

اصول مراقبت

از سلامت افراد ترانسخسی، دگرباش و دارای جنسیت نامنطبق

انجمن جهانی متخصصان برای سلامت دگرباشان

این اثر ترجمه‌ایست از:

Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender- Nonconforming People

By:

The World Professional Association for Transgender Health

Translated into Persian by:

Behzad S. Khorashad, M.D

Behnaz Khazai, M.D

اصولِ مراقبت

از سلامتِ افرادِ تراجنسی، دگرباش

و دارایِ جنسیتِ نامنطبق

Eli Coleman, Walter Bockting, Marsha Botzer, Peggy Cohen-Kettenis, Griet DeCuyper, Jamie Feldman, Lin Fraser, Jamison Green, Gail Knudson, Walter J. Meyer, Stan Monstrey, Richard K. Adler, George R. Brown, Aaron H. Devor, Randall Ehrbar, Randi Ettner, Evan Eyler, Rob Garofalo, Dan H. Karasic, Arlene Istar Lev, Gal Mayer, Heino Meyer-Bahlburg, Blaine Paxton Hall, Friedmann Pfäfflin, Katherine Rachlin, Bean Robinson, Loren S. Schechter, Vin Tangpricha, Mick van Trotsenburg, Anne Vitale, Sam Winter, Stephen Whittle, Kevan R. Wylie & Ken Zucker

© 2012 World Professional Association for Transgender Health (WPATH). All rights reserved.

7th Version | www.wpath.org

ISBN: X-XXX-XXXXX-XX

فهرست

3	هدف و استفاده از اصول مراقبت
5	کاربری جهانی اصول مراقبت
6	تفاوت میان جنسیت نامنطبق و نارضایتی جنسیتی
8	ملاحظات همهگیرشناختی
10	مروری بر رویکردهای درمانی در نارضایتی جنسیتی
12	ارزیابی و درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به نارضایتی جنسیتی
20	سلامت روان
29	هورمون درمانی
43	سلامت در تولید مثل
45	درمان آوا و برقراری ارتباط
47	جراحی
56	مراقبت پس از عمل و فالوآپ (پیگیری)
57	مراقبت‌های پیشگیرانه و اولیه در طول زندگی
59	کاربردپذیری اصول مراقبت برای افرادی که در موسسات زندگی می‌کنند
60	کاربست پذیری اصول مراقبت برای افراد با اختلالات تکوین جنس
63	ضمیمه ی آ
87	ضمیمه ی ب
93	ضمیمه ی ج
96	ضمیمه ی د
99	ضمیمه ی ه
63	منابع

هدف و استفاده از اصول مراقبت

انجمن تخصصی جهانی سلامت دگرباشان¹ (WPATH) یک تشکل تخصصی، چند رشته‌ای و بین‌المللی است که مأموریت آن گسترش خدمات سلامت مبتنی بر شواهد به دگرباشان، بهبود آموزش و پژوهش‌های مرتبط با آنان، حمایت اجتماعی و پیشبرد سیاست‌های مربوط به عرصه عمومی، و در نهایت تکریم آنان می‌باشد. چشم انداز نهایی WPATH آنست که با گردآوری متخصصان رشته‌های مختلف، زمینه‌ساز شکل