatment strategies - urologic perspectives. *Clinical Plastic Surgery*, 45(3), 437-446. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.04.002>
- Garcia, M. M. (2021). Decision-making in masculinizing surgery and feminizing surgery. In D. Nikolavsky & S. A. Blakely (Eds.), *Urological Care for the Transgender Patient: A Comprehensive Guide*, pp. 7-21. Springer International Publishing.

- Garcia, M. M., & Zaliznyak, M. (2020). Effects of feminizing hormone therapy on sexual function of transgender women. *Journal of Urology*, 203(Suppl. 4), e672-e672. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000000900.020>
- Garcia, M. M., Christopher, N. A., De Luca, F., Spilotros, M., & Ralph, D. J. (2014). Overall satisfaction, sexual function, and the durability of neophallus dimensions following staged female to male genital gender confirming surgery: The Institute of Urology, London U.K. experience. *Translational Andrology and Urology*, 3(2), 156-162. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2223-4683.2014.04.10>
- Gardner, M., & Steinberg, L. (2005). Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: An experimental study. *Developmental Psychology*, 41(4), 625-635. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.4.625>
- Garrison, S. (2018). On the limits of “trans enough”: Authenticating trans identity narratives. *Gender & Society*, 32(5), 613-637. <https://doi.org/10.1177/0891243218780299>
- Gava, G., Cerpolini, S., Martelli, V., Battista, G., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2016). Cyproterone acetate vs leuprolide acetate in combination with transdermal oestradiol in transwomen: A comparison of safety and effectiveness. *Clinical Endocrinology*, 85(2), 239-246. <https://doi.org/10.1111/cen.13050>
- Gava, G., Mancini, I., Alvisi, S., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2020). A comparison of 5-year administration of cyproterone acetate or leuprolide acetate in combination with estradiol in transwomen. *European Journal of Endocrinology*, 183(6), 561-569. <https://doi.org/10.1530/EJE-20-0370>
- Gava, G., Mancini, I., Cerpolini, S., Baldassarre, M., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2018). Testosterone undecanoate and testosterone enanthate injections are both effective and safe in transmen over 5 years of administration. *Clinical Endocrinology*, 89(6), 878-886. <https://doi.org/10.1111/cen.13821>
- Gebreab, S. Z., Vandeleur, C. L., Rudaz, D., Strippoli, M.-P. F., Gholam-Rezaee, M., Castela, E., Lasserre, A. M., Glaus, J., Pistis, G., Kuehner, C., von Känel, R., Marques-Vidal, P., Vollenweider, P., & Preisig, M. (2018). Psychosocial stress over the lifespan, psychological factors, and cardiometabolic risk in the community. *Psychosomatic Medicine*, 80(7), 628-639. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000621>
- Gelfer, M. P., & Tice, R. M. (2013). Perceptual and acoustic outcomes of voice therapy for male-to-female transgender individuals immediately after therapy and 15 months later. *Journal of Voice*, 27(3), 335-347. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2012.07.009>
- Geneid, A., Rihkanen, H., & Kinnari, T. J. (2015). Long-term outcome of endoscopic shortening and stiffening of the vocal folds to raise the pitch. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 272(12), 3751-3756. <https://doi.org/10.1007/s00405-015-3721-7>
- Georgeu, D., Colvin, C. J., Lewin, S., Fairall, L., Bachmann, M. O., Uebel, K., Zwarenstein, M., Draper, B., & Bateman, E. D. (2012). Implementing nurse-initiated and managed antiretroviral treatment (NIMART) in South Africa: A qualitative process evaluation of the STRETCH trial. *Implementation Science*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-66>
- Gerritse, K., Hartman, L., Antonides, M. F., Wensing-Kruger, A., de Vries, A. L. C., & Molewijk, B. C. (2018). Moral challenges in transgender care: A thematic analysis based on a focused ethnography. *Archives of Sexual Behaviour*, 47(8), 2319-2333. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1287-3>
- Getahun, D., Nash, R., Flanders, W. D., Baird, T. C., Becerra-Culqui, T. A., Cromwell, L., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Silverberg, M. J., Safer, J., Slovis, J., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Cross-sex hormones and acute cardiovascular events in transgender persons: A cohort study. *Annals of Internal Medicine*, 169(4), 205-213. <https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.7326/M17-2785>
- Gibson, D.J., Glazier, J.J., Olson, K.R. (2021). Evaluation of anxiety and depression in a community sample of transgender youth. *JAMA Network Open* 4, e214739–e214739. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.4739>
- Gieles, N. C., van de Grift, T. C., Elaut, E., Heylens, G., Becker-Hebly, I., Nieder, T. O., Laan, E. T. M., & Kreukels, B. P. C. (2022). Pleasure please! Sexual pleasure and influencing factors in transgender persons: An ENIGI follow-up study. *International Journal of Transgender Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2028693>
- Gifford, D. M., & Underman, K. (2016). The relationship between medical education and trans health disparities: A call to research. *Sociology Compass*, 10(11), 999-1013. <https://doi-org.nottingham.idm.oclc.org/10.1111/soc4.12432>
- Gils, L., & Brewaeys, A. (2007). Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. *Annual Review of Sex Research*, 18, 178-184.
- Giltay, E. J., & Gooren, L. J. (2000). Effects of sex steroid deprivation/administration on hair growth and skin sebum production in transsexual males and females. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 85(8), 2913-2921. <https://doi.org/10.1210/jcem.85.8.6710>
- Giltay, E. J., Gooren, L. J. G., Emeis, J. J., Kooistra, T., & Stehouwer, C. D. A. (2000). Oral, but not transdermal, administration of estrogens lowers tissue-type plasminogen activator levels in humans without affecting endothelial synthesis. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 20(5), 1396-1403. <https://doi.org/10.1161/01.ATV.20.5.1396>
- Giordano, S. (2008). Lives in a chiaroscuro. Should we suspend the puberty of children with gender identity disorder? *Journal of Medical Ethics*, 34(8), 580-584. <https://doi.org/10.1136/jme.2007.021097>
- Giordano, S. (2012). Sliding doors: Should treatment of gender identity disorder and other body modifications be privately funded? *Medicine, Health Care Philosophy*, 15(1), 31-40. <https://doi.org/10.1007/s11019-010-9303-y>
- Giordano, S., & Holm, S. (2020). Is puberty delaying treatment 'experimental treatment'? *International Journal*

- of *Transgender Health*, 21(2), 113–121. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1747768>
- Giovanardi, G., Mirabella, M., Di Giuseppe, M., Lombardo, F., Speranza, A. M., & Lingardi, 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., Lingardi, V., & Speranza, A. M. (2018). Attachment Patterns and Complex Trauma in a Sample of Adults Diagnosed with Gender Dysphoria. *Frontiers in Psychology*, 9, 60. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00060>
- GIRES, LGBT Foundation, Mermaids, Ozzanne Foundation, and Stonewall. (2020). *Conversion therapy and gender identity survey*. Stonewall https://www.stonewall.org.uk/system/files/2020_conversion_therapy_and_gender_identity_survey.pdf
- Glaser, R. L. M. F., Newman, M. M., Parsons, M. M., Zava, D. P., & Glaser-Garbrick, D. (2009). Safety of maternal testosterone therapy during breast feeding. *International Journal of Pharmaceutical Compounding*, 13(4), 314–317.
- Glaser, J., Nouri, S., Fernandez, A., Sudore, R. L., Schillinger, D., Klein-Fedyshin, M., & Schenker, Y. (2020). Interventions to improve patient comprehension in informed consent for medical and surgical procedures: An updated systematic review. *Medical Decision Making*, 40(2), 119–143. <https://doi.org/10.1177/0272989x19896348>
- Glick, J. C., Leamy, C., Molsberry, A. H., & Kerfeld, C. I. (2020). Moving toward equitable health care for lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer patients: Education and training in physical therapy education. *Journal of Physical Therapy Education*, 34(3), 192–197. <https://doi.org/10.1097/JTE.0000000000000140>
- Glidden, D., Bouman, W. P., Jones, B., & Arcelus, J. (2016). Autistic spectrum disorders and gender dysphoria: A systematic review. *Sexual Medicine Reviews*, 4(1), 3–14. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.10.003>
- Glynn, T. R., Gamarel, K. E., Kahler, C. W., Iwamoto, M., Operario, D., & Nemoto, T. (2016). The role of gender affirmation in psychological well-being among transgender women. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(3), 336. <https://doi.org/10.1037/sgd0000171>
- Godfrey, L. M. (2021). Mental health outcomes among individuals with 46,XY disorders of sex development: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 26(1), 40–59. <https://doi.org/10.1177/1359105320909863>
- Goetz, T. G., & Arcomano, A. C. (2022). “X” marks the transgressive gender: A qualitative exploration of legal gender-affirmation. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/19359705.2021.2008572>
- Goldblum, P., Testa, R. J., Pflum, S., Hendricks, M. L., Bradford, J., & Bongar, B. (2012). The relationship between gender-based victimization and suicide attempts in transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 468. <https://doi.org/10.1037/a0029605>
- Goldhammer, H., Marc, L. G., Psihopaidas, D., Chavis, N. S., Massaquoi, M., Cahill, S., Rebchook, G., Reisner, S., Mayer, K. A., Cohen, S. M., & Keuroghlian, A. S. (2022). HIV care continuum interventions for transgender women: A topical review. *Public Health Reports*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/00333549211065517>
- Goldstein, Z., Khan, M., Reisman, T., & Safer, J. D. (2019). Managing the risk of venous thromboembolism in transgender adults undergoing hormone therapy. *Journal of Blood Medicine*, 10, 209–216. <https://doi.org/10.2147/JBM.S166780>
- Golub, S. A., Fikslin, R. A., Starbuck, L., & Klein, A. (2019). High rates of PrEP eligibility but low rates of PrEP access among a national sample of transmasculine individuals. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 82(1), e1–e7. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000002116>
- Gomez, A. M., Đo, L., Ratliff, G. A., Crego, P. I., & Hastings, J. (2020). Contraceptive beliefs, needs, and care experiences among transgender and nonbinary young adults. *The Journal of Adolescent Health*, 67(4), 597–602. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.003>
- Gómez-Gil, E., Zubiaurre-Elorza, L., Esteva, I., Guillaumon, A., Godás, T., Cruz Almaraz, M., & Salameiro, M. (2012). Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression. *Psychoneuroendocrinology*, 37(5), 662–670. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2011.08.010>
- Gong, E. M., & Cheng, E. Y. (2017). Current challenges with proximal hypospadias: We have a long way to go. *Journal of Pediatric Urology*, 13(5), 457–467. <https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2017.03.024>
- Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Kreukels, B., Motmans, J., & Coleman, E. (2019). Size and distribution of transgender and gender nonconforming populations: A narrative review. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 48(2), 303–321. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.01.001>
- Gooren, L. J., van Trotsenburg, M. A., Giltay, E. J., & van Diest, P. J. (2013). Breast cancer development in transsexual subjects receiving cross-sex hormone treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(12), 3129–3134. <https://doi.org/10.1111/jsm.12319>
- Gooren, L. J., Wierckx, K., & Giltay, E. J. (2014). Cardiovascular disease in transsexual persons treated with cross-sex hormones: Reversal of the traditional sex difference in cardiovascular disease pattern. *European Journal of Endocrinology*, 170(6), 809–819. <https://doi.org/10.1530/EJE-14-0011>
- Gordon, A. R., Fish, J. N., Kiekens, W. J., Lightfoot, M., Frost, D. M., & Russell, S. T. (2021). Cigarette smoking and minority stress across age cohorts in a national sample of sexual minorities: Results from the Generations Study. *Annals of Behavioral Medicine*, 55(6), 530–542. <https://doi.org/10.1093/abm/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., & Bonierbale, M. (2012). Is hormonal therapy associated with better quality of life in transsexuals? A cross-sectional study. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(2), 531–541. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02564.x>
- Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Maquigneau, A., Penochet, J. C., Pringuey, D., & Auquier, P. (2013). Hormonal therapy is associated with better self-esteem, mood, and quality of life in transsexuals. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(11), 996–1000. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000046>
- Gourab, G., Khan, M. N. M., Hasan, A. M. R., Sarwar, G., Irfan, S. D., & Reza, M. M. (2019). The willingness to receive sexually transmitted infection services from public healthcare facilities among key populations at risk for human immunodeficiency virus infection in Bangladesh: Qualitative study. *PLOS One*, 14(9), e0221637. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221637>
- Gower, A. L., Rider, G. N., Brown, C., McMorris, B. J., Coleman, E., Taliaferro, L. A., & Eisenberg, M. E. (2018). Supporting transgender and gender diverse youth: Protection against emotional distress and substance use. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(6), 787–794. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.06.030>
- Gower, A. L., Rider, G. N., Coleman, E., Brown, C., McMorris, B. J., & Eisenberg, M. E. (2018). Perceived gender presentation among transgender and gender diverse youth: Approaches to analysis and associations with bullying victimization and emotional distress. *LGBT Health*, 5(5), 312–319. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0176>
- Grabski, B., Rachoń, D., Czernikiewicz, W., Dulko, S., Jakima, S., Muldenr-Nieckowski, Ł., Trofimiuk-Muldner, M., Baran, D., Dora, M., Iniewicz, G., Mijas, M., Stankiewicz, S., Adamczewska-Stachura, M., & Mazurczak, A. (2021). Recommendations of the Polish Sexological Society on medical care in transgender adults – position statement of the expert panel. *Psychiatria Polska*, 55(3), 701–708. <https://doi.org/10.12740/pp/onlinefirst/125785>
- Graham, S. (2010). *Gender diversity in Indonesia: sexuality, Islam and queer selves*. Routledge.
- Grannis, C., Leibowitz, S. F., Gahn, S., Nahata, L., Morningstar, M., Mattson, W. I., Chen, D., Strang, J. F., & Nelson, E. E. (2021). Testosterone treatment, internalizing symptoms, and body image dissatisfaction in transgender boys. *Psychoneuroendocrinology*, 132, 105358. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105358>
- Grant, J., Lisa, A., Mottet, J., Tanis, D., With, J., Harrison, J., Herman, M., & Keisling, M. H. (2011). *Injustice at Every Turn A Report of the National Transgender Discrimination Survey*. https://transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS_Report.pdf
- Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L., & Keisling, M. (2016). Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey. 2011. Washington, DC: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force. https://thetaskforce.org/static_html/downloads/reports/reports/NTds_full.pdf
- Grant, R. M., Pellegrini, M., Defechereux, P. A., Anderson, P. L., Yu, M., Glidden, D. V., O’Neal, J., Yager, J., Bhasin, S., Sevelius, J., & Deutsch, M. B. (2020). Sex hormone therapy and tenofovir diphosphate concentration in dried blood spots: Primary results of the interactions between antiretrovirals and transgender hormones study. *Clinical Infectious Diseases*, 73(7), e2117–e2123. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1160>
- Grassian, S. (2006). Psychiatric effects of solitary confinement part of the law enforcement and corrections commons recommended citation. *Washington University Journal of Law & Policy*, 22(1), 325–383. https://openscholarship.wustl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1362&context=law_journal_law_policy
- Green, A. E., Price-Feeney, M., Dorison, S. H., & Pick, C. J. (2020). Self-reported conversion efforts and suicidality among US LGBTQ youths and young adults, 2018. *American Journal of Public Health*, 110(8), 1221–1227. <https://doi.org/10.2105/ajph.2020.305701>
- Green, R., & Fleming, D. T. (1990). Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. *Annual Review of Sex Research*, 1(1), 163–174. <https://doi.org/10.1080/10532528.1990.10559859>
- Greenwald, P., Dubois, B., Lekovich, J., Pang, J. H., & Safer, J. D. (2021). Successful in vitro fertilization in a cisgender female carrier using oocytes retrieved from a transgender man maintained on testosterone. *AACE Clinical Case Reports*, 8(1), 19–21. <https://doi.org/10.1016/j.aace.2021.06.007>
- Greytak, E. A., Kosciw, J. G., & Boesen, M. J. (2013). Putting the “T” in “Resource”: The benefits of LGBT-related school resources for transgender youth. *Journal of LGBT Youth*, 10 (1-2), 45–63. <https://doi.org/10.1080/19361653.2012.718522>
- Gridley, S. J., Crouch, J. M., Evans, Y., Eng, W., Antoon, E., Lyapustina, M., Schimmel-Bristow, A., Woodward, J., Dundon, K., Schaff, R., McCarty, C., Ahrens, K., & Breland, D. J. (2016). Youth and caregiver perspectives on barriers to gender-affirming health care for transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 59(3), 254–261. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.03.017>
- Griffiths, D. A. (2018). Shifting syndromes: Sex chromosome variations and intersex classifications. *Social Studies of Science*, 48(1), 125–148. <https://doi.org/10.1177/0306312718757081>
- Grimstad, F. W., Fowler, K. G., New, E. P., Ferrando, C. A., Pollard, R. R., Chapman, G., Gray, M., & Lobo, V. G. (2020). Ovarian histopathology in transmasculine persons on testosterone: A multicenter case series. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(9), 1807–1818. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.05.029>
- Grimstad, F., Fowler, K., New, E., Unger, C., Pollard, R., Chapman, G., Hochberg, L., Gomez-Lobo, V., Gray, M. (2018). Evaluation of uterine pathology in transgender men and gender nonbinary persons on testosterone. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 31(2), 217. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2018.02.009>
- Grimstad, F., Kremen, J., Streed, C. G., & Dalke, K. B. (2021). The health care of adults with differences in sex

- development or intersex traits is changing: Time to prepare clinicians and health systems. *LGBT Health*, 8(7), 439–443. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2021.0018>
- Grimstad, F., McLaren, H., & Gray, M. (2021). The gynecologic examination of the transfeminine person after penile inversion vaginoplasty. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 224(3), 266–273. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.10.002>
- Grootens-Wiegers, P., Hein, I. M., van den Broek, J. M., & de Vries, M. C. (2017). Medical decision-making in children and adolescents: Developmental and neuroscientific aspects. *BMC Pediatrics*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0869-x>
- Gross, M. (1999). Pitch-raising surgery in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 13(2), 246–250. [https://doi.org/10.1016/s0892-1997\(99\)80028-9](https://doi.org/10.1016/s0892-1997(99)80028-9)
- Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2006). Transgender youth: Invisible and vulnerable. *Journal of Homosexuality*, 51(1), 111–128. https://doi.org/10.1300/J082v51n01_06
- Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2007). Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(5), 527–537. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.5.527>
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. J., & Hubbard, S. (2005). Parent' reactions to transgender youth' gender nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 18(1), 3–16. https://doi.org/10.1300/j041v18n01_02
- Grossman, A. H., Park, J. Y., Frank, J. A., & Russell, S. T. (2019). Parental responses to transgender and gender nonconforming youth: Associations with parent support, parental abuse, and youths' psychological adjustment. *Journal of Homosexuality*, 68(8), 1–18. <https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1696103>
- Grynberg, M., Fanchin, R., Dubost, G., Colau, J. C., Bremont-Weil, C., Frydman, R., & Ayoubi, J. M. (2010). Histology of genital tract and breast tissue after long-term testosterone administration in a female-to-male transsexual population. *Reproductive Biomedicine Online*, 20(4), 553–558. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2009.12.021>
- Gunjawate, D. R., B. Kumar, R., Ravi, R., & Kunnath, L. S. (2020). Knowledge and attitudes toward transgender community among speech-language pathologists in India: A questionnaire-based exploration. *International Journal of Transgender Health*, 21(4), 455–462. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753135>
- Guyatt, G., Oxman, A. D., Akl, E. A., Kunz, R., Vist, G., Brozek, J., Norris, S., Falck-Ytter, Y., Glasziou, P., & deBeer, H. (2011). GRADE guidelines: 1. Introduction - GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 383–394. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.026>
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., Silverman, M. M., Fisher, P. W., Hughes, T., Rosario, M., Russell, S. T., Malley, E., Reed, J., Litts, D. A., Haller, E., Sell, R. L., Remafedi, G., Bradford, J., Beaurais, A. L., & Brown, G. K. (2010). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 10–51. <https://doi.org/10.1080/00918369.2011.534038>
- Hadj-Moussa, M., Agarwal, S., Ohl, D. A., & Kuzon, W. M. (2018). Masculinizing genital gender confirmation surgery. *Sexual Medicine Reviews*, 7(1), 141–155. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.06.004>
- Hadj-Moussa, M., Ohl, D. A., & Kuzon, W. M., Jr. (2018). Feminizing genital gender-confirmation surgery. *Sexual Medicine Reviews*, 6(3), 457–468 e452. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.11.005>
- Hafford-Letchfield, T., Simpson, P., Willis, P. B., & Almack, K. (2018). Developing inclusive residential care for older lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) people: An evaluation of the Care Home Challenge action research project. *Health & Social Care in the Community*, 26(2), e312–e320. <https://doi.org/10.1111/hsc.12521>
- Hage, J. J., Dekker, J., Karim, R. B., Verheijen, R. H. M., & Bloemena, E. (2000). Ovarian cancer in female-to-male transsexuals: Report of two cases. *Gynecologic Oncology*, 76(3), 413–415. <https://doi.org/10.1006/gyno.1999.5720>
- Hagen, D. B., & Galupo, M. P. (2014). Trans* individuals' experiences of gendered language with health care providers: Recommendations for practitioners. *International Journal of Transgenderism*, 15(1), 16–34. <https://doi.org/10.1080/15532739.2014.890560>
- Hahn, M., Sheran, N., Weber, S., Cohan, D., & Obedin-Maliver, J. (2019). Providing patient-centered perinatal care for transgender men and gender-diverse individuals: A collaborative multidisciplinary team approach. *Obstetrics & Gynecology*, 135(5), 959–963. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003506>
- Hall, R., Mitchell, L., & Sachdeva, J. (2021). Access to care and frequency of detransition among a cohort discharged by a UK national adult gender identity clinic: Retrospective case-note review. *BJPsych Open*, 7(6). <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1022>
- Hamada, A., Kingsberg, S., Wierckx, K., T'Sjoen, G., De Sutter, P., Knudson, G., & Agarwal, A. (2015). Semen characteristics of transwomen referred for sperm banking before sex transition: A case series. *Andrologia*, 47(7), 832–838. <https://doi.org/10.1111/and.12330>
- Hamilton, J. B., & Mestler, G. E. (1969). Mortality and survival: Comparison of Eunuchs with intact men and women in a mentally retarded population. *Journal of Gerontology*, 24(4), 395–411. <https://doi.org/10.1093/geronj/24.4.395>
- Hamm, J. A., & Nieder, T. O. (2021). Trans*-sexualität neu denken: Eine partizipative interviewstudie zu gelingender sexualität ohne genitalangleichung. *Zeitschrift Für Sexualforschung*, 34(02), 69–78. <https://doi.org/10.1055/a-1477-0412>
- Hancock, A. B. (2017). An ICF perspective on voice-related quality of life of American transgender women. *Journal of Voice*, 31(1), 115.e1–115.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.03.013>
- Hancock, A. B., Childs, K. D., & Irwig, M. S. (2017). Trans male voice in the first year of testosterone therapy: Make no assumptions. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(9), 2472–2482. https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0320

- Hancock, A. B., & Downs, S. C. (2021). Listening to gender-diverse people of color: Barriers to accessing voice and communication care. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(2), 169-173. https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-20-00262
- Hancock, A. B., & Garabedian, L. M. (2013). Transgender voice and communication treatment: A retrospective chart review of 25 cases. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 48(1), 54-65. <https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2012.00185.x>
- Hancock, A., & Haskin, G. (2015). Speech-language pathologists' knowledge and attitudes regarding lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer (LGBTQ) populations. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24(2), 206-221. https://doi.org/10.1044/2015_AJSLP-14-0095
- Hancock, A. B., Krissinger, J., & Owen, K. (2011). Voice perceptions and quality of life for transgender people. *Journal of Voice*, 25(5), 553-558. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2010.07.013>
- Hancock, A. B., & Pool, S. F. (2017). Influence of listener characteristics on perceptions of sex and gender. *Journal of Language and Social Psychology*, 36(5), 599-610. <https://doi.org/10.1177/0261927X17704460>
- Hancock, A. B., & Siegfriedt, L. L. (2020). *Transforming voice and communication with transgender and gender-diverse people: An evidence-based process*. Plural Publishing.
- Handy, A. B., Wassersug, R. J., Ketter, J. T. J., & Johnson, T. W. (2015). The sexual side of castration narratives: Fiction written by and for eunuchs and eunuch "wannabes." *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 24(2), 151-159. <https://doi.org/10.3138/cjhs.242-a4>
- Hardacker, C. T., Chyten-Brennan, J., & Komar, A. (2019). Transgender physiology, anatomy, and aging: A provider's guide to gender-affirming surgeries. In *Transgender and gender nonconforming health and aging* (pp. 37-60). Springer.
- Harden, K. P. (2014). A sex-positive framework for research on adolescent sexuality. *Perspectives on Psychological Science*, 9(5), 455-469. <https://doi.org/10.1177/1745691614535934>
- Hardy, T. L. D., Rieger, J. M., Wells, K., & Boliek, C. A. (2021). Associations between voice and gestural characteristics of transgender women and self-rated femininity, satisfaction, and quality of life. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(2), 663-672. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-20-00118
- Harper, A., Finnerty, P., Martinez, M., Brace, A., Crethar, H. C., Loos, B., Harper, B., Graham, S., Singh, A., Kocet, M., Travis, L., Lambert, S., Burnes, T., Dickey, L. M., & Hammer, T. R. (2013). Association for lesbian, gay, bisexual, and transgender issues in counseling competencies for counseling with lesbian, gay, bisexual, queer, questioning, intersex, and ally individuals. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 7(1), 2-43. <https://doi.org/10.1080/15538605.2013.755444>
- Harris, K., Ferguson, J., & Hills, S. (2014). A comparative study of hair removal at an NHS hospital: Luminette intense pulsed light versus electrolysis. *Journal of Dermatological Treatment*, 25(2), 169-173. <https://doi.org/10.3109/09546634.2012.715239>
- Havranek, E. P., Mujahid, M. S., Barr, D. A., Blair, I. V., Cohen, M. S., Cruz-Flores, S., Davey-Smith, G., Dennison-Himmelfarb, C. R., Lauer, M. S., Lockwood, D. W., Rosal, M., & Yancy, C. W. (2015). American Heart Association Council on Quality of Care and Outcomes Research, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health, and Stroke Council. *Social Determinants of Risk and Outcomes for Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association*. *Circulation*, 132(9), 873-898. <https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1161/CIR.000000000000228>
- Hay, M. (2021, February 20). Meet the men who risk it all to have their balls cut off. *The Daily Beast*. <https://www.thedailybeast.com/inside-the-dangerous-global-network-of-backstreet-castrators-cutters-and-eunuch-makers>
- Health Policy Project, Asia-Pacific Transgender Network and United Nations Development Program. (2015). *Blueprint for the provision of comprehensive care for trans people and trans communities*. <https://weareaptn.org/2017/06/01/blueprint-for-the-provision-of-comprehensive-care-for-trans-people/>
- Heck, N. C., Croot, L. C., & Robohm, J. S. (2015). Piloting a psychotherapy group for transgender clients: Description and clinical considerations for practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 30-36. <https://doi.org/10.1037/a0033134>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer, W. J., Spack, N. P., Tangpricha, V., & Montori, V. M. (2009). Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(9), 3132-3154. <https://doi.org/10.1210/jc.2009-0345>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Hassan Murad, M., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 102(11), 3869-3903. <https://doi-org.gate.lib.buffalo.edu/10.1210/jc.2017-01658>
- Hempel, J. (2016, September 1). *My Brother's Pregnancy and the Making of a New American Family*. TIME.
- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460-467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>
- Henry, R. S., Perrin, P. B., Coston, B. M., & Witten, T. M. (2020). Transgender and gender non-conforming adult preparedness for aging: Concerns for aging, and familiarity with and engagement in planning behaviors.

- International Journal of Transgender Health*, 21(1), 58–69. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1690612>
- Herd, G. (1994). *Third Sex, Third Gender. Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History*. The MIT Press.
- Herman, J. L., Brown, T. N. T., & Haas, A. P. (2019). *Suicide thoughts and attempts among transgender adults. Findings from the 2015 US Transgender Survey*. Williams Institute UCLA School of Law. <https://escholarship.org/content/qt1812g3hm/qt1812g3hm.pdf>
- Hermann, M., & Thorstenson, A. (2015). A rare case of male-to-eunuch gender dysphoria. *Sexual Medicine*, 3(4), 331–333. <https://doi.org/10.1002/sm2.81>
- Hess, J., Henkel, A., Bohr, J., Rehme, C., Panic, A., Panic, L., Rossi Neto, R., Hadaschik, B., & Hess, Y. (2018). Sexuality after male-to-female gender affirmation surgery. *BioMed Research International*, 2018, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2018/9037979>
- Hess, J., Hess-Busch, Y., Kronier, J., Rubben, H., & Rossi Neto, R. (2016). Modified preparation of the neurovascular bundle in male to female transgender patients. *Urology International*, 96(3), 354–359. <https://doi.org/10.1159/000443281>
- Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B. P. C., Paap, M. C. S., Cerwenka, S., Richter-Appelt, H., Cohen-Kettenis, P. T., Haraldsen, I. R., & De Cuypere, G. (2014). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: Multicentre study in four European countries. *British Journal of Psychiatry*, 204(2), 151–156. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121954>
- Heylens, G., Verroken, C., De Cock, S., T'Sjoen, G., & De Cuypere, G. (2014). Effects of different steps in gender reassignment therapy on psychopathology: A prospective study of persons with a gender identity disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 119–126. <https://doi.org/10.1111/jsm.12363>
- Hidalgo, M. A., & Chen, D. (2019). Experiences of gender minority stress in cisgender parents of transgender/gender-expansive prepubertal children: A qualitative study. *Journal of Family Issues*, 40(7), 865–886. <https://doi.org/10.1177/0192513x19829502>
- Hidalgo, M. A., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Clark, L. F., Garofalo, R., Rosenthal, S. M., Spack, N. P., & Olson, J. (2013). The gender affirmative model: What we know and what we aim to learn. *Human Development*, 56(5), 285–290. <https://doi.org/10.1159/000355235>
- Hines, M., Constantinescu, M., & Spencer, D. (2015). Early androgen exposure and human gender development. *Biology of Sex Differences*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/s13293-015-0022-1>
- Hiransuthikul, A., Himmad, L., Kerr, S. J., Janamnuysook, R., Dalodom, T., & Phanjaroen, K. (2020). Drug-drug interactions among Thai HIV-positive transgender women undergoing feminizing hormone therapy and antiretroviral therapy: The iFACT study. *Clinical Infectious Diseases*, 72(3), 396–402. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa038>
- Hiransuthikul, A., Janamnuysook, R., Sungsing, T., Jantarapakde, J., Trachunthong, D., Mills, S., & Phanuphak, N. (2019). High burden of chlamydia and gonorrhoea in pharyngeal, rectal and urethral sites among Thai transgender women: Implications for anatomical site selection for the screening of STI. *Sexually Transmitted Infections*, 95(7), 534. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2018-053835>
- Hisle-Gorman, E., Landis, C. A., Susi, A., Schvey, N. A., Gorman, G. H., Nylund, C. M., & Klein, D. A. (2019). Gender dysphoria in children with Autism Spectrum Disorder. *LGBT Health*, 6(3), 95–100. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0252>
- Hisle-Gorman, E., Schvey, N. A., Adirim, T. A., Rayne, A. K., Susi, A., Roberts, T. A., & Klein, D. A. (2021). Mental healthcare utilization of transgender youth before and after affirming treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(8), 1444–1454. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.05.014>
- Hoebeker, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Weyers, S., Decaestecker, K., & Monstrey, S. (2005). Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. *European Urology*, 47(3), 398–402. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2004.10.008>
- Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J., & Sevelius, J. (2017). From erasure to opportunity: A qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(Suppl. 2), 332. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1491-5>
- Hollenbach, A., Eckstrand, K., Dreger, A., & AAMC Advisory Committee on Sexual Orientation, Gender Identity, and Sex Development (2014). *Implementing Curricular and Institutional Climate Changes to Improve Health Care for Individuals Who Are LGBT, Gender Nonconforming, or Born with DSD: A Resource for Medical Educators*. Association of American Medical Colleges.
- Holmberg, M., Arver, S., & Dhejne, C. (2019). Supporting sexuality and improving sexual function in transgender persons. *Nature Reviews Urology*, 16(2), 121–139. <https://doi.org/10.1038/s41585-018-0108-8>
- Hontscharuk, R., Alba, B., Hamidian Jahromi, A., & Schechter, L. (2021). Penile inversion vaginoplasty outcomes: Complications and satisfaction. *Andrology*, 9(6), 1732–1743. <https://doi.org/10.1111/andr.13030>
- Hontscharuk, R., Alba, B., Manno, C., Pine, E., Deutsch, M. B., Coon, D., & Schechter, L. (2021). Perioperative transgender hormone management: Avoiding venous thromboembolism and other complications. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 147(4), 1008–1017. <https://doi.org/10.1097/PRS.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/NEJMcpl104429>
- Horbach, S. E., Bouman, M. B., Smit, J. M., Ozer, M., Buncamper, M. E., & Mullender, M. G. (2015). Outcome of vaginoplasty in male-to-female transgenders: A systematic review of surgical techniques. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(6), 1499–1512. <https://doi.org/10.1111/jsm.12868>
- Horner, B., McManus, A., Comfort, J., Freijah, R., Lovelock, G., Hunter, M., & Tavener, M. (2012). How prepared is the retirement and residential aged care sector in Western

- Australia for older non-heterosexual people?. *Quality in Primary Care*, 20(4), 263–274.
- Hostiuc, S., Rusu, M. C., Negoii, I., & Drima, E. (2018). Testing decision-making competency of schizophrenia participants in clinical trials. A meta-analysis and meta-regression. *BMC Psychiatry*, 18(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1580-z>
- Horton, C. (2021). Parent advocacy groups for trans children. In A. Goldberg, & G. Beemyn (Eds.). *The SAGE Encyclopedia of Trans Studies*. SAGE Publications Inc.
- Houk, C. P., & Lee, P. A. (2010). Approach to assigning gender in 46,XX Congenital Adrenal Hyperplasia with male external genitalia: Replacing dogmatism with pragmatism. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(10), 4501–4508. <https://doi.org/10.1210/jc.2010-0714>
- Houlberg, M. (2019). Endocrinology, hormone replacement therapy (HRT), and aging. In *Transgender and gender nonconforming health and aging* (pp. 21–35). Springer
- House of Commons Women and Equalities Committee. (2015, December 8). *Transgender Equality: First report of session 2015–2016*. Retrieved from <https://publications.parliament.uk/pa/cm201516/cmselect/cmwomeq/390/390.pdf>
- Hoy-Ellis, C. P., & Fredriksen-Goldsen, K. I. (2017). Depression among transgender older adults: General and minority stress. *American Journal of Community Psychology*, 59(3–4), 295–305. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12138>
- Hudson, J., Nahata, L., Dietz, E., & Quinn, G. P. (2018). Fertility counseling for transgender AYAs. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 6(1), 84–92. <https://doi.org/10.1037/cpp0000180>
- Hughes, I. A. (2005). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 91(7), 554–563. <https://doi.org/10.1136/adc.2006.098319>
- Hughes, I. A., Nihoul-Fékété, C., Thomas, B., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Consequences of the ESPE/LWPES guidelines for diagnosis and treatment of disorders of sex development. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 21:351–365. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2007.06.003>
- Hughto, J. M. W., Gunn, H. A., Rood, B. A., & Pantalone, D. W. (2020). Social and medical gender affirmation experiences are inversely associated with mental health problems in a U.S. non-probability sample of transgender adults. *Archives of Sexual Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01655-5>
- Hullmann, S. E., Fedeles, D. A., Wolfe-Christensen, C., Mullins, L. L., & Wisniewski, A. B. (2011). Differences in adjustment by child developmental stage among caregivers of children with disorders of sex development. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2011(1). <https://doi.org/10.1186/1687-9856-2011-16>
- Human Rights Campaign. (2018a). *Gender Expansive Youth Report*. Human Rights Campaign, US.
- Human Rights Campaign. (2018b). *LGBTQ Youth Report*. https://www.hrc.org/resources/2018_lgbtq-youth-report
- Human Rights Campaign Foundation. (2017). *Corporate Equality Index 2018: Rating workplaces on lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer equality*. <https://assets2.hrc.org/files/assets/resources/CEI-2018-FullReport.pdf>
- Human Rights Campaign Foundation. (2022). *Corporate Equality Index 2022: Rating workplaces on lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer equality*. <https://www.hrc.org/resources/corporate-equality-index>
- Human Rights Watch. (2014). “I’m scared to be a woman”: human rights abuses against transgender people in Malaysia. https://features.hrw.org/features/HRW_reports_2014/Im_Scared_to_Be_a_Woman/index.htm
- Human Rights Watch. (2017). “I want to be like nature made me”: Medically unnecessary surgeries on intersex children in the U.S. https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/lgbtintersex0717_web_0.pdf
- Hunt, J. (2014). An initial study of transgender people's experiences of seeking and receiving counselling or psychotherapy in the UK. *Counselling and Psychotherapy Research*, 14(4), 288–296. <https://doi.org/10.1080/14733145.2013.838597>
- Hunt, J., Bristowe, K., Chidyamatare, S., & Harding, R. (2017). ‘They will be afraid to touch you’: LGBTI people and sex workers’ experiences of accessing healthcare in Zimbabwe - an in-depth qualitative study. *BMJ Global Health*, 2(2), e000168. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2016-000168>
- Iantaffi, A., & Bockting, W. O. (2011). Views from both sides of the bridge? Gender, sexual legitimacy and transgender people's experiences of relationships. *Culture Health & Sexuality*, 13(3), 355–370. <https://doi.org/10.1080/13691058.2010.537770>
- Idrus, N. I., & Hymans, T. D. (2014). Balancing benefits and harm: Chemical use and bodily transformation among Indonesia's transgender waria. *International Journal of Drug Policy*, 25(4), 789–797.
- ILGA World. (2020a). *Trans legal mapping report 2019: recognition before the law*. https://ilga.org/downloads/ILGA_World_Trans_Legal_Mapping_Report_2019_EN.pdf
- ILGA World. (2020b). *Curbing deception: a world survey on legal regulation of so-called “conversion therapies”*. https://ilga.org/downloads/ILGA_World_Curbing_Deception_world_survey_legal_restrictions_conversion_therapy.pdf
- Ingraham, N., Wingo, E., & Roberts, S. C. M. (2018). Inclusion of LGBTQ persons in research related to pregnancy risk: A cognitive interview study. *BMJ Sexual & Reproductive Health*. <https://doi.org/10.1136/bmjshr-2018-200097>
- International Commission of Jurists (2007). *Yogyakarta Principles - Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity*. www.yogyakartaprinciples.org
- International Commission of Jurists. (2017). *The Yogyakarta Principles Plus 10 - Additional Principles and State Obligation on the Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation, Gender Expression and Sex Characteristics to Complement the Yogyakarta Principles*.

- http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). *Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: Report of an Expert Panel*. Interprofessional Education Collaborative.
- Irwig, M. S. (2017). Testosterone therapy for transgender men. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5, 301-311. [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(16\)00036-x](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(16)00036-x)
- Irwig, M. S. (2018). Cardiovascular health in transgender people. *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders*, 19(3), 243-251. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9454-3>
- Irwig, M. S., Childs, K., & Hancock, A. B. (2017). Effects of testosterone on the transgender male voice. *Andrology*, 5(1), 107-112. <https://doi.org/10.1111/andr.12278>
- Irwig, M.S. (2021). Is there a role for 5 α -reductase inhibitors in transgender individuals? *Andrology*, 9(6), 1729-1731. <https://doi.org/10.1111/andr.12881>
- Isaacson, D., Aghili, R., Wongwittava, N., & Garcia, M. (2017). How big is too big? The girth of bestselling insertive sex toys to guide maximal neophallus dimensions. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(11), 1455-1461. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.09.012>
- Islam, N., Nash, R., Zhang, Q., Panagiotakopoulos, L., Daley, T., Bhasin, S., Getahun, D., Sonya Haw, J., McCracken, C., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Is there a link between hormone use and diabetes incidence in transgender people? Data from the STRONG cohort. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 107(4), e1549-e1557. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgab832>
- Isshiki, N., Taira, T., & Tanabe, M. (1983). Surgical alteration of the vocal pitch. *The Journal of Otolaryngology*, 12(5), 335-340. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6644864/>
- Iwamoto, S. J., Defreyne, J., Rothman, M. S., Van Schuylenbergh, J., Van de Bruaene, L., Motmans, J., & T'Sjoen, G. (2019). Health considerations for transgender women and remaining unknowns: A narrative review. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, 10, 204201881987116. <https://doi.org/10.1177/2042018819871166>
- Iwamoto, S. J., Grimstad, F., Irwig, M. S., & Rothman, M. S. (2021). Routine screening for transgender and gender diverse adults taking gender-affirming hormone therapy: A narrative review. *Journal of General Internal Medicine*, 36(5), 1380-1389. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06634-7>
- Iwamoto, S. J., T'Sjoen, G., Safer, J. D., Davidge-Pitts, C. J., Wierman, M. E., Glodowski, M. B., & Rothman, M. S. (2019). Letter to the editor: "Progesterone is important for transgender women's therapy - applying evidence for the benefits of progesterone in ciswomen". *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 104(8), 3127-3128. <https://doi.org/10.1210/jc.2019-00249>
- Jablonski, R. A., Vance, D. E., & Beattie, E. (2013). The invisible elderly: Lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 39(11), 46-52. <https://doi.org/10.3928/00989134-20130916-0>
- Jackowich, R. A., Vale, R., Vale, K., Wassersug, R. J., & Johnson, T. W. (2014). Voluntary genital ablations: Contrasting the cutters and their clients. *Sexual Medicine*, 2(3), 121-132. <https://doi.org/10.1002/sm2.33>
- Jackson Levin, N., Kattari, S. K., Piellusch, E. K., & Watson, E. (2020). "We just take care of each other": Navigating 'chosen family' in the context of health, illness, and the mutual provision of care amongst queer and transgender young adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7346. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197346>
- Jacobson, G. J., Niemira, J. C., & Violeta, K. J. (Eds.). (2019). *Sex, Sexuality, and Trans Identities: Clinical Guidance for Psychotherapists and Counselors*. Jessica Kingsley Publishers.
- Jadoul, P., Guilmain, A., Squifflet, J., Luyckx, M., Votino, R., Wyns, C., & Dolmans, M. M. (2017). Efficacy of ovarian tissue cryopreservation for fertility preservation: Lessons learned from 545 cases. *Human Reproduction*, 32(5), 1046-1054. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex040>
- Jäggi, T., Jellestad, L., Corbisiero, S., Schaefer, D. J., Jenewein, J., Schneeberger, A., Kuhn, A., & Garcia Nuñez, D. (2018). Gender minority stress and depressive symptoms in transitioned Swiss transpersons. *BioMed Research International*, 2018, 8639263. <https://doi.org/10.1155/2018/8639263>
- Jahromi, A. H., Horen, S. R., Dorafshar, A. H., Seu, M. L., Radix, A., Anderson, E., Green, J., Fraser, L., Johannesson, L., Testa, G., Schechter, L. S. M., & Schechter, L. (2021). Uterine transplantation and donation in transgender individuals; Proof of concept. *International Journal of Transgender Health*, 22(4), 349-359. <https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1915635>
- Jakomin, J. R., Ziegler, A., Rio, C., & Suddarth, R. (2020). Opportunities to learn transgender voice and communication therapy in graduate speech-language pathology education: Preliminary e-survey findings. *Perspectives*, 5(4), 876-883. https://doi.org/10.1044/2020_PERSP-20-00047
- James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2016). *The report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-AIAN-Report-Dec17.pdf>
- James-Abra, S., Tarasoff, L., Green, D., Epstein, R., Anderson, S., Marvel, S., Steele, L. S., Ross, L. (2015). Trans people's experiences with assisted reproduction services: A qualitative study. *Human Reproduction*, 30(6), 1365-1374. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev087>
- Jarrett, B. A., Corbet, A. L., Gardner, I. H., Weinand, J. D., & Peitzmeier, S. M. (2018). Chest binding and care seeking among transmasculine adults: A cross-sectional study. *Transgender Health*, 3(1), 170-178. <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0017>
- Jasuja, G. K., de Groot, A., Quinn, E. K., Ameli, O., Hughto, J. M., Dunbar, M., Deutsch, M., Streed, C. G., Paasche-Orlos, M., Wolfe, H. L., & Rose, A. J. (2020). Beyond gender identity disorder diagnosis codes: An examination of additional methods to identify transgender individuals in administrative databases. *Medical Care*,

- 58(10), 903.
<https://doi.org/uk/10.1097/MLR.0000000000001362>
- Javier, C., Crimston, C. R., & Barlow, F. K. (2022). Surgical satisfaction and quality of life outcomes reported by transgender men and women at least one year post gender-affirming surgery: A systematic literature review. *International Journal of Transgender Health*, 23(3), 255-273. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2038334>
- Jazayeri, H. E., Lopez, J., Sluiter, E. C., O'Brien-Coon, D., Bluebond-Langner, R., Kuzon, W. M., Jr., Berli, J. U., Monstrey, S. J., Deschamps-Brady, J. C., Dorafshar, A. H., & Schechter, L. S. (2021). Discussion: Promoting centers for transgender care. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 79(1), 3-4.
<https://doi.org/10.1016/j.joms.2020.09.027>
- Jefford, M., & Moore, R. (2008). Improvement of informed consent and the quality of consent documents. *The Lancet. Oncology*, 9(5), 485-493.
[https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(08\)70128-1](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(08)70128-1)
- Jenness, V., & Smyth, M. (2011). The passage and implementation of the Prison Rape Elimination Act: Legal endogeneity and the uncertain road from symbolic law to instrumental effects. *Stanford Law & Policy Review*, 22, 489.
<https://doi.org/doi:10.1177/0891243215611856>
- Jenness, V., & Fenstermaker, S. (2016). Forty years after Brownmiller: Prisons for men, transgender inmates, and the rape of the feminine. *Gender & Society*, 30(1), 14-29.
<https://doi.org/doi:10.1177/0891243215611856>
- Jessen, R. S., Wæhre, A., David, L., & Stänicke, E. (2021). Negotiating gender in everyday life: Toward a conceptual model of gender dysphoria in adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3489-3503.
<https://doi.org/10.1007/s10508-021-02024-6>
- Jiang, D. D., Gallagher, S., Burchill, L., Berli, J., & Dugi, D., 3rd. (2019). Implementation of a pelvic floor physical therapy program for transgender women undergoing gender-affirming vaginoplasty. *Obstetrics and Gynecology*, 133(5), 1003-1011.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003236>
- Jiang, D., Witten, J., Berli, J., & Dugi, D., 3rd. (2018). Does depth matter? Factors affecting choice of vulvoplasty over vaginoplasty as gender-affirming genital surgery for transgender women. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(6), 902-906.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.085>
- Jindarak, S., Nilprapha, K., Atikankul, T., Angspatt, A., Pungrasmi, P., Iamphongsai, S., Promniyom, P., Suwajo, P., Scvaggi, G., & Tiewtranon, P. (2018). Spermatogenesis abnormalities following hormonal therapy in transwomen. *Biomed Research International*, 2018, 7919481. <https://doi.org/10.1155/2018/7919481>
- Johns, M. M., Beltran, O., Armstrong, H. L., Jayne, P. E., & Barrios, L. C. (2018). Protective factors among transgender and gender variant youth: A systematic review by socioecological level. *The Journal of Primary Prevention*, 39(3), 263-301.
<https://doi.org/10.1007/s10935-018-0508-9>
- Johns, M. M., Lowry, R., Andrzejewski, J., Barrios, L. C., Demissie, Z., McManus, T., Rasberry, C. N., Robin, L., & Underwood, J. M. (2019). Transgender identity and experiences of violence victimization, substance use, suicide risk, and sexual risk behaviors among high school students - 19 states and large urban school districts, 2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68(3), 67.
<https://doi.org/uk/10.15585/mmwr.mm6803a3>
- Johnson, E. K., Rosoklija, I., Finlayson, C., Chen, D., Yerkes, E. B., Madonna, M. B., Holl, J. L., Baratz, A. B., Davis, G., & Cheng, E. Y. (2017). Attitudes towards "disorders of sex development" nomenclature among affected individuals. *Journal of Pediatric Urology*, 13(6), 608.e1-608.e8.
<https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2017.03.035>
- Johnson, K. C., LeBlanc, A. J., Deardorff, J., Bockting, W.O. (2020). Invalidation experiences among non-binary adolescents. *Journal of Sex Research*, 57(2), 222-233.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1608422>
- Johnson, L., & Federman, E. J. (2014). Training, experience, and attitudes of VA psychologists regarding LGBT issues: Relation to practice and competence. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(1).
<https://doi.org/10.1037/sgd0000019>
- Johnson, T. W., & Irwig, M. S. (2014). The hidden world of self-castration and testicular self-injury. *Nature Reviews Urology*, 11(5), 297-300.
<https://doi:10.1038/nrurol.2014.84>
- Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2010). Gender identity disorder outside the binary: When gender identity disorder-not otherwise specified is not good enough. *Archives of Sexual Behavior*, 39(3), 597-598.
<https://doi.org/10.1007/s10508-010-9608-1>
- Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2016). Recognition of gender variants outside the binary in WPATH Standards of Care, Version 7.0. *International Journal of Transgenderism*, 17(1), 1-3.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1114442>
- Johnson, T. W., Brett, M. A., Roberts, L. F., & Wassersug, R. J. (2007). Eunuchs in contemporary society: Characterizing men who are voluntarily castrated (Part I). *The Journal of Sexual Medicine*, 4(4), 930-945.
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00521.x>
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2019). UNAIDS Data 2019.
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf
- Joint, R., Chen, Z. E., & Cameron, S. (2018). Breast and reproductive cancers in the transgender population: A systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 125(12), 1505-1512.
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.15258>
- Jones, C. (2019). Intersex, infertility and the future: Early diagnoses and the imagined life course. *Sociology of Health & Illness*, 42(1), 143-156.
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.12990>
- Jones, T., de Bolger, T., Dune, A., Lykins, A., & G. Hawkes. (2015). *Female-to-Male (FtM) transgender people's experiences in Australia: A national study*. Springer International Publishing.
- Jones, B. A., Bouman, W. P., Haycraft, E., & Arcelus, J. (2019). Gender congruence and body satisfaction in nonbinary transgender people: A case control study.

- International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 263-274. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1538840>
- Jones, B. A., Bouman, W. P., Haycraft, E., & Arcelus, J. (2019). Mental health and quality of life in non-binary transgender adults: A case control study. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 251-262. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1630346>
- Jones, B. A., Brewin, N., Richards, C., Van Eijk, M., Stephenson-Allen, A., & Arcelus, J. (2017). Investigating the outcome of the initial assessment at a national transgender health service: Time to review the process?. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 427-432. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1372838>
- Jones, B. P., Rajamanoharan, A., Vali, S., Williams, N. J., Saso, S., Thum, M. Y., Ghaem-Maghani, S., Quiroga, I., Diaz-Garcia, C., Thomas, P., Wilkinson, S., Yazbek, J., & Smith, J. R. (2021). Perceptions and motivations for uterus transplant in transgender women. *JAMA Network Open*, 4(1), e2034561. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.34561>
- Jones, R. K., Witwer, E., & Jerman, J. (2020). Transgender abortion patients and the provision of transgender-specific care at non-hospital facilities that provide abortions. *Contraception*, X, 2, 100019. <https://doi.org/10.1016/j.conx.2020.100019>
- Jones, K., Wood, M., & Stephens, L. (2017). Contraception choices for transgender males. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 43(3), 239-240. <https://doi.org/10.1136/jfprhc-2017-101809>
- Joseph, A. A., Kulshreshtha, B., Shabir, I., Marumudi, E., George, T. S., Sagar, R., Mehta, M., & Ammini, A. C. (2016). Gender issues and related social stigma affecting patients with a disorder of sex development in India. *Archives of Sexual Behavior*, 46(2), 361-367. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0841-0>
- Julian, J. M., Salvetti, B., Held, J. I., Murray, P. M., Lara-Rojas, L., & Olson-Kennedy, J. (2021). The impact of chest binding in transgender and gender diverse youth and young adults. *Journal of Adolescent Health*, 68(6), 1129-1134. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.09.029>
- Jung, A., & Schuppe, H. C. (2007). Influence of genital heat stress on semen quality in humans. *Andrologia*, 39(6), 203-215. <https://doi.org/10.1111/j.1439-0272.2007.00794.x>
- Kailas, M., Lu, H. M. S., Rothman, E. F., & Safer, J. D. (2017). Prevalence and types of gender-affirming surgery among a sample of transgender endocrinology patients prior to state expansion of insurance coverage. *Endocrine Practice*, 23(7), 780-786. <https://doi.org/10.4158/EP161727.OR>
- Kaltiala, R., Bergman, H., Carmichael, P., de Graaf, N. M., Egebjerg Rischel, K., Frisén, L., Schorkopf, M., Suomalainen, L., & Waehre, A. (2020). Time trends in referrals to child and adolescent gender identity services: A study in four Nordic countries and in the UK. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(1), 40-44. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1667429>
- Kaltiala, R., Heino, E., Työlajärvi, M., & Suomalainen, L. (2020). Adolescent development and psychosocial functioning after starting cross-sex hormones for gender dysphoria. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(3), 213-219. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1691260>
- Kaltiala-Heino, R., Bergman, H., Työlajärvi, M., & Frisen, L. (2018). Gender dysphoria in adolescence: Current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 9, 31-41. <https://doi.org/10.2147/ahmt.s135432>
- Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työlajärvi, M., & Lindberg, N. (2015). Two years of gender identity service for minors: Overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y>
- Kanagalingam, J., Georgalas, C., Wood, G. R., Ahluwalia, S., Sandhu, G., & Cheesman, A. D. (2005). Cricothyroid approximation and subluxation in 21 male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 115(4), 611-618. <https://doi.org/10.1097/01.mlg.0000161357.12826.33>
- Kang, A., Aizen, J. M., Cohen, A. J., Bales, G. T., & Pariser, J. J. (2019). Techniques and considerations of prosthetic surgery after phalloplasty in the transgender male. *Translational Andrological Urology*, 8(3), 273-282. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.06.02>
- Kanhai, R. C. (2016). Sensate vagina pedicled-spot for male-to-female transsexuals: The experience in the first 50 patients. *Aesthetic Plastic Surgery*, 40(2), 284-287. <https://doi.org/10.1007/s00266-016-0620-2>
- Kanhai, R. C., Hage, J. J., Asscheman, H., & Mulder, J. W. (1999). Augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 104(2), 542-549; discussion 550-541. <https://doi.org/10.1097/00006534-199908000-00039>
- Kanhai, R. C., Hage, J. J., Karim, R. B., & Mulder, J. W. (1999). Exceptional presenting conditions and outcome of augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Annals of Plastic Surgery*, 43(5), 476-483. <https://doi.org/10.1097/0000637-199911000-00003>
- Kanhai, R. C., Hage, J. J., & Mulder, J. W. (2000). Long-term outcome of augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals: A questionnaire survey of 107 patients. *British Journal of Plastic Surgery*, 53(3), 209-211. <https://doi.org/10.1054/bjps.1999.3298>
- Kanis, J. A. (1994). Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis: Synopsis of a WHO report. *Osteoporosis International*, 4(6), 368-381. <https://doi.org/10.1007/BF01622200>
- Kanj, R. V., Conard, L. A. E., Corathers, S. D., & Trotman, G. E. (2019). Hormonal contraceptive choices in a clinic-based series of transgender adolescents and young adults. *The International Journal of Transgenderism*, 20(4), 413-420. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1631929>
- Karasic, D. H. (2016). Protecting transgender rights promotes transgender health. *LGBT Health*, 3(4), 245-247. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0072>
- Karasic, D. H. (2019). Mental health care for the adult transgender patient. In C.A. Ferrando, C. A (Ed.). *Comprehensive Care of the Transgender Patient* (pp. 8-11). Elsevier Health Sciences.
- Karasic, D. H., & Fraser, L. (2018). Multidisciplinary care and the standards of care for transgender and gender

- nonconforming individuals. *Clinics in Plastic Surgery*, 45(3), 295-299. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.016>
- Karkazis, K., Tamar-Mattis, A., & Kon, A. A. (2010). Genital surgery for disorders of sex development: Implementing a shared decision-making approach. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 23(8), 789-805. <https://doi.org/10.1515/jpem.2010.129>
- Kasianczuk, M., & Trofymenko, O. (2020). *Size estimation for transgender people in Ukraine/SE "Center of Social Expertises named fter Yu. Saenko" of the Institute of So-ciology of the National Academy of Sciences of Ukraine.-Kyiv*, 2020. https://www.researchgate.net/publication/348325593_PO_PULATION_SIZE_ESTIMATION_FOR_TRANSGENDER_PEOPLE_IN_UKRAINE
- Kattari, S. K., & Hasche, L. (2016). Differences across age groups in transgender and gender non-conforming people's experiences of health care discrimination, harassment, and victimization. *Journal of Aging and Health*, 28(2), 285-306. <https://doi.org/10.1177/0898264315590228>
- Kattari, S. K., Walls, N. E., Speer, S. R., & Kattari, L. (2016). Exploring the relationship between transgender-inclusive providers and mental health outcomes among transgender/gender variant people. *Social Work in Health Care*, 55(8), 635-650. <https://doi.org/10.1080/00981389.2016.1193099>
- Katz-Wise, S. L., Budge, S. L., Fugate, E., Flanagan, K., Touloumtzis, C., Rood, B., Perez-Brumer, A., & Leibowitz, S. (2017). Transactional pathways of transgender identity development in transgender and gender-nonconforming youth and caregiver perspectives from the Trans Youth Family Study. *International Journal of Transgenderism*, 18(3), 243-263. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1304312>
- Kaufman, R. & Tishelman, A.C. (2018). Creating a network of professionals. In C.E. Keo-Meier & D.E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Kauth, M. R., Shipherd, J. C., & Boedecker, A. L. (2018). Adjunctive interventions: Supportive services for gender role transitions. In M.R. Kauth, & J.C. Shipherd (Eds.). *Adult Transgender Care: An Interdisciplinary Approach for Training Mental Health Professionals* (pp.161-174). Routledge.
- Kauth, M. R., Shipherd, J. C., Lindsay, J., Blossnich, J. R., Brown, G. R., & Jones, K. T. (2014). Access to care for transgender veterans in the Veterans Health Administration: 2006-2013. *American Journal of Public Health*, 104(S4), S532-S534. <https://doi.org.uk/10.2105/AJPH.2014.302086>
- Kcomt, L., Gorey, K. M., Barrett, B. J., & McCabe, S. E. (2020). Healthcare avoidance due to anticipated discrimination among transgender people: A call to create trans-affirmative environments. *Elsevier*, 11, 100608. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100608>
- Kelly, S. J., & Ismail, M. (2015). Stress and type 2 diabetes: A review of how stress contributes to the development of type 2 diabetes. *Annual Review of Public Health* 36, 441-462. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031914-122921>
- Kelly, V., Hertegård, S., Eriksson, J., Nygren, U., & Södersten, M. (2018). Effects of gender-confirming pitch-raising surgery in transgender women a long-term follow-up study of acoustic and patient-reported data. *Journal of Voice*, 33(5), 781-791. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2018.03.005>
- Kelvin, J. F., Thom, B., Benedict, C., Carter, J., Corcoran, S., Dickler, M. N., Goodman, K. A., Margolies, A., Matasar, M. J., Noy, A & Goldfarb, S. B. (2016). Cancer and fertility program improves patient satisfaction with information received. *Journal of Clinical Oncology*, 34(15), 1780-1786. <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.64.5168>
- Kennedy, E., & Thibeault, S. L. (2020). Voice-gender incongruence and voice health information-seeking behaviors in the transgender community. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(3), 1563-1573. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00188
- Kennis, M., Duecker, F., T'Sjoen, G., Sack, A. T., & Dewitte, M. (2022). Sexual self-concept discrepancies mediate the relation between gender dysphoria sexual esteem and sexual attitudes in binary transgender individuals. *The Journal of Sex Research*, 59(4), 524-536. <https://doi.org/10.1080/00224499.2021.1951643>
- Kent, M. A., Winoker, J. S., & Grotas, A. B. (2018). Effects of feminizing hormones on sperm production and malignant changes: Microscopic examination of post orchiectomy specimens in transwomen. *Urology*, 121, 93-96. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.07.023>
- Keohane v. Jones (Florida Department of Corrections), Case No.4:16-cv-511-MW-CAS, N. D. Fla, 2018.
- Keo-Meier, C. L., & Ehrensaft, D. (2018). Introduction to the gender affirmative model. In C. Keo-Meier & D. Ehrensaft (Ed), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. (pp. 3-19). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Keo-Meier, C. L., & Fitzgerald, K. M. (2017). Affirmative psychological testing and neurocognitive assessment with transgender adults. *The Psychiatric Clinics of North America*, 40(1), 51-64. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.011>
- Keo-Meier, C. L., Herman, L. I., Reisner, S. L., Pardo, S. T., Sharp, C., & Babcock, J. C. (2015). Testosterone treatment and MMPI-2 improvement in transgender men: A prospective controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 143-156. <https://doi.org/10.1037/a0037599>
- Kerckhof, M. E., Kreukels, B. P. C., Nieder, T. O., Becker-Héblly, I., van de Grift, T. C., Staphorsius, A. S., Elaut, E. (2019). Prevalence of sexual dysfunctions in transgender persons: Results from the ENIGI follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(12), 2018-2029. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.09.003>
- Kerry, S. (2014). Sisters/girls/brother/boys: The status of indigenous transgender Australians. *International Journal*

- of *Transgender Health*, 15(3-4), 173-186. <https://doi.org/10.1080/15532739.2014.995262>
- Khalili, J., Leung, L. B., & Diamant, A. L. (2015). Finding the perfect doctor: Identifying lesbian, gay, bisexual, and transgender-competent physicians. *American Journal of Public Health*, 105(6), 1114-1119. <https://doi.org/10.2105/ajph.2014.302448>
- Khatchadourian, K., Amed, S., & Metzger, D. L. (2014). Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver. *The Journal of Pediatrics*, 164(4), 906-911. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.10.068>
- Kidd, J. D., Dolezal, C., & Bockting, W. O. (2018). The relationship between tobacco use and legal document gender-marker change, hormone use, and gender-affirming surgery in a United States sample of trans-feminine and trans-masculine individuals: Implications for cardiovascular health. *LGBT Health*, 5(7), 401-411. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0103>
- Kidd, K. M., Sequeira, G. M., Douglas, C., Paglisotti, T., Inwards-Breland, D. J., Miller, E., & Coulter, R. (2021). Prevalence of gender-diverse youth in an urban school district. *Pediatrics*, 147(6), e2020049823. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-049823>
- Kim, H.T. (2020) Vocal feminization for transgender women: Current strategies and patient perspectives. *International Journal of General Medicine*, 13, 43-52. <http://doi.org/doi:10.2147/IJGM.S205102>
- Kim, E. Y. (2015). Long-term effects of gonadotropin-releasing hormone analogs in girls with central precocious puberty. *Korean Journal of Pediatrics*, 58(1), 1-7. <https://doi.org/10.3345/kjp.2015.58.1.1>
- Kim, H. T. (2017). A new conceptual approach for voice feminization: 12 years of experience. *The Laryngoscope*, 127(5), 1102-1108. <https://doi.org/10.1002/lary.26127>
- Kirey-Sitnikova, Y. (2021). Prospects and challenges of gender neutralization in Russian. *Russian Linguistics*, 45(2), 143-158. <https://doi.org/10.1007/s11185-021-09241-6>
- Kismödi, E., Corona, E., Maticka-Tyndale, E., Rubio-Aurioles, E., & Coleman, E. (2017). Sexual Rights as Human Rights: A guide for the WAS Declaration of Sexual Rights. *International Journal of Sexual Health*, 29(suppl.1), 1-92. <https://doi.org/10.1080/19317611.2017.1353865>
- Klaver, M., de Mutsert, R., van der Loos, M., Wiepjes, C. M., Twisk, J. W. R., den Heijer, M., & Klink, D. T. (2020). Hormonal treatment and cardiovascular risk profile in transgender adolescents. *Pediatrics*, 145(3), e20190741. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-0741>
- Klaver, M., de Mutsert, R., Wiepjes, C. M., Twisk, J. W. R., den Heijer, M., Rotteveel, J., & Klink, D. T. (2018). Early hormonal treatment affects body composition and body shape in young transgender adolescents. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(2), 251-260. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.12.009>
- Klein, A., & Golub, S.A. (2016). Family rejection as a predictor of suicide attempts and substance misuse among transgender and gender nonconforming adults. *LGBT Health*, 3(3), 193-199. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0111>
- Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review. *Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 2922-2939. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01370>
- Klein, D. A., Berry-Bibee, E. N., Baker, K. K., Malcolm, N. M., Rollison, J. M., & Frederiksen, B. N. (2018). Providing quality family planning services to LGBTQIA individuals: A systematic review. *Contraception*, 97(5) <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.12.016>
- Klein, D. A., Paradise, S. L., & Goodwin, E. T. (2018). Caring for transgender and gender-diverse persons: What clinicians should know. *AFP Journal*, 98(11), 645-653. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30485050>
- Kleinplatz, P. J. (Ed.). (2012). *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives* (second edition). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Klimstra, T. A., Hale, W. W. III., Raaijmakers, Q. A. W., Branje, S. J. T., & Meeus, W. H. J. (2009). Identity formation in adolescence: Change or stability? *Journal of Youth and Adolescence*, 39(2), 150-162. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9401-4>
- Klink, D., Bokenkamp, A., Dekker, C., & Rotteveel, J. (2015). Arterial hypertension as a complication of triptorelin treatment in adolescents with gender dysphoria. *Endocrinology and Metabolism International Journal*, 2(1), 36-38. <https://doi.org/10.15406/emij.2015.02.00008>
- Klink, D., Caris, M., Heijboer, A., van Trotsenburg, M., & Rotteveel, J. (2015). Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 100(2), E270-E275. <https://doi.org/10.1210/jc.2014-2439>
- Kloer, C., Parker, A., Blasdel, G., Kaplan, S., Zhao, L., & Bluebond-Langner, R. (2021). Sexual health after vaginoplasty: A systematic review. *Andrology*, 9(6), 1744-1764. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/andr.13022>
- Klosky, J. L., Anderson, L. E., Russell, K. M., Huang, L., Zhang, H., Schover, L. R., Simmons, J. L., & Kutteh, W. H. (2017). Provider influences on sperm banking outcomes among adolescent males newly diagnosed with cancer. *Journal of Adolescent Health*, 60(3), 277-283. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.10.020>
- Klosky, J. L., Flynn, J. S., Lehmann, V., Russell, K. M., Wang, F., Hardin, R. N., Eddinger, J. R., Zhang, H., Schenck, L. A., & Schover, L. R. (2017). Parental influences on sperm banking attempts among adolescent males newly diagnosed with cancer. *Fertility and Sterility*, 108(6), 1043-1049. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.08.039>
- Klosky, J. L., Wang, F., Russell, K. M., Zhang, H., Flynn, J. S., Huang, L., Wasilewski-Masker, K., Landier, W., Leonard, M., Albritton, K. H., Gupta, A. A., Casilas, J., Colte, O., Kutteh, W. H., & Schover, L. R. (2017). Prevalence and predictors of sperm banking in adolescents newly diagnosed with cancer: Examination of adolescent, parent, and provider factors influencing fertility preservation outcomes. *Journal of Clinical*

- Oncology*, 35(34), 3830-3865. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.70.4767>
- Knutson, D., Koch, J. M., & Goldbach, C. (2019). Recommended terminology, pronouns, and documentation for work with transgender and non-binary populations. *Practice Innovations*, 4(4), 214-224. <https://doi.org/10.1037/pri0000098>
- Koçak, I., Akpınar, M. E., Cakır, Z. A., Doğan, M., Bengisu, S., & Celikoyar, M. M. (2010). Laser reduction glottoplasty for managing androphonia after failed cricothyroid approximation surgery. *Journal of Voice*, 24(6), 758-764. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2009.06.004>
- Kocan, S., & Gursoy, A. (2016). Body image of women with breast cancer after mastectomy: A qualitative research. *Journal of Breast Health*, 12(4), 145-150. <https://doi.org/10.5152/tjbh.2016.2913>
- Koehler, A., Eyssel, J., & Nieder, T. O. (2018). Genders and individual treatment progress in (non-)binary trans individuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(1), 102-113. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.11.007>
- Kohlberg, L. (1966). A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. In E. E. Maccoby (Ed.), *The development of sex*. Tavistock Publications.
- Kojima, T., Shoji, K., Isshiki, N., & Nakamura, K. (2008). Thyroplasty type III for treatment of voice problem in GID of female-to-male type. *Practica Oto-Rhino-Laryngologica*, 101(1), 39-43. <https://doi.org/10.5631/jibirin.101.39>
- Kon, A. (2015). Ethical issues in decision-making for infants with disorders of sex development. *Hormone and Metabolic Research*, 47(05), 340-343. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1547269>
- Kornienko, O., Santos, C., Martin, C., & Granger, K. (2016). Peer influence on gender identity development in adolescence. *Developmental Psychology*, 52(10), 1578-1592. <https://doi.org/10.1037/dev0000200>
- Korpaisarn, S., & Safer, J. D. (2018). Gaps in transgender medical education among healthcare providers: A major barrier to care for transgender persons. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 19(3), 271-275. <https://doi-org.nottingham.idm.oclc.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., Avanessian, B. K., Ting, J., Yiwei, L., Subha, K., Safer, J.D., & Pang, J. H. (2021). No venous thromboembolism increase among transgender female patients remaining on estrogen for gender-affirming surgery. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(4), e1586-e1590. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa966>
- 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., Wunsch, L., & Richter-Appelt, H. (2019). Variations of sex development: The first German interdisciplinary consensus paper. *Journal of Pediatric Urology*, 15(2), 114-123. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2018.10.008>
- Krempasky, C., Harris, M., Abern, L., & Grimstad, F. (2020). Contraception across the transmasculine spectrum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(2), 134-143. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.07.043>
- Kreukels, B. P. C., Köhler, B., Nordenström, A., Roehle, R., Thyen, U., Bouvattier, C., de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., Köhler, B., Cohen-Kettenis, P., de Vries, A., Arlt, W., Wiesemann, C., Slowikowska-Hilczner, J., de la Perriere, A. B., Sultan, C., Paris, F., Bouvattier, C., Thyen, U., & Reisch, N. (2018). Gender dysphoria and gender change in disorders of sex development/intersex conditions: Results From the dsd-LIFE study. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(5), 777-785. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.02.021>
- Kreukels, B. P., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. *Nature Reviews Endocrinology*, 7(8), 466-472. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2011.78>
- Krishnamurthy, R., VandeCreek, L., Kaslow, N. J., Tazeau, Y. N., Miville, M. L., Kerns, R., Stegman, R., Suzuki, L., & Benton, S. A. (2004). Achieving competency in psychological assessment: Directions for education and training. *Journal of Clinical Psychology*, 60(7), 725-739. <https://doi.org/10.1002/jclp.20010>
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenaault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., Elorrio, E. G., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., & Malata, A. (2018). High-quality health systems in the sustainable development goals era: Time for a revolution. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1196-e1252. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30386-3)
- Kunachak, S., Prakunhungsit, S., & Sujjalak, K. (2000). Thyroid cartilage and vocal fold reduction: A new phonosurgical method for male-to-female transsexuals. *The Annals of Otolaryngology, Rhinology, and Laryngology*, 109(11), 1082-1086. <https://doi.org/10.1177/000348940010901116>
- Kuper, L. E., Adams, N., & Mustanski, B. S. (2018). Exploring cross-sectional predictors of suicide ideation, attempt, and risk in a large online sample of transgender and gender nonconforming youth and young adults. *LGBT Health*, 5(7), 391-400. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0259>
- Kuper, L. E., Lindley, L., & Lopez, X. (2019). Exploring the gender development histories of children and adolescents presenting for gender affirming medical care. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 217-228. <https://doi.org/10.1037/cpp0000290>
- Kuper, L. E., Mathews, S., & Lau, M. (2019). Baseline mental health and psychosocial functioning of transgender adolescents seeking gender-affirming hormone therapy. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 40(8), 589-596. <https://doi.org/10.1097/dbp.0000000000000697>
- Kuper, L. E., Nussbaum, R., & Mustanski, B. (2012). Exploring the diversity of gender and sexual orientation identities in an online sample of transgender individuals.

- Journal of Sex Research*, 49(2-3), 244-254. <https://doi.org/10.1080/00224499.2011.596954>
- Kuper, L. E., Stewart, S., Preston, S., Lau, M., & Lopez, X. (2020). Body dissatisfaction and mental health outcomes of youth on gender-affirming hormone therapy. *Pediatrics*, 145(4), 145-145. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3006>
- Kuper, L. E., Wright, L., & Mustanski, B. (2014). Stud identity among female-born youth of color: Joint conceptualizations of gender variance and same-sex sexuality. *Journal of Homosexuality*, 61(5), 714-731. <https://doi.org/10.1080/00918369.2014.870443>
- Kuper, L. E., Wright, L., & Mustanski, B. (2018). Gender identity development among transgender and gender nonconforming emerging adults: An intersectional approach. *International Journal of Transgenderism*, 19(4), 436-455. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1443869>
- Kuijpers, S., Wiepjes, C. M., Conemans, E. B., Fisher, A. D., T'Sjoen, G., & den Heijer, M. (2021). Toward a lowest effective dose of cyproterone acetate in trans women: Results from the ENIGI study. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 106(10), e3936-e3945. <https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1210/clinem/dgab427>
- Kuvalanka, K. A., Bellis, C., Goldberg, A. E., & McGuire, J. K. (2019). An exploratory study of custody challenges experienced by affirming mothers of transgender and gender-nonconforming children. *Family Court Review*, 57(1), 54-71. <https://doi.org/10.1111/fcre.12387>
- Kuvalanka, K. A., Mahan, D. J., McGuire, J. K., & Hoffman, T. K. (2017). Perspectives of mothers of transgender and gender-nonconforming children with autism spectrum disorder. *Journal of Homosexuality*, 65(9), 1167-1189. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1406221>
- Kuyper, L., & Wijsen, C. (2014). Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 43(2), 377-385. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0140-y>
- Kvist, O., Luiza Dallora, A., Nilsson, O., Anderberg, P., Sanmartin Berglund, J., Flodmark, C. E., & Diaz, S. (2021). A cross-sectional magnetic resonance imaging study of factors influencing growth plate closure in adolescents and young adults. *Acta Paediatrica*, 110(4), 1249-1256. <https://doi.org/10.1111/apa.15617>
- Laan, E. T. M., Klein, V., Werner, M. A., van Lunsen, R. H. W., & Janssen, E. (2021). In pursuit of pleasure: A biopsychosocial perspective on sexual pleasure and gender. *International Journal of Sexual Health*, 33(4), 516-536. <https://doi.org/10.1080/19317611.2021.1965689>
- Ladanyi, C., Mor, A., Christianson, M. S., Dhillon, N., & Segars, J. H. (2017). Recent advances in the field of ovarian tissue cryopreservation and opportunities for research. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 34(6), 709-722. <https://doi.org/10.1007/s10815-017-0899-1>
- Lampalzer, U., Briken, P., & Schweizer, K. (2021). Psychosocial care and support in the field of intersex/diverse sex development (dsd): Counseling experiences, localization and needed improvements. *International Journal of Impotence Research*, 33(2), 228-242.
- Landén, M., Wälinder, J., Lambert, G., & Lundstrom, B. (1998). Factors predictive of regret in sex reassignment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(4), 284-289. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb10001.x>
- Langenderfer-Magruder, L., Whitfield, D. L., Walls, N. E., Kattari, S. K., & Ramos, D. (2014). Experiences of intimate partner violence and subsequent police reporting among lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer adults in Colorado. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(5), 855-871. <https://doi.org/10.1177/0886260514556767>
- Langley, R. E., Gilbert, D. C., Duong, T., Clarke, N. W., Nankivell, M., Rosen, S. D., Mangar, S., Macnair, A., Sundaram, S. K., Laniado, M. E., Dixit, S., Madaan, S., Manetta, C., Pope, A., Scrase, C. D., McKay, S., Muazzam, I. A., Collins, G. N., Worthing, J., & Williams, S. T. (2021). Transdermal oestradiol for androgen suppression in prostate cancer: Long-term cardiovascular outcomes from the randomised Prostate Adenocarcinoma Transcutaneous Hormone (PATCH) trial programme. *The Lancet*, 397(10274), 581-591. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)00100-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00100-8)
- Laron, Z., Zeev, Z., Kauli, R., Comaru-Schally, A., & Schally, A. (1981). D-Trp6-analogue of luteinising hormone releasing hormone in combination with cyproterone acetate to treat precocious puberty. *The Lancet*, 318(8253), 955-956. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(81\)91155-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(81)91155-7)
- Laube, J. S., Auer, M. K., Biedermann, S. V., Schröder, J., Hildebrandt, T., Nieder, T. O., Briken, P., & Fuss, J. (2020). Sexual behavior, desire, and psychosexual experience in gynephilic and androphilic trans women: A cross-sectional multicenter study. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(6), 1182-1194. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.030>
- Lawrence, A. A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behaviour*, 32(4), 299-315. <https://doi.org/10.1023/a:1024086814364>
- Lawrence, A. A. (2005). Sexuality after male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behaviour*, 34(2), 147-166. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-1793-y>
- LeBreton, M., Courtois, F., Journel, N. M., Beaulieu-Prevost, D., Belanger, M., Ruffion, A., & Terrier, J. E. (2017). Genital sensory detection thresholds and patient satisfaction with vaginoplasty in male-to-female transgender women. *Journal of Sexual Medicine*, 14(2), 274-281. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.005>
- Ledesma, E., & Ford, C. L. (2020). Health implications of housing assignments for incarcerated transgender women. *American Journal of Public Health*, 110(5), 650-654. <https://doi.org/10.2105/ajph.2020.305565>
- Lee, D. S., Marsh, L., Garcia-Altieri, M. A., Chiu, L. W., & Awad, S. S. (2016). Active mental illnesses adversely affect surgical outcomes. *The American Surgeon*, 82(12), 1238-1243. <https://doi.org/10.1177/000313481608201233>
- Lee, H., Operario, D., van den Berg, J. J., Yi, H., Choo, S., & Kim, S. S. (2020). Health disparities among transgender adults in South Korea. *Asia Pacific Journal of Public*

- Health*, 32(2-3), 103-110. <https://doi.org/10.1177%2F1010539520912594>
- Lee, H., Park, J., Choi, B., Yi, H., & Kim, S. S. (2018). Experiences of and barriers to transition-related healthcare among Korean transgender adults: Focus on gender identity disorder diagnosis, hormone therapy, and sex reassignment surgery. *Epidemiology and Health*, 40, 1-13. <https://doi.org/10.4178/epih.e2018005>
- Lee, J. Y., Finlayson, C., Olson-Kennedy, J., Garofalo, R., Chan, Y. M., Glidden, D. V., & Rosenthal, S. M. (2020). Low bone mineral density in early pubertal transgender/gender diverse youth: Findings from the Trans Youth Care Study. *Journal of Endocrine Society*, 4(9), bvaa065. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvaa065>
- Lee, P. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., & Hughes, I. A. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. International Consensus Conference on Intersex. *Pediatrics*, 118(2):e488-500. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-0738>
- Lee, P. A., Nordenström, A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Auchus, R., Baratz, A., Baratz Dalke, K., Liao, L.M., Lin-Su, K., Looijenga, L. H. J.3rd, Mazur, T., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Mouriquand, P., Quigley, C. A., Sandberg, D. E., Vilain, E., & Witchel, S. (2016). Global Disorders of Sex Development Update since 2006: Perceptions, Approach and Care. *Hormone Research in Paediatrics*, 85(3), 158-180. <https://doi.org/10.1159/000442975>
- Lefevor, G. T., Sprague, B. M., Boyd-Rogers, C. C., & Smack, A. C. P. (2018). How well do various types of support buffer psychological distress among transgender and gender nonconforming students? *International Journal of Transgenderism*, 20(1), 39-48. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1452172>
- Lehmann, V., Keim, M. C., Nahata, L., Shultz, E. L., Klosky, J. L., Tuinman, M. A., & Gerhardt, C. A. (2017). Fertility-related knowledge and reproductive goals in childhood cancer survivors: short communication. *Human Reproduction*, 32(11), 2250-2253. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex297>
- Leibowitz, S., & de Vries, A. L. (2016). Gender dysphoria in adolescence. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 21-35. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1124844>
- Lerner, J. E., Martin, J. I., & Gorsky, G. S. (2020). More than an apple a day: Factors associated with avoidance of doctor visits among transgender, gender nonconforming, and nonbinary people in the USA. *Sexuality Research and Social Policy*, 18(2), 409-426. <https://doi.org/10.1007/s13178-020-00469-3>
- Leung, A., Sakkas, D., Pang, S., Thornton, K., & Resetkova, N. (2019). Assisted reproductive technology outcomes in female-to-male transgender patients compared with cisgender patients: A new frontier in reproductive medicine. *Fertility and Sterility*, 112(5), 858-865. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.07.014>
- Lev, A.I. & Wolf-Gould, C. (2018). Collaborative treatment across disciplines. In C.E. Keo-Meier & D.E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Levine, S. B. (2009). Real-Life Test Experience: Recommendations for revisions to the Standards of Care of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 186-193. <https://doi.org/10.1080/15532730903383773>
- Levine, S. B., Brown, G., Coleman, E., Cohen-Kettenis, P. T., Hage, J., Van Maasdam, J., Petersen, M., Pfafflin, F., & Schaefer, L. C. (1998). The Standards of Care for Gender Identity Disorders Fifth Edition. *International Journal of Transgenderism*, 2(2), <http://www.symposion.com/ijt/jtce0405.htm>
- Levy, A., Crown, A., & Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 59(4), 409-418. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2265.2003.01821.x>
- Leyns, C., Papeleu, T., Tomassen, P., T'Sjoen, G., & D'haeseleer, E. (2021). Effects of speech therapy for transgender women: A systematic review. *International Journal of Transgender Health*, 22(4), 360-380. <https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1915224>
- Liang, J. J., Gardner, I. H., Walker, J. A., & Safer, J. D. (2017). Observed deficiencies in medical student knowledge of transgender and intersex health. *Endocrine Practice*, 23(8), 897-906. <https://doi.org/10.4158/EP171758.O>
- Liao, L., & Simmonds M. (2014). A values-driven and evidence-based health care psychology for diverse sex development. *Psychology & Sexuality*, 5(1), 83-101. <https://doi.org/10.1080/19419899.2013.831217>
- Lieberman, T. (2018). *Painting Dragons: What Storytellers Need to Know About Writing Eunuch Villains*. Bogotá, Glyph Torrent.
- Lierman, S., Tillemann, K., Braeckmans, K., Peynshaert, K., Weyers, S., T'Sjoen, G., & De Sutter, P. (2017). Fertility preservation for trans men: Frozen-thawed in vitro matured oocytes collected at the time of ovarian tissue processing exhibit normal meiotic spindles. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 34(11), 1449-1456. <https://doi.org/10.1007/s10815-017-0976-5>
- Light, A. D., Obedin-Maliver, J., Sevelius, J. M., & Kerns, J. L. (2014). Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstetrics and Gynecology*, 124(6), 1120-1127. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000000540>
- Light, A., Wang, L. F., Zeymo, A., & Gomez-Lobo, V. (2018). Family planning and contraception use in transgender men. *Contraception*, 98(4), 266-269. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.06.006>
- Lightfoot, S., Kia, H., Vincent, A., Wright, D. K., & Vandyk, A. (2021). Trans-affirming care: An integrative review and concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 123, 104047. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104047>
- Lim, F., Johnson, M., & Eliason, M. (2015). A national survey of faculty knowledge, experience, and readiness for teaching lesbian, gay, bisexual and transgender health

- in baccalaureate nursing programs. *Nursing Education Perspectives*, 36(3), 144-152. <https://doi.org/10.5480/14-1355>
- Lindley, L., Anzani, A., Prunas, A., & Galupo, M. P. (2021). Sexual satisfaction in trans masculine and nonbinary individuals: A qualitative investigation. *The Journal of Sex Research*, 58(2), 222-234. <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1799317>
- Lindqvist, E. K., Sigurjonsson, H., Möllermark, C., Tinder, J., Farnebo, F., & Kalle Lundgren, T. (2017). Quality of life improves early after gender reassignment surgery in transgender women. *European Journal of Plastic Surgery*, 40, 223-226. <https://doi.org/10.1007/s00238-016-1252-0>
- Lin-Su, K., Lekarev, O., Poppas, D., & Vogiatzi, M. G. (2015). Congenital adrenal hyperplasia patient perception of 'disorders sex development' nomenclature. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2015(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s13633-015-0004-4>
- Littman, L. (2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLOS One*, 13(8), e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>
- Littman, L. (2021). Individuals treated for gender dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequently detransitioned: A survey of 100 detransitioners. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3353-3369. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02163-w>
- Liu, S., Liu, Q., Cheng, X., Luo, Y., & Wen, Y. (2016). Effects and safety of combination therapy with gonadotropin-releasing hormone analogue and growth hormone in girls with idiopathic central precocious puberty: A meta-analysis. *Journal of Endocrinological Investigation*, 39(10), 1167-1178. <https://doi.org/10.1007/s40618-016-0486-9>
- Liu, Y., Xin, Y., Qi, J., Wang, H., Hong, T., Yang, X., Li, B., Change, X., Knudson, G., Zhao, Z., & Pan, B. (2020). The desire and status of gender-affirming hormone therapy and surgery in transgender men and women in China: A national population study. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(11), 2291-2298. <https://doi.org/10.1177/1010539520912594>
- Lopez, X., Marinkovic, M., Eimicke, T., Rosenthal, S. M., & Olshan, J. S. (2017). Statement on gender-affirmative approach to care from the pediatric endocrine society special interest group on transgender health. *Current Opinion in Pediatrics*, 29(4), 475-480. <https://doi.org/10.1097/mop.0000000000000516>
- Lo Russo, G., Tanini, S., & Innocenti, M. (2017). Masculine chest-wall contouring in FtM transgender: a personal approach. *Aesthetic Plastic Surgery*, 41(2), 369-374. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0796-0>
- Lowry, R., Johns, M. M., Gordon, A. R., Austin, S. B., Robin, L. E., & Kann, L. K. (2018). Nonconforming gender expression and associated mental distress and substance use among high school students. *JAMA Pediatrics*, 172(11), 1020-1028. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2140>
- Lundberg, T., Hegarty, P., & Roen, K. (2018). Making sense of 'Intersex' and 'DSD': How laypeople understand and use terminology. *Psychology & Sexuality*, 9(2), 161-173. <https://doi.org/10.1080/19419899.2018.1453862>
- Luz, P. M., Jalil, E. M., Castilho, J., Velasque, L., Ramos, M., Ferreira, A. C. G., Wilson, E. C., Valdilea, G., Veloso, B. D., Moodie, E. E. M., & Grinsztajn, B. (2022). Association of discrimination, violence, and resilience with depressive symptoms among transgender women in Rio de Janeiro, Brazil: A cross-sectional analysis. *Transgender Health*, 7(1), 101-106. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0171>
- Lynch, M., & Cicchetti, D. (1998). An ecological-transactional analysis of children and contexts: The longitudinal interplay among child maltreatment, community violence, and children's symptomatology. *Development and Psychopathology*, 10(2), 235-257. <https://doi.org/10.1017/s095457949800159x>
- MacDonald, T., Noel-Weiss, J., West, D., Walks, M., Biener, M., Kibbe, A., & Myler, E. (2016). Transmasculine individuals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16, 106-110. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0907-y>
- Machtinger, E. L., Cuca, Y. P., Khanna, N., Rose, C. D., & Kimberg, L. S. (2015). From treatment to healing: The promise of trauma-informed primary care. *Women's Health Issues*, 25(3), 193-197. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2015.03.008>
- MacKinnon, K. R., Ashley, F., Kia, H., Lam, J. S. H., Krakowsky, Y., & Ross, L. E. (2021). Preventing transition "regret": An institutional ethnography of gender-affirming medical care assessment practices in Canada. *Social Science & Medicine*, 291, 114477. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114477>
- MacKinnon, K. R., Ng, S. L., Grace, D., Sicchia, S. R., & Ross, L. E. (2019). Protocols as curriculum? Learning health advocacy skills by working with transgender patients in the context of gender-affirming medicine. *Advances in Health Sciences Education*, 25(1), 7-18. <https://doi.org/10.1007/s10459-019-09899-0>
- Madrigal-Borloz, V. (2021). *Report on gender: the law of inclusion and practices of exclusion. Report of the UN - Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity, submitted to the 47th UN Human Rights Council and 76th UN General Assembly.* https://www.ohchr.org/Documents/Issues/SexualOrientation/IESOGI/Reports_on_Gender_Final_Summary.pdf
- Madrigal-Borloz, V. (2020). *Practices of so-called "conversion therapy" - Report of the UN independent expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity, submitted to the 44th session of the UN Human Rights Council.* Geneva: United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. <https://undocs.org/A/HRC/44/53>
- Maheux, A. J., Zhou, Y., Thoma, B. C., Salk, R. H., & Choukas-Bradley, S. (2021). Examining sexual behavior among U.S. transgender adolescents. *The Journal of Sex Research*, 58(8), 1050-1060. <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1855408>
- Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Hewitt, T., Ganti, U., Lin, A., & Zepf, F. D. (2019). Gender-affirming hormones and surgery in transgender children and

- adolescents. *Lancet Diabetes Endocrinology*, 7(6), 484-498. [http://doi.org/10.1016/S2213-8587\(18\)30305-X](http://doi.org/10.1016/S2213-8587(18)30305-X)
- Malhotra, A., Kort, S., Lauther, T., Mann, N., Skopicki, H. A., & Parikh, P. B. (2022). Prevalence and predictors of cardiovascular disease and risk factors in transgender persons in the United States. *Critical Pathways in Cardiology*, 21(1), 42-46. <https://doi.org/10.1097/HPC.0000000000000271>.
- Malkin, M. L., & DeJong, C. (2018). Protections for transgender inmates under PREA: A comparison of state correctional policies in the United States. *Sexuality Research and Social Policy*, 16(4), 393-407. <https://doi.org/10.1007/s13178-018-0354-9>
- Malpas, J., Glaeser, E., & Giammattei, S. V. (2018). Building resilience in transgender and gender expansive children, families, and communities: A multidimensional family approach. In C. Keo-Meier & D. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp. 141-156). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000095-009>
- Mamoojee, Y., Seal, L. J., & Quinton, R. (2017). Transgender hormone therapy: Understanding international variation in practice. *Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(4), 243-246. [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(17\)30068-2](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(17)30068-2)
- Mancini, I., Rotilio, A., Coati, I., Seracchioli, R., Martelli, V., & Meriggiola, M. C. (2017). Presentation of a meningioma in a transwoman after nine years of cyproterone acetate and estradiol intake: Case report and literature review. *Gynecological Endocrinology*, 34(6), 456-459. <https://doi.org/10.1080/09513590.2017.1395839>
- Manero Vazquez, I., Garcia-Senosian, O., Labanca, T., & Gómez-Gil, E. (2018). Aesthetic refinement in the creation of the clitoris, its preputial hood, and labia minora in male-to-female transsexual patients. *Annals of Plastic Surgery*, 81(4), 393-397. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000001532>
- Mann, R. (2006). The treatment of transgender prisoners, not just an American problem - Comparative analysis of American, Australian, and Canadian prison policies concerning the treatment of transgender prisoners and a "universal" recommendation to improve treatment. *Law & Sexuality: A Review Lesbian, Gay, Bisexual & Transgender Legal Issues*, 15, 92-133.
- Manrique, O. J., Sabbagh, M. D., Ciudad, P., Martinez-Jorge, J., Kiranantawat, K., Sitpahul, N., Nippoldt, T. B., Charafeddine, A., & Chen, H. C. (2018). Gender-confirmation surgery using the pedicle transverse colon flap for vaginal reconstruction: A clinical outcome and sexual function evaluation study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 141(3), 767-771. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004122>
- Manson, J. E., Chlebowski, R. T., Stefanick, M. L., Aragaki, A. K., Rossouw, J. E., Prentice, R. L., Anderson, G., Howard, B.V., Thomson, C.A., LaCroix, A.Z., Wactawski-Wende, J., Jackson, R.D., Limacher, M., Margolis, K.L., Wassertheil-Smoller, S., Beresford, S.A., Cauley, J.A., Eaton, C.B., Gass, M., ... & Wallace, R. B. (2013). Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the Women's Health Initiative randomized trials. *The Journal of the American Medical Association*, 310(13), 1353-1368.
- Maraka, S., Singh Ospina, N., Rodriguez-Gutierrez, R., Davidge-Pitts, C. J., Nippoldt, T. B., Prokop, L. J., & Murad, M. H. (2017). Sex steroids and cardiovascular outcomes in transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 102(11), 3914-3923. <https://doi.org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1210/jc.2017-01643>
- Margulies, I. G., Chuang, C., Travieso, R., Zhu, V., Persing, J. A., Steinbacher, D. M., & Zellner, E. G. (2021). Preferences of transgender and gender-nonconforming persons in gender-confirming surgical care: A cross-sectional study. *Annals of Plastic Surgery*, 86(1), 82-88. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000002351>
- Marinkovic, M., & Newfield, R. S. (2017). Chest reconstructive surgeries in transmasculine youth: Experience from one pediatric center. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 376-381. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1349706>
- Marks, D. H., Peebles, J. K., & Dommasch, E. (2019). Hair reduction for transgender persons: What dermatologists should know and how they can help. *JAMA Dermatology*, 155(5), 525-526. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2019.0149>
- Marsh, C., McCracken, M., Gray, M., Nangia, A., Gay, J., & Roby, K. F. (2019). Low total motile sperm in transgender women seeking hormone therapy. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 36(8), 1639-1648. <https://doi.org/10.1007/s10815-019-01504-y>
- Marshall, W. A., & Tanner, J. M. (1969). Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Archives of Disease in Childhood*, 44(235), 291-303.
- Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2010). Developmental cascades. *Development and Psychopathology*, 22(3), 491-495. <https://doi.org/10.1017/s0954579410000222>
- Martin, K. A., Chang, R. J., Ehrmann, D. A., Ibanez, L., Lobo, R. A., Rosenfield, R. L., Shapiro, J., Montori, V. M., & Swiglo, B. A. (2008). Evaluation and treatment of hirsutism in premenopausal women: An Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 93(4), 1105-1120. <https://doi.org/10.1210/jc.2007-2437>
- Martinez, C., Rikhi, R., Haque, T., Fazal, A., Kolber, M., Hurwitz, B. E., Schneiderman, N., & Brown, T. T. (2020). Gender identity, hormone therapy, and cardiovascular disease risk. *Current Problems in Cardiology*, 45(5), 100396. <https://doi.org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1016/j.cpcardiol.2018.09.003>
- Martinez, F., & International Society for Fertility Preservation-ESHRE-ASRM Expert Working Group. (2017). Update on fertility preservation from the Barcelona International Society for Fertility Preservation-ESHRE-ASRM 2015 expert meeting: Indications, results and future perspectives. *Fertility and Sterility*, 108(3), 407-415.e11. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.05.024>
- Martins, R. S., Saleh, R., Kamal, H., Gillani, M., Merchant, A. A., Munir, M. M., Ifikar, H. K., Shah, Z., Hussain, M.

- H. Z., Azhar, M., Qadri, F., & Saleem, S. (2020). The need for transgender healthcare medical education in a developing country. *Advances in Medical Education and Practice, 11*, 405. <https://doi.org/10.2147/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., & 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., & Lawson, G. (2013). Wendler glottoplasty: An effective pitch raising surgery in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice, 27*(4), 516-522. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2013.04.004>
- Matai, V., Cheesman, A. D., & Clarke, P. M. (2003). Cricothyroid approximation and thyroid chondroplasty: A patient survey. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery, 128*(6), 841-847. [https://doi.org/10.1016/s0194-5998\(03\)00462-5](https://doi.org/10.1016/s0194-5998(03)00462-5)
- Matei, S., & Danino, M. A. (2015). Smoking and plastic surgery: A Montreal perspective. *Annales de Chirurgie Plastique et Esthétique, 60* (1), e71-e72. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2014.09.012>
- Matoso, A., Khandakar, B., Yuan, S., Wu, T., Wang, L. J., Lombardo, K. A., & Yakirevich, E. (2018). Spectrum of findings in orchiectomy specimens of persons undergoing gender confirmation surgery. *Human Pathology, 76*, 91-99. <https://doi.org/10.1016/j.humpath.2018.03.007>
- Matsuno, E. (2019). Nonbinary-affirming psychological interventions. *Cognitive and Behavioral Practice, 26*(4), 617-628. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.09.003>
- Matsuno, E., & Israel, T. (2018). Psychological interventions promoting resilience among transgender individuals: Transgender resilience intervention model (TRIM). *The Counseling Psychologist, 46*(5), 632-655. <https://doi.org/10.1177/0011000018787261>
- Mattawanon, N., Charoenkwan, K., & Tangpricha, V. (2021). Sexual dysfunction in transgender people: A systematic review. *Urology Clinics of North America, 48*(4), 437-460. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2021.06.004>
- Mattawanon, N., Spencer, J. B., Schirmer, D. A., & Tangpricha, V. (2018). Fertility preservation options in transgender people: A review. *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders, 19*(3), 231-242. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9462-3>
- Matthews, J. J., Olszewski, A., & Peterit, J. (2020). Knowledge, training, and attitudes of students and speech-language pathologists about providing communication services to individuals who are transgender. *American Journal of Speech-Language Pathology, 29*(2), 597-610. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00148
- Matthews, S. J., Picton, H., Ernst, E., & Andersen, C. Y. (2018). Successful pregnancy in a woman previously suffering from β -thalassemia following transplantation of ovarian tissue cryopreserved before puberty. *Minerva Obstetrics and Gynecology, 70*(4), 432-435. <https://doi.org/10.23736/s0026-4784.18.04240-5>
- Maxwell, S., Noyes, N., Keefe, D., Berkeley, A. S., & Goldman, K. N. (2017). Pregnancy outcomes after fertility preservation in transgender men. *Obstetrics and Gynecology, 129*(6), 1031-1034. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002036>
- Mayer, T. K., Koehler, A., Eyssel, J., & Nieder, T. O. (2019). How gender identity and treatment progress impact decision-making, psychotherapy and aftercare desires of trans persons. *Journal of Clinical Medicine, 8*(5), 749. <https://doi.org/10.3390/jcm8050749>
- Mazur, T., Cohen-Kettenis, P. T., Meyer, W. J., Meyer-Bahlburg, H. F., & Zucker, K. J. (2007). Survey of HBGDA membership on treatment of disorders of sex development (DSD). *International Journal of Transgenderism, 10*(2), 99-108. <https://doi.org/10.1080/1553273080218227>
- McCallion, S., Smith, S., Kyle, H., Shaikh, M. G., Wilkinson, G., & Kyriakou, A. (2021). An appraisal of current service delivery and future models of care for young people with gender dysphoria. *European Journal of Pediatrics, 180*(9), 2969-2976. <https://doi.org/10.1007/s00431-021-04075-2>
- McCauley, E., Eckstrand, K., Desta, B., Bouvier, B., Brockmann, B., & Brinkley-Rubenstein, L. (2017). Exploring healthcare experiences for incarcerated individuals who identify as transgender in a southern jail. *Transgender Health, 3*(1), 34-41. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0046>
- McConnell, E. A., Birkett, M. A., & Mustanski, B. (2015). Typologies of social support and associations with mental health outcomes among LGBT youth. *LGBT Health, 2*(1), 55-61. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0051>
- McDowell, A., & Bower, K. M. (2016). Transgender health care for nurses: An innovative approach to diversifying nursing curricula to address health inequities. *Journal of Nursing Education, 55*(8). <https://doi.org/10.1016/j.nurse.2016.07.011>
- McDowell, A., Raifman, J., Progovac, A. M., & Rose, S. (2020). Association of nondiscrimination policies with mental health among gender minority individuals. *JAMA Psychiatry, 77*(9), 952-958. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0770>
- McDowell, M. J., Hughto, J. M. W., & Reisner, S. L. (2019). Risk and protective factors for mental health morbidity in a community sample of female-to-male trans-masculine adults. *BMC Psychiatry, 19*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-2008-0>
- McFadden, S. H., Frankowski, S., Flick, H., & Witten, T. M. (2013). Resilience and multiple stigmatized identities: Lessons from transgender persons' reflections on aging. In J. D. Sinnott (Ed.) *Positive Psychology: Advances in Understanding Adult Motivation* (pp. 247-267). Springer Science + Business Media
- McGuire, J. K., Beek, T. F., Catalpa, J. M., & Steensma, T. D. (2018). The Genderqueer Identity (GQI) Scale: Measurement and validation of four distinct subscales with trans and LGBQ clinical and community samples in two countries. *International Journal of Transgenderism, 19*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1080/15532730.2018.1484834>

- 20(2-3), 289-304. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1460735>
- McGuire, J. K., Berg, D., Catalpa, J. M., Morrow, Q. J., Fish, J. N., Nic Rider, G., Steensma, T., Cohen-Kettenis, P. T., & Spencer, K. (2020). Utrecht Gender Dysphoria Scale - Gender Spectrum (UGDS-GS): Construct validity among transgender, nonbinary, and LGBTQ samples. *International Journal of Transgender Health, 21*(2), 194-208. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1723460>
- McInroy, L. B., Beaujolais, B., Craig, S. L., & Eaton, A. D. (2021). The Self-identification, LGBTQ+ identity development, and attraction and behavior of asexual youth: Potential implications for sexual health and internet-based service provision. *Archives of Sexual Behavior, 50*(8), 3853-3863. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02064-y>
- McLachlan, C. (2019). Que(e)ring trans and gender diversity. *South African Journal of Psychology, 49*(1), 10-13. Urology Clinics North America <https://doi.org/10.1177/0081246318780774>
- McNabb, C. (2017). *Nonbinary gender identities: History, culture, resources*. Rowman & Littlefield.
- McNamara, C. (2007). Re-inhabiting an uninhabitable body: Interventions in voice production with transsexual men. *Research in Drama Education: The Journal of Applied Theatre and Performance, 12*(2), 195-206. <https://doi.org/10.1080/13569780701321070>
- McNeil, J., Bailey, L., Ellis, S., & Regan, M. (2013). *Speaking from the margins: trans mental health and wellbeing in Ireland*. Transgender Equality Network Ireland (TENI). <https://www.atlanticphilanthropies.org/wp-content/uploads/s/2015/09/teni-speaking-from-the-margins-report.pdf>
- McNeil, J., Bailey, L., Ellis, S., Morton, J., & Regan, M. (2012). *UK Trans Mental Health Study 2012*. Scottish Transgender Alliance, Trans Resource and Empowerment Centre, TransBareAll, Traverse Research, Sheffield Hallam University. Scottish Trans Alliance https://www.scottishtrans.org/wp-content/uploads/2013/03/trans_mh_study.pdf
- McNeill, E. J. M., Wilson, J. A., Clark, S., & Deakin, J. (2008). Perception of voice in the transgender client. *Journal of Voice, 22*(6), 727-733. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.12.010>
- McTernan, M., Yokoo, K., & Tong, W. (2020). A comparison of gender-affirming chest surgery in nonbinary versus transmasculine patients. *Annals of Plastic Surgery, 84*(5S Suppl. 4), S323-S328. <https://doi.org/10.1097/sap.0000000000002254>
- Meeus, W., van de Schoot, R., Keijsers, L., & Branje, S. (2011). Identity statuses as developmental trajectories: A five-wave longitudinal study in early-to-middle and middle-to-late adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 41*(8), 1008-1021. <https://doi.org/10.1007/s10964-011-9730-y>
- Mehring, J., & Dowshen, N. L. (2019). Sexual and reproductive health considerations among transgender and gender-expansive youth. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 49*(9), 100684. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2019.100684>
- Mehring, J. E., Harrison, J. B., Quain, K. M., Shea, J. A., Hawkins, L. A., & Dowshen, N. L. (2021). Experience of chest dysphoria and masculinizing chest surgery in transmasculine youth. *Pediatrics, 147*(3), e2020013300. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-013300>
- Meier, S. C., & Labuski, C. M. (2013). *The Demographics of the Transgender Population*. In A.K. Baumle (Ed.). *International Handbook on the Demography of Sexuality* (pp. 289-327). Springer.
- Meier, S. C., Sharp, C., Michonski, J., Babcock, J. C., & Fitzgerald, K. (2013). Romantic relationships of female-to-male trans men: A descriptive study. *International Journal of Transgenderism, 14*(2), 75-85. <https://doi.org/10.1080/15532739.2013.791651>
- Meijer, J. H., Eekhout, G. M., van Vlerken, R. H., & de Vries, A. L. (2017). Gender dysphoria and co-existing psychosis: Review and four case examples of successful gender affirmative treatment. *LGBT Health, 4*(2), 106-114. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0133>
- Meister, J., Hagen, R., Shehata-Dieler, W., Kühn, H., Kraus, F., & Kleinsasser, N. (2016). Pitch elevation in male-to-female transgender persons - The Würzburg approach. *Journal of Voice, 31*(2), 244.e7-244.e15. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.07.018>
- Mendoza, N., & Motos, M. A. (2013). Androgen insensitivity syndrome. *Gynecological Endocrinology, 29*(1), 1-5. <https://doi.org/10.3109/09513590.2012.705378>
- Meriggiola, M. C., Armillotta, F., Costantino, A., Altieri, P., Saad, F., Kalhorn, T., & Pelusi, G. (2008). Effects of testosterone undecanoate administered alone or in combination with letrozole or dutasteride in female to male transsexuals. *The Journal of Sexual Medicine, 5*(10), 2442-2453. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00909.x>
- Mészáros, K., Vitéz, L. C., Szabolcs, I., Góth, M., Kovács, L., Görömbei, Z., & Hacki, T. (2005). Efficacy of conservative voice treatment in male-to-female transsexuals. *Folia Phoniatrica et Logopaedica, 57*(2), 111-118. <https://doi.org/10.1159/000083572>
- Meyer, W. III., Bockting W., Cohen-Kettenis P., Coleman E., DiCeglie D., Devor H., Gooren L., Hage J., Kirk S., Kuiper B., Laub D., Lawrence A., Menard Y., Patton J., Schaefer L., Webb A., Wheeler C.. (2001). The standards of care for gender identity disorders - Sixth Version. *International Journal of Transgenderism, 5*(1). http://www.symposium.com/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.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2014). Psychoendocrinology of Congenital Adrenal Hyperplasia. *Genetic Steroid Disorders, 285-300*. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-416006-4.00023-5>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2019). "Diagnosing" gender? Categorizing gender-identity variants in the Anthropocene. *Archives of Sexual Behavior 48*(2), 2027-2035. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1349-6>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2022). The timing of genital surgery in somatic intersexuality: Surveys of patients'

- preferences. *Hormone Research in Paediatrics*, 95, 12-20. <https://doi.org/10.1159/000521958>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Baratz Dalke, K., Berenbaum, S. A., Cohen-Kettenis, P. T., Hines, M., & Schober, J. M. (2016). Gender assignment, reassignment and outcome in disorders of sex development: Update of the 2005 Consensus Conference. *Hormone Research in Paediatrics*, 85(2), 112-118. <https://doi.org/10.1159/000442386>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Khuri, J., Reyes-Portillo, J., & New, M. I. (2017). Stigma in medical settings as reported retrospectively by women with congenital adrenal hyperplasia (CAH) for their childhood and adolescence. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(5), 496-503. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw034>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Khuri, J., Reyes-Portillo, J., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2018). Stigma associated with classical congenital adrenal hyperplasia in women's sexual lives. *Archives of Sexual Behavior*, 47(4), 943-951. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1003-8>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Reyes-Portillo, J. A., Khuri, J., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2017). Syndrome-related stigma in the general social environment as reported by women with classical congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 46(2), 341-351. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0862-8>
- Mieusset, R., Bujan, L., Mansat, A., Pontonnier, F., & Grandjean, H. (1987). Effects of artificial cryptorchidism on sperm morphology. *Fertility and Sterility*, 47(1), 150-155. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(16\)49951-6](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)49951-6)
- Mieusset, R., Grandjean, H., Mansat, A., & Pontonnier, F. (1985). Inhibiting effect of artificial cryptorchidism on spermatogenesis. *Fertility and Sterility*, 43(4), 589-594. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(16\)48502-x](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)48502-x)
- Miksad, R. A., Bubley, G., Church, P., Sanda, M., Rofsky, N., Kaplan, I., & Cooper, A. (2006). Prostate cancer in a transgender woman 41 years after initiation of feminization. *The Journal of the American Medical Association*, 296(19), 2312-2317. <https://doi.org/10.1001/jama.296.19.2316>
- Miller, L., Leeth, E. A., Johnson, E. K., Rosoklija, I., Chen, D., Aufox, S. A., & Finlayson, C. (2018). Attitudes towards 'disorders of sex development' nomenclature among physicians, genetic counselors, and mental health clinicians. *Journal of Pediatric Urology*, 14(5), 418.e1-418.e7. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2018.08.009>
- Millet, N., Longworth, J., & Arcelus, J. (2017). Prevalence of anxiety symptoms and disorders in the transgender population: A systematic review of the literature. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 27-38. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1258353>
- Millington, K., Liu, E., & Chan, Y. M. (2019). The utility of potassium monitoring in gender-diverse adolescents taking spironolactone. *Journal of the Endocrine Society*, 3(5), 1031-1038. <https://doi.org/10.1210/js.2019-00030>
- Millington, K., Schulmeister, C., Finlayson, C., Grabert, R., Olson-Kennedy, J., Garofalo, R., & Chan, Y. M. (2020). Physiological and metabolic characteristics of a cohort of transgender and gender-diverse youth in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 67(3), 376-383. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.028>
- Mills, M., & Stoneham, G. (2017). *The voice book for trans and non-binary people*. Jessica Kingsley Publishers.
- Mills, M., Stoneham, G., & Davies, S. (2019). Toward a protocol for transmasculine voice: A service evaluation of the voice and communication therapy group program, including long-term follow-up for trans men at the London Gender Identity Clinic. *Transgender Health*, 4(1), 143-151. <https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0011>
- Milrod, C., & Karasic, D. H. (2017). Age is just a number: WPATH-affiliated surgeons' experiences and attitudes toward vaginoplasty in transgender females under 18 years of age in the United States. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(4), 624-634. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.02.007>
- Min, K.-J., Lee, C.-K., & Park, H.-N. (2012). The lifespan of Korean eunuchs. *Current Biology*, 22(18), R792-R793. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2012.06.036>
- Ming, J. M., Chua, M. E., Lopes, R. I., Maloney, A. M., Gupta, A. A., & Lorenzo, A. J. (2018). Cryopreservation of testicular tissue in pre-pubertal and adolescent boys at risk for infertility: A low risk procedure. *Journal of Pediatric Urology*, 14(3), 274.e271-274.e275. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2018.02.016>
- Ministry of Justice. (2016.) *Care and management of transgender offenders*. (n.d.). GOV.UK. Retrieved May 31, 2022, from <https://www.gov.uk/government/publications/care-and-management-of-transgender-offenders>
- Mizock, L., & Lewis, T. K. (2008). Trauma in transgender populations: Risk, resilience, and clinical care. *Journal of Emotional Abuse*, 8(3), 335-354. <https://doi.org/10.1080/10926790802262523>
- Mollet, A. L. (2021). "It's easier just to say I'm queer": Asexual college students' strategic identity management. *Journal of Diversity in Higher Education*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/dhe0000210>
- Money, J., & Lamacz, M. (1987). Genital examination and exposure experienced as nosocomial sexual abuse in childhood. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(12), 713-721. <https://doi.org/10.1097/00005053-198712000-00002>
- Monroe (aka Patterson) v. Baldwin, Illinois Department of Corrections et al, Case No. 1:19-cv-01060, 2019.
- Monstrey, S., Hoebeke, P., Dhont, M., De Cuypere, G., Rubens, R., Moerman, M., Hamdi, M., Van Landuyt, K., & Blondeel, P. (2001). Surgical therapy in transsexual patients: A multi-disciplinary approach. *Acta Chirurgica Belgica*, 101(5), 200-209. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11758101>
- Monstrey, S., Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Blondeel, P., Hamdi, M., Roche, N., Weyers, S., & De Cuypere, G. (2009). Penile reconstruction: Is the radial forearm flap really the standard technique? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 124(2), 510-518. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181aeeb06>
- Montejo, A. L., Montejo, L., & Navarro-Cremades, F. (2015). Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(6), 418-423. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000198>

- Moody, C., Fuks, N., Peláez, S., & Smith, N. G. (2015). "Without this, I would for sure already be dead": A qualitative inquiry regarding suicide protective factors among trans adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 266. <https://doi.org/10.1037/sgd0000130>
- Mora, E., Cobeta, I., Becerra, A., & Lucio, M. J. (2018). Comparison of cricothyroid approximation and glottoplasty for surgical voice feminization in male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 128(9), 2101–2109. <https://doi.org/10.1002/lary.27172>
- Moravek, M. B., Kinnear, H. M., George, J., Batchelor, J., Shikanov, A., Padmanabhan, V., & Randolph, J. F. (2020). Impact of exogenous testosterone on reproduction in transgender men. *Endocrinology*, 161(3), bqaa014. <https://doi.org/10.1210/endo/bqaa014>
- Morenz, A. M., Goldhammer, H., Lambert, C. A., Hopwood, R., & Keuroghlian, A. S. (2020). A blueprint for planning and implementing a transgender health program. *Annals of Family Medicine*, 18(1), 73–79. <https://doi.org/10.1370/afm.2473>
- Morrison, S. D., Capitán-Canadas, F., Sanchez-Garcia, A., Ludwig, D. C., Massie, J. P., Nolan, I. T., Swanson, M., Rodriguez-Conesa, M., Friedrich, J. B., Cederna, P. S., Bellinga, R. J., Simon, D., Capitán, L., & Satterwhite, T. (2020). Prospective quality-of-life outcomes after facial feminization surgery: An international multicenter study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 145(6), 1499–1509. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000006837>
- Morrison, S. D., Satterwhite, T., Grant, D. W., Kirby, J., Laub, D. R., Sr., & VanMaasdam, J. (2015). Long-term outcomes of rectosigmoid neocolporrhaphy in male-to-female gender reassignment surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 136(2), 386–394. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000001459>
- Morrison, S. D., Shakir, A., Vyas, K. S., Kirby, J., Crane, C. N., & Lee, G. K. (2016). Phalloplasty: A review of techniques and outcomes. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 138(3), 594–615. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000002518>
- Moser, C., & Devereux, M. (2019). Gender neutral pronouns: A modest proposal. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 331–332. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1217446>
- Moseson, H., Fix, L., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M. R., Flentje, A., Lubensky, M. E., Capriotti, M. R., Ragosta, S., & Obedin-Maliver, J. (2020). Pregnancy intentions and outcomes among transgender, nonbinary, and gender-expansive people assigned female or intersex at birth in the United States: Results from a national, quantitative survey. *International Journal of Transgender Health*, 22(1-2), 30–41. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1841058>
- Moseson, H., Fix, L., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M. R., Flentje, A., Lubensky, M. E., Capriotti, M. R., Ragosta, S., Forsberg, H., & Obedin-Maliver, J. (2021). Pregnancy intentions and outcomes among transgender, nonbinary, and gender-expansive people assigned female or intersex at birth in the United States: Results from a national, quantitative survey. *International Journal of Transgender Health*, 22(1-2), 30–41. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1841058>
- Moseson, H., Fix, L., Ragosta, S., Forsberg, H., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M. R., Flentje, A., Capriotti, M. R., Lubensky, M. E., & Obedin-Maliver, J. (2021). Abortion experiences and preferences of transgender, nonbinary, and gender-expansive people in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 224(4), 376. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.09.035>
- Moseson, H., Lunn, M. R., Katz, A., Fix, L., Durden, M., Stoeffler, A., Hastings, J., Cudlitz, L., Goldberg, E., Lesser-Lee, B., Letcher, L., Reyes, A., Flentje, A., Capriotti, M., Lubensky, M. E., & Obedin-Maliver, J. (2020). Development of an affirming and customizable electronic survey of sexual and reproductive health experiences for transgender and gender nonbinary people. *PLOS One*, 15(5), e0232154. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232154>
- Moseson, H., Zazanis, N., Goldberg, E., Fix, L., Durden, M., Stoeffler, A., Hastings, J., Cudlitz, L., Goldberg, E., Lesser-Lee, B., Letcher, L., Reyes, A., & Obedin-Maliver, J. (2020). The imperative for transgender and gender nonbinary inclusion: Beyond women's health. *Obstetrics and Gynecology*, 135(5), 1059–1068. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003816>
- Motmans, J., Meier, P., Ponnet, K., & T'Sjoen, G. (2012). Female and male transgender quality of life: Socioeconomic and medical differences. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(3), 743–750. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02569.x>
- Motmans, J., Nieder, T. O., & Bouman, W. P. (2019). Transforming the paradigm of nonbinary transgender health: A field in transition. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 119–125. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1640514>
- Motmans, J., Wyverken, E., & Defreyne, J. (2017). *Being transgender in Belgium: Ten years later*. Institute for the Equality of Women and Men. https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/118_-_being_transgender_in_belgium.pdf
- Motta, G., Marinelli, L., Barale, M., Brustio, P. R., Manieri, C., Ghigo, E., Procopio, M., & Lanfranco, F. (2020). Fracture risk assessment in an Italian group of transgender women after gender-confirming surgery. *Journal of Bone Mineral Metabolism*, 38(6), 885–893. <https://doi.org/10.1007/s00774-020-01127-9>
- Mouriquand, P. D. E., Gorduza, D. B., Gay, C.-L., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Baker, L., Baskin, L. S., Bouvattier, C., Braga, L. H., Caldamone, A. C., Duranteau, L., El Ghoneimi, A., Hensle, T. W., Hoebeke, P., Kaefer, M., Kalfa, N., Kolon, T. F., Manzoni, G., Mure, P.-Y., Nordenskjöld, A., & Pippi Salle, J. L. (2016). Surgery in disorders of sex development (DSD) with a gender issue: If (why), when, and how? *Journal of Pediatric Urology*, 12(3), 139–149. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2016.04.001>
- Movement Advancement Project. Conversion "Therapy" Bans. (2021). https://www.lgbtmap.org/equality-maps/conversion_therapy

- Mujugira, A., Kasiita, V., Bagaya, M., Nakyanzi, A., Bambia, F., Nampewo, O., Kamusiime, B., Mugisha, J., Nalumansi, A., Twesigye, C. C., Muwonge, T. R., Baeten, J. M., Wyatt, M. A., Tsai, A. C., Ware, N. C., & Haber, J. E. (2021). "You are not a man": A multi-method study of trans stigma and risk of HIV and sexually transmitted infections among trans men in Uganda. *Journal of the International AIDS Society*, 24(12), e25860. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jia2.25860>
- Mukhopadhyay, A., & Chowdhury, R. (2009). The eunuch patient. *Tropical Doctor*, 39(1), 63–64. <https://doi.org/10.1258/td.2008.080016>
- Müller, A. (2013). Teaching lesbian, gay, bisexual and transgender health in a South African health sciences faculty: Addressing the gap. *BMC Medical Education*, 13(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-174>
- Müller, A. (2015). Strategies to include sexual orientation and gender identity in health professions education. *African Journal of Health Professions Education*, 17(1), 1-10. <https://doi.org/10.7196/AJHPE.359>
- Müller, A. (2017). Scrambling for access: availability, accessibility, acceptability and quality of healthcare for lesbian, gay, bisexual and transgender people in South Africa. *BMC International Health and Human Rights*, 17(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12914-017-0124-4>
- Müller, A., & Daskilewicz, K., & The Southern and East African Research Collective on Health (2019). 'Are we doing alright? Realities of violence, mental health, and access to healthcare related to sexual orientation and gender identity and expression in eSwatini: Research report based on a community-led study in nine countries'. COC Netherlands. https://eswatiniminorities.org/wp-content/uploads/2019/07/SOGIE-and-wellbeing_02_eSwatini.pdf
- Müller, A., Daskilewicz, K., Kabwe, M. L., Mmolai-Chalmers, A., Morroni, C., Muparamoto, N., Muula, A. S., Odira, V., & Zimba, M. (2021). Experience of and factors associated with violence against sexual and gender minorities in nine African countries: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21, 357. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10314-w>
- Mullins, E. S., Geer, R., Metcalf, M., Piccola, J., Lane, A., Conard, L. A. E., & Kowalczyk Mullins, T. L. (2021). Thrombosis risk in transgender adolescents receiving gender-affirming hormone therapy. *Paediatrics*, 147(4), e2020023549. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-023549>
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72(2), 214-231. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x>
- Murchison, G., Adkins, D., Conard, L.A., Ph, R., Ehrensaft, D., Elliott, T., Hawkins, L.A., Lopez, X., Newby, H., Ng, H., Veters, R., Wolf-Gould, C., Brown, J., Hanneman, T., Kahn, E. (2016). *Supporting & Caring for Transgender Children*. Human Rights Campaign.
- Myers, S. C., & Safer, J. D. (2017). Increased rates of smoking cessation observed among transgender women receiving hormone treatment. *Endocrine Practice*, 23(1), 32-36. <https://doi.org/10.4158/EP161438.OR>
- Nahata, L., Chen, D., Moravek, M. B., Quinn, G. P., Sutter, M. E., Taylor, J., Tishelman, A. C., & Gomez-Lobo, V. (2019). Understudied and under-reported: Fertility issues in transgender youth - A narrative review. *Journal of Paediatrics*, 205, 265-271. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.09.009>
- Nahata, L., Cohen, L. E., & Yu, R. N. (2012). Barriers to fertility preservation in male adolescents with cancer: it's time for a multidisciplinary approach that includes urologists. *Urology*, 79(6), 1206-1209. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2012.02.035>
- Nahata, L., Curci, M. B., & Quinn, G. P. (2018). Exploring fertility preservation intentions among transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 62(2), 123-125. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.11.288>
- Nahata, L., Quinn, G. P., & Tishelman, A. C. (2018). Counseling in pediatric populations at risk for infertility and/or sexual function concerns. *Pediatrics*, 142(2), e20181435. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-1435>
- Nahata, L., Tishelman, A. C., Caltabellotta, N. M., & Quinn, G. P. (2017). Low fertility preservation utilization among transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 61(1), 40-44. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.12.012>
- Nanda, K., Stuart, G. S., Robinson, J., Gray, A. L., Tepper, N. K., & Gaffield, M. E. (2017). Drug interactions between hormonal contraceptives and antiretrovirals. *AIDS*, 31(7), 917–952. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001392>
- Nanda, S. (2014). *Gender diversity: cross cultural variations*. Second edition. Waveland Press.
- Narayan, S. K., Hontscharuk, R., Danker, S., Guerriero, J., Carter, A., Blasdel, G., Bluebond-Langner, R., Ettner, R., Radix, A., Schechter, L., & Berli, J. U. (2021). Guiding the conversation-types of regret after gender-affirming surgery and their associated etiologies. *Annals of Translational Medicine*, 9(7), 605. <https://doi.org/10.21037/atm-20-6204>
- Nash, R., Ward, K. C., Jemal, A., Sandberg, D. E., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Frequency and distribution of primary site among gender minority cancer patients: An analysis of U.S. national surveillance data. *Cancer Epidemiology*, 54, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2018.02.008>
- Nassiri, N., Maas, M., Basin, M., Cacciamani, G. E., & Doumanian, L. R. (2021). Urethral complications after gender reassignment surgery: A systematic review. *International Journal of Impotence Research*, 33(8), 793–800. <https://doi.org/10.1038/s41443-020-0304-y>
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. U.S. Department of Health and Human Services.
- National Commission on Correctional Health Care. (2016). *Solitary Confinement (Isolation)*. <https://www.ncchc.org/solitary-confinement>
- National LGBTQIA+ Health Education Center. (2020). *Affirming Primary Care for Intersex People*.

- <https://www.lgbtqihealtheducation.org/publication/affirming-primary-care-for-intersex-people-2020/>
- Nestle, J., Howell, C., & Wilchins, R. (Eds.). (2002). *Genderqueer: Voices from behind the sexual binary*. Alyson Books.
- Netshandama, V. O., Mavhandu-Mudzusi, A. H., & Matshideze, P. (2017). Deconstructing matula (taboo), a multi-stakeholder narrative about LGBTI. *South African Journal of Higher Education*, 31(4). <https://doi.org/10.20853/31-4-1328>
- Neumann, K., & Welzel, C. (2004). The importance of the voice in male-to-female transsexualism. *Journal of Voice*, 18(1), 153–167. [https://doi.org/10.1016/S0892-1997\(03\)00084-5](https://doi.org/10.1016/S0892-1997(03)00084-5)
- Newcomb, M. E., Hill, R., Buehler, K., Ryan, D. T., Whitton, S. W., & Mustanski, B. (2020). High burden of mental health problems, substance use, violence, and related psychosocial factors in transgender, non-binary, and gender diverse youth and young adults. *Archives of Sexual Behavior*, 49(2), 645-659. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01533-9>
- Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research*, 15(9), 1447-1457. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-0002-3>
- Nguyen, H. B., Chavez, A. M., Lipner, E., Hantsoo, L., Kornfield, S. L., Davies, R. D., & Epperson, C. N. (2018). Gender-affirming hormone use in transgender individuals: Impact on behavioral health and cognition. *Current Psychiatry Reports*, 20(12), 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0973-0>
- Nieder, T. O., & Richter-Appelt, H. (2011). Tertium non datur— either/or reactions to transsexualism amongst health care professionals: the situation past and present, and its relevance to the future. *Psychology and Sexuality*, 2(3), 224–243. <https://doi.org/10.1080/19419899.2010.545955>
- Nieder, T. O., Eyssel, J., & Köhler, A. (2020). Being trans without medical transition: Exploring characteristics of trans individuals from Germany not seeking gender-affirmative medical interventions. *Archives of Sexual Behavior*, 49(7), 2661-2672. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01559-z>
- Nieder, T. O., Gildenring, A., Woellert, K., Briken, P., Mahler, L., & Mundle, G. (2020). Ethical aspects of mental health care for lesbian, gay, bi-, pan-, asexual, and transgender people: A case-based approach. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 93(4), 593–602. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7513438/>
- Nieder, T. O., Mayer, T. K., Hinz, S., Fahrenkrug, S., Herrmann, L., & Becker-Hebly, I. (2021). Individual treatment progress predicts satisfaction with transition-related care for youth with gender dysphoria: A prospective clinical cohort study. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(3), 632–645. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.12.010>
- Nilsson, J., Jervaeus, A., Lampic, C., Eriksson, L. E., Widmark, C., Armuand, G. M., Malmors, M., Heyman, M., & Wettergren, L. (2014). 'Will I be able to have a baby?' Results from online focus group discussions with childhood cancer survivors in Sweden. *Human Reproduction*, 29(12), 2704-2711. <https://doi.org/10.1093/humrep/deu280>
- Nobili, A., Glazebrook, C., & Arcelus, J. (2018). Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systematic review and meta-analysis. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 19(3), 199-220. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9459-y>
- Nobili, A., Glazebrook, C., Bouman, W. P., Baron-Cohen, S., & Arcelus, J. (2020). The stability of autistic traits in transgender adults following cross-sex hormone treatment. *International Journal of Transgender Health*, 21(4), 431-439. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1783738>
- Nokoff, N. J., Scarbro, S., Juarez-Colunga, E., Morea, K. L., & Kempe, A. (2018). Health and cardiometabolic disease in transgender adults in the United States: Behavioral Risk Factor Surveillance System 2015. *Journal of the Endocrine Society*, 2(4), 349-360. <https://doi.org/10.1210/js.2017-00465>
- Nota, N. M., Wiepjes, C. M., de Blok, C. J. M., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2019). Occurrence of acute cardiovascular events in transgender individuals receiving hormone therapy. *Circulation*, 139(11), 1461-1462. <https://doi.org/10.1161/circulationaha.118.038584>
- Nota, N. M., Wiepjes, C. M., de Blok, C. J. M., Gooren, L. J. G., Peerdeman, S. M., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2018). The occurrence of benign brain tumours in transgender individuals during cross-sex hormone treatment. *Brain*, 141(7), 2047-2054. <https://doi.org/10.1093/brain/awy108>
- Noureai, S. A., Randhawa, P., Andrews, P. J., & Saleh, H. A. (2007). The role of nasal feminization rhinoplasty in male-to-female gender reassignment. *Archives of Facial Plastic Surgery*, 9(5), 318-320. <https://doi.org/10.1001/archfaci.9.5.318>
- Nowotny, K.M., Rogers, R.G., & Boardman, J.D. (2017). Racial disparities in health conditions among prisoners compared with the general population. *SSM - Population Health*, 3, 487-496. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.05.011>
- Nuttbrock, L., Bockting, W., Rosenblum, A., Hwahn, S., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2014). Gender abuse, depressive symptoms, and substance use among transgender women: A 3-year prospective study. *American Journal of Public Health*, 104(11), 2199-2206. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302106>
- Nuttbrock, L., Hwahn, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research*, 47(1), 12-23. <https://doi.org/10.1080/00224490903062258>
- Nuyen, B. A., Qian, Z. J., Campbell R. D., Erickson-DiRenzo E., Thomas J., & Sung C. K. (2022) Feminization laryngoplasty: 17-year review on long-term outcomes, safety, and technique. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 167(1), 112-117. <https://doi.org/10.1177/01945998211036870>
- Nygren, U., Nordenskjöld, A., Arver, S., & Södersten, M. (2016). Effects on voice fundamental frequency and

- satisfaction with voice in trans men during testosterone treatment - A longitudinal study. *Journal of Voice*, 30(6), 766.e23–766.e34.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2015.10.016>
- Oates, J. (2019). *Evidence-based practice in voice training for transwomen*. In R.K. Adler, S. Hirsch, & J. Pickering (Eds.). *Voice and communication therapy for the transgender/Gender Diverse client: A comprehensive clinical guide* (pp. 87-103). Plural Publishing.
- Oates, J. M. & Dacakis, G. (1983). Speech pathology considerations in the management of transsexualism - A review. *British Journal of Disorders of Communication*. 18(3), 139-151.
<https://doi.org/10.3109/13682828309012237>
- Obedin-Maliver, J. (2015). Time for OBGYNs to care for people of all genders. *Journal of Women's Health (Larchmt)*, 24(2), 109-111.
<https://doi.org/10.1089/jwh.2015.1518>
- Obedin-Maliver, J., & Makadon, H. (2016). Transgender men and pregnancy. *Obstetric Medicine*, 9(1), 4-8.
<https://doi.org/10.1177/1753495X15612658>
- Obedin-Maliver, J., Goldsmith, E. S., Stewart, L., White, W., Tran, E., Brenman, S., & Lunn, M. R. (2011). Lesbian, gay, bisexual, and transgender-related content in undergraduate medical education. *The Journal of the American Medical Association*, 306(9), 971-977.
<https://doi.org/10.1001/jama.2011.1255>
- OECD. (2019). *Health at a glance 2019: OECD indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Oğuz, Ö., Ayran, B., & Yelken, K. (2020). Clinical considerations in speech and language therapy in Turkish transgender population. *Journal of Voice*, 35(4), 662.e9–662.e13.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2019.12.011>
- OHCHR, ILO, UNDP, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNAIDS. (2016). Ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people.
https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Discrimination/Joint_LGBTI_Statement_ENG.PDF
- Øien, R. A., Cicchetti, D. V., & Nordahl-Hansen, A. (2018). Gender dysphoria, sexuality and autism spectrum disorders: A systematic map review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(12), 4028–4037.
<https://doi.org/10.1007/s10803-018-3686-7>
- Oktay, K., Buyuk, E., Rodriguez-Wallberg, K.A., & Sahin, G. (2010). In vitro maturation improves oocyte or embryo cryopreservation outcome in breast cancer patients undergoing ovarian stimulation for fertility preservation. *Reproductive Biomedicine Online*, 20(5), 634-638.
<https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2010.01.012>
- Olde Dubbelink, L. M. E., & Geurts, H. M. (2017). Planning skills in autism spectrum disorder across the lifespan: A meta-analysis and meta-regression. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(4), 1148–1165.
<https://doi.org/10.1007/s10803-016-3013-0>
- Olezeski, C. L., Pariseau, E. M., Bamatter, W. P., & Tishelman, A. C. (2020). Assessing gender in young children: Constructs and considerations. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. 7(3), 293–303.
<https://doi.org/10.1037/sgd0000381>
- Oliphant, J., Veale, J., Macdonald, J., Carroll, R., Johnson, R., Harte, M., Stephenson, C., & Bullock, J. (2018). *Guidelines for gender affirming healthcare for gender diverse and transgender children, young people and adults in Aotearoa, New Zealand*. Transgender Health Research Lab. <https://patha.nz/Guidelines>
- Olivier, S., & Thurasukam, O. (2018). *Lesbian, gay, transgender, bisexual, intersex and queer (LGBTIQ+) youth in Thailand*. Save the Children Fund.
https://resourcecentre.savethechildren.net/node/13480/pdf/lgbtiqyouth_in_thailand_save_the_children_2018.pdf
- Olson, K.R., Blotner, C., Alonso, D., Lewis, K., Edwards, D., Durwood, L., 2019. Family discussions of early childhood social transitions. *Clinical Practice in Pediatric Psychology* 7, 229–240.
<https://doi.org/10.1037/cpp0000289>
- Olson, K.R., Durwood, L., DeMeules, M., McLaughlin, K.A., 2016. Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics*, 137, e20153223. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3223>
- Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M., & Devor, A. (2022). Gender identity 5 years after social transition. *Pediatrics*. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1542/peds.2021-056082>
- Olson, K.R., Gülgöz, S., 2018. Early findings from the TransYouth Project: Gender development in transgender children. *Child Development Perspectives*, 12, 93–97.
<https://doi.org/10.1111/cdep.12268>
- Olson-Kennedy, J., Chan, Y. M., Rosenthal, S., Hidalgo, M. A., Chen, D., Clark, L., & Garofalo, R. (2019). Creating the Trans Youth Research Network: A collaborative research endeavor. *Transgender Health*, 4(1), 304-312.
<https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0024>
- Olson-Kennedy, J., Chan, Y.-M., Garofalo, R., Spack, N., Chen, D., Clark, L., Ehrensaft, D., Hidalgo, M., Tishelman, A., & Rosenthal, S. (2019). Impact of early medical treatment for transgender youth: Protocol for the longitudinal, observational Trans Youth Care Study. *JMIR Research Protocols*, 8(7), e14434.
<https://doi.org/10.2196/14434>
- Olson-Kennedy, J., Cohen-Kettenis, P. T., Kreukels, B. P. C., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Garofalo, R., Meyer, W., & Rosenthal, S. M. (2016). Research priorities for gender nonconforming/transgender youth. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, 23(2), 172–179.
<https://doi.org/10.1097/med.0000000000000236>
- Olson-Kennedy, J., Rosenthal, S. M., Hastings, J., & Wesp, L. (2018). *Health considerations for gender non-conforming children and transgender adolescents. Guidelines for the primary care of transgender and gender nonbinary people*.
<http://transhealth.ucsf.edu/guidelines/youth>
- Olson-Kennedy, J., Warus, J., Okonta, V., Belzer, M., & Clark, L. F. (2018). Chest reconstruction and chest dysphoria in transmasculine minors and young adults: Comparisons of nonsurgical and postsurgical cohorts. *JAMA Paediatrics*, 172(5), 431-436.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.5440>
- Olyslager, F., & Conway, L. (2008). Transseksualiteit komt vaker voor dan u denkt. Een nieuwe kijk op de

- prevalentie van transseksualiteit in Nederland en België. *Tijdschrift voor Genderstudies*, 11(2), 39-51.
- Oparah, J. (2012). Feminism and the (trans)gender entrapment of gender nonconforming prisoners. *UCLA Women's Law Journal*, 18(2), 239-271. <http://dx.doi.org/10.5070/L3182017822> Retrieved from <https://escholarship.org/uc/item/3sp664r9>.
- Orel, N. A., & Fruhauf, C. A. (2015). *The lives of LGBT older adults: Understanding challenges and resilience* (p. 256). American Psychological Association.
- Orloff, L. A., Mann, A. P., Damrose, J. F., & Goldman, S. N. (2006). Laser-assisted voice adjustment (LAVA) in transsexuals. *The Laryngoscope*, 116(4), 655-660. <https://doi.org/10.1097/01.mlg.0000205198.65797.59>
- Ott, J., Kaufmann, U., Bentz, E. K., Huber, J. C., & Tempfer, C. B. (2010). Incidence of thrombophilia and venous thrombosis in transsexuals under cross-sex hormone therapy. *Fertility & Sterility*, 93(4), 1267-1272. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.12.017>
- Owen, K., & Hancock, A. B. (2010). The role of self- and listener perceptions of femininity in voice therapy. *International Journal of Transgenderism*, 12(4), 272-284. <https://doi.org/10.1080/15532739.2010.550767>
- Owen-Smith, A. A., Gerth, J., Sineath, R. C., Barzilay, J., Becerra-Culqui, T. A., Getahun, D., Giammattei, S., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Nash, R., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sanchez, T., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Valentine, C., Winter, S., Woodyatt, C., Song, Y., & Goodman, M. (2018). Association between gender confirmation treatments and perceived gender congruence, body image satisfaction, and mental health in a cohort of transgender individuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 591-600. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.017>
- Özer, M., Toulabi, S. P., Fisher, A. D., T'Sjoen, G., Buncamper, M. E., Monstrey, S., Bizic, M. R., Djordjevic, M., Falcone, M., Christopher, N. A., Simon, D., Capitán, L., & Motmans, J. (2022). ESSM position statement "Sexual Wellbeing After Gender Affirming Surgery." *Sexual Medicine*, 10(1), 100471. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100471>
- Özkan, Ö., Çinpolat, A., Doğan, N. U., Bektaş, G., Dolay, K., Gürkan, A., Arıcı, C., & Doğan, S. (2018). Vaginal reconstruction with the modified rectosigmoid colon: Surgical technique, long-term results and sexual outcomes. *Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery*, 52(4), 210-216. <https://doi.org/10.1080/20006512486X.2018.1444616>
- Pachankis, J. E., & Bränström, R. (2018). Hidden from happiness: Structural stigma, sexual orientation concealment, and life satisfaction across 28 countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(5), 403. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02036-6>.
- Padilla, J. A., Feng, J. E., Anoushiravani, A. A., Hozack, W. J., Schwarzkopf, R., & Macaulay, W. B. (2019). Modifying patient expectations can enhance total hip arthroplasty postoperative satisfaction. *Journal of Arthroplasty*, 34(7s), S209-s214. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2018.12.038>
- PAHO. (2014). *Blueprint for the provision of comprehensive care for trans persons and their communities in the Caribbean and other anglophone countries*. John Snow, Inc. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31360>
- Palmer, D., Dietsch, A., & Searl, J. (2011). Endoscopic and stroboscopic presentation of the larynx in male-to-female transsexual persons. *Journal of Voice*, 26(1), 117-126. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2010.10.014>
- Palmert, M. R., Chan, Y. M., & Dunkel, L. (2021). *Puberty and its disorders in the male*. In M.A. Sperling, M.R.K. Majzoub, & C.A. Stratakis (Eds.), *Sperling Pediatric Endocrinology*. Fifth edition. Elsevier.
- Palmert, M. R., & Dunkel, L. (2012). Delayed puberty. *New England Journal of Medicine*, 366(5), 443-453. <https://doi.org/10.1056/nejmcp1109290>
- Pan, S., & Honig, S. C. (2018). Gender-affirming surgery: Current concepts. *Current Urology Reports*, 19(8), 62. <https://doi.org/10.1007/s11934-018-0809-9>
- Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. (2019). *Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV: Transgender people with HIV*. Department of Health and Human Services: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-arv/transgender-people-hiv>.
- Pang, C., Gutman, G., & de Vries, B. (2019). Later life care planning and concerns of transgender older adults in Canada. *The International Journal of Aging and Human Development*, 89(1), 39-56. <https://doi.org/10.1177/0091415019843520>
- Pang, K. C., de Graaf, N. M., Chew, D., Hoq, M., Keith, D. R., Carmichael, P., & Steensma, T. D. (2020). Association of media coverage of transgender and gender diverse issues with rates of referral of transgender children and adolescents to specialist gender clinics in the UK and Australia. *JAMA Network Open*, 3(7), e2011161-e2011161. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.11161>
- Papadopoulos, N. A., Lelle, J. D., Zavlin, D., Herschbach, P., Henrich, G., Kovacs, L., Ehrenberger, B., Kluger, A. K., Machens, H. G., & Schaff, J. (2017). Quality of life and patient satisfaction following male-to-female sex reassignment surgery. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(5), 721-730. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.01.022>
- Papadopoulos, N. A., Zavlin, D., Lelle, J. D., Herschbach, P., Henrich, G., Kovacs, L., Ehrenberger, B., Machens, H. G., & Schaff, J. (2017). Male-to-female sex reassignment surgery using the combined technique leads to increased quality of life in a prospective study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 140(2), 286-294. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000003529>
- Parameshwaran, V., Cockbain, B. C., Hillyard, M., & Price, J. R. (2017). Is the lack of specific lesbian, gay, bisexual, transgender and queer/questioning (LGBTQ) health care education in medical school a cause for concern? Evidence from a survey of knowledge and practice among UK medical students. *Journal of Homosexuality*, 64(3), 367-381. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1190218>
- Paré, F. (2020). Outlawing trans reparative therapy. EScholarship@McGill. <https://escholarship.mcgill.ca/concern/theses/wh246x33v>

- Paredes, A. Z., Hyer, J. M., Diaz, A., Tsilimigras, D. I., & Pawlik, T. M. (2020). The impact of mental illness on postoperative outcomes among Medicare beneficiaries: a missed opportunity to help surgical patients? *Annals of Surgery*, 272(3), 419-425. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004118>
- Pariseau, E. M., Chevalier, L., Long, K. A., Clapham, R., Edwards-Leeper, L., & Tishelman, A. C. (2019). The relationship between family acceptance-rejection and transgender youth psychosocial functioning. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 267. <https://doi.org/10.1037/cpp0000291>
- Park, C., Brown, S., & Courey, M. (2021). Trans woman voice questionnaire scores highlight specific benefits of adjunctive glottoplasty with voice therapy in treating voice feminization. *Journal of Voice*. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2021.07.017>
- Park, J. A., Carter, E. E., & Larson, A. R. (2019). Risk factors for acne development in the first 2 years after initiating masculinizing testosterone therapy among transgender men. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 81(2), 617-618. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.12.040>
- Parkes, G., & Hall, I. (2006). Gender dysphoria and cross-dressing in people with intellectual disability: A literature review. *Mental Retardation*, 44(4), 260-271. [https://doi.org/10.1352/0047-6765\(2006\)44\[260:GDACIP\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(2006)44[260:GDACIP]2.0.CO;2)
- Parker, E., & Davis-McCabe, C. (2021). The sibling experience: Growing up with a trans sibling. *Australian Journal of Psychology*, 73(2), 188-199.
- Pasricha, N., Dacakis, G., & Oates, J. (2008). Communicative satisfaction of male-to-female transsexuals. *Logopedics, Phoniatrics, Vocology*, 33(1), 25-34. <https://doi.org/10.1080/14015430701514500>
- Pasterski, V., Mastroyannopoulou, K., Wright, D., Zucker, K. J., & Hughes, I. A. (2014). Predictors of posttraumatic stress in parents of children diagnosed with a disorder of sex development. *Archives of Sexual Behavior*, 43(4), 369-375. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0196-8>
- Pasterski, V., Prentice, P., & Hughes, I. A. (2010). Consequences of the Chicago consensus on disorders of sex development (DSD): Current practices in Europe. *Archives of Disease in Childhood*, 95(8):618. <https://doi.org/10.1136/adc.2009.163840>
- Pasterski, V., Zucker, K. J., Hindmarsh, P. C., Hughes, I. A., Acerini, C., Spencer, D., Neufeld, S., & Hines, M. (2015). Increased cross-gender identification independent of gender role behavior in girls with congenital adrenal hyperplasia: Results from a standardized assessment of 4- to 11-year-old children. *Archives of Sexual Behavior*, 44(5), 1363-1375. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0385-0>
- Patterson, C. J., Sepúlveda, M.-J., & White, J. (Eds.). (2020). *Understanding the Well-Being of LGBTQI+ Populations*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25877>
- Payer, A. F., Meyer, W. J., 3rd, & Walker, P. A. (1979). The ultrastructural response of human Leydig cells to exogenous estrogens. *Andrologia*, 11(6), 423-436. <https://doi.org/10.1111/j.1439-0272.1979.tb02232.x>
- Payne, J. G., & Erbenius, T. (2018). Conceptions of transgender parenthood in fertility care and family planning in Sweden: From reproductive rights to concrete practices. *Anthropology & Medicine*, 25(3), 329-343. <https://doi.org/10.1080/13648470.2018.1507485>
- Pediatric Endocrine Society (PES). (2020). *Position Statement on Genital Surgery in Individuals with Differences of Sex Development (DSD)/Intersex Traits*. <https://pedsendo.org/clinical-resource/position-statement-on-genital-surgery-in-individuals-with-differences-of-sex-development-dsd-intersex-traits/>
- Peitzmeier, S., Gardner, I., Weinand, J., Corbet, A., & Acevedo, K. (2016). Health impact of chest binding among transgender adults: A community-engaged, cross-sectional study. *Culture, Health & Sexuality*, 19(1), 64-75. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1191675>
- Peitzmeier, S. M., Reisner, S. L., Harigopal, P., & Potter, J. (2014). Female-to-male patients have high prevalence of unsatisfactory Paps compared to non-transgender females: Implications for cervical cancer screening. *Journal of General Internal Medicine*, 29(5), 778-784. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2753-1>
- Peletz, M. (2009). *Gender pluralism: southeast Asia since early modern times*. Routledge.
- Pelusi, C., Costantino, A., Martelli, V., Lambertini, M., Bazzocchi, A., Ponti, F., & Meriggiola, M. C. (2014). Effects of three different testosterone formulations in female-to-male transsexual persons. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(12), 3002-3011. <https://doi.org/10.1111/jsm.12698>
- Peng, K., Zhu, X., Gillespie, A., Wang, Y., Gao, Y., Xin, Y., Qi, J., Ou, J., Zhong, S., Zhao, L., Liu, J., Wang, C., & Chen, R. (2019). Self-reported rates of abuse, neglect, and bullying experienced by transgender and gender-nonbinary adolescents in China. *JAMA Network Open*, 2(9), e1911058. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.11058>
- Perez-Brumer, A., Hatzenbuehler, M. L., Oldenburg, C. E., & Bockting, W. (2015). Individual-and structural-level risk factors for suicide attempts among transgender adults. *Behavioral Medicine*, 41(3), 164-171. <https://doi.org/10.1080/08964289.2015.1028322>
- Perrone, A. M., Cerpolini, S., Maria Salfi, N. C., Ceccarelli, C., De Giorgi, L. B., Formelli, G., & Meriggiola, M. C. (2009). Effect of long-term testosterone administration on the endometrium of female-to-male (FtM) transsexuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 3193-3200. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01380.x>
- Perry, D., & Pauletti, R. (2011). Gender and adolescent development. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 61-74. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00715.x>
- Persson Tholin, J., & Broström, L. (2018). Transgender and gender diverse people's experience of non-transition-related health care in Sweden. *International Journal of Transgenderism*, 19(4), 424-435. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1465876>
- Peterson, A. L., Bender, A. M., Sullivan, B., & Karver, M. S. (2021). Ambient discrimination, victimization, and suicidality in a non-probability US sample of LGBTQ adults. *Archives of Sexual Behavior*, 50(3), 1003-1014. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01888-4>

- Pfäfflin, F., & Junge, A. (1998). *Sex reassignment: thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: a comprehensive review, 1961-1991. (Translated from German into American English by Roberta B. Jacobson and Alf B. Meier).* Symposium Publishing <http://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposium.com/ijt/pfaefflin/1000.htm>
- Pflum, S. R., Testa, R. J., Balsam, K. F., Goldblum, P. B., & Bongar, B. (2015). Social support, trans community connectedness, and mental health symptoms among transgender and gender nonconforming adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 281-286. <https://doi.org/10.1037/sgd0000122>
- Philpott, A., Knerr, W., & Boydell, V. (2006). Pleasure and prevention: When good sex is safer sex. *Reproductive Health Matters*, 14(28), 23-31. [https://doi.org/10.1016/s0968-8080\(06\)28254-5](https://doi.org/10.1016/s0968-8080(06)28254-5)
- Pickuth, D., Brandt, S., Neumann, K., Berghaus, A., Spielmann, R. P., & Heywang-Köbrunner, S. H. (2000). Value of spiral CT in patients with cricothyroid approximation. *The British Journal of Radiology*, 73(872), 840-842. <https://doi.org/10.1259/bjr.73.872.11026858>
- Picton, H. M., Wyns, C., Anderson, R. A., Goossens, E., Jahnukainen, K., Kliesch, S., Mitchell, R. T., Pennings, G., Rives, N., Tournaye, H., van Pelt, A. M. M., & Schlatt, S. (2015). A European perspective on testicular tissue cryopreservation for fertility preservation in prepubertal and adolescent boys. *Human Reproduction*, 30(11), 2463-2475. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev190>
- Piepoli, M. F., Abreu, A., Albus, C., Ambrosetti, M., Brotons, C., Catapano, A. L., Corra, U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Hoes, A., Lochen, M., Matrone, B., Redon, J., Sattar, Y., & Tiberi, M. (2020). Update on cardiovascular prevention in clinical practice: A position paper of the European Association of Preventive Cardiology of the European Society of Cardiology. *European Journal of Preventive Cardiology*, 27(2), 181-205. <https://doi.org/10.1177/2047487319893035>
- Pitasi, M. A., Kerani, R. P., Kohn, R., Murphy, R. D., Pathela, P., Schumacher, C. M., Tabidze, I., & Llata, E. (2019). Chlamydia, Gonorrhea, and Human Immunodeficiency Virus infection among transgender women and transgender men attending clinics that provide sexually transmitted disease services in six US cities. *Sexually Transmitted Diseases*, 46(2), 112-117. <https://doi.org/10.1097/olq.0000000000000917>
- Pluvy, I., Garrido, I., Pauchot, J., Saboye, J., Chavoïn, J. P., Tropet, Y., Grolleau, J. L., & Chaput, B. (2015). Smoking and plastic surgery, part I. Pathophysiological aspects: Update and proposed recommendations, *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique* 60(1), e3-e13. <https://doi.org/doi:10.1016/j.anplas.2014.06.011>
- Pluvy, I., Panouillères, M., Garrido, I., Pauchot, J., Saboye, J., Chavoïn, J. P., Tropet, Y., Grolleau, J. L., & Chaput, B. (2015). Smoking and plastic surgery, part II. Clinical implications: A systematic review with meta-analysis. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 60(1), e15-e49. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2014.09.011>
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. T. (2016). *Ethics in Psychotherapy and Counseling: A Practical Guide*. John Wiley & Sons, Inc.
- Poquiz, J. L., Coyne, C. A., Garofalo, R., & Chen, D. (2021). Comparison of gender minority stress and resilience among transmasculine, transfeminine, and nonbinary adolescents and young adults. *Journal of Adolescent Health*, 68(3), 615-618. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.014>
- Porter, K. E., Brennan-Ing, M., Chang, S. C., Dickey, L. M., Singh, A. A., Bower, K. L., & Witten, T. M. (2016). Providing competent and affirming services for transgender and gender nonconforming older adults. *Clinical Gerontologist*, 39(5), 366-388. <https://doi.org/10.1080/07317115.2016.1203383>
- Poteat, T. C., Divsalar, S., Streed, C. G., Feldman, J. L., Bockting, W. O., & Meyer, I. H. (2021). Cardiovascular disease in a population-based sample of transgender and cisgender adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 61(6), 804-811. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.05.019>
- Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine*, 84, 22-29.
- Poteat, T., Scheim, A., Xavier, J., Reisner, S., & Baral, S. (2016). Global epidemiology of HIV infection and related syndemics affecting transgender people. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 72, S210-S219. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000001087>
- Poteat, T., Wirtz, A. L., Radix, A., Borquez, A., Silva-Santisteban, A., Deutsch, M. B., & Operario, D. (2015). HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *The Lancet*, 385(9964), 274-286. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60833-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60833-3)
- Potter, J., Peitzmeier, S. M., Bernstein, I., Reisner, S. L., Alizaga, N. M., Agénor, M., & Pardee, D. J. (2015). Cervical cancer screening for patients on the female-to-male spectrum: A narrative review and guide for clinicians. *Journal of General Internal Medicine*, 30(12), 1857-1864. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3462-8>
- Poudrier, G., Nolan, I. T., Cook, T. E., Saia, W., Motosko, C. C., Stranix, J. T., Thomson, J. E., Gothard, M. D., & Hazen, A. (2019). Assessing quality of life and patient-reported satisfaction with masculinizing top surgery: A mixed-methods descriptive survey study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 143(1), 272-279. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000005113>
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2019). Fertility preservation in patients undergoing gonadotoxic therapy or gonadectomy: A committee opinion. *Fertility and Sterility*, 112(6), 1022-1033. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.08.012>
- Pradhan, S., & Gomez-Lobo, V. (2019). Hormonal contraceptives, intrauterine devices, gonadotropin-releasing hormone analogues and testosterone: Menstrual suppression in special adolescent populations. *Journal of Pediatric and Adolescent*

- Gynecology*, 32(5S), S23–S29. <https://doi.org/10.1016/j.jpap.2019.04.007>
- Pratt-Chapman, M. L. (2020). Implementation of sexual and gender minority health curricula in health care professional schools: a qualitative study. *BMC Medical Education*, 20, 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02045-0>
- Précoma, D. B., Oliveira, G., Simão, A. F., Dutra, O. P., Coelho, O. R., Izar, M., Póvoa, R., Giuliano, I., Alencar Filho, A. C., Machado, C. A., Scherr, C., Fonseca, F., Santos Filho, R., Carvalho, T., Avezum, Á., Jr., Esporcate, R., Nascimento, B. R., Brasil, D. P., Soares, G. P., Villela, P. B., ... Mourilhe-Rocha, R. (2019). Updated cardiovascular prevention guideline of the Brazilian Society of Cardiology - 2019. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 113(4), 787–891. <https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.5935/abc.20190204>
- Prince, J. C. J., & Safer, J. D. (2020). Endocrine treatment of transgender individuals: Current guidelines and strategies. *Expert Review of Endocrinology & Metabolism*, 15(6), 395–403. <https://doi.org/10.1080/17446651.2020.1825075>
- Prison systems in the United States. *Journal of Correctional Health Care : The Official Journal of the National Commission on Correctional Health Care*, 15(4), 280–291. <https://doi-org.gate.lib.buffalo.edu/10.1177/1078345809340423-hi>
- Przeworski, A., Peterson, E., & Piedra, A. (2021). A systematic review of the efficacy, harmful effects, and ethical issues related to sexual orientation change efforts. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 28(1), 81–100. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12377>
- Psychological Society of South Africa. (2017). *Practice Guidelines For Psychology Professionals Working With Sexually And Gender-Diverse People*. (C. J. Victor & J. A. Nel, Eds.) (1st ed.). Johannesburg: Psychological Society of South Africa. Retrieved from <https://www.psyssa.com>
- Puckett, J. A., Cleary, P., Rossman, K., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2018). Barriers to gender-affirming care for transgender and gender nonconforming individuals. *Sexuality Research and Social Policy*, 15(1), 48–59. <https://doi.org/10.1007/s13178-017-0295-8>
- Puckett, J. A., Matsuno, E., Dyar, C., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2019). Mental health and resilience in transgender individuals: What type of support makes a difference? *Journal of Family Psychology*, 33(8), 954. <https://doi.org/10.1037/fam0000561>
- Pullen Sansfaçon, A., Kirichenko, V., Holmes, C., Feder, S., Lawson, M.L., Ghosh, S., Ducharme, J., Temple Newhook, J., Suerich-Gulick, F. (2019). Parents/guardians' journeys to acceptance and support of gender-diverse and trans children and youth. *Journal of Family Issues*, 41(8), 1214–1236. <https://doi.org/10.1177/0192513X19888779>
- Pullen Sansfaçon, A., Robichaud, M.-J., & Dumais-Michaud, A.-A. (2015). The experience of parents who support their children's gender variance. *Journal of LGBT Youth*, 12, 39–63. <https://doi.org/10.1080/19361653.2014.935555>
- Putney, J.M., Keary, S., Hebert, N., Krinsky, L., & Halmo, R. (2018). Anticipated needs of LGBT older adults in long-term care. *Journal of Gerontological Social Work*, 61(8), 887–907. <https://doi.org/10.1080/01634372.2018.1508109>
- Quain, K. M., Kyweluk, M. A., Sajwani, A., Gruschow, S., Finlayson, C., Gordon, E. J., Johnson, E. K., Persky, R., Dowshen, N., & Chen, D. (2021). Timing and delivery of fertility preservation information to transgender adolescents, young adults, and their parents. *The Journal of Adolescent Health*, 68(3), 619–622. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.044>
- Quinn, G. P., Tishelman, A. C., Chen, D., & Nahata, L. (2021). Reproductive health risks and clinician practices with gender diverse adolescents and young adults. *Andrology*, 9(6), 1689–1697. <https://doi.org/10.1111/andr.13026>
- Quinn, V. P., Nash, R., Hunkeler, E., Contreras, R., Cromwell, L., Becerra-Culqui, T. A., Getahun, D., Giammattei, S., Lash, T. L., Millman, A., Robinson, B., Roblin, D., Silverberg, M. J., Slovis, J., Tangpricha, V., Tolsma, D., Valentine, C., Wads, K., Winter, S., & Goodman, M. (2017). Cohort profile: Study of Transition, Outcomes and Gender (STRONG) to assess health status of transgender people. *BMJ Open*, 7(12), e018121. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018121>
- Rachlin, K., Dhejne, C., & Brown, G. R. (2010). The future of GID NOS in the DSM-5: Report of the GID NOS working group of a consensus process conducted by the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 86–93. <https://doi.org/10.1080/15532739.2010.509209>
- Radix, A. E., Harris, A. B., & Goldstein, Z. G. (2020). How can we improve uptake of oral HIV pre-exposure prophylaxis for transgender individuals? *Expert Review of Anti-infective Therapy*, 18(9), 835–838. <https://doi.org/10.1080/14787210.2020.1759418>
- Radix, A., & Eisfeld, J. (2014). Informierte Zustimmung in der trans*-gesundheitsversorgung. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 27(01), 31–43. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1366129>
- Rae, J. R., Gülköz, S., Durwood, L., DeMeules, M., Lowe, R., Lindquist, G., & Olson, K. R. (2019). Predicting early-childhood gender transitions. *Psychological Science*, 30(5), 669–681. <https://doi.org/10.1177/0956797619830649>
- Rael, C. T., Martinez, M., Giguere, R., Bockting, W., MacCrate, C., Mellman, W., Valente, P., Greene, G. J., Sherman, S. G., Footer, K. H. A., D'Aquila, R. T., Carballo-Diéguez, A., & Hope, T. J. (2019). Transgender women's concerns and preferences on potential future long-acting biomedical HIV prevention strategies: The case of injections and implanted medication delivery devices (IMDDs). *AIDS and Behavior*, 24(5), 1452–1462. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02703-5>
- Raffaini, M., Magri, A. S., & Agostini, T. (2016). Full facial feminization surgery: Patient satisfaction assessment based on 180 procedures involving 33 consecutive patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 137(2), 438–448. <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000475754.71333.f6>

- Rafferty, J., & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2018). Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents. *Pediatrics*, 142(4), e20182162. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2162>
- Raigosa, M., Avvedimento, S., Yoon, T. S., Cruz-Gimeno, J., Rodriguez, G., & Fontdevila, J. (2015). Male-to-female genital reassignment surgery: A retrospective review of surgical technique and complications in 60 patients. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(8), 1837-1845. <https://doi.org/10.1111/jsm.12936>
- Rapp, M., Duranteau, L., van de Grift, T. C., Schober, J., Hirschberg, A. L., Klege, S., & DSD- Life group. (2021). Self- and proxy-reported outcomes after surgery in people with disorders/differences of sex development (DSD) in Europe (dsd-LIFE). *Journal of Pediatric Urology*, 17(3), 353-365. <https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2020.12.007>
- Rashid, A., Afqah, S. N., & Iguchi, Y. (2022). Use of hormones among trans women in the west coast of peninsular Malaysia: A mixed methods study. *Transgender Health*, 7(3), 242-249. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0119>
- RCGP. (2019). *The role of the GP in caring for gender-questioning and transgender patients: RCGP Position Statement*. <https://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/Policy/A-Z-policy/2019/RCGP-position-statement-providing-care-for-gender-questioning-patients-june-2019.ashx?la=en>
- Rebbeck, T. R., Friebe, T., Wagner, T., Lynch, H. T., Garber, J. E., Daly, M. B., Isaacs, C., Olopade, O. I., Neuhausen, S. L., van 't Veer, L., Eeles, R., Evans, D. G., Tomlinson, G., Matloff, E., Narod, S. A., Eisen, A., Domchek, S., Armstrong, K., & Weber, B. L. (2005). Effect of short-term hormone replacement therapy on breast cancer risk reduction after bilateral prophylactic oophorectomy in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: The PROSE study group. *Journal of Clinical Oncology*, 23(31), 7804-7810. <https://doi.org/10.1200/jco.2004.00.8151>
- Reed, G. M., Drescher, J., Krueger, R. B., Atalla, E., Cochran, S. D., First, M. B., Cohen-Kettenis, P. T., Arango-de Montis, I., Parish, S. J., Cottler, S., Briken, P., & Saxena, S. (2016). Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: Revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry*, 15(3), 205-221. <https://doi.org/10.1002/wps.20354>
- Rees, S. N., Crowe, M., & Harris, S. (2021). The lesbian, gay, bisexual and transgender communities' mental health care needs and experiences of mental health services: An integrative review of qualitative studies. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(4), 578-589. <https://doi.org/10.1111/jpm.12720>
- Regmi, P. R., van Teijlingen, E., & Neupane, S. R. (2021). Silicone use among Nepali transgender women: The hazards of beauty. *Journal of Health Research*, 35(2), 160-171. <https://doi.org/10.1108/JHR-08-2019-0192>
- Reisman, T., Dacarett-Galeano, D., & Goldstein, Z. (2019). Transgender care and medical education. In L. Poretsky & W. C. Hembree (Eds.). *Transgender Medicine* (pp. 283-292). Humana Press, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-05683-4_14
- Reisman, T., & Goldstein, Z. (2018). Case report: Induced lactation in a transgender woman. *Transgender Health*, 3(1), 24-26. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0044>
- Reisner, S. L., & Murchison, G. R. (2016). A global research synthesis of HIV and STI biobehavioural risks in female-to-male transgender adults. *Global Public Health*, 11(7-8), 866-887. <https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1134613>
- Reisner, S. L., Bradford, J., Hopwood, R., Gonzalez, A., Makadon, H., Todisco, D., Cavanaugh, T., VanDerwarker, R., Grasso, C., Zaslow, S., Boswell, S. L., & Mayer, K. (2015). Comprehensive transgender healthcare: The gender affirming clinical and public health model of Fenway Health. *Journal of Urban Health*, 92(3), 584-592. <https://doi.org/10.1007/s11524-015-9947-2>
- Reisner, S. L., Deutsch, M. B., Peitzmeier, S. M., White Hughto, J. M., Cavanaugh, T. P., Pardee, D. J., McLean, S. A., Panther, L. A., Gelman, M., Mirmiaga, M. J., & Potter, J. E. (2018). Test performance and acceptability of self- versus provider-collected swabs for high-risk HPV DNA testing in female-to-male trans masculine patients. *PloS One*, 13(3), e0190172. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190172>
- Reisner, S. L., Greytak, E. A., Parsons, J. T., & Ybarra, M. L. (2015). Gender minority social stress in adolescence: disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity. *Journal of Sex Research*, 52(3), 243-256. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.886321>
- Reisner, S. L., Moore, C. S., Asquith, A., Pardee, D. J., Sarvet, A., Mayer, G., & Mayer, K. H. (2019). High risk and low uptake of pre-exposure prophylaxis to prevent HIV acquisition in a national online sample of transgender men who have sex with men in the United States. *Journal of the International AIDS Society*, 22(9), e25391. <https://doi.org/10.1002/jia2.25391>
- Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E., & Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: A review. *Lancet* 388(10042), 412-436. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X)
- Reisner, S. L., Radix, A., & Deutsch, M. B. (2016). Integrated and gender-affirming transgender clinical care and research. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 72, S235-S242. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000001088>
- Reisner, S. L., Veters, R., Leclerc, M., Zaslow, S., Wolfrum, S., Shumer, D., & Mimiaga, M. J. (2015). Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: A matched retrospective cohort study. *The Journal of Adolescent Health*, 56(3), 274-279. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.264>
- Reisner, S. L., Silva-Santisteban, A., Salazar, X., Vilela, J., D'Amico, L., & Perez-Brumer, A. (2021). "Existimos": Health and social needs of transgender men in Lima, Peru. *PLoS One*, 16(8), e0254494. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254494>
- Remacle, M., Matar, N., Morsomme, D., Veduyck, I., & Lawson, G. (2011). Glottoplasty for male-to-female

- transsexualism: Voice results. *Journal of Voice*, 25(1), 120–123. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2009.07.004>
- Remington, A. C., Morrison, S. D., Massie, J. P., Crowe, C. S., Shakir, A., Wilson, S. C., Vyas, K. S., Lee, G. K., & Friedrich, J. B. (2018). Outcomes after phalloplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 141(2), 220e–229e. <https://doi.org/10.1097/prs.0000000000004061>
- Rew, L., Young, C. C., Monge, M., & Bogucka, R. (2021). Puberty blockers for transgender and gender diverse youth - A critical review of the literature. *Child and Adolescent Mental Health*, 26(1), 3–14. <https://doi.org/10.1111/camh.12437>
- Rich, A., Scheim, A., Koehoorn, M., & Poteat, T. (2020). Non-HIV chronic disease burden among transgender populations globally: A systematic review and narrative synthesis. *Preventive Medicine Reports*, 20, 101259. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101259>
- Richards, C. (2021). *Trans and sexuality: An existentially-informed inquiry with implications for counselling psychology*. Routledge.
- Richards, C., & Barrett, J. (2020). *Trans and non-binary gender healthcare for psychiatrists, psychologists, and other mental health professionals*. Royal College of Psychiatrists/Cambridge University Press.
- Richards, C., Barker, M. J., Lenihan, P., & Iantaffi, A. (2014). Who watches the watchmen? A critical perspective on the theorization of trans people and clinicians. *Feminism & Psychology*, 4, 248–258. <https://doi.org/10.1177/0959353514526220>
- Richards, C., Bouman, W. P., & Barker, M.-J. (2017). *Genderqueer and Non-Binary Genders*. Palgrave MacMillan. <https://doi.org/10.1057/978-1-137-51053-2>
- Richards, C., Bouman, W. P., Seal, L., Barker, M. J., Nieder, T. O., & T'Sjoen, G. (2016). Non-binary or genderqueer genders. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 95–102. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1106446>
- Richards, E. G., Farrell, R. M., Ricci, S., Perni, U., Quintini, C., Tzakis, A., & Falcone, T. (2021). Uterus transplantation: State of the art in 2021. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 38(9), 2251–2259. <https://doi.org/10.1007/s10815-021-02245-7>
- Richards, R. N., & Meharg, G. E. (1995). Electrolysis: Observations from 13 years and 140,000 hours of experience. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 33(4), 662–666. [https://doi.org/10.1016/0190-9622\(95\)91290-8](https://doi.org/10.1016/0190-9622(95)91290-8)
- Rider, G. N., McMorris, B. J., Gower, A. L., Coleman, E., Brown, C., & Eisenberg, M. E. (2019). Perspectives from nurses and physicians on training needs and comfort working with transgender and gender-diverse youth. *Journal of Pediatric Health Care*, 33(4), 379–385. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.11.003>
- Rider, G. N., Vencill, J. A., Berg, D. R., Becker-Warner, R., Candelario-Pérez, L., & Spencer, K. G. (2019). The gender affirmative lifespan approach (GALA): A framework for competent clinical care with nonbinary clients. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 275–288. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1485069>
- Riggs, D. W., & Treharne, G. J. (2016). Decompensation: A novel approach to accounting for stress arising from the effects of ideology and social norms. *Journal of Homosexuality*, 64(5), 592–605. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1194116>
- Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2016). Australian mental health nurses and transgender clients: Attitudes and knowledge. *Journal of Research in Nursing*, 21(3), 212–222. <https://doi.org/10.1177/1744987115624483>
- Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2018a). Fertility preservation decision making amongst Australian transgender and non-binary adults. *Reproductive Health*, 15(1), 181. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0627-z>
- Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2018b). Gaslighting in the context of clinical interactions with parents of transgender children. *Sexual and Relationship Therapy*, 33(4), 382–394. <https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1444274>
- Riggs, D. W., Bartholomaeus, C., & Sansfaçon, A. P. (2019). “If they didn’t support me, I most likely wouldn’t be here”: Transgender young people and their parents negotiating medical treatment in Australia. *International Journal of Transgender Health*, 21(1), 3–15. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1692751>
- Ristori, J., & Steensma, T. D. (2016). Gender dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 13–20. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115754>
- Ristori, J., Fisher, A. D., Castellini, G., Sensi, C., Cipriani, A., Ricca, V., & Maggi, M. (2019). Gender dysphoria and anorexia nervosa symptoms in two adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, 48(5), 1625–1631. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-1396-7>
- Ristori, J., Rossi, E., Cocchetti, C., Mazzoli, F., Castellini, G., Vignozzi, L., Ricca, V., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2021). Sexual habits among Italian transgender adolescents: A cross-sectional study. *International Journal of Impotence Research*, 33(7), 687–693. <https://doi.org/10.1038/s41443-021-00427-6>
- Roberts, A. L., Rosario, M., Corliss, H. L., Koenen, K. C., & Austin, S. B. (2012). Childhood gender nonconformity: A risk indicator for childhood abuse and posttraumatic stress in youth. *Pediatrics*, 129(3), 410–417. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1804>
- Roberts, A. L., Rosario, M., Slopen, N., Calzo, J. P., & Austin, S. B. (2014). Childhood gender nonconformity, bullying victimization, and depressive symptoms across adolescence and early adulthood: An 11-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(2), 143–152. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.11.006>
- Roberts, C. M., Sharkey, C. M., Bakula, D. M., Perez, M. N., Delozier, A. J., Austin, P. F., Baskin, L. S., Chan, Y.-M., Cheng, E. Y., Diamond, D. A., Fried, A. J., Kropp, B., Lakshmanan, Y., Meyer, S. Z., Meyer, T., Nokoff, N. J., Palmer, B. W., Paradis, A., Reyes, K. J. S., & Tishelman, A. (2020). Illness uncertainty longitudinally predicts distress among caregivers of children born with DSD. *Journal of Pediatric Psychology*, 45(9), 1053–1062. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa069>
- Roberts, L. F., Brett, M. A., Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2008). A passion for castration: Characterizing men who are fascinated with castration, but have not been castrated. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(7),

- 1669–1680.
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00636.x>
- Roberts, S. A., & Kaiser, U. B. (2020). Genetics in endocrinology: Genetic etiologies of central precocious puberty and the role of imprinted genes. *European Journal of Endocrinology*, 183(4), R107–R117. <https://doi.org/10.1530/EJE-20-0103>
- Robles, R., Fresán, A., Vega-Ramírez, H., Cruz-Islas, J., Rodríguez-Pérez, V., Domínguez-Martínez, T., & Reed, G. M. (2016). Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 850–859. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)30165-1](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30165-1)
- Rochlin, D. H., Brazio, P., Wapnir, I., & Nguyen, D. (2020). Immediate targeted nipple-areolar complex reinnervation: Improving outcomes in gender-affirming mastectomy. *Plastic and Reconstructive Surgery. Global Open*, 8(3), e2719. <https://doi.org/10.1097/gox.0000000000002719>
- Rodriguez-Wallberg, K. A., Häljestig, J., Arver, S., Johansson, A. L. V., & Lundberg, F. E. (2021). Sperm quality in transgender women before or after gender affirming hormone therapy - A prospective cohort study. *Andrology*, 9(6), 1773–1780. <https://doi.org/10.1111/andr.12999>
- Rodriguez-Wallberg, K. A., Marklund, A., Lundberg, F., Wikander, I., Milenkovic, M., Anastacio, A., Seryounitis, F., Wanggren, K., Ekengren, T. L., Lind, T., & Borgström, B. (2019). A prospective study of women and girls undergoing fertility preservation due to oncologic and non-oncologic indications in Sweden—Trends in patients' choices and benefit of the chosen methods after long-term follow up. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 98(5), 604–615. <https://doi.org/10.1111/aogs.13559>
- Rodriguez-Wallberg, K. A., Milenkovic, M., Papaikonomou, K., Keros, V., Gustafsson, B., Sergouniotis, F., Wikander, I., Perot, R., Borgström, B., Ljungman, P., & Barbany, G. (2021). Successful pregnancies after transplantation of ovarian tissue retrieved and cryopreserved at time of childhood acute lymphoblastic leukemia – A case report. *Haematologica*, 106(10), 2783–2787. <https://doi.org/10.3324/haematol.2021.278828>
- Roen, K. (2019). Intersex or diverse sex development: Critical review of psychosocial health care research and indications for practice. *Journal of Sex Research*, 56(4-5), 511–528. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1578331>
- Rolston, A. M., Gardner, M., Vilain, E., & Sandberg, D. E. (2015). Parental reports of stigma associated with child's disorder of sex development. *International Journal of Endocrinology*, 2015, 980121. <https://doi.org/10.1155/2015/980121>
- Rondahl, G. (2009). Students' inadequate knowledge about lesbian, gay, bisexual and transgender persons. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1), 11. <https://doi.org/10.2202/1548-923X.1718>
- Rood, B. A., Puckett, J. A., Pantalone, D. W., & Bradford, J. B. (2015). Predictors of suicidal ideation in a statewide sample of transgender individuals. *LGBT Health*, 2(3), 270–275. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0048>
- Rood, B. A., Reisner, S. L., Puckett, J. A., Surace, F. I., Berman, A. K., & Pantalone, D. W. (2017). Internalized transphobia: Exploring perceptions of social messages in transgender and gender-nonconforming adults. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 411–426. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1329048>
- Rosen, H. N., Hamnvik, O. R., Jaisamrarn, U., Malabanan, A. O., Safer, J. D., Tangpricha, V., Wattanachanya, L., & Yeap, S. S. (2019). Bone densitometry in transgender and gender non-conforming (TGNC) individuals: 2019 ISCD official position. *Journal of Clinical Densitometry*, 22(4), 544–553. <https://doi.org/10.1016/j.jocd.2019.07.004>
- Rosenthal, S. M. (2014). Approach to the patient: transgender youth: endocrine considerations. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 99(12), 4379–4389. <https://doi.org/10.1210/jc.2014-1919>
- Rosenthal, S. M. (2016). Transgender youth: Current concepts. *Annals of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, 21(4), 185–192. <https://doi.org/10.6065/apem.2016.21.4.185>
- Rosenthal, S.M. (2021). Challenges in the care of transgender youth: An endocrinologist's view. *Nature Reviews Endocrinology*, 17(10), 581–591
- Rosenwohl-Mack, A., Tamar-Mattis, S., Baratz, A. B., Dalke, K. B., Ittelson, A., Zieselman, K., & Flatt, J. D. (2020). A national study on the physical and mental health of intersex adults in the U.S. *PloS One*, 15(10), e0240088. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240088>
- Ross, A. (2017). *Gender Confirmation Surgeries Rise 20% in First Ever Report*. American Society of Plastic Surgeons, Press Releases.
- Rothblum, E. D., Krueger, E. A., Kittle, K. R., & Meyer, I. H. (2020). Asexual and non-asexual respondents from a U.S. population-based study of sexual minorities. *Archives of Sexual Behavior*, 49(2), 757–767. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01485-0>
- Rothenberg, S. S., Witchel, S. F., & Menke, M. N. (2019). Oocyte cryopreservation in a transgender male adolescent. *New England Journal of Medicine*, 380(9), 886–887. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1813275>
- Rotondi, N. K., Bauer, G. R., Scanlon, K., Kaay, M., Travers, R., & Travers, A. (2013). Nonprescribed hormone use and self-performed surgeries: “do-it-yourself” transitions in transgender communities in Ontario, Canada. *American Journal of Public Health*, 103(10), 1830–1836. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301348>
- Routh, D., Abess, G., Makin, D., Stohr, M. K., Hemmens, C., & Yoo, J. (2015). Transgender inmates in prisons. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 61(6), 645–666. <https://doi.org/10.1177/0306624x15603745>
- Rowniak, S., Bolt, L., & Sharifi, C. (2019). Effect of cross-sex hormones on the quality of life, depression and anxiety of transgender individuals: A quantitative systematic review. *JB I Evidence Synthesis*, 17(9), 1826–1854. <https://doi.org/10.11124/IBISIRIR-2017-003869>
- Royal College of General Practitioners. (2019). *The role of the GP in caring for gender-questioning and transgender patients: RCGP position statement*. <https://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/transgender-care.aspx>

- Russell, A. M., Galvin, K. M., Harper, M. M., & Clayman, M. L. (2016). A comparison of heterosexual and LGBTQ cancer survivors' outlooks on relationships, family building, possible infertility, and patient-doctor fertility risk communication. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(5), 935-942. <https://doi.org/10.1007/s11764-016-0524-9>
- Russell, M. R., & Abrams, M. (2019). Transgender and nonbinary adolescents: The role of voice and communication therapy. *Perspectives of the ASHA Special Interests Groups*, 4(6), 1298-1305. https://doi.org/10.1044/2019_PERSP-19-00034
- Russell, S. T., Pollitt, A. M., Li, G., & Grossman, A. H. (2018). Chosen name use is linked to reduced depressive symptoms, suicidal ideation, and suicidal behavior among transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 63(4), 503-505. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.02.003>
- Ryan, C. (2009). *Supportive families, healthy children: Helping families with lesbian, gay, bisexual & transgender (LGBT) children*. <http://familyproject.sfsu.edu>
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123(1), 346-352. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-3524>
- Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4), 205-213. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00246.x>
- Ryan, C., Toomey, R. B., Diaz, R. M., & Russell, S. T. (2020). Parent-initiated sexual orientation change efforts with LGBT adolescents: Implications for young adult mental health and adjustment. *Journal of Homosexuality*, 67(2), 159-173. <https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1538407>
- Saeed, A., Mughal, U., & Farooq, S. (2017). It's complicated: Sociocultural factors and the disclosure decision of transgender individuals in Pakistan. *Journal of Homosexuality*, 65(8), 1051-1070. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1368766>
- Safer, J.D. (2021). Research gaps in medical treatment of transgender/nonbinary people. *The Journal of Clinical Investigation*, 131(4), e142029. <https://doi.org/10.1172/JCI142029>
- Safer, J. D., & Tangpricha, V. (2019). Care of the Transgender Patient. *Annals of Internal Medicine*, 171(1), ITC1-ITC16. <https://doi.org/10.7326/aic201907020>
- Safer, J. D., Coleman, E., Feldman, J., Garofalo, R., Hembree, W., Radix, A., & Sevelius, J. (2016). Barriers to healthcare for transgender individuals. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, 23(2), 168-171. <https://doi.org/10.1097/med.0000000000000227>
- Salgado, C. J., Nugent, A., Kuhn, J., Janette, M., & Bahna, H. (2018). Primary sigmoid vaginoplasty in transwomen: Technique and outcomes. *Biomed Research International*, 2018, 4907208. <https://doi.org/10.1155/2018/4907208>
- Salibian, A. A., Axelrod, D. M., Smith, J. A., Fischer, B. A., Agarwal, C., & Bluebond-Langner, R. (2021). Oncologic considerations for safe gender-affirming mastectomy: Preoperative imaging, pathologic evaluation, counseling, and long-term screening. *Plastic and Reconstructing Surgery*, 147(2), 213e-221e. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000007589>
- Salway, T., Ferlatte, O., Gesink, D., & Lachowsky, N. J. (2020). Prevalence of exposure to sexual orientation change efforts and associated sociodemographic characteristics and psychosocial health outcomes among Canadian sexual minority men. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 65(7), 502-509. <https://doi.org/10.1177/0706743720902629>
- Sanchez, N. F., Sanchez, J. P., & Danoff, A. (2009). Health care utilization, barriers to care, and hormone usage among male-to-female transgender persons in New York City. *American Journal of Public Health*, 99 (4), 713-719. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.132035>
- Sandberg, D. E., & Gardner, M. (2022). Differences/disorders of sex development: Medical conditions at the intersection of sex and gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 18, 201-231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-101412>
- Sandberg, D. E., & Mazur, T. (2014). A noncategorical approach to the psychosocial care of persons with DSD and their families. In B. P. C. Kreukels, T. D. Steensma, & A. L. C. de Vries (Eds.), *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development: Progress in Care and Knowledge* (pp. 93-114). Springer Science + Business Media https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7441-8_5
- Sandberg, D. E., Gardner, M., Kopec, K., Urbanski, M., Callens, N., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Timmermans, S., & Siminoff, L. A. (2019). Development of a decision support tool in pediatric differences/disorders of sex development. *Seminars in Pediatric Surgery*, 28(5), 150838. <https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2019.150838>
- Sanders, R. A. (2013). Adolescent psychosocial, social, and cognitive development. *Pediatrics in Review*, 34(8), 354-359. <https://doi.org/10.1542/pir.34-8-354>
- Santucci, R. A. (2018). Urethral complications after transgender phalloplasty: Strategies to treat them and minimize their occurrence. *Journal of Clinical Anatomy*, 31(2), 187-190. <https://doi.org/10.1002/ca.23021>
- Sawyer, J., Perry, J. L., & Dobbins-Scaramelli, A. (2014). A survey of the awareness of speech services among transgender and transsexual individuals and speech-language pathologists. *International Journal of Transgenderism*, 15(3-4), 146-163. <https://doi.org/10.1080/15532739.2014.995260>
- Sawyer, W. (2020). *Visualizing the racial disparities in mass incarceration*. Prison Policy Initiative.
- Scandurra, C., Amodeo, A. L., Valerio, P., Boicchio, V., & Frost, D. M. (2017). Minority stress, resilience, and mental health: A study of Italian transgender people. *Journal of Social Issues*, 73(3), 563-585. <https://doi.org/10.1111/josi.12232>
- Scandurra, C., Mezza, F., Maldonato, N. M., Bottone, M., Boicchio, V., Valerio, P., & Vitelli, R. (2019). Health of non-binary and genderqueer people: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 10, 1453.

- Schagen, S. E. E., Wouters, F. M., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L. J., & Hannema, S. E. (2020). Bone development in transgender adolescents treated with GnRH analogues and subsequent gender-affirming hormones. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 105(12). <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa604>
- Schagen, S. E., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., & Hannema, S. E. (2016). Efficacy and safety of gonadotropin-releasing hormone agonist treatment to suppress puberty in gender dysphoric adolescents. *The Journal of Sexual Medicine*, 13 (7), 1125-1132. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.05.004>
- Schardein, J. N., Zhao, L. C., & Nikolavsky, D. (2019). Management of vaginoplasty and phalloplasty complications. *Urology Clinics of North America*, 46(4), 605-618. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2019.07.012>
- Schechter, L. S., & Safa, B. (2018). Introduction to phalloplasty. *Clinics in Plastic Surgery*, 45(3), 387-389. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.014>
- Schechter, L. S., & Schechter, R. B. (2019). Training surgeons in gender confirmation surgery. *Journal of Craniofacial Surgery*, 30(5), 1380-1382. <https://doi.org/10.1097/SCS.00000000000005477>
- Schechter, L. S., D'Arpa, S., Cohen, M. N., Kocjancic, E., Claes, K. E. Y., & Monstrey, S. (2017). Gender confirmation surgery: Guiding principles. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(6), 852-856. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.04.001>
- Schein, A. I., & Travers, R. (2017). Barriers and facilitators to HIV and sexually transmitted infections testing for gay, bisexual, and other transgender men who have sex with men. *AIDS Care*, 29(8), 990-995. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1271937>
- Schein, A. I., Bauer, G. R., & Travers, R. (2017). HIV-related sexual risk among transgender men who are gay, bisexual, or have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 74(4), e89-e96. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000001222>
- Schein, A. I., Perez-Brumer, A. G., & Bauer, G. R. (2020). Gender-concordant identity documents and mental health among transgender adults in the USA: A cross-sectional study. *The Lancet Public Health*, 5(4), e196-e203. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30032-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30032-3)
- Schneider, F., Kliesch, S., Schlatt, S., & Neuhaus, N. (2017). Andrology of male-to-female transsexuals: Influence of cross-sex hormone therapy on testicular function. *Andrology*, 5(5), 873-880. <https://doi.org/10.1111/andr.12405>
- Schneider, F., Neuhaus, N., Wistuba, J., Zitzmann, M., Heß, J., Mahler, D., & Kliesch, S. (2015). Testicular functions and clinical characterization of patients with gender dysphoria (GD) undergoing sex reassignment surgery (SRS). *Journal of Sexual Medicine*, 12(11), 2190-2200. <https://doi.org/10.1111/jsm.13022>
- Schönauer, L. M., Dellino, M., Loverro, M., Carriero, C., Capursi, T., Leoni, C., & Di Naro, E. (2020). Hormone therapy in female-to-male transgender patients: Searching for a lifelong balance. *Hormones*, 20(1), 151-159. <https://doi.org/10.1007/s42000-020-00238-2>
- Schubert, F. D., & Carey, J. M. (2020). Data unclear on pregnancy risk in transmasculine individuals on testosterone. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(4), 393-394. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.12.014>
- Schützmann, K., Brinkmann, L., Schacht, M., & Richter-Appelt, H. (2007). Psychological distress, self-harming behavior, and suicidal tendencies in adults with disorders of sex development. *Archives of Sexual Behavior*, 38(1), 16-33. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9241-9>
- Schwartz, A. R., Russell, K., & Gray, B. A. (2019). Approaches to vaginal bleeding and contraceptive counseling in transgender and gender nonbinary patients. *Obstetrics and Gynecology*, 134(1), 81-90. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003308>
- Schweizer, K., Brunner, F., Gedrose, B., Handford, C., & Richter-Appelt, H. (2016). Coping with diverse sex development: Treatment experiences and psychosocial support during childhood and adolescence and adult well-being. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(5), 504-519. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw058>
- Scoias, M. E., Marshall, B. D. L., Aristegi, I., Romero, M., Cahn, P., Kerr, T., & Sued, O. (2014). Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. *International Journal for Equity in Health*, 13(81), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12939-014-0081-7>
- Scott, S. (2013). "One is not born, but becomes a woman": A fourteenth amendment argument in support of housing male-to-female transgender inmates in female facilities. *University of Pennsylvania Journal of Constitutional Law*, 15(4), 1259-1297. <https://scholarship.law.upenn.edu/jcl/vol15/iss4/6>
- Seal, L. (2017). Adult endocrinology. In C. Richards, W. P. Bouman, & M.-J. Barker (Eds.), *Genderqueer and non-binary genders* (pp. 183-223). Palgrave MacMillan.
- Seal, L. J., Franklin, S., Richards, C., Shishkareva, A., Sinclair, C., & Barrett, J. (2012). Predictive markers for mammoplasty and a comparison of side effect profiles in transwomen taking various hormonal regimens. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 97(12), 4422-4428. <https://doi.org/10.1210/jc.2012-2030>
- Seelman, K. L. (2016). Transgender adults' access to college bathrooms and housing and the relationship to suicidality. *Journal of Homosexuality*, 63(10), 1378-1399. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1157998>
- Seelman, K. L., Colón-Díaz, M. J., LeCroix, R. H., Xavier-Brier, M., & Kattari, L. (2017). Transgender noninclusive healthcare and delaying care because of fear: Connections to general health and mental health among transgender adults. *Transgender Health*, 2(1), 17-28. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0024>
- Segev-Becker, A., Israeli, G., Elkon-Tamir, E., Perl, L., Sekler, O., Amir, H., Interator, H., Dayan, S. C., Chorna, E., Weintrob, N., & Oren, A. (2020). Children and adolescents with gender dysphoria in Israel: Increasing referral and fertility preservation rates. *Endocrine Practice*, 26(4), 423-428. <https://doi.org/10.4158/EP-2019-0418>
- Sequeira, G. M., Ray, K. N., Miller, E., & Coulter, R. W. S. (2020). Transgender youth's disclosure of gender identity

- to providers outside of specialized gender centers. *Journal of Adolescent Health*, 66(6), 691–698. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.12.010>
- Serafin, J., Smith, G. B., & Keltz, T. (2013). Lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) elders in nursing homes: It's time to clean out the closet. *Geriatric Nursing*, 34(1), 81–83.
- Sermondade, N., Benaloun, E., Berthaut, I., Moreau, E., Prades, M., Béranger, A., Chabbert-Buffet, N., Johnson, N., Lévy, R., & Dupont, C. (2021). Reproductive functions and fertility preservation in transgender women: A French case series. *Reproductive BioMedicine Online*, 43(2), 339–345. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2021.04.016>
- Sevelius, J., & Jenness, V. (2017). Challenges and opportunities for gender-affirming healthcare for transgender women in prison. *International Journal of Prisoner Health*, 13(1), 32–40. <https://doi.org/10.1108/ijph-08-2016-0046>
- Sevelius, J. (2009). "There's no pamphlet for the kind of sex I have": HIV-related risk factors and protective behaviors among transgender men who have sex with non-transgender men. *Journal of Associate Nurses in AIDS Care*, 20(5), 398–410. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.06.001>
- Sevelius, J. M., Chakravarty, D., Dilworth, S. E., Rebhook, G., & Neilands, T. B. (2020). Gender affirmation through correct pronoun usage: Development and validation of the transgender women's importance of pronouns (TW-IP) scale. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9525. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249525>
- Sevelius, J. M., Deutsch, M. B., & Grant, R. (2016). The future of PrEP among transgender women: The critical role of gender affirmation in research and clinical practices. *Journal of the International AIDS Society*, 19(7S6), 21105. <https://doi.org/10.7448/IAS.19.7.21105>
- Seyed-Foroontan, K., Karimi, H., & Seyed-Foroontan, N. S. (2018). Autologous fibroblast-seeded amnion for reconstruction of neo-vagina in male-to-female reassignment surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, 42(2), 491–497. <https://doi.org/10.1007/s00266-018-1088-z>
- Shen, J. K., Seebacher, N. A., & Morrison, S. D. (2019). Global interest in gender affirmation surgery: A Google trends analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 143(1), 254e–256e. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000005160>
- Shepherd, S. M. (2018). Cultural Awareness training for health professionals may have unintended consequences. *The British Medical Journal Opinion*. <https://blogs.bmj.com/bmj/2018/01/22/stephane-m-shepherd-cultural-awarenesstraining->
- Shepherd, S. M. (2019). Cultural awareness workshops: limitations and practical consequences. *BMC Medical Education*, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1450-5>
- Shepherd, S. M. (2022). Introducing an integrated model of cross-cultural assessment. *Australasian Psychiatry*, <https://doi.org/10.1177/10398562211068373>
- Sheppard, M., & Mayo, J. B. Jr. (2013). The social construction of gender and sexuality: Learning from two spirit traditions. *The Social Studies*, 104(6), 259–270. <https://doi.org/10.1080/00377996.2013.788472>
- Sherrard, J., Wilson, J., Donders, G., Mendling, W., & Jensen, J. S. (2018). 2018 European (IUSTI/WHO) International Union against sexually transmitted infections (IUSTI) World Health Organisation (WHO) guideline on the management of vaginal discharge. *International Journal of STD and AIDS*, 29(13), 1258–1272. <https://doi.org/10.1177/0956462418785451>
- Shields, J. P., Cohen, R., Glassman, J. R., Whitaker, K., Franks, H., & Bertolini, I. (2013). Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school. *Journal of Adolescent Health*, 52(2), 248–250. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.016>
- Shipherd, J. C., Berke, D., & Livingston, N. A. (2019). Trauma recovery in the transgender and gender diverse community: extensions of the minority stress model for treatment planning. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(4), 629–646. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.06.001>
- Shires, D. A., & Jaffee, K. D. (2016). Structural discrimination is associated with smoking status among a national sample of transgender individuals. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(6), 1502–1508. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntv221>
- Shires, D. A., Stroumsa, D., Jaffee, K. D., & Woodford, M. R. (2017). Primary care providers' willingness to continue gender-affirming hormone therapy for transgender patients. *Family Practice*, 35(5), 576–581. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz119>
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., Garner, A. S., McGuinn, L., Pascoe, J., & Wood, D. L. (2011). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232–e246. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>
- Shnorhavorian, M., Kroon, L., Jeffries, H., & Johnson, R. (2012). Creating a standardized process to offer the standard of care: continuous process improvement methodology is associated with increased rates of sperm cryopreservation among adolescent and young adult males with cancer. *Junior of Pediatric and Hematology/Oncology*, 34(8), e315–319. <https://doi.org/10.1097/MPH.0b013e3182678e3a>
- Shumer, D. E., & Tishelman, A. C. (2015). The role of assent in the treatment of transgender adolescents. *International Journal of Transgenderism*, 16(2), 97–102. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1075929>
- Shumer, D. E., Nokoff, N. J., & Spack, N. P. (2016). Advances in the care of transgender children and adolescents. *Advances in Pediatrics*, 63(1), 79–102. <https://doi.org/10.1016/j.yapd.2016.04.018>
- Siboni, L., Rucco, D., Prunas, A., & Anzani, A. (2022). "We faced every change together". Couple's intimacy and sexuality experiences from the perspectives of transgender and non-binary individuals' partners. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 48(1), 23–46. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2021.1957733>
- Sigurjonsson, H., Mollermark, C., Rinder, J., Farnebo, F., & Lundgren, T. K. (2017). Long-term sensitivity and patient-reported functionality of the neoclitoris after

- gender reassignment surgery. *Journal of Sexual Medicine*, 14(2), 269-273. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.003>
- Silverberg, M. J., Nash, R., Becerra-Culqui, T. A., Cromwell, L., Getahun, D., Hunkeler, E., & Goodman, M. (2017). Cohort study of cancer risk among insured transgender people. *Annals of Epidemiology*, 27(8), 499-501. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2017.07.007>
- Siminoff, L., & Sandberg, D. (2015). Promoting shared decision making in disorders of sex development (DSD): Decision aids and support tools. *Hormone and Metabolic Research*, 47(05), 335-339. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1545302>
- Simon, D., Capitán, L., Bailón, C., Bellinga, R. J., Gutiérrez Santamaría, J., Tenório, T., Sánchez-García, A., & Capitán-Cañadas, F. (2022). Facial gender confirmation surgery: The lower jaw. Description of surgical techniques and presentation of results. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 149(4), 755e-766e. <https://doi.org/10.1097/prs.00000000000008969>
- Simons, L., Schrager, S. M., Clark, L. F., Belzer, M., & Olson, J. (2013). Parental support and mental health among transgender adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 53(6), 791-793. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.019>
- Simonsen, R. K., Giraldi, A., Kristensen, E., & Hald, G. M. (2016). Long-term follow-up of individuals undergoing sex reassignment surgery: Psychiatric morbidity and mortality. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(4), 241-247. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1081405>
- Simopoulos, E. F., & Khin Khin, E. (2014). Fundamental principles inherent in the comprehensive care of transgender inmates. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 42(1), 26-36. <http://jaapl.org/content/42/1/26>
- Singh, D., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2021). A follow-up study of boys with gender identity disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 632784. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.632784>
- Singh-Ospina, N., Maraka, S., Rodriguez-Gutierrez, R., Davidge-Pitts, C., Nippoldt, T. B., Prokop, L. J., & Murad, M. H. (2017). Effect of sex steroids on the bone health of transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *Journal Clinical Endocrinology and Metabolism*, 102(11), 3904-3913. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01642>
- Smith, A. J., Hallum-Montes, R., Nevin, K., Zenker, R., Sutherland, B., Reagor, S., & Brennan, J. M. (2018). Determinants of transgender individuals' well-being, mental health, and suicidality in a rural state. *Journal of Rural Mental Health*, 42(2), 116. <https://doi.org/10.1037/rmh0000089>
- Smith, P. (2006). The effects of solitary confinement on prison inmates: A brief history and review of the literature. *Crime and Justice*, 34(1), 441-528. <https://doi.org/10.1086/500626>
- Smith, N.L., Blondon, M., Wiggins, K.L., Harrington, L.B./, van Hylckama Vlieg, A., Floyd, J.S., Hwang, M., Bis, J.C., McKnight, B., Rice, K.M., Lumley, T., Rosendaal, F.R., Heckbert, S.R., & Psaty, B.M. (2014). Lower risk of cardiovascular events in postmenopausal women taking oral estradiol compared with oral conjugated equine estrogens. *JAMA Internal Medicine*, 174(1), 25-31. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.11074.
- Smith, Y. L., van Goozen, S. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: A prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(4), 472-481. <https://doi.org/10.1097/00004583-200104000-00017>
- Smith, Y. L., Van Goozen, S. H., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, 35(1), 89-99. <https://doi.org/10.1017/s0033291704002776>
- Snowden, J. M., Guise, J., & Kzhimannil, K. B. (2018). Promoting inclusive and person-centered care: Starting with birth. *Birth*(45), 232-235. <https://doi.org/10.1111/birt.12351>
- Söderpalm, E., Larsson, A., & Almquist, S. A. (2004). Evaluation of a consecutive group of transsexual individuals referred for vocal intervention in the west of Sweden. *Logopedics, Phoniatrics, Vocology*, 29(1), 18-30. <https://doi.org/10.1080/14015430310021618>
- Södersten, M., Nygren, U., Hertegård, S., & Dhejne, C. (2015). Interdisciplinary program in Sweden related to transgender voice. *Perspectives on Voice and Voice Disorders*, 25(2), 87-97. <https://doi.org/10.1044/vvd25.2.87>
- Sofer, Y., Yaish, I., Yaron, M., Bach, M. Y., Stern, N., & Greenman, Y. (2020). Differential endocrine and metabolic effects of testosterone suppressive agents in transgender women. *Endocrine Practice*, 26(8), 883-890. <https://doi.org/10.4158/EP-2020-0032>
- Song, T. E., & Jiang, N. (2017). Transgender phonosurgery: A systematic review and meta-analysis. *Otolaryngol Head and Neck Surgery*, 156(5), 803-808. <https://doi.org/10.1177/0194599817697050>
- Sonja, J., Ellis, L. B., & McNeil, J. (2015). Trans people's experiences of mental health and gender identity services: A UK study. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 19(1), 4-20. <https://doi.org/10.1080/19359705.2014.960990>
- Sonnenblick, E. B., Shah, A. D., Goldstein, Z., & Reisman, T. (2018). Breast imaging of transgender individuals: A review. *Current Radiology Reports*, 6(1), 1. <https://doi.org/10.1007/s40134-018-0260-1>
- Sood, R., Chen, D., Muldoon, A. L., Chen, L., Kwasny, M. J., Simons, L. K., Gangopadhyay, N., Corcoran, J. F., & Jordan, S. W. (2021). Association of chest dysphoria with anxiety and depression in transmasculine and nonbinary adolescents seeking gender-affirming care. *Journal of Adolescent Health*, 68(6), 1135-1141. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.02.024>
- Sorbara, J. C., Chiniara, L. N., Thompson, S., & Palmert, M. R. (2020). Mental Health and Timing of Gender-Affirming Care. *Pediatrics*, 146(4), e20193600. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3600>
- Sorbara, J. C., Ngo, H. L., & Palmert, M. R. (2021). Factors associated with age of presentation to gender-affirming

- medical care. *Pediatrics*, 147(4), e2020026674. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-026674>
- Spack, N. P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D. A., & Vance, S. R. (2012). Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*, 129(3), 418–425. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0907>
- Spanos, C., Bretherton, I., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2020). Effects of gender-affirming hormone therapy on insulin resistance and body composition in transgender individuals: A systematic review. *World Journal of Diabetes*, 11(3), 66–77. <https://doi.org/10.4239/wjd.v11.i3.66>
- Spanos, C., Grace, J. A., Leemaqz, S. Y., Brownhill, A., Cundill, P., Locke, P., Wong, P., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2021). The informed consent model of care for accessing gender-affirming hormone therapy is associated with high patient satisfaction. *Journal of Sexual Medicine*, 18(1), 201–208. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.20.020>
- Spatz, E. S., Krumholz, H. M., & Moulton, B. W. (2016). The new era of informed consent: Getting to a reasonable-patient standard through shared decision making. *The Journal of the American Medical Association*, 315(19), 2063–2064. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.3070>
- Speiser, P. W., Arlt, W., Auchus, R. J., Baskin, L. S., Conway, G. S., Merke, D. P., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Miller, W. L., Murad, M. H., Oberfield, S. E., & White, P. C. (2018). Congenital Adrenal Hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 103(11), 4043–4088. <https://doi.org/10.1210/je.2018-01865>
- Spencer, K. G., Berg, D. R., Bradford, N. J., Vencill, J. A., Tellawi, G., & Rider, G. N. (2021). The gender-affirmative life span approach: A developmental model for clinical work with transgender and gender-diverse children, adolescents, and adults. *Psychotherapy*, 58(1), 37–49. <https://doi.org/10.1037/pst0000363>
- Spivey, L. A., Edwards-Leeper, L. (2019). Future directions in affirmative psychological interventions with transgender children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48, 343–356. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1534207>
- Spizzirri, G., Eufrazio, R., Lima, M. C. P., de Carvalho Nunes, H. R., Kreukels, B. P., Steensma, T. D., & Abdo, C. H. N. (2021). Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. *Scientific Reports*, 11(1), 2240. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81411-4>
- Sprager, L. O. N., & Martinez, Jr. (2015). Beyond translation: Promoting a new national standard for equity in health materials translated from English. *NAM Perspectives*. <https://doi.org/10.31478/201509b>
- Spruill, T. M. (2010). Chronic psychosocial stress and hypertension. *Current Hypertension Reports*, 12(1), 10–16. <https://doi.org/10.1007/s11906-009-0084-8>
- Srinath, S., Jacob, P., Sharma, E., & Gautam, A. (2019). Clinical practice guidelines for assessment of children and adolescents. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(Suppl. 2), 158–175. <https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry.58018>
- Staples, J. M., Bird, E. R., Gregg, J. J., & George, W. (2020). Improving the gender-affirmation process for transgender and gender-nonconforming individuals: Associations among time since transition began, body satisfaction, and sexual distress. *The Journal of Sex Research*, 57(3), 375–383. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1617829>
- Stark, T., Shoag, J. E., & Poppas, D. P. (2019). Eliminating early surgery for disorders of sex development: Risking adverse outcomes in 46, XX CAH. *Journal of Urology*, 201(5), 871–873. <https://doi.org/10.1097/ju.0000000000000023>
- Statistics Canada. (2022). *Census of Population Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220427/dq220427b-eng.htm>
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4), 499–516. <https://doi.org/10.1177/1359104510378303>
- Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender transitioning before puberty? *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 649–650. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9752-2>
- Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., & Zucker, K. J. (2018). Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: data from the center of expertise on gender dysphoria in Amsterdam (1988–2016). *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(7), 713–715. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1437580>
- Steensma, T. D., Kreukels, B. P., de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Gender identity development in adolescence. *Hormones and Behavior*, 64, 288–297. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.020>
- Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P., Beekman, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(6), 582–590. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.016>
- Steensma, T. D., & Wensing-Kruger, S. A. (2019). Gender Dysphoria. In T. H. Ollendick, S. W. White, & B. A. White (Eds). *The Oxford Handbook of Clinical Child and Adolescent Psychology*. Oxford Library of Psychology
- Steensma, T. D., Zucker, K. J., Kreukels, B. P. C., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Behavioral and emotional problems on the teacher's report form: A cross-national, cross-clinic comparative analysis of gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(4), 635–647. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9804-2>
- Stein, D. M., Victorson, D. E., Choy, J. T., Waimey, K. E., Pearman, T. P., Smith, K., Dreyfuss, J., Kinahan, K., Sandwani, D., Woodruff, T. K., & Brannigan, R. E. (2014). Fertility preservation preferences and perspectives among adult male survivors of pediatric cancer and their

- parents. *Journal Adolescent and Young Adult Oncology*, 3(2), 75-82. <https://doi.org/0.1089/jayao.2014.0007>
- Stein, G. L. (2020) Experiences of lesbian, gay, bisexual, and transgender patients and families in hospice and palliative care: Perspectives of the palliative care team. *Journal of Palliative Medicine*, 23(6), 817-824. <https://doi-org.gate.lib.buffalo.edu/10.1089/jpm.2019.0542>
- Steinberg, L. (2004). Risk taking in adolescence: What changes, and why? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021(1), 51-58. <https://doi.org/10.1196/annals.1308.005>
- Steinberg, L. (2009). Should the science of adolescent brain development inform public policy? *American Psychologist*, 64(8), 739-750. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.64.8.739>
- Stephenson, R., Riley, E., Rogers, E., Suarez, N., Metheny, N., Senda, J., Saylor, K. M., & Bauermeister, J. A. (2017). The sexual health of transgender men: A scoping review. *The Journal of Sex Research*, 54(4-5), 424-445. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1271863>
- Sterling, J., & Garcia, M. M. (2020a). Cancer screening in the transgender population: A review of current guidelines, best practices, and a proposed care model. *Translational Andrological Urology*, 9(6), 2771-2785. <https://doi.org/10.21037/tau-20-954>
- Sterling, J., & Garcia, M. M. (2020b). Fertility preservation options for transgender individuals. *Translational Andrological Urology*, 9(Suppl. 2), S215-S226. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.09.28>
- Stevenson, M. O., Wixon, N., & Safer, J. D. (2016). Scalp hair regrowth in hormone-treated transgender woman. *Transgender Health*, 1(1), 202-204. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0022>
- Stoffers, I. E., de Vries, M. C., & Hannema, S. E. (2019). Physical changes, laboratory parameters, and bone mineral density during testosterone treatment in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(9), 1459-1468. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.06.014>
- Stohr, M. K. (2015). The Hundred Years' war: The etiology and status of assaults on transgender women in men's prisons. *Women & Criminal Justice*, 25(1-2), 120-129. <https://doi.org/10.1080/08974454.2015.1026154>
- Stojanovic, B., Bizic, M., Bencic, M., Kojovic, V., Majstorovic, M., Jeftovic, M., Stanojevic, D., & Djordjevic, M. L. (2017). One-stage gender-confirmation surgery as a viable surgical procedure for female-to-male transsexuals. *Translational Andrological Urology*, 14(5), 741-746. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.03.256>
- Stonewall. (2018). *LGBT in Britain: Work report*. Retrieved from https://www.stonewall.org.uk/system/files/lgbt_in_britain_work_report.pdf
- Strang, J. F., Jarin, J., Call, D., Clark, B., Wallace, G. L., Anthony, L. G., Kenworthy, L., & Gomez-Lobo, V. (2018). Transgender Youth Fertility Attitudes Questionnaire: Measure development in nonautistic and autistic transgender youth and their parents. *Journal of Adolescent Health*, 62(2), 128-135. <https://10.1016/j.jadohealth.2017.07.022>
- Strang, J. F., Meagher, H., Kenworthy, L., de Vries, A. L., Menvielle, E., Leibowitz, S., Janssen, A., Cohen-Kettenis, P., Shumer, D., Edwards-Leeper, L., Pleak, R., Spack, N., Karasic, D., Schreier, H., Balleur, A., Tishelman, A., Ehrensaft, D., Rodnan, L., Kuschner, E., ... Caretto, A., Lewis, H., & Anthony, L. (2018). Initial clinical guidelines for co-occurring Autism Spectrum Disorder and Gender Dysphoria or Incongruence in adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(1), 105-115. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1228462>
- Strang, J. F., Powers, M. D., Knauss, M., Sibarum, E., Leibowitz, S. F., Kenworthy, L., Sadikova, E., Wyss, S., Willing, L., Caplan, R., Pervez, N., Nowak, J., Gohari, D., Gomez-Lobo, V., Call, D., & Anthony, L. G. (2018). "They thought it was an obsession": Trajectories and perspectives of autistic transgender and gender-diverse adolescents. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 48(12), 4039-4055. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3723-6>
- Strang, J. F., Knauss, M., van der Miesen, A., McGuire, J. K., Kenworthy, L., Caplan, R., Freeman, A., Sadikova, E., Zaks, Z., Pervez, N., Balleur, A., Rowlands, D. W., Sibarum, E., Willing, L., McCool, M. A., Ehrbar, R. D., Wyss, S. E., Wimms, H., Tobing, J., & Thomas, J. (2021). A clinical program for transgender and gender-diverse neurodiverse/autistic adolescents developed through community-based participatory design. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 50(6), 730-745. <https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1731817>
- Strauss, P., Cook, A., Winter, S., Watson, V., Wright Toussaint, D., & Lin, A. (2017). *Trans Pathways: the mental health experiences and care pathways of trans young people. Summary of results*. Telethon Kids Institute <https://www.telethonkids.org.au/globalassets/media/documents/brain-behaviour/trans-pathwayreport-web.pdf>
- Streed, C. G., Beach, L. B., Caceres, B. A., Dowshen, N. L., Moreau, K. L., Mukherjee, M., Poteat, T., Radix, A., Reisner, S. L., & Singh, V. (2021). Assessing and addressing cardiovascular health in people who are transgender and gender diverse: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 144(6). <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000001003>
- Stroumsa, D., & Wu, J. P. (2018). Welcoming transgender and 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>
- Stroumsa, D., Roberts, E. F. S., Kinnear, H., & Harris, L. H. (2019). The power and limits of classification - A 32-year-old man with abdominal pain. *New England Journal of Medicine*, 380(20), 1885-1888. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1811491>
- Stübler, M. L., & Becker-Hebly, I. (2019). [Sexual experiences and sexual orientation among transgender adolescents]. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 32(01), 5-16. <https://doi.org/10.1055/a-0838-8965>
- Stutterheim, S. E., van Dijk, M., Wang, H., & Jonas, K. J. (2021) The worldwide burden of HIV in transgender individuals: An updated systematic review and

- meta-analysis. *PLoS One* 16(12): e0260063. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260063>
- Subramanian, T., Chakrapani, V., Selvaraj, V., Noronha, E., Narang, A., & Mehendale, S. (2016). Mapping and size estimation of hijras and other trans-women in 17 states of India: First level findings. *International Journal of Health Sciences and Research*, 6(4), 345-353. https://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol.6_Issue.4_April2016/48.pdf
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2015). *Ending conversion therapy: Supporting and affirming LGBTQ youth*. HHS Publications.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2021). *Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment*. <https://www.samhsa.gov/sbirt>
- Suchak, T., Hussey, J., Takhar, M., & Bellringer, J. (2015). 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/ijfprhc-2014-101091>
- Suen, Y. T., Chan, R. C. H., & Wong, E. M. Y. (2018). Mental health of transgender people in Hong Kong: A community-driven, large-scale quantitative study documenting demographics and correlates of quality of life and suicidality. *Journal of Homosexuality*, 65(8), 1093-1113. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1368772>
- Sugrue, V. J., Zoller, J. A., Narayan, P., Lu, A. T., Ortega-Recalde, O. J., Grant, M. J., Bawden, C. S., Rudiger, S. R., Haghani, A., Bond, D. M., Hore, R. R., Garratt, M., Sears, K. E., Wang, N., Yang, X. W., Snell, R. G., Hore, T. A., & Horvath, S. (2021). Castration delays epigenetic aging and feminizes DNA methylation at androgen-regulated loci. *ELife*, 10. <https://doi.org/10.7554/elife.64932>
- Sundstrom and Fields v. Frank USDC D WI, Case No. 06-C-112, 2011.
- Taliaferro, L. A., McMorris, B. J., Rider, G. N., & Eisenberg, M. E. (2019). Risk and protective factors for self-harm in a population-based sample of transgender youth. *Archives of Suicide Research*, 23(2), 203-221. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1430639>
- Tamar-Mattis, S., Gamarel, K. E., Kantor, A., Baratz, A., Tamar-Mattis, A., & Operario, D. (2018). Identifying and counting individuals with differences of sex development conditions in population health research. *LGBT Health*, 5(5), 320-324. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0180>
- Tan, K. K. H., Treharne, G. J., Ellis, S. J., Schmidt, J. M., & Veale, J. F. (2021). Enacted stigma experiences and protective factors are strongly associated with mental health outcomes of transgender people in Aotearoa/New Zealand. *International Journal of Transgender Health*, 22(3), 269-280. <https://doi.org/10.1080/15532739.2020.1819504>
- Tangpricha, V., & den Heijer, M. (2017). Oestrogen and anti-androgen therapy for transgender women. *Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(4), 291-300. [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(16\)30319-9](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(16)30319-9)
- Tatum, A. K., Catalpa, J., Bradford, N. J., Kovic, A., & Berg, D. R. (2020). Examining identity development and transition differences among binary transgender and genderqueer nonbinary (GQNB) individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(4), 379-385. <https://doi.org/10.1037/sgd0000377>
- Taub, R. L., Ellis, S. A., Neal-Perry, G., Magaret, A. S., Prager, S. W., & Micks, E. A. (2020). The effect of testosterone on ovulatory function in transmasculine individuals. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(2), 229-e1. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.01.059>
- Tavakkoli Tabassi, K., Djavan, B., Hosseini, J., Ghoreifi, A., Ershadi, M., & Hosseini, E. (2015). Fold-back perineoscrotal flap plus penile inversion vaginoplasty for male-to-female gender reassignment surgery in circumcised subjects. *European Journal of Plastic Surgery*, 38(1), 43-48. <https://doi.org/10.1007/s00238-014-1038-1>
- Taylor, A. K., Condry, H., and Cahill, D. (2018). Implementation of teaching on LGBT health care. *Clinical Teacher*, 15(2), 141-144. <https://doi.org/10.1111/tct.12647>
- Taylor, J., Zalewska, A., Gates, J. J., & Millon, G. (2019). An exploration of the lived experiences of non-binary individuals who have presented at a gender identity clinic in the United Kingdom. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 195-204. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1445056>
- Telfer, M. M., Tollit, M. A., Pace, C. C., & Pang, K. C. (2018). Australian standards of care and treatment guidelines for transgender and gender diverse children and adolescents. *Medical Journal of Australia*, 209(3), 132-136. <https://doi.org/10.5694/mja17.01044>
- Telfer, M. M., Tollit, M. A., Pace, C. C., & Pang, K. C. (2020). *Australian standards of care and treatment guidelines for trans and gender diverse children and adolescents. Version 1.3*. The Royal Children's Hospital. <https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/adolescent-medicine/australian-standards-of-care-and-treatment-guidelines-for-trans-and-gender-diverse-children-and-adolescents.pdf>
- Temple Newhook, J., Pyne, J., Winters, K., Feder, S., Holmes, C., Tosh, J., Sinnott, M.-L., Jamieson, A., & Pickett, S. (2018). A critical commentary on follow-up studies and “desistance” theories about transgender and gender-nonconforming children. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 212-224. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1456390>
- Ter Wengel, P. V., Martin, E., Gooren, L., Den Heijer, M., & Peerdeman, S. M. (2016). Meningiomas in three male-to-female transgender subjects using oestrogens/progestogens and review of the literature. *Andrologia*, 48(10), 1130-1137. <https://doi.org/10.1111/and.12550>
- Testa, R. J., Michaels, M. S., Bliss, W., Rogers, M. L., Balsam, K. F., & Joiner, T. (2017). Suicidal ideation in transgender people: Gender minority stress and interpersonal theory factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(1), 125-136. <https://doi.org/10.1037/abn0000234>
- Testa, R. J., Sciacca, L. M., Wang, F., Hendricks, M. L., Goldblum, P., Bradford, J., & Bongar, B. (2012). Effects of violence on transgender people. *Professional*

- Psychology: Research and Practice*, 43(5), 452. <https://doi.org/10.1037/a0029604>
- TGEU. (2017). *Overdiagnosed but underserved. Trans healthcare in Georgia, Poland, Serbia, Spain, and Sweden: trans health survey*. Transgender Europe. <https://tgeu.org/healthcare/>
- TGEU. (2021). *Trans rights map 2021*. Transgender Europe. <https://transrightsmap.tgeu.org/home/>
- Thalaivirithan, B. M., Sethu, M., Ramachandran, D. K., Kandasamy, M., & Janardhanam, J. (2018). Application of embryonic equivalents in male-to-female sex reassignment surgery. *India Journal of Plastic Surgery*, 51(2), 155-166. https://doi.org/10.4103/ijps.IJPS_62_18
- The Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Retrieved from <http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2011/The-Health-of-Lesbian-Gay-Bisexual-and-Transgender-People.aspx>
- The Joint Commission. (2011). *Advancing effective communication, cultural competence, and patient- and family-centered care for the lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) community* [Field Guide]. Retrieved from https://www.jointcommission.org/assets/1/18/LGBTFieldGuide_WEB_LINKED_VER.pdf
- The Yogyakarta Principles. (2017). *The Yogyakarta Principles Plus 10: Additional principles and state obligations on the application of international human rights law in relation to sexual orientation, gender identity, gender expression, and sex characteristics to complement the Yogyakarta Principles*. http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf
- Therell, B. L. (2001). Newborn screening for congenital adrenal hyperplasia. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 30(1), 15-30. [https://doi.org/10.1016/s0889-8529\(08\)70017-3](https://doi.org/10.1016/s0889-8529(08)70017-3)
- Theron, L., & Collier, K. L. (2013). Experiences of female partners of masculine-identifying trans persons. *Culture, Health & Sexuality*, 15, 62-75. <https://doi.org/10.1080/13691058.2013.788214>
- Thomas, J. P., & Macmillan, C. (2013). Feminization laryngoplasty: Assessment of surgical pitch elevation. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 270(10), 2695-2700. <https://doi.org/10.1007/s00405-013-2511-3>
- Thoreson, N., Marks, D. H., Peebles, J. K., King, D. S., & Dommasch, E. (2020). Health insurance coverage of permanent hair removal in transgender and gender-minority patients. *JAMA Dermatology*, 2156(5), 561-565. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2020.0480>
- Thorne, N., Witcomb, G. L., Nieder, T., Nixon, E., Yip, A., & Arcelus, J. (2019). A comparison of mental health symptomatology and levels of social support in young treatment seeking transgender individuals who identify as binary and non-binary. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 241-250. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1452660>
- Thorne, N., Yip, A. K.-T., Bouman, W. P., Marshall, E., & Arcelus, J. (2019). The terminology of identities between, outside and beyond the gender binary – A systematic review. *The International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 138-154. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1640654>
- Thurston, M. D., & Allan, S. (2018). Sexuality and sexual experiences during gender transition: A thematic synthesis. *Clinical Psychological Review*, 66, 39-50. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.11.008>
- Thyen, U., Ittermann, T., Flessa, S., Muehlan, H., Birnbaum, W., Rapp, M., Marshall, L., Szarras-Capnik, M., Bouvattier, C., Kreukels, B. P. C., Nordenstroem, A., Roehle, R., & Koehler, B. (2018). Quality of health care in adolescents and adults with disorders/differences of sex development (DSD) in six European countries (dsd-LIFE). *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3342-0>
- Thyen, U., Richter-Appelt, H., Wiesemann, C., Holterhus, P.-M., & Hiort, O. (2005). Deciding on gender in children with intersex conditions. *Treatments in Endocrinology*, 4(1), 1-8. <https://doi.org/10.2165/00024677-200504010-00001>
- Timmermans, S., Yang, A., Gardner, M., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Siminoff, L. A., & Sandberg, D. E. (2018). Does patient-centered care change genital surgery decisions? The strategic use of clinical uncertainty in disorders of sex development clinics. *Journal of Health and Social Behavior*, 59(4), 520-535. <https://doi.org/10.1177/0022146518802460>
- Timmermans, S., Yang, A., Gardner, M., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Siminoff, L. A., & Sandberg, D. E. (2019). Gender destinies: assigning gender in disorders of sex development - intersex clinics. *Sociology of Health & Illness*, 41(8), 1520-1534. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12974>
- Tirapegui, F. I., Acar, Ö., & Kocjancic, E. (2020). Sexual function after gender-affirming genital reconstruction. *Current Sexual Health Reports*, 12(4), 411-420. <https://doi.org/10.1007/s11930-020-00294-0>
- Tiryaki, S., Tekin, A., Yagmur, İ., Özen, S., Özbaran, B., Gökşen, D., ... Avanoğlu, A. (2018). Parental perception of terminology of disorders of sex development in Western Turkey. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, 10(3), 216-222. <https://doi.org/10.4274/jcrpe.0007>
- Tishelman, A. C., Shumer, D. E., Nahata, L. (2017). Disorders of sex development: pediatric psychology and the genital exam. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(5), 530-543. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw015>
- Tishelman, A. C., Haney, P., Greenwald O'Brien, J., & Blaustein, M. E. (2010). A framework for school-based psychological evaluations: Utilizing a "trauma lens." *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 3(4), 279-302. <https://doi.org/10.1080/19361521.2010.523062>
- Tishelman, A. C., Kaufman, R., Edwards-Leeper, L., Mandel, F. H., Shumer, D. E., & Spack, N. P. (2015). Serving transgender youth: Challenges, dilemmas, and clinical examples. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 37-45. <https://doi.org/10.1037/a0037490>

- Tishelman, A. C., Sutter, M. E., Chen, D., Sampson, A., Nahata, L., Kolbuck, V. D., & Quinn, G. P. (2019). Health care provider perceptions of fertility preservation barriers and challenges with transgender patients and families: qualitative responses to an international survey. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 36(3), 579–588. <https://doi.org/10.1007/s10815-018-1395-y>
- Tishelman, A., & Neumann-Mascis, A. (2018). *Gender-related Trauma*. In *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. (pp. 85-100). American Psychological Association.
- Tollemache, N., Shrewsbury, D., & Llewellyn, C. (2021). Que (e) rying undergraduate medical curricula: A cross-sectional online survey of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer content inclusion in UK undergraduate medical education. *BMC Medical Education*, 21(1), 100. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02532-y>
- Tollinche, L. E., Walters, C. B., Radix, A., Long, M., Galante, L., Goldstein, Z. G., Kapinos, Y., & Yeoh, C. (2018). The perioperative care of the transgender patient. *Anesthesia and Analgesia*, 127(2), 359-366. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000003371>
- Tollit, M. A., Feldman, D., McKie, G., & Telfer, M. M. (2018). Patient and parent experiences of care at a pediatric gender service. *Transgender Health*, 3(1), 251–256. <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0016>
- Tollit, M. A., Pace, C. C., Telfer, M., Hoq, M., Bryson, J., Fulkoski, N., Cooper, C., & Pang, K. C. (2019). What are the health outcomes of trans and gender diverse young people in Australia? Study protocol for the Trans20 longitudinal cohort study. *BMJ Open*, 9(11), e032151. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032151>
- Tomson, A., McLachlan, C., Wattrus, C., Adams, K., Addinall, R., Bothma, R., Jankelowitz, L., Kotze, E., Luvuno, Z., Madlala, N., Matyila, S., Padavatan, A., Pillay, M., Rakumakoe, M. D., Tomson-Myburgh, M., Venter, W. D. F., & De Vries, E. (2021). Southern African HIV clinicians society gender-affirming healthcare guideline for South Africa. *Southern African Journal of HIV Medicine*, 22(1). <https://doi.org/10.4102/sajhivmed.v22i1.1299>
- Toomey, R. B., Ryan, C., Diaz, R. M., Card, N. A., & Russell, S. T. (2010). Gender-nonconforming lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: School victimization and young adult psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, 46(6), 1580–1589. <https://doi.org/10.1037/a0020705>
- Toorians, A. W. F. T., Thomassen, M. C. L. G. D., Zweegman, S., Magdeleyns, E. J. P., Tans, G., Gooren, L. J. G., & Rosing, J. (2003). Venous thrombosis and changes of hemostatic variables during cross-sex hormone treatment in transsexual people. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88(12), 5723-5729. <https://doi.org/10.1210/jc.2003-030520>
- Top, H., & Balta, S. (2017). Transsexual mastectomy: Selection of appropriate technique according to breast characteristics. *Balkan Medical Journal*, 34(2), 147-155. <https://doi.org/10.4274/balkanmedj.2016.0093>
- Topolewska-Siedzik, E., & Ciecuch, J. (2018). Trajectories of identity formation modes and their personality context in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(4), 775–792. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0824-7>
- Tordoff, D. M., Wanta, J. W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D. J., & Ahrens, K. (2022). Mental health outcomes in transgender and nonbinary youths receiving gender-affirming care. *JAMA Network Open*, 5(2), e220978. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.0978>
- Tornello, S. L., & Bos, H. (2017). Parenting intentions among transgender individuals. *LGBT Health*, 4(2), 115-120. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0153>
- Tosun, N. L., Fieberg, A. M., Eberly, L. E., Harrison, K. A., Tipp, A. R., Allen, A. M., & Allen, S. S. (2019). Exogenous progesterone for smoking cessation in men and women: A pilot double-blind, placebo-controlled randomized clinical trial. *Addiction*, 114(10), 1800–1813. <https://doi.org/10.1111/add.14645>
- TransCare. (2020). *Bind, Pack and Tuck*. <http://www.phsa.ca/transcarebc/care-support/transitioning/bind-pack-tuck-pad>
- Transgender and Intersex Inmates. Corrective Services NSW Home. (2015). <https://correctiveservices.dcj.nsw.gov.au/csnsw-home/resources/policies-and-publications/policies.html>
- Transgender, Transsexual, and Gender Nonconforming Health Care in Correctional Settings. (2015). <https://www.ncchc.org/transgender-health-care-in-correctional-settings-1>
- Travers, R., Bauer, G., Pyne, J., Bradley, K., Gale, L., & Papadimitriou, M. (2012). *Impacts of Strong Parental Support for Trans Youth: A Report Prepared for Children's Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services*. Trans Pulse Project. <https://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/2012/10/Impacts-of-Strong-Parental-Support-for-Trans-Youth-vFI-NAL.pdf>
- Trevor Project. (2021). *The Mental Health and Well-being of LGBTQ Youth who are Intersex*. <https://www.thetrevorproject.org/wp-content/uploads/2021/12/Intersex-Youth-Mental-Health-Report.pdf>
- Trispiotis, I., & Purshouse, C. (2022). 'Conversion Therapy' as degrading treatment. *Oxford Journal of Legal Studies*, 42(1), 104-132. <https://doi.org/10.1093/ojls/ggab024>
- Trujillo, M. A., Perrin, P. B., Sutter, M., Tabaac, A., & Benotsch, E. G. (2017). The buffering role of social support on the associations among discrimination, mental health, and suicidality in a transgender sample. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 39-52. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1247405>
- Tschan, S., Honegger, F., & Storck, C. (2016). Cricothyroid joint anatomy as a predicting factor for success of cricoid-thyroid approximation in transwomen. *The Laryngoscope*, 126(6), 1380–1384. <https://doi.org/10.1002/lary.25518>
- T'Sjoen, G., Arcelus, G., Gooren, L., Klink, D. T., & Tangpricha, V. (2019). Endocrinology of transgender medicine. *Endocrine Reviews*, 40(1), 97–117. <https://doi.org/10.1210/er.2018-00011>

- T'Sjoen, G., Arcelus, J., De Vries, A. L. C., Fisher, A. D., Nieder, T. O., Özer, M., & Motmans, J. (2020). European Society for Sexual Medicine position statement "Assessment and hormonal management in adolescent and adult trans people, with attention for sexual function and satisfaction." *The Journal of Sexual Medicine*, 17(4), 570–584. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.012>
- T'Sjoen, G. G., Beguin, Y., Feyen, E., Rubens, R., Kaufman, J. M., & Gooren, L. (2005). Influence of exogenous oestrogen or (anti-) androgen administration on soluble transferrin receptor in human plasma. *Journal of Endocrinology*, 186(1), 61–67. <https://doi.org/10.1677/joe.1.06112>
- Tucker, R. P., Testa, R. J., Simpson, T. L., Shipherd, J. C., Blosnich, J. R., & Lehavot, K. (2018). Hormone therapy, gender affirmation surgery, and their association with recent suicidal ideation and depression symptoms in transgender veterans. *Psychological Medicine*, 48(14), 2329–2336. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003853>
- Turban, J. L., Beckwith, N., Reisner, S. L., & Keuroghlian, A. S. (2020). Association between recalled exposure to gender identity conversion efforts and psychological distress and suicide attempts among transgender adults. *JAMA Psychiatry*, 77(1), 68–76. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.2285>
- Turban, J. L., Carswell, J., & Keuroghlian, A. S. (2018). Understanding pediatric patients who discontinue gender-affirming hormonal interventions. *JAMA Pediatrics*, 172(10), 903–904. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.1817>
- Turban, J. L., King, D., Carswell, J. M., & Keuroghlian, A. S. (2020). Pubertal suppression for transgender youth and risk of suicidal ideation. *Pediatrics*, e20191725. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1725>
- Turban, J. L., King, D., Kobe, J., Reisner, S. L., & Keuroghlian, A. S. (2022). Access to gender-affirming hormones during adolescence and mental health outcomes among transgender adults. *PloS One*, 17(1), e0261039. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261039>
- Turban, J.L., King, D., Reisner, S.L., Keuroghlian, A.S. (2019). Psychological attempts to change a person's gender identity from transgender to cisgender: Estimated prevalence across US States, 2015. *American Journal of Public Health* 109, 1452–1454. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305237>
- Turban, J. L., King, D., Li, J. J., & Keuroghlian, A. S. (2021). Timing of social transition for transgender and gender diverse youth, K-12 harassment, and adult mental health outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 69(6), 991–998. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.06.001>
- Turban, J. L., Loo, S. S., Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Factors leading to "detransition" among transgender and gender diverse people in the United States: A mixed-methods analysis. *LGBT Health*, 8(4), 273–280. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0437>
- Turo, R., Jallad, S., Prescott, S., & Cross, W. R. (2013). Metastatic prostate cancer in transsexual diagnosed after three decades of estrogen therapy. *Canadian Urological Association Journal*, 7(7-8), E544. <https://doi.org/10.5489/cuaj.175>
- Tuzun, Z., Başar, K., & Akgul, S. (2022). Social connectedness matters: Depression and anxiety in transgender youth during the COVID-19 pandemic. *The Journal of Sexual Medicine*, S1743-6095(22)00558-6. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.01.522>
- Twist, J., & de Graaf, N. (2019). Gender diversity and non-binary presentations in young people attending the United Kingdom's national Gender Identity Development Service. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(2), 277–290. <https://doi.org/10.1177/1359104518804311>
- Uebel, K. E., Lombard, C., Joubert, G., Fairall, L. R., Bachmann, M. O., Mollentze, W. F., van Rensburg, D., & Wouters, E. (2013). Integration of HIV care into primary care in South Africa. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 63(3), e94–e100. <https://doi.org/10.1097/qai.0b013e318291cd08>
- UN General Assembly. (2015). *Transforming our world : the 2030 Agenda for Sustainable Development*. 21 October 2015. A/RES/70/1. <https://undocs.org/A/RES/70/1>
- UN Human Rights Council, (2020). *Practices of so-called "conversion therapy": Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity*. https://doi.org/10.1163/2210-7975_HRD-9970-2016149
- UN Office of the High Commissioner for Human Rights. (2018). *Statement on the occasion of International Transgender Day of Visibility, the IACHR and a UN expert urge States to guarantee the full exercise of the human rights of transgender persons*. <https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22906&LangID=E>
- UNDP & APTN. (2017). *Legal gender recognition: a multi-country legal and policy review in Asia*. Asia-Pacific Transgender Network. <https://weareaptn.org/resource/legal-gender-recognition-a-multi-country-legal-and-policy-review-in-asia/>
- UNDP, IRGT. (2016). *Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions*. United Nations Development Programme. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/TRANS_IT_report_UNFPA.pdf
- Unger, C. A. (2015). Care of the transgender patient: a survey of gynecologists' current knowledge and practice. *Journal of Womens' Health (Larchmt)*, 24(2), 114–118. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4918>
- United Nations Population Fund. (2014). *Reproductive rights are human rights: a handbook for national human rights institutions*. <https://www.ohchr.org/documents/publications/nhrihandbook.pdf>
- United Nations. (1948). Universal Declaration of Human Rights. Retrieved from <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
- United Nations. (2015). *The United Nations standard minimum rules for the treatment of prisoners*. https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf
- United States Department of Health and Human Services. (2013). *Lesbian, gay, bisexual and transgender health*. Retrieved from

- <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/lesbian-gay-bisexual-and-transgender-health>
- Valashany, B. T., & Janghorbani, M. (2018). Quality of life of men and women with gender identity disorder. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 167. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0995-7>
- Vale, K., Siemens, I., Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2013). Religiosity, childhood abuse, and other risk factors correlated with voluntary genital ablation. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 45(3), 230–237. <https://doi.org/10.1037/a0031122>
- Valentine, V. (2016). *Non-binary people's experiences of using UK gender identity clinics*. S. T. E. Network. <https://www.scottishtrans.org/wp-content/uploads/2016/11/Non-binary-GIC-mini-report.pdf>
- Van Batavia, J. P., & Kolon, T. F. (2016). Fertility in disorders of sex development: A review. *Journal of Pediatric Urology*, 12(6):418-425. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2016.09.015>
- Van Boerum, M. S., Salibian, A. A., Bluebond-Langner, R., & Agarwal, C. (2019). Chest and facial surgery for the transgender patient. *Translational Andrology and Urology*, 8(3), 219–227. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.06.18>
- Van Borsel, J., De Cuypere, G., Rubens, R., & Destaeke, B. (2000). Voice problems in female-to-male transsexuals. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 35(3), 427–442. <https://doi.org/10.1080/136828200410672>
- Van Borsel, J., Van Eynde, E., De Cuypere, G., & Bonte, K. (2008). Feminine after cricothyroid approximation? *Journal of Voice*, 22(3), 379–384. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.11.001>
- Van Caenegem, E., Taes, Y., Wierckx, K., Vandewalle, S., Toye, K., Kaufman, J. M., Schreiner, T., Haraldsen, I., & T'Sjoen, G. (2013). Low bone mass is prevalent in male-to-female transsexual persons before the start of cross-sex hormonal therapy and gonadectomy. *Bone*, 54(1), 92-97. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2013.01.039>
- Van Caenegem, E., Verhaeghe, E., Taes, Y., Wierckx, K., Toye, K., Goemaere, S., Zmierzczak, H. G., Hoebeke, P., Monstrey, S., & T'Sjoen, G. (2013). Long-term evaluation of donor-site morbidity after radial forearm flap phalloplasty for transsexual men. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(6), 1644–1651. <https://doi.org/10.1111/jsm.12121>
- Van Caenegem, E., Wierckx, K., Elaut, E., Buysse, A., Dewaele, A., Van Nieuwerburgh, F., De Cuypere, G., & T'Sjoen, G. (2015). Prevalence of gender nonconformity in Flanders, Belgium. *Archives of Sexual Behavior*, 44(5), 1281-1287. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0452-6>
- Van Caenegem, E., Wierckx, K., Taes, Y., Schreiner, T., Vandewalle, S., Toye, K., Lapauw, B., Lapauw, J. M., & T'Sjoen, G. (2015). Body composition, bone turnover, and bone mass in trans men during testosterone treatment: 1-year follow-up data from a prospective case-controlled study (ENIGI). *European Journal of Endocrinology*, 172(2), 163-171. <https://doi.org/10.1530/eje-14-0586>
- Van de Grift, T. C., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., & Kreukels, B. P. C.; on behalf of dsd-LIFE. (2018). Body image and self-esteem in disorders of sex development: A European multicenter study. *Health Psychology*, 37(4), 334-343. <https://doi.org/10.1037/hea0000600>
- Van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H., & Kreukels, B. P. C. (2017). Effects of medical interventions on gender dysphoria and body image: A follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 79(7), 815-823. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000465>
- Van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. C. (2018). Surgical satisfaction, quality of life, and their association after gender-affirming surgery: A follow-up study. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 44(2), 138-148. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1326190>
- Van de Grift, T. C., Elfering, L., Greijdanus, M., Smit, J. M., Bouman, M. B., Klassen, A. F., & Mullender, M. G. (2018). Subcutaneous mastectomy improves satisfaction with body and psychosocial function in trans men: Findings of a cross-sectional study using the BODY-Q chest module. *Plastic Reconstructive Surgery*, 142(5), 1125-1132. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000004827>
- Van de Grift, T. C., Kreukels, B. P. C., Elfering, L., Özer, M., Bouman, M.-B., Buncamper, M. E., Smit, J. M., & Mullender, M. G. (2016). Body image in transmen: Multidimensional measurement and the effects of mastectomy. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(11), 1778–1786. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.09.003>
- Van de Grift, T. C., Pigot, G. L. S., Boudhan, S., Elfering, L., Kreukels, B. P. C., Gijs, L., Buncamper, M. E., Ozer, M., van der Sluis, W., Meuleman, E. J. H., Bouman, M. B., & Mullender, M. G. (2017). A longitudinal study of motivations before and psychosexual outcomes after genital gender-confirming surgery in transmen. *Journal of Sexual Medicine*, 14(12), 1621-1628. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.10.064>
- Van de Grift, T., Van Gelder, Z., Mullender, M., Steensma, T., de Vries, ALC., & Bouman, M. (2020). Timing of puberty suppression and surgical options for transgender youth. *Pediatrics*, 146(5), e20193653. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3653>
- Van Der Miesen, A. I., Hurley, H., & De Vries, A. L. (2016). Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 70-80. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1111199>
- Van der Miesen, A., Steensma, T. D., de Vries, A., Bos, H., & Popma, A. (2020). Psychological functioning in transgender adolescents before and after gender-affirmative care compared with cisgender general population peers. *The Journal of Adolescent Health*, 66(6), 699–704. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.12.018>
- Van der Sluis, W. B., de Hase, K. B., Elfering, L., Özer, M., Smit, J. M., Budding, A. E., van Bodegraven, A. A., Buncamper, M. E., de Boer, N. K. H., Mullender, M. G., & Bouman, M.B. (2020). Neovaginal discharge in transgender women after vaginoplasty: A diagnostic and treatment algorithm. *International Journal of*

- Transgender Health*, 21(4), 367-372. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1725710>
- Van der Sluis, W. B., Smit, J. M., Pigot, G. L. S., Buncamper, M. E., Winters, H. A. H., Mullender, M. G., & Bouman, M. B. (2017). Double flap phalloplasty in transgender men: Surgical technique and outcome of pedicled anterolateral thigh flap phalloplasty combined with radial forearm free flap urethral reconstruction. *Microsurgery*, 37(8), 917-923. <https://doi.org/10.1002/micr.30190>
- Van Dijk, D., Dekker, M., Conemans, E. B., Wiepjes, C. M., de Goeij, E. G. M., Overbeek, K. A., & T'Sjoen, G. (2019). Explorative prospective evaluation of short-term subjective effects of hormonal treatment in trans people - Results from the European Network for the Investigation of Gender Incongruence. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(8), 1297-1309. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.05.009>
- Van Gerwen, O. T., Aryanpour, Z., Selph, J. P., & Muzny, C. A. (2021). Anatomical and sexual health considerations among transfeminine individuals who have undergone vaginoplasty: A review. *International Journal of STD & AIDS*, 33(2), 106-113. <https://doi.org/10.1177/09564624211046997>
- Van Kesteren, P. J., Asscheman, H., Megens, J. A., & Gooren, L. J. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology*, 47(3), 337-342. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x>
- Van Leijenhorst, L., Zanolie, K., Van Meel, C. S., Westenberg, P. M., Rombouts, S. A. R. B., & Crone, E. A. (2009). What motivates the adolescent? Brain regions mediating reward sensitivity across adolescence. *Cerebral Cortex*, 20(1), 61-69. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhp078>
- Vandenbussche, E. (2021). Detransition-related needs and support: A cross-sectional online survey. *Journal of Homosexuality*, 69(9), 1602-1620. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1919479>
- Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child Adolescent Social Work Journal*, 26, 135-154. <https://doi.org/10.1007/s10560-008-0158-5>
- Vanderschueren, D., Vandenput, L., Boonen, S., Lindberg, M. K., Bouillon, R., & Ohlsson, C. (2004). Androgens and bone. *Endocrine Reviews*, 25(3), 389-425. <https://doi.org/10.1210/er.2003-0003>
- Various. (2019). *Memorandum of understanding on conversion therapy in the UK. Version 2, Revision A*. British Association of Counselling and Psychotherapy. <https://www.bacp.co.uk/events-and-resources/ethics-and-standards/mou/>
- Various. (2021). *U. S. joint statement on ending conversion therapy*. <https://usjs.org/usjs-current-draft/>
- Veale, J., Byrne, J., Tan, K., Guy, S., Yee, A., Nopera, T., & Benthams, R. (2019). *Counting ourselves: The health and wellbeing of trans and non-binary people in Aotearoa, New Zealand*. https://countingourselves.nz/wp-content/uploads/2020/01/Counting-Ourselves_Report-Dec-19-Online.pdf
- Veerman, H., de Rooij, F. P. W., Al-Tamimi, M., Ronkes, B. L., Mullender, M. G., M. B. B., van der Sluis, W. B., & Pigot, G. L. S. (2020). Functional outcomes and urological complications after genital gender affirming surgery with urethral lengthening in transgender men. *Journal of Urology*, 204(1), 104-109. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000000795>
- Verecke, G., Defreyne, J., Van Saen, D., Collect, S., Van Dorpe, J., T'Sjoen, G., & Gooseens, E. I. (2021). Characterisation of testicular function and spermatogenesis in transgender women. *Human Reproduction*, 36(1), 5-15. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaa254>
- Vermeir, E., Jackson, L. A., & Marshall, E. G. (2018). Improving healthcare providers' interactions with trans patients: Recommendations to promote cultural competence. *Healthcare Policy*, 14(1), 11-18. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2018.25552>
- Victor, C. J., & Nel, J. A. (2017). Developing an affirmative position statement on sexual and gender diversity for psychology professionals in South Africa. *Psychology in Russia: State of the Art*, 10(2), 87-102. <https://doi.org/10.11621/pir.2017.0206>
- Vincent, B. (2018). *Transgender Health: A Practitioner's Guide to Binary and Non-Binary Trans Patient Care*. Jessica Kingsley Publishers.
- Vincent, B. (2019). Breaking down barriers and binaries in trans healthcare: the validation of non-binary people. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 132-137. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1534075>
- Vincent, B. (2020). *Non-Binary Genders: Navigating Communities, Identities, and Healthcare*. Policy Press.
- Vincent, B., & Manzano, A. (2017). History and Cultural Diversity. In C. Richards, W. P. Bouman, & M. J. Barker (Eds.), *Genderqueer and Non-Binary Genders*. Palgrave Macmillan.
- Vinogradova, Y., Coupland, C., & Hippisley-Cox, J. (2019). Use of hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism: Nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *British Medical Journal*, 364, k4810. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4810>
- Vlot, M. C., Klink, D. T., den Heijer, M., Blankenstein, M. A., Rotteveel, J., & Heijboer, A. C. (2017). Effect of pubertal suppression and cross-sex hormone therapy on bone turnover markers and bone mineral apparent density (BMAD) in transgender adolescents. *Bone*, 95, 11-19. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2016.11.008>
- Von Doussa, H., Power, J., & Riggs, D. (2015). Imagining parenthood: the possibilities and experiences of parenthood among transgender people. *Culture Health & Sexuality*, 17(9), 1119-1131. <https://doi.org/10.1080/13691058.2015.1042919>
- Vrouenraets, L. J. J., de Vries, A. L. C., de Vries, M. C., van der Miesen, A. I. R., & Hein, I. M. (2021). Assessing medical decision-making competence in transgender youth. *Pediatrics*, 148(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2020-049643>
- Vukadinovic, V., Stojanovic, B., Majstorovic, M., & Milosevic, A. (2014). The role of clitoral anatomy in female to male sex reassignment surgery. *Scientific World*

- Journal*, 2014, 437378.
<https://doi.org/10.1155/2014/437378>
- Vyas, N., Douglas, C. R., Mann, C., Weimer, A. K., & Quinn, M. M. (2021). Access, barriers, and decisional regret in pursuit of fertility preservation among transgender and gender-diverse individuals. *Fertility and Sterility*, 115(4), 1029-1034.
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.09.007>
- Waal, H. A. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155(1), S131-S137. <https://doi.org/10.1530/eje.1.02231>
- Wagner, I., Fugain, C., Monneron-Girard, L., Cordier, B., & Chabolle, F. (2003). Pitch-raising surgery in fourteen male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 113(7), 1157-1165.
<https://doi.org/10.1097/00005537-200307000-00011>
- Wagner, S., Panagiotakopoulos, L., Nash, R., Bradlyn, A., Getahun, D., Lash, T. L., Roblin, D., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Progression of gender dysphoria in children and adolescents: A longitudinal study. *Pediatrics*, 148(1), e2020027722. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-027722>
- Walker, R. V., Powers, S. M., & Witten, T. M. (2017). Impact of anticipated bias from healthcare professionals on perceived successful aging among transgender and gender nonconforming older adults. *LGBT Health*, 4(6), 427-433.
<https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0165>
- Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413-1423.
<https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818956b9>
- Walton, M. T., Lykins, A. D., & Bhullar, N. (2016). Beyond heterosexual, bisexual, and homosexual: A diversity in sexual identity expression. *Archives of Sexual Behavior*, 45(7), 1591-1597.
<https://doi.org/10.1007/s10508-016-0778-3>
- Wang, Y., Yu, H., Yang, Y., Drescher, J., Li, R., Yin, W., Yu, R., Wang, S., Deng, W., Jia, Q., Zucker, K. J., & Chen, R. (2020). Mental health status of cisgender and gender-diverse secondary school students in China. *JAMA Network Open*, 3(10), e2022796.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.22796>
- Warwick, R. M., Araya, A. C., Shumer, D. E., & Selkie, E. M. (2022). Transgender youths' sexual health and education: A qualitative analysis. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 35(2), 138-146.
<https://doi.org/10.1016/j.jpag.2021.09.011>
- Washington, D.C. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2020) *Healthy People*.
<https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/lesbian-gay-bisexual-and-transgender-health>
- Wassersug, R. J., & Johnson, T. W. (2007). Modern-day Eunuchs: Motivations for and consequences of contemporary castration. *Perspectives in Biology and Medicine*, 50(4), 544-556.
<https://doi.org/10.1353/pbm.2007.0058>
- Wassersug, R. J., & Lieberman, T. (2010). Contemporary castration: why the modern day eunuch remains invisible. *BMJ*, 341(2), c4509-c4509.
<https://doi.org/10.1136/bmj.c4509>
- Wassersug, R. J., Walker, L. M., & Robinson, J. W. (2018). *Androgen deprivation therapy : an essential guide for prostate cancer patients and their loved ones*. Demos Health.
- Watson, R. J., Wheldon, C. W., & Puhl, R. M. (2020). Evidence of diverse identities in a large national sample of sexual and gender minority adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 30(S2), 431-442.
<https://doi.org/10.1111/jora.12488>
- Watt, S. O., Tskhay, K. O., & Rule, N. O. (2018). Masculine voices predict well-being in female-to-male transgender individuals. *Archives of Sexual Behavior*, 47(4), 963-972.
<https://doi.org/10.1007/s10508-017-1095-1>
- Weaver, C. M., Alexander, D. D., Boushey, C. J., Dawson-Hughes, B., Lappe, J. M., LeBoff, M. S., Liu, S., Looker, A. C., Wallace, T. C., & Wang, D. D. (2016). Calcium plus vitamin D supplementation and risk of fractures: An updated meta-analysis from the National Osteoporosis Foundation. *Osteoporosis International*, 27(1), 367-376.
<https://doi.org/10.1007/s00198-015-3386-5>
- Webb, H., Free, N., Oates, J., & Paddle, P. (2020). The use of vocal fold injection augmentation in a transmasculine patient unsatisfied with voice following testosterone therapy and voice training. *Journal of Voice*, S0892-1997(20)30298-8.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2020.08.011>
- Wei, S. Y., Li, F. Y., Li, Q., Li, S. K., Zhou, C. D., Zhou, Y., Cao, Y. J., Zhang, S. Y., & Zhao, Y. (2018). Autologous buccal micro-mucosa free graft combined with posterior scrotal flap transfer for vaginoplasty in male-to-female transsexuals: A pilot study. *Aesthetic Plastic Surgery*, 42(1), 188-196.
<https://doi.org/10.1007/s00266-017-0977-x>
- Weidler, E. M., Baratz, A., Muscarella, M., Hernandez, S. J., & van Leeuwen, K. (2019). A shared decision-making tool for individuals living with complete androgen insensitivity syndrome. *Seminars in Pediatric Surgery*, 28(5), 150844.
<https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2019.150844>
- Weidler, E. M., & Peterson, K. E. (2019). The impact of culture on disclosure in differences of sex development. *Seminars in Pediatric Surgery*, 28(5), 150840.
<https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2019.150840>
- Weigert, R., Frison, E., Sessieq, Q., Al Mutairi, K., & Casoli, V. (2013). Patient satisfaction with breasts and psychosocial, sexual, and physical well-being after breast augmentation in male-to-female transsexuals. *Plastic Reconstructive Surgery*, 132(6), 1421-1429.
<https://doi.org/10.1097/01.prs.0000434415.70711.49>
- Weill, A., Nguyen, P., Labidi, M., Cadier, B., Passeri, T., Duranteau, L., Bernat, A. L., Yoldjian, I., Fontanel, S., Froelich, S., & Coste, J. (2021). Use of high dose cyproterone acetate and risk of intracranial meningioma in women: Cohort study. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 372, n37.
<https://doi.org/10.1136/bmj.n37>

- Weinand, J. D., & Safer, J. D. (2015). Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; A review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. *Journal of Clinical and Translational Endocrinology*, 2(2):55–60. <https://doi.org/10.1016/j.jcte.2015.02.003>
- Weinhardt, L. S., Stevens, P., Xie, H., Wesp, L. M., John, S. A., Apchemengich, I., Kioko, D., Chavez-Korell, S., Cochran, K. M., Watjen, J. M., & Lambrou, N. H. (2017). Transgender and gender nonconforming youths' public facilities use and psychological well-being: A mixed-method study. *Transgender Health*, 2(1), 140–150. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0020>
- Weissler, J. M., Chang, B. L., Carney, M. J., Rengifo, D., Messa, C. A. t., Sarwer, D. B., & Percec, I. (2018). Gender-affirming surgery in persons with gender dysphoria. *Plastic Reconstructive Surgery*, 141(3), 388e–396e. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000004123>
- Wendler, J. (1990). *Vocal pitch elevation after transsexualism male to female*. In: *Proceedings of the Union of the European Phoniaticians*, Salsomaggiore.
- Wesp, L. (2016). Transgender patients and the physical examination, gender affirming health program, UCSF. <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/physical-examination>
- Weyers, S., Elaut, E., De Sutter, P., Gerris, J., T'Sjoen, G., Heylens, G., De Cuypere, G., & Verstraelen, H. (2009). Long-term assessment of the physical, mental, and sexual health among transsexual women. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(3), 752–760. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.01082.x>
- Weyers, S., Villeirs, G., Vanherreweghe, E., Verstraelen, H., Monstrey, S., Van den Broecke, R., & Gerris, J. (2010). Mammography and breast sonography in transsexual women. *European Journal of Radiology*, 74(3), 508–513. <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2009.03.018>
- White Hughto, J. M., & Reisner, S. L. (2016). A systematic review of the effects of hormone therapy on psychological functioning and quality of life in transgender individuals. *Transgender Health*, 1(1), 21–31. <https://doi.org/10.1089/trgh.2015.0008>
- White Hughto, J. M., & Reisner, S. L. (2018). Social context of depressive distress in aging transgender adults. *Journal of Applied Gerontology*, 37(12), 1517–1539. <https://doi.org/10.1177/0733464816675819>
- White Hughto, J. M., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science & Medicine*, 147, 222–231. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>
- Whyatt-Sames, J. (2017). Being brave: Negotiating the path of social transition with a transgender child in foster care. *Journal of GLBT Family Studies*, 13(4), 309–332. DOI: 10.1080/1550428X.2016.1241167
- Wibowo, E., Johnson, T., & Wassersug, R. (2016). Infertility, impotence, and emasculation - psychosocial contexts for abandoning reproduction. *Asian Journal of Andrology*, 18(3), 403. <https://doi.org/10.4103/1008-682x.173937>
- Wibowo, E., Wassersug, R., Warkentin, K., Walker, L., Robinson, J., Brotto, L., & Johnson, T. (2012). Impact of androgen deprivation therapy on sexual function: A response. *Asian Journal of Andrology*, 14(5), 793–794. <https://doi.org/10.1038/aja.2012.60>
- Wibowo, E., Wong, S. T. S., Wassersug, R. J., & Johnson, T. W. (2021). Sexual function after voluntary castration. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3889–3899. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02094-6>
- Wiepjes, C. M., de Blok, C. J., Staphorsius, A. S., Nota, N. M., Vlot, M. C., de Jongh, R. T., & den Heijer, M. (2020). Fracture Risk in Trans Women and Trans Men Using Long-Term Gender-Affirming Hormonal Treatment: A Nationwide Cohort Study. *Journal of bone and mineral research. Journal of the American Society for Bone and Mineral Research*, 35(1), 64–70. <https://doi.org/10.1002/jbmr.3862>
- Wiepjes, C. M., den Heijer, M., & T'Sjoen, G. G. (2019). Bone health in adult trans persons: An update of the literature. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 26(6), 296–300. <https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000502>
- Wiepjes, C. M., Nota, N. M., de Blok, C. J. M., Klaver, M., de Vries, A. L. C., Wensing-Kruger, S. A., de Jongh, R. T., Bouman, M. B., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2018). The Amsterdam cohort of Gender Dysphoria study (1972–2015): Trends in prevalence, treatment, and regrets. *Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 582–590. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016>
- Wiepjes, C. M., Vlot, M. C., Klaver, M., Nota, N. M., de Blok, C. J., de Jongh, R. T., Lips, P., Heijboer, A. C., Fisher, A. D., Schreiner, T., T'Sjoen, G., & den Heijer, M. (2017). Bone mineral density increases in trans persons after 1 year of hormonal treatment: A multicenter prospective observational study. *Journal of Bone Mineral Research*, 32(6), 1252–1260. <https://doi.org/10.1002/jbmr.3102>
- Wierckx, K., Elaut, E., Declercq, E., Heylens, G., De Cuypere, G., Taes, Y., Kaufman, J. M., & T'Sjoen, G. (2013). Prevalence of cardiovascular disease and cancer during cross-sex hormone therapy in a large cohort of trans persons: A case-control study. *European Journal of Endocrinology*, 169(4), 471–478. <https://doi.org/10.1530/EJE-13-0493>
- Wierckx, K., Elaut, E., Van Caenegem, E., Van De Peer, F., Dedeker, D., Van Houdenhove, E., & T'Sjoen, G. (2011). Sexual desire in female-to-male transsexual persons: Exploration of the role of testosterone administration. *European Journal of Endocrinology*, 165(2), 331–337. <https://doi.org/10.1530/Eje-11-0250>
- Wierckx, K., Elaut, E., Van Hoorde, B., Heylens, G., De Cuypere, G., Monstrey, S., Weyers, S., Hoebeke, P., & T'Sjoen, G. (2014). Sexual desire in trans persons: Associations with sex reassignment treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 107–118. <https://doi.org/10.1111/jsm.12365>
- Wierckx, K., Mueller, S., Weyers, S., Van Caenegem, E., Roef, G., Heylens, G., & T'Sjoen, G. (2012). Long-term evaluation of cross-sex hormone treatment in transsexual persons. *Journal of Sexual Medicine*, 9(10), 2641–2651. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02876.x>

- Wierckx, K., Stuyver, I., Weyers, S., Hamada, A., Agarwal, A., De Sutter, P., & T'Sjoen, G. (2012). Sperm freezing in transsexual women. *Archives of Sexual Behaviour*, 41(5), 1069-1071. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-0012-x>
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Elaut, E., Dedeker, D., Van de Peer, F., Toye, K., T'Sjoen, G. (2011). Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men. *Journal of Sexual Medicine*, 8(12), 3379-3388. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02348.x>
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Pennings, G., Elaut, E., Dedeker, D., Van de Peer, F., Weyers, S., De Sutter, P., & T'Sjoen, G. (2012). Reproductive wish in transsexual men. *Human Reproduction*, 27(2), 483-487. <https://doi.org/10.1093/humrep/der406>
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Schreiner, T., Haraldsen, I., Fisher, A. D., Toye, K., Kaufman, J. M., & T'Sjoen, G. (2014). Cross-sex hormone therapy in trans persons is safe and effective at short-time follow-up: Results from the European network for the investigation of gender incongruence. *Journal of Sexual Medicine*, 11(8), 1999-2011. <https://doi.org/10.1111/jsm.12571>
- Wierckx, K., Van de Peer, F., Verhaeghe, E., Dedeker, D., Van Caenegem, E., Toye, K., & T'Sjoen, G. (2014). Short- and long-term clinical skin effects of testosterone treatment in trans men. *Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 222-229. <https://doi.org/10.1111/jsm.12366>
- Wilchins, R. A. (1995). A Note from your Editrix. In *Your Face: Political Activism against Gender Oppression*, 1(1), 4.
- Williams, A. J., Jones, C., Arcelus, J., Townsend, E., Lazaridou, A., & Michail, M. (2021). A systematic review and meta-analysis of victimisation and mental health prevalence among LGBTQ+ young people with experiences of self-harm and suicide. *PloS One*, 16(1), 1-26. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245268>
- Wilson, B. D., & Meyer, I. H. (2021). *Nonbinary LGBTQ Adults in the United States*. UCLA School of Law Williams Institute.
- Wilson, D., Marais, A., de Villiers, A., Addinall, R., & Campbell, M. M. (2014). Transgender issues in South Africa, with particular reference to the Groote Schuur Hospital Transgender Unit. *South African Medical Journal*, 104(6), 449. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.8392>
- Wilson, E. C., Chen, Y. H., Arayasirikul, S., Raymond, H. F., & McFarland, W. (2016). The impact of discrimination on the mental health of trans* female youth and the protective effect of parental support. *AIDS Behavior*, 20(10), 2203-2211. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1409-7>
- Wilson, E. C., Chen, Y. H., Arayasirikul, S., Wenzel, C., & Raymond, H. F. (2015). Connecting the dots: Examining transgender women's utilization of transition-related medical care and associations with mental health, substance use, and HIV. *Journal of Urban Health*, 92(1), 182-192. <https://doi.org/10.1007/s11524-014-9921-4>
- Wilson, E. C., Turner, C. M., Sanz-Rodriguez, C., Arayasirikul, S., Gagliano, J., Woods, T., Palafox, E., Halfin, J., Martinez, L., Makoni, B., Eskman, Z. (2021). Expanding the pie—differentiated PrEP delivery models to improve PrEP uptake in the San Francisco Bay area. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 88(1), S39-S48. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002809>
- Wilson, L. M., Baker, K. E., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K., & Robinson, K. A. (2020). Effects of antiandrogens on prolactin levels among transgender women on estrogen therapy: A systematic review. *International Journal of Transgender Health*, 21(4), 391-402. <https://doi.org/10.1080/15532739.2020.1819505>
- Wimalawansa, S. M., Fox, J. P., & Johnson, R. M. (2014). The measurable cost of complications for outpatient cosmetic surgery in patients with mental health diagnoses. *Aesthetic Surgery Journal*, 34(2), 306-316. <https://doi.org/10.1177/1090820X13519100>
- Wingo, E., Ingraham, N., & Roberts, S. C. M. (2018). Reproductive health care priorities and barriers to effective care for LGBTQ people assigned female at birth: A qualitative study. *Womens' Health Issues*, 28(4), 350-357. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2018.03.002>
- Winter, S., & Doussantousse, S. (2009). Trans people, hormones, and health risks in Southeast Asia: A Lao study. *International Journal of Sexual Health*, 21(1), 35-48. <https://doi.org/10.1080/19317610802554141>
- Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed, T., Whittle, S., & Wylie, K. (2016). Transgender people: Health at the margins of society. *The Lancet*, 388(10042), 390-400. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00683-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00683-8)
- Winter, S., Settle, E., Wylie, K., Reisner, S., Cabral, M., Knudson, G., & Baral, S. (2016). Synergies in health and human rights: A call to action to improve transgender health. *The Lancet*, 388(10042), 318-321. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30653-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30653-5)
- Winters, K., & Ehrbar, R. D. (2010). Beyond conundrum: Strategies for diagnostic harm reduction. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 14(2), 130-138. <https://doi.org/10.1080/19359701003609922>
- Winters, K., Temple Newhook, J., Pyne, J., Feder, S., Jamieson, A., Holmes, C., Sinnott, M.-L., Pickett, S., & Tosh, J. (2018). Learning to listen to trans and gender diverse children: A Response to Zucker (2018) and Steensma and Cohen-Kettenis (2018). *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 246-250. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1471767>
- Wisniewski, A. B., & Sandberg, D. E. (2015). Parenting children with disorders of sex development (DSD): A developmental perspective beyond gender. *Hormone and Metabolic Research*, 47(5):375-379. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1398561>
- Witcomb, G. L., Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J., & Arcelus, J. (2018). Levels of depression in transgender people and its predictors: Results of a large matched control study with transgender people accessing clinical services. *Journal of Affective Disorders*, 235, 308-315. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.051>
- Witcomb, G. L., Claes, L., Bouman, W. P., Nixon, E., Motmans, J., & Arcelus, J. (2019). Experiences and psychological wellbeing outcomes associated with bullying in treatment-seeking transgender and gender-diverse youth. *LGBT Health*, 6(5), 216-226. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0179>

- Witten, T. M., & Eyler, E. (2016). *Care of aging transgender and Gender Nonconforming Patients*. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Coleman (Eds). *Principles of Transgender Medicine and Surgery* (Second edition, pp. 344–378). Routledge.
- Witten, T. M. (2014). It's not all darkness: Robustness, resilience, and successful transgender aging. *LGBT Health*, 1(1), 24-33. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0017>.
- Witten, T. M. (2017). Health and well-being of transgender elders. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 37(1), 27-41. <https://doi.org/10.1891/0198-8794.37.27>
- Wolfe-Christensen, C., Wisniewski, A. B., Mullins, A. J., Reyes, K. J., Austin, P., Baskin, L., Bernabé, K., Cheng, E., Fried, A., Frimberger, D., Galan, D., Gonzalez, L., Greenfield, S., Kolon, T., Kropp, B., Lakshmanan, Y., Meyer, S., Meyer, T., Nokoff, N. J., & Palmer, B. (2017). Changes in levels of parental distress after their child with atypical genitalia undergoes genitoplasty. *Journal of Pediatric Urology*, 13(1), 32.e1–32.e6. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2016.10.024>
- Wolfe-Roubatis, E., & Spatz, D. L. (2015). Transgender men and lactation: What nurses need to know. *MCN American Journal of Maternal/Child Nursing*, 40(1), 32-38. <https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000097>
- Wolter, A., Diedrichson, J., Scholz, T., Arens-Landwehr, A., & Liebau, J. (2015). Sexual reassignment surgery in female-to-male transsexuals: an algorithm for subcutaneous mastectomy. *Journal of Plastic and Reconstructive Aesthetic Surgery*, 68(2), 184-191. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2014.10.016>
- Wolter, A., Scholz, T., Pluto, N., Diedrichson, J., Arens-Landwehr, A., & Liebau, J. (2018). Subcutaneous mastectomy in female-to-male transsexuals: Optimizing perioperative and operative management in 8 years clinical experience. *Journal of Plastic Reconstructive Aesthetic Surgery*, 71(3), 344-352. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2017.09.003>
- Wong, W. I., van der Miesen, A. I. R., Li, T. G. F., MacMullin, L. N., & VanderLaan, D. P. (2019). Childhood social gender transition and psychosocial well-being: A comparison to cisgender gender variant children. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 241–253. <https://doi.org/10.1037/cpp0000295>
- Workowski, K. A., Bachmann, L. H., Chan, P. A., Johnston, C. M., Muzny, C. A., Park, I., Reno, H., Zenilman, J. M., & Bolan, G. A. (2021). Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports*, 70(4).
- World Bank Group. (2018). Life on the margins: Survey results of the experiences of LGBTI people in Southeastern Europe. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/123651538514203449/pdf/130420-REPLACEMENT-PUBLIC-FINAL-WEBSITE-Life-on-the-Margins-Survey-Results-of-the-Experiences-of-LGBTI-People-in-Southeastern-Europe.pdf>
- World Health Organization. (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. (10th Revision)*. World Health organization.
- World Health Organization. (2003). *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2004). *WHO scientific group on the assessment of osteoporosis at primary health care level. In Summary meeting report (Vol. 5, pp. 5-7)*. World health Organization. <https://www.who.int/chp/topics/Osteoporosis.pdf>
- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*. World Health Organization
- World Health Organization. (2007). *Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2010). *Developing sexual health programmes: A framework for action*. World Health Organization. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/rhr_hrp_10_22/en/
- World Health Organization. (2015a). *Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach*. World Health Organisation. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170251/978241549004_eng.pdf
- World Health Organisation. (2015b). *Sexual health, human rights and the law*. World Health Organisation. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/
- World Health Organisation. (2016). *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: 2016 update*. World Health Organisation. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511124>
- World Health Organization. (2017a). WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255889/WHO-HIV-2017.17-eng.pdf>
- World Health Organization. (2017b). WHO Model List of Essential Medicines, 20th List (March 2017)(Amended August 2017). <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>
- World Health Organization. (2018a). Declaration of Astana. <https://www.who.int/primary-health/conference-phc/declaration>
- World Health Organization. (2018b). *ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics*. World health Organization. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- World Health Organization. (2019a). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th ed.* World Health Organization. <https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http://id.who.int/icd/entity/90875286>
- World Health Organization. (2019b). *Consolidated guidelines on HIV testing services*, <https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-155058-1>
- World Health Organization. (2019c). *What's the 2+1+1? Event-driven oral pre-exposure prophylaxis to prevent HIV for men who have sex with men: Update to WHO's*

- unsanctioned barrier to care. *Andrology*, 9(6), 1765–1772. <https://doi.org/10.1111/andr.13028>
- Yule, M. A., Brotto, L. A., & Gorzalka, B. B. (2015). A validated measure of no sexual attraction: The Asexuality Identification Scale. *Psychological Assessment*, 27(1), 148–160. <https://doi.org/10.1037/a0038196>
- Zanghellini, A. (2020). Philosophical problems with the gender-critical feminist argument against trans inclusion. *Sage Open*, 10(2), 2158244020927029. <https://doi.org/10.1177/2158244020927029>
- Zavlin, D., Schaff, J., Lelle, J. D., Jubbal, K. T., Herschbach, P., Henrich, G., Ehrenberger, B., Kovacs, L., Machens, H. G., & Papadopoulos, N. A. (2018). Male-to-female sex reassignment surgery using the combined vaginoplasty technique: Satisfaction of transgender patients with aesthetic, functional, and sexual outcomes. *Aesthetic Plastic Surgery*, 42(1), 178–187. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-1003-z>
- Zelin, N. S., Hastings, C., Beaulieu-Jones, B. R., Scott, C., Rodriguez-Villa, A., Duarte, C., Calahan, C., & Adami, A. J. (2018). Sexual and gender minority health in medical curricula in new England: A pilot study of medical student comfort, competence and perception of curricula. *Medical Education Online*, 23(1), 1461513. <https://doi.org/10.1080/10872981.2018.1461513>
- Zielinski, D. S., & Bradshaw, C. P. (2006). Ecological influences on the sequelae of child maltreatment: A review of the literature. *Child Maltreatment*, 11(1), 49–62. <https://doi.org/10.1177/1077559505283591>
- Zhang, Q., Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Hashemi, L., Kreukels, B., Motmans, J., Snyder, R., & Coleman, E. (2020). Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 125–137. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753136>
- Zhang, Q., Rechler, W., Bradlyn, A., Flanders, W. D., Getahun, D., Lash, T. L., McCracken, C., Nash, R., Panagiotakopoulous, L., Roblin, D., Sandberg, D., Silverberg, M., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Changes in size and demographic composition of transgender and gender nonbinary population receiving care at integrated health systems. *Endocrine Practice*, 27(5), 390–395. <https://doi.org/10.1016/j.eprac.2020.11.016>
- Zhang, W. R., Garrett, G. L., Arron, S. T., & Garcia, M. M. (2016). Laser hair removal for genital gender affirming surgery. *Translational Andrology and Urology*, 5(3), 381–387. <https://doi.org.uk/10.21037/tau.2016.03.27>
- Zhang, Y. F., Liu, C. Y., Qu, C. Y., Lu, L. X., Liu, A. T., Zhu, L., Wang, H., Lin, Z. H., Zhao, Y. Z., Zhu, X. H., & Hua, J. (2015). Is vaginal mucosal graft the excellent substitute material for urethral reconstruction in female-to-male transsexuals? *World Journal of Urology*, 33(12), 2115–2123. <https://doi.org/10.1007/s00345-015-1562-z>
- Zhou, Y., Furutani, M., Athurupana, R., & Nakatsuka, M. (2021). Relation between identity disclosure to family members and mental health in Japanese transgender people. *Acta Medica Okayama*, 75(5), 611–623. <https://doi.org/10.18926/AMO/62227>
- Zhu, J., & Chan, Y. M. (2017). Adult consequences of self-limited delayed puberty. *Pediatrics*, 139(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-3177>
- Ziegler, A., Henke, T., Wiedrick, J., & Helou, L. B. (2018). Effectiveness of testosterone therapy for masculinizing voice in transgender patients: A meta-analytic review. *International Journal of Transgenderism*, 19(1), 25–45. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1411857>
- Zimman, L. (2020). Transgender language, transgender moment: Toward a trans linguistics. In K. Hall, & R. Barrett, (Eds). *The Oxford Handbook of Language and Sexuality*, 1–23. Oxford University Press. <http://alzimman.org/PDFs/Zimman2020TransLanguageTransMoment.pdf>
- Zucker, K. J., Cohen-Kettenis, P. T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pfäfflin, F., & Womack, W. M. (2013). Memo outlining evidence for change for gender identity disorder in the DSM-5. *Archives of Sexual Behavior*, 42(5), 901–914. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0139-4>

PHỤ LỤC A - PHƯƠNG PHÁP LUẬN

1. Giới thiệu

Phiên bản này của Standards of Care (SOC-8) được xây dựng dựa trên một phương pháp luận với các bằng chứng nghiêm ngặt và có hệ thống hơn so với các phiên bản trước. Bằng chứng này không chỉ dựa trên các tài liệu đã xuất bản (bằng chứng trực tiếp cũng như bằng chứng nền) mà còn dựa trên sự đồng thuận ý kiến của các chuyên gia. Hướng dẫn dựa trên bằng chứng bao gồm các khuyến nghị nhằm tối ưu hóa việc chăm sóc người bệnh và được xây dựng dựa trên các bằng chứng mang tính tổng quan hệ thống và đánh giá lợi ích – tác hại của các cách chăm sóc sức khỏe khác nhau. Nghiên cứu dựa trên bằng chứng cung cấp nền tảng cho các hướng dẫn và khuyến nghị thực hành lâm sàng nhưng phải được cân bằng với tính thực tiễn và khả năng chăm sóc trong nhiều bối cảnh khác nhau. Quy trình phát triển SOC-8 tích hợp các khuyến nghị về xây dựng hướng dẫn thực hành lâm sàng từ Viện Hàn lâm Y học Quốc gia (National Academies of Medicine) và Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) về tính minh bạch, chính sách xung đột lợi ích, cách thức thành lập hội đồng và quy trình làm việc của nhóm. (Institute of Medicine Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice, 2011; World Health Organization, 2019a).

Ủy ban xây dựng SOC-8 mang tính đa chuyên ngành và bao gồm các chuyên gia nội dung, nhân viên y tế, nhà nghiên cứu và các bên liên quan có quan điểm đa dạng và đại diện từ nhiều khu vực khác nhau. Tất cả thành viên đều hoàn thành bản kê khai xung đột lợi ích.*

Một chuyên gia phương pháp hướng dẫn đã hỗ trợ công tác lập kế hoạch và xây dựng câu hỏi, và một nhóm độc lập đã tiến hành các rà soát tổng quan hệ thống nhằm cung cấp bằng chứng cho một số tuyên bố khuyến nghị. Đóng góp bổ sung cho hướng dẫn được thực hiện bởi ủy ban cố vấn quốc tế, chuyên gia pháp lý và phản hồi nhận được trong giai đoạn lấy ý kiến công khai. Các khuyến nghị trong SOC-8 dựa trên bằng chứng sẵn có về các can thiệp, thảo luận về nguy cơ – tác hại, khả thi và mức chấp nhận trong các bối cảnh và quốc gia khác nhau. Sự đồng thuận về các khuyến nghị cuối cùng đạt được thông qua quy trình Delphi, bao gồm toàn bộ các thành viên Ủy ban sửa đổi SOC và yêu cầu ít nhất 75% thành viên chấp thuận mỗi tuyên bố. Phần văn bản giải thích và hỗ trợ bằng chứng được viết bởi các thành viên soạn thảo của từng chương. Các bản thảo được rà soát bởi Chủ tịch và các Đồng chủ tịch của Ủy ban sửa đổi SOC để đảm bảo tính nhất quán, bằng chứng được cung cấp đầy đủ và sự đồng nhất của các khuyến nghị giữa các chương. Một nhóm độc lập kiểm tra lại toàn bộ tài liệu tham khảo sử dụng trong SOC-8 trước khi hướng dẫn được biên tập hoàn chỉnh bởi một biên tập viên chuyên nghiệp. Tổng quan chi tiết về Phương pháp luận SOC-8 được trình bày dưới đây.

2. Khác biệt giữa phương pháp luận của SOC-8 và các phiên bản trước

Những điểm khác biệt chính trong phương pháp luận của SOC-8 so với các phiên bản trước bao gồm:

- Sự tham gia của một nhóm lớn hơn các chuyên gia trên toàn cầu;
- Quy trình tuyển chọn minh bạch để xây dựng ủy ban chỉ đạo và sự lựa chọn Trưởng nhóm với các thành viên cho từng chương;
- Sự đa dạng của các bên liên quan tham gia trong quá trình phát triển SOC-8
- Quản lý xung đột lợi ích
- Sử dụng quy trình Delphi để đạt sự đồng thuận cho khuyến nghị giữa các thành viên SOC-8
- Sự tham gia của một đơn vị độc lập thuộc một trường đại học uy tín nhằm hỗ trợ xây dựng phương pháp luận và thực hiện các rà soát y văn mang tính tổng quan hệ thống độc lập khi có thể
- Các khuyến nghị được phân loại “recommend” (khuyến cáo) hoặc “suggest” (đề xuất) dựa trên mức độ mạnh – yếu của khuyến nghị
- Sự tham gia của nhóm học giả lâm sàng độc lập để rà soát các trích dẫn
- Sự tham gia của các tổ chức quốc tế làm việc với cộng đồng người chuyển giới và đa dạng giới (TGD), các thành viên WPATH, các tổ chức chuyên môn khác và công chúng trong giai đoạn lấy ý kiến rộng rãi.

3. Tổng quan quy trình phát triển SOC-8

Các bước cập nhật Standards of Care tóm tắt như sau:

1. Thành lập Ủy ban Chỉ đạo Hướng dẫn gồm Chủ tịch và Đồng Chủ tịch (19/7/2017)
2. Xác định các chương (phạm vi hướng dẫn)
3. Lựa chọn thành viên từng chương dựa trên chuyên môn (3/2018)
4. Lựa chọn nhóm Rà soát Bằng chứng: đại học Johns Hopkins (5/2018)
5. Hoàn thiện các chủ đề cho SOC-8 và các câu hỏi cho việc rà soát tổng quan hệ thống
6. Tiến hành các rà soát tổng quan hệ thống (3/2019)
7. Soạn thảo các tuyên bố khuyến nghị
8. Bỏ phiếu thông qua các tuyên bố khuyến nghị theo quy trình Delphi (9/2019–2/2022)
9. Chấm điểm mức độ mạnh – yếu của các khuyến nghị
10. Soạn thảo văn bản hỗ trợ khuyến nghị
11. Rà soát độc lập các tài liệu tham khảo dùng để hỗ trợ các văn bản
12. Hoàn thiện bản thảo SOC-8 (1/12/2021)
13. Lấy ý kiến Ủy ban Cố vấn Quốc tế

14. Lấy ý kiến công chúng cho toàn bản thảo SOC-8 (11/2021–1/2022)
15. Chính sửa bản thảo cuối cùng theo phản hồi (1/2022–5/2022)
16. Chủ tịch và Đồng Chủ tịch phê duyệt bản thảo cuối cùng (10/6/2022)
17. Hội đồng WPATH phê duyệt
18. Xuất bản SOC-8
19. Phổ biến và phiên dịch SOC-8

3.1. Thành lập Ủy ban Chỉ đạo Hướng dẫn

Ủy ban Chỉ đạo WPATH giám sát toàn bộ quy trình xây dựng hướng dẫn cho các chương của SOC-8. Ngoại trừ Chủ tịch (Eli Coleman) được Hội đồng WPATH bổ nhiệm để duy trì sự liên tục giữa các phiên bản, của thành viên khác được tuyển chọn bởi Hội đồng WPATH thông qua quy trình ứng tuyển từ các thành viên của WPATH. Mô tả công việc được xây dựng cho vai trò của Đồng Chủ tịch, Trưởng nhóm chương, Thành viên chương và Bên liên quan. Các thành viên WPATH quan tâm nộp đơn ứng tuyển và CV. Hội đồng WPATH bỏ phiếu chọn Đồng Chủ tịch (một thành viên không tham gia do xung đột lợi ích). Chủ tịch và Đồng Chủ tịch chọn Trưởng nhóm – thành viên chương và các bên liên quan dựa trên hồ sơ ứng tuyển và CV.

Danh sách Ủy ban Chỉ đạo SOC-8 bao gồm:

- Eli Coleman, PhD (Chủ tịch) – Giáo sư, Giám đốc và Chủ Nhiệm Khoa, Học viện sức khỏe tình dục và giới tính, Khoa Y học gia đình và cộng đồng, Trường Y Đại Học Minnesota (Hoa Kỳ)
- Asa Radix, MD, PhD, MPH (Đồng Chủ tịch) – Phó giáo sư lâm sàng Đại Học Y New York, Giám đốc cao cấp, Viện nghiên cứu và giáo dục Trung tâm y tế công cộng Calen-Lorde (Hoa Kỳ)
- Jon Arcelus, MD, PhD (Đồng Chủ tịch) – Giáo sư danh dự tâm lý học, chuyên gia sức khỏe người chuyển giới, Đại học Nottingham (Vương Quốc Anh)
- Karen A. Robinson, PhD (Trưởng Nhóm Rà soát Bằng chứng) – Giáo sư Y học, Dịch tễ học và Chính sách & Quản lý Y tế, Đại học Johns Hopkins, Hoa Kỳ

3.2. Xác định chủ đề các chương

Ủy ban Chỉ đạo xác định các chương bằng cách rà soát tài liệu y văn và phiên bản SOC trước. Danh mục chương SOC-8 bao gồm:

1. Thuật ngữ
2. Khả năng áp dụng toàn cầu
3. Ước lượng dân số
4. Giáo dục*
5. Đánh giá người trưởng thành

6. Trẻ vị thành niên
7. Trẻ em
8. Phi nhị nguyên giới
9. Hoạn quan
10. Liên giới tính
11. Môi trường thể chế
12. Liệu pháp hormone
13. Phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu
14. Giọng nói và giao tiếp
15. Chăm sóc sức khỏe ban đầu
16. Sức khỏe sinh sản
17. Sức khỏe tình dục
18. Sức khỏe tâm thần

*Chương Giáo dục dự kiến bao gồm phần giáo dục và đạo đức, nhưng sau đó nội dung đạo đức được tách thành một chương được viết bởi một hội đồng riêng biệt. Trong quá trình biên soạn chương này, chủ đề đạo đức được tách ra khỏi SOC-8 do yêu cầu xem xét sâu hơn về các nội dung liên quan đến sức khỏe người chuyển giới.

3.3. Tuyển chọn thành viên chương

Lời mời ứng tuyển cho ủy ban danh gia SOC-8 (trưởng nhóm chương và thành viên chương) được gửi đến toàn bộ thành viên WPATH. Chủ tịch Ủy ban Chỉ đạo chọn các thành viên cho mỗi chương dựa trên tính đa ngành và chuyên môn sâu.

Các trưởng nhóm và thành viên chương phải là thành viên chính thức của WPATH với tư cách tốt và chuyên môn sâu về sức khỏe người chuyển giới, bao gồm ít nhất một chủ đề chương. Các trưởng nhóm chương báo cáo với Ủy ban Chỉ đạo và chịu trách nhiệm điều phối công việc cho các thành viên chương. Các thành viên chương báo cáo trực tiếp với trưởng nhóm chương.

Mỗi chương cũng bao gồm các bên liên quan, là thành viên đóng góp các góc nhìn về vận động cho sức khỏe người chuyển giới hoặc những người làm việc trong cộng đồng, hoặc là thành viên của gia đình có con, anh chị em ruột, bạn đời, cha mẹ, v.v. là người chuyển giới. Các bên liên quan không bắt buộc phải là thành viên chính thức của WPATH.

Các Thành viên chương được kỳ vọng sẽ:

- Tham gia vào việc phát triển, tinh chỉnh và xem xét các câu hỏi.
- Đọc và cung cấp ý kiến về tất cả các tài liệu từ Nhóm Đánh giá Bằng chứng.
- Phê bình xem xét các tài liệu dự thảo, bao gồm cả báo cáo bằng chứng dự thảo.
- Xem xét và đánh giá bằng chứng cùng các đề xuất dự thảo.
- Tham gia vào quy trình đồng thuận Delphi.
- Phát triển phản nội dung để hỗ trợ cho các tuyên bố khuyến nghị.

- Chấm điểm từng tuyên bố để mô tả mức độ mạnh mẽ của khuyến nghị.
- Xem xét và giải quyết các ý kiến từ các chủ tịch trong suốt quá trình.
- Phát triển nội dung của các chương.
- Xem xét các ý kiến từ cộng đồng và hỗ trợ phát triển bản sửa đổi của các hướng dẫn.
- Cung cấp ý kiến đóng góp và tham gia vào việc phổ biến các hướng dẫn.

Đào tạo và định hướng cho các trưởng nhóm chương và thành viên đã được cung cấp khi cần thiết. Nội dung đào tạo bao gồm xây dựng và tinh chỉnh các câu hỏi (ví dụ: sử dụng PICO), xem xét bằng chứng, phát triển các tuyên bố khuyến nghị, phân loại bằng chứng và khuyến nghị, cùng với thông tin về chương trình và quy trình phát triển hướng dẫn.

Tổng cộng có 26 trưởng nhóm chương đã được chỉ định (một số chuyên đề cần có đồng trưởng nhóm), 77 thành viên chương và 16 bên liên quan. Tổng cộng 127 người đã được chọn. Trong quá trình biên soạn SOC, có 8 người đã rút lui do các vấn đề cá nhân hoặc công việc. Do đó, có 119 tác giả cuối cùng của SOC-8.

3.4. Tuyển chọn Nhóm Rà soát Bằng chứng

Hội đồng WPATH đã ban hành yêu cầu nộp hồ sơ ứng tuyển để trở thành Nhóm Đánh giá Bằng chứng. Đối với SOC-8, Hội đồng WPATH đã mời Nhóm Đánh giá Bằng chứng tại Đại học Johns Hopkins dưới sự lãnh đạo của Karen Robinson tham gia.

- Karen A. Robinson, PhD (Trưởng nhóm, Nhóm Đánh giá Bằng chứng), Giáo sư Y học, Dịch tễ học và Chính sách & Quản lý Y tế, Đại học Johns Hopkins, Hoa Kỳ.

Tiến sĩ Robinson cũng đã hướng dẫn ban chỉ đạo trong quá trình phát triển SOC-8 bằng cách đưa ra lời khuyên và đào tạo về việc xây dựng các câu hỏi PICO, các tuyên bố, và quy trình Delphi, cũng như thực hiện một đánh giá y văn tổng quan hệ thống rất chặt chẽ khi có bằng chứng trực tiếp.

Xung đột lợi ích:

Thành viên của Ủy ban Chỉ đạo Hướng dẫn, Trưởng nhóm và Thành viên chương, cùng các thành viên của Đội Đánh giá Bằng chứng đã được yêu cầu tiết lộ bất kỳ xung đột lợi ích nào. Ngoài các lợi ích hoặc xung đột tài chính và cạnh tranh tiềm tàng, còn có báo cáo về các mối quan hệ cá nhân hoặc báo cáo trực tiếp với chủ tịch, đồng chủ tịch hoặc Thành viên Hội đồng WPATH, hoặc việc giữ một vị trí trong Hội đồng WPATH.

3.5. Hoàn thiện chủ đề và câu hỏi

Nhóm Rà soát Bằng chứng trích xuất các khuyến nghị từ SOC trước. Với sự giúp đỡ của Nhóm Rà soát Bằng chứng, Ủy ban Chỉ đạo và Trưởng nhóm chương xác định:

- Khuyến nghị cần cập nhật
- Chủ đề mới cần khuyến nghị

3.6. Thực hiện các tổng quan hệ thống

Các Thành viên của Chương đã xây dựng các câu hỏi nhằm hỗ trợ việc phát triển các tuyên bố khuyến nghị. Đối với những câu hỏi đủ điều kiện để thực hiện tổng quan hệ thống, Nhóm Đánh giá Bằng chứng đã soạn thảo các câu hỏi tổng quan, xác định rõ các yếu tố Dân số, Can thiệp, So sánh và Kết cục (các yếu tố PICO). Nhóm Đánh giá Bằng chứng đã tiến hành các tổng quan hệ thống. Nhóm Đánh giá Bằng chứng trình bày các bằng chứng và các kết quả khác của các tổng quan hệ thống cho các thành viên của chương liên quan để nhận phản hồi.

Giao thức

Một giao thức tổng quan hệ thống chi tiết riêng biệt đã được xây dựng cho từng câu hỏi hoặc chủ đề, khi phù hợp. Mỗi giao thức đều được đăng ký trên PROSPERO.

Tìm kiếm tài liệu

Nhóm Đánh giá Bằng chứng đã xây dựng chiến lược tìm kiếm phù hợp cho từng câu hỏi nghiên cứu, bao gồm MEDLINE®, Embase™, và Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL). Nhóm Đánh giá Bằng chứng cũng tìm kiếm thêm các cơ sở dữ liệu khác khi được cho là phù hợp với câu hỏi nghiên cứu. Chiến lược tìm kiếm bao gồm các thuật ngữ MeSH và thuật ngữ văn bản, và không bị giới hạn bởi ngôn ngữ công bố hoặc thời gian.

Nhóm Đánh giá Bằng chứng đã rà soát thủ công danh mục tài liệu tham khảo của tất cả các bài báo được đưa vào và các tổng quan hệ thống gần đây, có liên quan. Nhóm Đánh giá Bằng chứng cũng tìm kiếm trên ClinicalTrials.gov để xác định bất kỳ nghiên cứu liên quan bổ sung nào.

Các tìm kiếm được cập nhật trong quá trình phản biện đồng cấp.

Tài liệu được đưa vào tổng quan hệ thống chủ yếu dựa trên các nghiên cứu định lượng được thực hiện tại châu Âu, Hoa Kỳ hoặc Úc. Chúng tôi thừa nhận tồn tại sự thiên lệch hướng về các quan điểm từ các quốc gia thuộc Bắc bán cầu, chưa dành đủ sự chú ý đến tính đa dạng của các trải nghiệm sống và quan điểm trong các cộng đồng người chuyển giới và đa dạng giới (TGD) trên toàn thế giới. Sự mất cân đối về mức độ hiển thị này trong tài liệu cho thấy một khoảng trống trong nghiên cứu và thực hành cần được các nhà nghiên cứu và các

nhân viên y tế giải quyết trong tương lai nhằm đáp ứng nhu cầu hỗ trợ của tất cả người TGD, bất kể sự nhận diện giới.

Lựa chọn nghiên cứu

Nhóm Đánh giá Bằng chứng, với sự đóng góp ý kiến từ các Trưởng Nhóm Chương, đã xác định trước các tiêu chí đủ điều kiện cho từng câu hỏi nghiên cứu.

Hai người đánh giá từ Nhóm Đánh giá Bằng chứng đã độc lập sàng lọc tiêu đề, tóm tắt và toàn văn các bài báo để xác định tính đủ điều kiện. Để bị loại trừ, cả hai người đánh giá đều phải đồng ý rằng nghiên cứu đó đáp ứng ít nhất một tiêu chí loại trừ. Các bất đồng về tính đủ điều kiện được giải quyết thông qua thảo luận.

Trích xuất dữ liệu

Nhóm Đánh giá Bằng chứng sử dụng các biểu mẫu tiêu chuẩn hóa để trích xuất dữ liệu về các đặc điểm chung của nghiên cứu, đặc điểm người tham gia, các can thiệp và các thước đo kết quả. Một người đánh giá trích xuất dữ liệu và một người đánh giá thứ hai xác nhận dữ liệu đã được trích xuất.

Đánh giá nguy cơ sai lệch

Hai người đánh giá từ Nhóm Đánh giá Bằng chứng đã độc lập đánh giá nguy cơ sai lệch của từng nghiên cứu được đưa vào. Đối với các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng, Công cụ Đánh giá Nguy cơ Sai lệch của Cochrane được sử dụng. Đối với các nghiên cứu quan sát, công cụ Risk of Bias in Non-Randomized Studies—of Interventions (ROBINS-I) được sử dụng. Khi được xem là phù hợp, các tổng quan hệ thống gần đây hiện có cũng được xem xét và đánh giá bằng công cụ ROBIS.

Tổng hợp và phân tích dữ liệu

Nhóm Đánh giá Bằng chứng đã xây dựng các bảng bằng chứng chi tiết hóa dữ liệu được trích xuất từ các nghiên cứu được đưa vào. Các thành viên của Nhóm Công tác Chương đã xem xét và cung cấp ý kiến nhận xét đối với các bảng bằng chứng.

Phân loại mức độ bằng chứng

Nhóm Đánh giá Bằng chứng phân loại mức độ bằng chứng bằng phương pháp GRADE. Độ mạnh của bằng chứng được xác định bằng cách sử dụng các kết quả quan trọng được xác định trước cho từng câu hỏi và bằng cách đánh giá các hạn chế về chất lượng nghiên cứu/các nguy cơ sai lệch, tính nhất quán, tính trực tiếp, độ chính xác và sai lệch trong báo cáo.

3.7. Soạn thảo các Tuyên bố Khuyến nghị

Các Trưởng Nhóm Chương và Thành viên đã soạn thảo các tuyên bố khuyến nghị. Các tuyên bố được xây dựng sao cho khả thi, có thể hành động và có thể đo lường.

Các tuyên bố khuyến nghị dựa trên bằng chứng được xây dựng dựa trên kết quả của các tổng quan hệ thống và tổng quan tài liệu nền tảng, kết hợp với ý kiến chuyên gia dựa trên đồng thuận.

Chủ tịch, các Đồng Chủ tịch và Trưởng Nhóm Chương đã xem xét và phê duyệt tất cả các tuyên bố khuyến nghị nhằm đảm bảo sự rõ ràng và nhất quán trong cách diễn đạt. Trong quá trình xem xét này và trong suốt toàn bộ quy trình, mọi sự chông chéo giữa các chương cũng được giải quyết.

Nhiều chương phải phối hợp chặt chẽ với nhau để đảm bảo tính nhất quán của các khuyến nghị. Ví dụ, do hiện nay có các chương riêng biệt cho trẻ em và thanh thiếu niên, để đảm bảo tính nhất quán giữa hai chương này, một số tác giả đã tham gia vào cả hai chương. Tương tự, khi phù hợp, một nhóm công tác đã hợp tác với các Nhóm Công tác Chương khác về các chủ đề được chia sẻ giữa các chương (ví dụ: Đánh giá Trẻ em, Đánh giá Người lớn, Liệu pháp Hormone, Phẫu thuật và Chăm sóc Sau phẫu thuật, và Sức khỏe Sinh sản).

3.8. Phê duyệt các khuyến nghị bằng quy trình Delphi

Sự đồng thuận chính thức đối với tất cả các tuyên bố đạt được thông qua quy trình Delphi (một phương pháp có cấu trúc nhằm thu thập ý kiến đánh giá của chuyên gia qua ba vòng). Để một khuyến nghị được phê duyệt, tối thiểu 75% số người bỏ phiếu phải chấp thuận tuyên bố đó. Tối thiểu 65% số thành viên SOC-8 phải tham gia quy trình Delphi cho mỗi tuyên bố. Những người không chấp thuận tuyên bố phải cung cấp thông tin về lý do không chấp thuận, để tuyên bố có thể được sửa đổi (hoặc loại bỏ) dựa trên phản hồi này. Sau khi được sửa đổi, tuyên bố sẽ được đưa qua quy trình Delphi một lần nữa. Nếu sau 3 vòng mà tuyên bố vẫn không được phê duyệt, tuyên bố đó sẽ bị loại khỏi SOC. Mỗi thành viên của SOC đều bỏ phiếu cho từng tuyên bố. Tỷ lệ phản hồi cho các tuyên bố dao động từ 74,79% đến 94,96%.

3.9. Tiêu chí phân loại cho các tuyên bố

Sau khi các tuyên bố vượt qua quy trình Delphi, các thành viên chương đã phân loại từng tuyên bố bằng một quy trình được điều chỉnh từ khung Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations (GRADE). Đây là một khung minh bạch để phát triển và trình bày các bản tóm tắt bằng chứng và cung cấp một cách tiếp cận có hệ thống cho việc đưa ra các khuyến nghị thực hành lâm sàng (Guyatt và cộng sự, 2011). Các tuyên bố được phân loại dựa trên các yếu tố như:

- Sự cân bằng giữa lợi ích và tác hại tiềm tàng

- Mức độ tin cậy vào sự cân bằng đó hoặc chất lượng bằng chứng
- Giá trị và ưu tiên của các nhân viên y tế và người bệnh
- Việc sử dụng nguồn lực và tính khả thi

Các tuyên bố được phân loại như sau:

- Khuyến nghị mạnh (“chúng tôi khuyến nghị”) áp dụng cho các can thiệp/liệu pháp/chiến lược mà:
 - bằng chứng có chất lượng cao
 - ước tính hiệu quả của can thiệp/liệu pháp/chiến lược (tức là có mức độ tin cậy cao rằng các hiệu quả sẽ đạt được trong thực hành)
 - có rất ít bất lợi của liệu pháp/can thiệp/chiến lược
 - có mức độ chấp nhận cao giữa các nhân viên y tế và người bệnh hoặc những người mà khuyến nghị áp dụng.
- Khuyến nghị yếu (“chúng tôi đề xuất”) áp dụng cho các can thiệp/liệu pháp/chiến lược mà:
 - cơ sở bằng chứng còn hạn chế
 - tồn tại mức độ nghi ngờ nhất định về quy mô hiệu quả có thể mong đợi trong thực tiễn
 - cần cân nhắc sự cân bằng giữa việc tăng và giảm của các can thiệp/liệu pháp/chiến lược
 - có khả năng tồn tại các mức độ chấp nhận khác nhau giữa các nhân viên y tế và người bệnh hoặc những người mà khuyến nghị áp dụng.

3.10. Viết phần nội dung hỗ trợ cho các tuyên bố

Sau khi phân loại các tuyên bố, các Nhóm Công tác Chương đã viết phần văn bản cung cấp cơ sở lý luận hoặc lập luận cho khuyến nghị. Phần này bao gồm việc trình bày các bằng chứng sẵn có, cung cấp chi tiết về các lợi ích và tác hại tiềm tàng, mô tả các bất định, và thông tin về việc triển khai khuyến nghị, bao gồm các rào cản hoặc thách thức dự kiến, cùng các nội dung khác. Tài liệu tham khảo được sử dụng theo chuẩn APA-7 để hỗ trợ thông tin trong phần văn bản. Các liên kết đến nguồn văn bản cũng được cung cấp khi phù hợp. Phần văn bản, bao gồm cả việc một khuyến nghị được mô tả là mạnh hay yếu, đã được Chủ tịch và các Đồng Chủ tịch xem xét và phê duyệt.

3.11. Thẩm định bên ngoài các tài liệu tham khảo được sử dụng để hỗ trợ các tuyên bố

Một nhóm các học giả lâm sàng độc lập đang làm việc trong lĩnh vực sức khỏe người chuyển giới đã rà soát các tài liệu tham khảo được sử dụng trong mỗi chương nhằm xác nhận rằng các tài liệu tham khảo đó được sử dụng một cách phù hợp để hỗ trợ nội dung. Mọi thắc mắc liên quan đến tài liệu tham khảo đều được gửi lại cho các chương để xem xét.

3.12. Hoàn thiện bản dự thảo SOC-8

Một bản dự thảo SOC-8 cuối cùng đã được công bố để lấy ý kiến đóng góp.

3.13. Phân phối Tiêu chuẩn Chăm sóc để các cố vấn quốc tế xem xét

Các tuyên bố khuyến nghị của Tiêu chuẩn Chăm sóc phiên bản thứ 8 đã được lưu hành trong Ủy ban Sửa đổi Tiêu chuẩn Chăm sóc rộng hơn và Nhóm Cố vấn Quốc tế của WPATH, bao gồm Mạng lưới Chuyển giới Châu Á – Thái Bình Dương (APTN), Hành động Toàn cầu vì Bình đẳng cho Người Chuyển giới (GATE), Hiệp hội Quốc tế về Đồng tính nữ, Đồng tính nam, Song tính, Chuyển giới và Liên giới tính (ILGA), và Transgender Europe (TGEU).

3.14. Giai đoạn lấy ý kiến công chúng

Bản dự thảo đã được chỉnh sửa của tài liệu Tiêu chuẩn Chăm sóc được đăng tải trực tuyến để công chúng, bao gồm các thành viên của WPATH, đóng góp ý kiến trên trang web của WPATH. Một giai đoạn 6 tuần được dành cho việc lấy ý kiến. Tổng cộng có 1.279 người đã gửi ý kiến về bản dự thảo với tổng số 2.688 ý kiến nhận xét.

3.15. Sửa đổi bản dự thảo cuối cùng dựa trên các ý kiến đóng góp

Các Trưởng Nhóm Chương và Ủy ban Điều phối Hướng dẫn đã xem xét phản hồi và thực hiện các sửa đổi cần thiết. Tất cả các ý kiến công chúng đều được đọc và, khi phù hợp, được tích hợp vào phần văn bản nền.

Là một phần của quá trình này, 3 tuyên bố Delphi mới đã được xây dựng và 2 tuyên bố được sửa đổi ở mức độ đủ lớn để yêu cầu một cuộc bỏ phiếu mới của Ủy ban SOC-8. Điều này đồng nghĩa với việc một quy trình Delphi mới được khởi động vào tháng 1 năm 2022. Kết quả của quy trình Delphi này đã được các chương chấp nhận, và các tuyên bố mới được bổ sung hoặc sửa đổi cho phù hợp. Phần văn bản hỗ trợ mới cũng được thêm vào.

Tất cả các phiên bản mới của các chương tiếp tục được Chủ tịch và các Đồng Chủ tịch xem xét lại và các thay đổi hoặc điều chỉnh được đề xuất. Cuối cùng, khi các Chủ tịch và Thành viên Chương hài lòng với bản dự thảo, chương được hoàn thiện.

Tất cả các tài liệu tham khảo mới đều được kiểm tra lại hai lần bởi một thành viên độc lập.

3.16. Phê duyệt bản dự thảo cuối cùng bởi Chủ tịch và các Đồng Chủ tịch

Các chỉnh sửa đã được các Chủ tịch xem xét và chấp thuận.

3.17. *Phê duyệt bởi Hội đồng Quản trị WPATH*

Tài liệu cuối cùng được trình lên Hội đồng Quản trị của WPATH để phê duyệt và đã được phê duyệt vào ngày 20 tháng 6 năm 2022.

3.18. *Công bố SOC-8 và phổ biến Tiêu chuẩn Chăm sóc*

Tiêu chuẩn Chăm sóc được phổ biến thông qua nhiều kênh và dưới nhiều định dạng khác nhau, bao gồm việc công bố trên International Journal of Transgender Health (tạp chí khoa học chính thức của WPATH).

4. *Kế hoạch cập nhật*

Một phiên bản SOC mới (SOC-9) sẽ được xây dựng trong tương lai, khi có bằng chứng mới và/hoặc những thay đổi đáng kể trong lĩnh vực này đủ lớn để cần một phiên bản mới.

* Việc phát triển SOC-8 là một quá trình phức tạp trong bối cảnh đại dịch COVID-19 và những bất ổn chính trị tại nhiều khu vực trên thế giới. Các thành viên SOC-8 đã thực hiện công việc này song song với công việc hằng ngày của họ, và phần lớn các cuộc họp diễn ra ngoài giờ làm việc và vào các ngày cuối tuần thông qua Zoom. Có rất ít các cuộc họp trực tiếp, chủ yếu gắn liền với các hội nghị của WPATH, USPATH hoặc EPATH. Các thành viên của Ủy ban SOC-8 không được trả thù lao cho quá trình này.

PHỤ LỤC B - THUẬT NGỮ

CISGENDER: chỉ những người có nhận dạng giới hiện tại trùng với giới tính được chỉ định khi sinh ra.

DETRANSITION: thuật ngữ đôi khi dùng để mô tả việc một cá nhân quay trở lại giới thường được gán cho giới tính khi sinh ra.

EUNUCH: chỉ người được chỉ định nam giới khi sinh có tình hoàn bị cắt bỏ hoặc mất chức năng và tự nhận dạng là hoạn nhân. Đây là điều khác với định nghĩa y khoa truyền thống vì loại trừ những người không tự nhận như vậy.

EUNUCH-IDENTIFIED: cá nhân cảm thấy bản dạng thật của mình được thể hiện đúng nhất bằng thuật ngữ hoạn nhân; những cá nhân tự nhận là hoạn nhân thường mong muốn phẫu thuật loại bỏ hoặc làm mất chức năng cơ quan sinh sản.

GENDER: tùy bối cảnh có thể chỉ bản dạng giới, biểu hiện giới, và/hoặc vai trò giới trong xã hội, bao gồm cả sự thấu hiểu, mong đợi văn hoá liên quan đến giới tính khi sinh. Các bản dạng giới ngoài nam và nữ (người cùng giới hay chuyển giới) gồm: chuyển giới, phi nhị nguyên, genderqueer, trung tính giới, vô giới, linh hoạt giới, giới tính thứ ba, và các dạng giới khác được công nhận trên thế giới.

GENDER-AFFIRMATION: đề cập đến việc một cá nhân được công nhận hoặc khẳng định đúng với bản dạng giới của họ. Khái niệm này thường được hiểu thông qua bốn khía cạnh: xã hội, tâm lý, y tế và pháp lý. "Khẳng định giới" được sử dụng như một thuật ngữ thay thế cho "chuyển giới" (ví dụ: khẳng định giới về mặt y tế) hoặc có thể được dùng như một tính từ (ví dụ: chăm sóc khẳng định giới).

GENDER-AFFIRMING SURGERY – GAS (Phẫu thuật khẳng định giới): được dùng để chỉ các loại phẫu thuật nhằm thay đổi đặc điểm giới tính sơ cấp và/hoặc thứ cấp để khẳng định bản dạng giới của một cá nhân.

GENDER BINARY (Nhị nguyên giới): đề cập đến quan niệm cho rằng chỉ có hai và chỉ hai giới tính là nam và nữ; sự kỳ vọng rằng tất cả mọi người đều phải thuộc về một trong hai giới đó; và rằng tất cả đàn ông đều có giới tính sinh học là nam, còn tất cả phụ nữ đều có giới tính sinh học là nữ.

GENDER DIVERSE (Đa dạng giới): là thuật ngữ dùng để chỉ những người có bản dạng giới và/hoặc sự thể hiện giới khác với các kỳ vọng của xã hội và văn hóa dựa trên giới tính được ấn định khi sinh của họ. Nhóm này bao gồm — cùng với nhiều bản dạng đa dạng khác về mặt văn hóa — những người tự nhận mình là phi nhị nguyên giới, giới mở rộng, không tuân theo khuôn mẫu giới, và những người khác không phải là người hợp giới.

GENDER DYSPHORIA: phiền muộn giới tính mô tả trạng thái đau khổ hoặc khó chịu mà một người có thể gặp phải khi bản dạng giới của họ khác biệt với những đặc điểm thể chất và/hoặc kỳ vọng xã hội gắn liền với giới tính được chỉ định khi sinh của họ. Phiền muộn giới tính cũng là một thuật ngữ chẩn đoán trong DSM-5 (Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê các loại Rối loạn Tâm thần), chỉ sự không đồng nhất giữa

giới tính khi sinh và giới tính tự nhận thức, đi kèm với sự đau khổ. Không phải tất cả người chuyển giới và người đa dạng giới đều trải qua tình trạng phiền muộn giới tính này.

GENDER EXPANSIVE (Mở rộng giới): là một tính từ thường được dùng để mô tả những người nhận dạng hoặc thể hiện bản thân theo những cách thức làm nổi bật các hành vi hoặc niềm tin vốn được xã hội và văn hóa định nghĩa sẵn cho một giới tính cụ thể. Thuật ngữ Gender creative (Sáng tạo giới) đôi khi cũng được sử dụng. Cụm từ gender variant (khác biệt giới) từng được dùng trong quá khứ nhưng hiện đang dần biến mất khỏi các tài liệu chuyên môn vì những hàm ý tiêu cực hiện đang gắn liền với nó.

GENDER EXPRESSION (Thể hiện giới): đề cập đến cách một người thực hiện hoặc biểu hiện giới của mình trong cuộc sống hàng ngày và trong bối cảnh văn hóa, xã hội của họ. Việc thể hiện giới thông qua diện mạo bên ngoài có thể bao gồm cách ăn mặc, kiểu tóc, phụ kiện, mỹ phẩm, các can thiệp nội tiết và phẫu thuật, cũng như cử chỉ, cách nói năng, các khuôn mẫu hành vi và tên gọi. Thể hiện giới của một người có thể trùng khớp hoặc không trùng khớp với bản dạng giới của người đó.

GENDER IDENTITY (Bản dạng giới): đề cập đến cảm nhận sâu sắc từ bên trong và mang tính bản chất của một cá nhân về giới của chính mình.

GENDER INCONGRUENCE (Không tương hợp giới): là một thuật ngữ chẩn đoán được sử dụng trong ICD-11, mô tả trải nghiệm rõ rệt và kéo dài của một cá nhân về sự không tương thích giữa bản dạng giới của họ và giới tính được kỳ vọng dựa trên giới tính chỉ định khi sinh.

INTERSEX (Liên giới tính): chỉ những người sinh ra với các đặc điểm giới tính hoặc cơ quan sinh sản không khớp với những định nghĩa nhị nguyên về nam hay nữ.

MISGENDERING (Gọi sai bản dạng giới): đề cập đến việc sử dụng ngôn ngữ không phản ánh chính xác giới tính mà một người tự xác định. Điều này có thể bao gồm việc dùng sai đại từ (anh ấy, cô ấy, họ) hoặc sai cách xưng hô (ông, bà, anh, chị).

NONBINARY (Phi nhị nguyên): dùng để chỉ những người có bản dạng giới nằm ngoài hệ nhị nguyên nam-nữ. Những người có bản dạng giới phi nhị nguyên có thể tự nhận thức bản thân một phần là nam và một phần là nữ, hoặc đôi khi là nam và đôi khi là nữ, hoặc xác định mình thuộc một giới tính khác không phải nam cũng không phải nữ, hoặc hoàn toàn không có giới tính. Người phi nhị nguyên có thể sử dụng các đại từ họ/của họ thay vì anh ấy hay cô ấy. Một số người phi nhị nguyên coi mình là người chuyển giới; số khác thì không vì họ cho rằng khái niệm "chuyển giới" vẫn nằm trong hệ nhị nguyên giới. Từ viết tắt NB hoặc "enby" đôi khi được sử dụng như một danh từ/tính từ để mô tả người phi nhị nguyên. Các ví dụ về bản dạng giới phi nhị nguyên bao gồm: genderqueer (giới kỳ nhi), gender diverse (đa dạng giới), genderfluid (linh hoạt giới), demigender (bán giới), bigender (song giới) và agender (vô giới).

RETRANSITION (Chuyển giới lại): đề cập đến quá trình chuyển giới lần thứ hai hoặc các lần tiếp theo, thông qua các phương thức xã hội, y tế hoặc pháp lý. Một quá trình chuyển giới lại có thể diễn ra từ một bản dạng giới nhị nguyên hoặc phi nhị nguyên này sang một bản dạng giới nhị nguyên hoặc phi nhị nguyên khác. Mọi người có thể thực hiện chuyển giới lại nhiều hơn một lần. Việc chuyển giới lại có thể xảy ra vì nhiều lý do, bao gồm sự thay đổi trong bản dạng giới, các mối quan tâm về sức khỏe, các vấn đề về gia đình/xã hội và các rào cản tài chính.

SEX ASSIGNED AT BIRTH (Giới tính khi sinh): đề cập đến tình trạng của một người là nam, nữ hoặc liên giới tính dựa trên các đặc điểm thể chất. Giới tính thường được chỉ định ngay khi sinh dựa trên hình dạng bên ngoài của cơ quan sinh dục. **AFAB** là chữ viết tắt của “chỉ định giới tính nữ khi sinh.” **AMAB** là chữ viết tắt của “chỉ định giới tính nam khi sinh.”

SEXUAL ORIENTATION (Xu hướng tính dục): đề cập đến bản dạng tính dục, sự thu hút và hành vi của một người trong mối quan hệ với những người khác dựa trên giới tính và/hoặc các đặc điểm giới tính của họ và đối tác của họ. Xu hướng tính dục và bản dạng giới là những thuật ngữ riêng biệt.

TRANSGENDER/TRANS (Người chuyển giới): hoặc trans là những thuật ngữ bao quát được dùng để mô tả những người có bản dạng giới và/hoặc sự thể hiện giới không trùng khớp với những kỳ vọng thông thường dành cho giới tính sinh học của họ khi mới sinh. Những từ này luôn luôn phải được sử dụng như một tính từ (ví dụ: “người chuyển giới”) và tuyệt đối không được dùng như một danh từ (ví dụ: “những người chuyển giới/transgenders”) hay một động từ (ví dụ: “đã chuyển giới/transgendered”).

TRANSGENDER MEN / TRANS MEN/ MEN OF TRANS EXPERIENCE: người chuyển giới nam, nam chuyển giới, nam giới có trải nghiệm chuyển giới là những người có bản dạng giới là nam nhưng được chỉ định giới tính là nữ khi sinh ra. Họ có thể đã hoặc chưa thực hiện các quy trình chuyển đổi giới tính. **FTM** (Female-to-Male) hoặc **Nữ-sang-Nam** là những thuật ngữ cũ và đang dần ít được sử dụng hơn.

TRANSGENDER WOMEN / TRANS WOMEN/ WOMEN OF TRANS EXPERIENCE: Người chuyển giới nữ, phụ nữ chuyển giới, phụ nữ có trải nghiệm chuyển giới là những người có bản dạng giới là nữ nhưng được chỉ định giới tính là nam khi mới sinh. Họ có thể đã hoặc chưa thực hiện các quy trình chuyển giới. **MTF** (Male-to-Female) hoặc **Nam-sang-nữ** là các thuật ngữ cũ hơn và hiện đang ít được sử dụng dần.

TRANSITION (Quá trình chuyển giới): đề cập đến quá trình mà một người thay đổi từ sự thể hiện giới gắn liền với giới tính được chỉ định khi sinh sang một sự thể hiện giới khác phù hợp hơn với bản dạng giới của họ. Mọi người có thể chuyển giới về mặt xã hội bằng các phương pháp như thay đổi tên gọi, đại từ xưng hô, trang phục, kiểu tóc và/hoặc cách đi đứng và giao tiếp. Quá trình chuyển giới có thể bao gồm hoặc không bao gồm việc sử dụng nội tiết tố (hormone) và/hoặc phẫu thuật để thay đổi cơ thể vật lý. Thuật ngữ “Chuyển giới” có thể được dùng để mô tả quá trình thay đổi sự thể hiện giới từ bất kỳ giới này sang một giới khác. Một người có thể thực hiện quá trình chuyển giới nhiều hơn một lần trong đời.

TRANSPHOBIA (Kỳ thị người chuyển giới): đề cập đến những thái độ, niềm tin và hành động tiêu cực đối với những người chuyển giới và những người đa dạng giới nói chung. Sự kỳ thị người chuyển giới có thể được thực hiện thông qua các chính sách và thực tiễn phân biệt đối xử ở cấp độ cấu trúc xã hội, hoặc theo những cách rất cụ thể và mang tính cá nhân. Sự kỳ thị này cũng có thể bị nội hóa, xảy ra khi chính những người chuyển giới và người đa dạng giới chấp nhận và phản chiếu những định kiến đó lên bản thân họ hoặc lên những người chuyển giới và đa dạng giới khác. Mặc dù sự kỳ thị người chuyển giới đôi khi có thể là kết quả của sự thiếu hiểu biết vô ý thay vì sự thù ghét trực tiếp, nhưng những ảnh hưởng của nó không bao giờ là vô hại. Một số người sử dụng thuật ngữ định kiến chống lại người chuyển giới để thay thế cho thuật ngữ transphobia.

PHỤ LỤC C - ĐIỀU TRỊ NỘI TIẾT KHÁNG ĐỊNH GIỚI

Bảng 1. Thời gian xuất hiện các thay đổi cơ thể khi điều trị hormone kháng định giới

Phác đồ testosterone		
Tác động	Khởi phát	Mức tối đa
Da nhờn/mụn	1–6 tháng	1–2 năm
Rậm lông mặt/cơ thể	6–12 tháng	>5 năm
Rụng tóc đỉnh đầu	6–12 tháng	>5 năm
Tăng khối cơ, lực cơ	6–12 tháng	2–5 năm
Phân bố lại mô mỡ	1–6 tháng	2–5 năm
Mất kinh nguyệt	1–6 tháng	1–2 năm
Phi đại âm vật	1–6 tháng	1–2 năm
Teo âm đạo	1–6 tháng	1–2 năm
Trầm giọng	1–6 tháng	1–2 năm
Phác đồ estrogen + thuốc ức chế testosterone		
Tác động	Khởi phát	Mức tối đa
Phân bố lại mô mỡ	3–6 tháng	2–5 năm
Giảm khối cơ/lực cơ	3–6 tháng	1–2 năm
Da mềm hơn/giảm nhờn	3–6 tháng	Không rõ
Giảm ham muốn	1–3 tháng	Không rõ
Giảm cương tự phát	1–3 tháng	3–6 tháng
Giảm sinh tinh	Không rõ	2 năm
Phát triển tuyến vú	3–6 tháng	2–5 năm
Giảm thể tích tinh hoàn	3–6 tháng	Biến thiên
Giảm lông thân	6–12 tháng	>3 năm
Tăng tóc da đầu	Biến thiên	Biến thiên
Giọng nói	Không thay đổi	—

Theo Hembree và cs., 2017.

Bảng 2. Nguy cơ liên quan đến liệu pháp hormone kháng định giới (các mục in đậm có ý nghĩa lâm sàng) (Cập nhật từ SOC-7)

MỨC ĐỘ NGUY CƠ	Phác đồ dựa trên Estrogen	Phác đồ dựa trên Testosterone
Nguy cơ tăng rõ rệt	Huyết khối tĩnh mạch (VTE) Vô sinh Tăng kali máu [§] Tăng triglyceride máu Tăng cân	Đa hồng cầu Vô sinh Mụn trứng cá Rụng tóc kiểu nam Tăng huyết áp Ngưng thở khi ngủ Tăng cân Giảm HDL và tăng LDL
Nguy cơ tăng khi có yếu tố nguy cơ kèm theo	Bệnh tim mạch Bệnh mạch máu não U màng não [°] Đa niệu/mất nước [§] Sỏi túi mật	Bệnh tim mạch Tăng triglyceride máu
Nguy cơ có thể tăng	Tăng huyết áp Rối loạn cương dương	
Nguy cơ có thể tăng khi có yếu tố nguy cơ kèm theo	Đái tháo đường type 2 Giảm khối xương/loãng xương Tăng prolactin máu	Đái tháo đường type 2 Bệnh tim mạch
Không tăng hoặc chưa kết luận	Ung thư vú và ung thư tuyến tiền liệt	Giảm khối xương/loãng xương Ung thư vú, cổ tử cung, buồng trứng, tử cung

[°] Phác đồ dựa trên cyproterone

[§] Phác đồ dựa trên spironolactone

Bảng 3. Phác đồ hormone kháng định giới cho trẻ vị thành niên chuyển giới và đa dạng giới (Theo Hướng dẫn của Hội Nội tiết – Hembree et al., 2017)

Khởi phát dậy thì nữ (phác đồ estrogen) đường uống 17β-estradiol

- Khởi đầu: 5 µg/kg/ngày, tăng mỗi 6 tháng thêm 5 µg/kg/ngày, tối đa 20 µg/kg/ngày, tùy nồng độ estradiol.
- Liều người lớn: 2–6 mg/ngày.
- Với trẻ vị thành niên đã qua dậy thì: liều lượng 17β-estradiol có thể tăng nhanh chóng
- 1 mg/ngày trong 6 tháng → tăng lên 2 mg/ngày, điều chỉnh theo estradiol.

Khởi phát dậy thì nữ (phác đồ estrogen) với 17β-estradiol qua da

- Liều khởi đầu: 6,25–12,5 µg/24 giờ (cắt miếng dán 24 g thành 1/4 rồi 1/2).
- Tăng mỗi 6 tháng: 12,5 µg/24 giờ, điều chỉnh theo nồng độ estradiol.
- Liều người lớn: 50–200 µg/24 giờ.
- Khi đạt liều người lớn có thể dùng các lựa chọn trong Bảng 4.

Khởi phát dậy thì nam (phác đồ testosterone) với testosterone esters

- **25 mg/m² mỗi 2 tuần** (hoặc 1/2 liều mỗi tuần).
- Tăng thêm 25 mg/m² mỗi 2 tuần mỗi 6 tháng cho đến khi đạt liều người lớn và nồng độ testosterone đạt mục tiêu. Tham khảo các lựa chọn testosterone khác (bảng 4)

Bảng 4. Phác đồ hormone ở người lớn chuyển giới và đa dạng giới**Phác đồ dựa trên Estrogen (Transfeminine)****Estrogen**

Đường uống/ngậm dưới lưỡi	
Estradiol	2,0–6,0 mg/ngày
Qua da	
Miếng dán estradiol	0,025–0,2 mg/ngày
Estradiol gel	Liều thay đổi tùy sản phẩm
Tiêm bắp (IM)	
Estradiol valerate hoặc cypionate	5–30 mg IM mỗi 2 tuần 2–10 mg IM mỗi tuần

Kháng Androgens

Spironolactone	100–300 mg/ngày
Cyproterone acetate**	10 mg/ngày
GnRH agonist	3,75–7,50 mg SQ/IM mỗi tháng
GnRH agonist depot	11,25–22,5 mg SQ/IM mỗi 3 hoặc 6 tháng

Phác đồ dựa trên Testosterone (Transmasculine)**Chuyển giới nam****Testosterone**

Tiêm bắp (IM)	
Testosterone enanthate/cypionate	50–100 IM/SQ mỗi tuần hoặc 100–200 IM mỗi 2 tuần 1000 mg IM mỗi 12 tuần hoặc 750 mg mỗi 10 tuần
Testosterone undecanoate	
Qua da	
Testosterone gel	50–100 mg/ngày
Miếng dán testosterone	2,5–7,5 mg/ngày

Ghi chú:

– Liều gel estradiol phụ thuộc chế phẩm.

– Liều lượng được điều chỉnh tăng hoặc giảm cho đến khi nồng độ hormone sinh dục nằm trong phạm vi điều trị. Các phác đồ nội tiết tố không phản ánh tất cả các dạng bào chế hiện có tại mọi nhà thuốc trên toàn thế giới. Phác đồ nội tiết tố có thể phải được điều chỉnh sao cho phù hợp với những gì sẵn có tại các nhà thuốc địa phương

Bảng 5. Theo dõi điều trị hormone ở người chuyển giới và đa dạng giới (Theo Hướng dẫn của Hội Nội tiết)**Người chuyển giới nam (bao gồm người đa dạng giới/phi nhị nguyên)**

- Đánh giá bệnh nhân khoảng 3 tháng một lần (khi có thay đổi liều lượng) trong năm đầu tiên và từ 1 đến 2 lần mỗi năm sau đó để theo dõi các thay đổi thể chất phù hợp khi đáp ứng với testosterone.
- Đo nồng độ testosterone tổng phần trong huyết thanh mỗi 3 tháng (khi có thay đổi liều lượng) cho đến khi nồng độ đạt mức mục tiêu:
 - Đối với testosterone dạng tiêm (parenteral): Nên đo nồng độ testosterone tổng phần vào thời điểm giữa 2 kỳ tiêm. Mục tiêu là 400–700 ng/dL. Ngoài ra, có thể đo nồng độ đỉnh (peak) và nồng độ đáy (trough) để đảm bảo nồng độ duy trì trong khoảng tham chiếu của nam giới sinh học.
 - Đối với testosterone undecanoate dạng tiêm: Nên đo nồng độ testosterone ngay trước khi tiêm. Nếu nồng độ < 400 ng/dL, cần điều chỉnh khoảng cách giữa các liều tiêm.
 - Đối với testosterone qua da (miếng dán/gel): Nồng độ testosterone có thể được đo sớm nhất là sau 1 tuần sử dụng hàng ngày (ít nhất 2 giờ sau khi bôi/dán sản phẩm).
- Đo nồng độ Hematocrit hoặc Hemoglobin tại thời điểm bắt đầu và khoảng 3 tháng một lần (khi có thay đổi liều lượng) trong năm đầu tiên, sau đó từ một đến hai lần mỗi năm.

Người chuyển giới nữ (bao gồm người đa dạng giới/ phi nhị nguyên)

- Đánh giá tình trạng bệnh nhân khoảng 3 tháng một lần (kèm theo điều chỉnh liều lượng) trong năm đầu tiên, và từ một đến hai lần mỗi năm sau đó để theo dõi các thay đổi thể chất phù hợp khi đáp ứng với estrogen.
 - Nồng độ testosterone trong máu phải thấp hơn 50 ng/dL.
 - Nồng độ estradiol trong máu nên nằm trong khoảng từ 100–200 pg/mL.
- Đối với những cá nhân đang tiếp nhận spironolactone, cần theo dõi các chỉ số điện giải trong máu, đặc biệt là kali, và chức năng thận, đặc biệt là creatinine.
- Thực hiện theo dõi sàng lọc chăm sóc ban đầu theo các khuyến nghị trong chương chăm sóc ban đầu.

PHỤ LỤC D - TÓM TẮT TIÊU CHÍ CHO ĐIỀU TRỊ NỘI TIẾT VÀ PHẪU THUẬT Ở NGƯỜI LỚN VÀ TRẺ VỊ THÀNH NIÊN

Hướng dẫn SOC-8 được xây dựng với tính linh hoạt nhằm đáp ứng những nhu cầu chăm sóc sức khỏe đa dạng của người chuyển giới và đa dạng giới (TGD) trên toàn thế giới. Mặc dù có thể điều chỉnh theo bối cảnh, bộ hướng dẫn này vẫn cung cấp các tiêu chuẩn dựa trên đồng thuận chuyên môn, được hình thành từ bằng chứng khoa học tốt nhất hiện có, nhằm thúc đẩy chăm sóc sức khỏe tối ưu và định hướng điều trị cho những người trải qua không tương hợp giới. Như trong tất cả các phiên bản SOC trước đây, các tiêu chí được trình bày trong tài liệu này cho các can thiệp khẳng định giới là hướng dẫn lâm sàng; các chuyên gia y tế và các chương trình điều trị, khi trao đổi với người TGD, có thể điều chỉnh dựa trên hoàn cảnh cụ thể. Sự khác biệt so với SOC có thể xảy ra do các yếu tố như: đặc điểm giải phẫu, hoàn cảnh xã hội hoặc tâm lý riêng của người TGD; phương pháp thực hành đang phát triển của chuyên gia y tế trong việc xử lý các tình huống thường gặp; các yêu cầu của một quy trình nghiên cứu; thiếu hụt nguồn lực tại một số khu vực trên thế giới; hoặc nhu cầu áp dụng các chiến lược giảm thiểu tác hại. Những thay đổi này cần được nhận diện rõ, thảo luận với người TGD, và ghi chép đầy đủ. Việc ghi nhận này còn mang giá trị quan trọng trong tích lũy dữ liệu mới, từ đó có thể phân tích hồi cứu nhằm cải thiện chăm sóc sức khỏe—cũng như tiếp tục hoàn thiện SOC. Các tiêu chí tóm tắt này cần được đọc kết hợp với các chương liên quan (xem các chương Đánh giá người trưởng thành và Đánh giá trẻ vị thành niên).

TIÊU CHÍ CHO NGƯỜI LỚN

Liên quan đến quá trình đánh giá

- Các chuyên gia y tế khi đánh giá người trưởng thành chuyển giới và đa dạng giới đang tìm kiếm các liệu pháp khẳng định giới nên liên lạc với các chuyên gia từ các chuyên khoa khác nhau trong lĩnh vực sức khỏe chuyển giới để tham vấn và chuyển tuyến nếu cần thiết.
- Nếu cần có văn bản hoặc thư xác nhận để chỉ định các phương pháp điều trị y tế và phẫu thuật khẳng định giới (GAMST), thì chỉ cần duy nhất một thư đánh giá từ một chuyên gia y tế có năng lực trong việc đánh giá người chuyển giới và đa dạng giới.

Tiêu chí dùng hormone

- Sự không tương hợp giới tính rõ rệt và kéo dài
- Đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán về sự không tương hợp giới tính trước khi điều trị bằng hormone khẳng định giới tính tại các khu vực yêu cầu phải có chẩn đoán để tiếp cận dịch vụ chăm sóc y tế;

- Chứng minh được năng lực hành vi để đồng ý thực hiện liệu pháp hormone khẳng định giới tính cụ thể;
- Các nguyên nhân khả thi khác dẫn đến tình trạng biểu hiện không tương hợp giới tính đã được xác định và loại trừ;
- Các tình trạng sức khỏe tâm thần và thể chất có thể tác động tiêu cực đến kết quả điều trị đã được đánh giá, đồng thời các rủi ro và lợi ích đã được thảo luận;
- Hiểu rõ ảnh hưởng của liệu pháp hormone khẳng định giới tính đối với khả năng sinh sản và đã tìm hiểu các lựa chọn về sinh sản.

Tiêu chí phẫu thuật:

- Sự không tương hợp giới tính rõ rệt và kéo dài
- Đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán về sự không tương hợp giới tính trước khi tiến hành can thiệp phẫu thuật khẳng định giới tính tại các khu vực yêu cầu phải có chẩn đoán để tiếp cận dịch vụ chăm sóc y tế;
- Chứng minh được năng lực hành vi đồng thuận cho sự can thiệp phẫu thuật khẳng định giới tính cụ thể;
- Hiểu rõ ảnh hưởng của phẫu thuật khẳng định giới tính đối với khả năng sinh sản và đã tìm hiểu các lựa chọn về sinh sản.
- Các nguyên nhân khả thi khác dẫn đến tình trạng biểu hiện không tương hợp giới tính đã được xác định và loại trừ;
- Các tình trạng sức khỏe tâm thần và thể chất có thể tác động tiêu cực đến kết quả phẫu thuật khẳng định giới tính đã được đánh giá, đồng thời các rủi ro và lợi ích đã được thảo luận;
- Tình trạng ổn định với liệu trình điều trị nội tiết tố khẳng định giới tính (có thể bao gồm ít nhất 6 tháng điều trị nội tiết tố hoặc thời gian dài hơn nếu cần thiết để đạt được kết quả phẫu thuật mong muốn, trừ trường hợp không mong muốn trị liệu nội tiết tố hoặc có chống chỉ định về mặt y khoa).*

*Đây là các tiêu chuẩn được xếp loại ở mức khuyến nghị.

TIÊU CHÍ CHO TRẺ VỊ THÀNH NIÊN

Liên quan đến quá trình đánh giá

- Một cuộc đánh giá sinh-tâm-xã hội toàn diện bao gồm các chuyên gia y tế và chuyên gia sức khỏe tâm thần có liên quan;
- Sự tham gia của cha mẹ/người giám hộ trong quá trình đánh giá, trừ khi sự tham gia của họ được xác định là có hại cho trẻ vị thành niên hoặc không khả thi;
- Nếu cần có văn bản hoặc thư giới thiệu để chỉ định các phương pháp điều trị nội khoa và ngoại khoa khẳng định giới tính (GAMST), thì chỉ cần một thư

đánh giá từ một thành viên trong nhóm đa chuyên khoa. Thư này cần phản ánh kết quả đánh giá và ý kiến từ toàn đội ngũ bao gồm cả các chuyên gia y tế và chuyên gia sức khỏe tâm thần (MHPs).

Thuốc chặn dậy thì (puberty blockers)

- a. Sự đa dạng/không tương hợp về giới được biểu hiện rõ rệt và duy trì ổn định theo thời gian;
- b. Đáp ứng các tiêu chí chẩn đoán về không tương hợp giới trong các trường hợp cần có chẩn đoán để tiếp cận dịch vụ chăm sóc y tế;
- c. Thể hiện được sự trưởng thành về cảm xúc và nhận thức cần thiết để đưa ra sự đồng thuận/chấp thuận cho quá trình điều trị;
- d. Các vấn đề sức khỏe tâm thần (nếu có) mà có thể gây ảnh hưởng đến sự rõ ràng trong chẩn đoán, năng lực đồng thuận và các phương pháp điều trị y tế khẳng định giới đều đã được giải quyết; đảm bảo giải quyết thỏa đáng để việc điều trị y tế khẳng định giới có thể được thực hiện một cách tối ưu nhất.
- e. Đã được thông báo về các tác động đến khả năng sinh sản, bao gồm nguy cơ mất khả năng sinh sản và các lựa chọn hiện có để bảo tồn khả năng sinh sản;
- f. Đã đạt đến giai đoạn dậy thì Tanner 2.

Điều trị hormone giới tính

- a. Sự đa dạng/không tương hợp về giới được biểu hiện rõ rệt và duy trì ổn định theo thời gian;
- b. Đáp ứng các tiêu chí chẩn đoán về không tương hợp giới trong các trường hợp cần có chẩn đoán để tiếp cận dịch vụ chăm sóc y tế;
- c. Thể hiện được sự trưởng thành về cảm xúc và nhận thức cần thiết để đưa ra sự đồng thuận/chấp thuận cho quá trình điều trị;
- d. Các vấn đề sức khỏe tâm thần (nếu có) mà có thể gây ảnh hưởng đến sự rõ ràng trong chẩn đoán, năng lực

- e. đồng thuận và các phương pháp điều trị y tế khẳng định giới đều đã được giải quyết; đảm bảo giải quyết thỏa đáng để việc điều trị y tế khẳng định giới có thể được thực hiện một cách tối ưu nhất.
- f. Đã được thông báo về các tác động đến khả năng sinh sản, bao gồm nguy cơ mất khả năng sinh sản và các lựa chọn hiện có để bảo tồn khả năng sinh sản;
- g. Đã đạt đến giai đoạn dậy thì Tanner 2.

Phẫu thuật

- a. Sự đa dạng/không tương hợp về giới được biểu hiện rõ rệt và duy trì ổn định theo thời gian;
- b. Đáp ứng các tiêu chí chẩn đoán về không tương hợp giới trong các trường hợp cần có chẩn đoán để tiếp cận dịch vụ chăm sóc y tế;
- c. Thể hiện được sự trưởng thành về cảm xúc và nhận thức cần thiết để đưa ra sự đồng thuận/chấp thuận cho quá trình điều trị;
- d. Các vấn đề sức khỏe tâm thần (nếu có) mà có thể gây ảnh hưởng đến sự rõ ràng trong chẩn đoán, năng lực đồng thuận và các phương pháp điều trị y tế khẳng định giới đều đã được giải quyết; đảm bảo giải quyết thỏa đáng để việc điều trị y tế khẳng định giới có thể được thực hiện một cách tối ưu nhất.
- e. Đã được thông báo về các tác động đến khả năng sinh sản, bao gồm nguy cơ mất khả năng sinh sản và các lựa chọn hiện có để bảo tồn khả năng sinh sản;
- f. Ít nhất 12 tháng điều trị bằng liệu pháp hormone khẳng định giới tính hoặc lâu hơn (nếu cần thiết) để đạt được kết quả phẫu thuật khẳng định giới theo mong muốn bao gồm: nâng ngực, cắt tinh hoàn, tạo hình âm đạo, cắt tử cung, tạo hình dương vật, tạo hình bộ phận sinh dục nam và phẫu thuật khuôn mặt trong khuôn khổ điều trị khẳng định giới tính; trừ trường hợp liệu pháp hormone không nằm trong mong muốn của bệnh nhân hoặc có chống chỉ định về mặt y khoa.

PHỤ LỤC E - CÁC THỦ THUẬT PHẪU THUẬT KHẲNG ĐỊNH GIỚI

Khi lĩnh vực này ngày càng hiểu rõ hơn về nhiều khía cạnh của tình trạng không tương hợp giới, và khi các tiến bộ công nghệ cho phép xuất hiện thêm những phương thức điều trị

mới, điều quan trọng là phải nhận thức rằng danh mục này không mang tính đầy đủ, toàn diện. Điều này đặc biệt quan trọng vì khoảng thời gian giữa các lần cập nhật Tiêu chuẩn Chăm sóc (SOC) thường khá dài, trong khi sự thay đổi trong hiểu biết chuyên môn và các phương thức điều trị có thể diễn ra liên tục trong giai đoạn

PHẪU THUẬT KHUÔN MẶT

Cung mày	- Giảm cung mày - Tạo hình cung mày - Nâng cung mày
Hạ đường chân tóc và/hoặc cấy tóc	
Căng da mặt/ căng da giữa mặt (sau khi chỉnh xương)	- Phẫu thuật tạo hình cơ bám da cổ - Cấy mỡ tự thân
Phẫu thuật tạo hình mí mắt	
Nâng mũi ± chất làm đầy	
Gò má	- Đặt implant - Cấy mỡ tự thân
Môi	- Thu ngắn môi trên - Làm đầy môi (bao gồm tự thân và không tự thân)
Hàm dưới	- Giảm góc hàm - Tăng kích thước
Cằm	- Cắt chỉnh xương - Đặt implant - Phẫu thuật dây thanh (xem chương giọng nói)
Tạo hình sụn giáp	
PHẪU THUẬT NGỰC/VÚ	
Cắt tuyến vú	- Phẫu thuật cắt bỏ tuyến vú có bảo tồn/tái tạo quầng vú và núm vú theo chỉ định y khoa cần thiết cho từng bệnh nhân cụ thể. - Phẫu thuật cắt bỏ tuyến vú không bảo tồn/tái tạo quầng vú và núm vú theo chỉ định y khoa cần thiết cho từng bệnh nhân cụ thể.
Hút mỡ	
Tạo hình vú	- Túi độn và/hoặc tissue expander - Mô tự thân (vạt hoặc cấy mỡ tự thân)
PHẪU THUẬT SINH DỤC	
Tạo hình dương vật (± tạo bìu)	± kéo dài niệu đạo ± đặt thể hang nhân tạo ± cắt bỏ âm đạo
Tạo hình dương vật từ âm vật (± tạo bìu)	- kéo dài niệu đạo ± đặt thể hang nhân tạo ± cắt bỏ âm đạo
Tạo hình âm đạo (kỹ thuật lộn dương vật, phúc mạc hoặc ruột)	Có thể giữ lại dương vật/tinh hoàn
Tạo hình âm hộ	Bao gồm kỹ thuật “flat front”
CẮT BỎ TUYẾN SINH DỤC	
Cắt tinh hoàn	
Cắt tử cung và phần phụ	
TẠO HÌNH CƠ THỂ	
Hút mỡ	
Cấy mỡ tự thân	
Cấy ghép	Ngực, hông, mông, bắp chân
Tạo hình/thu gọn vùng mu	
THỦ THUẬT BỔ SUNG	
Triệt lông: ở vùng mặt, cơ thể, bộ phận sinh dục để khẳng định giới như là một phần chuẩn bị của quá trình tiền phẫu thuật	- Điện phân - Laser epilation
Xăm quầng núm vú	
Ghép tử cung	
Ghép dương vật	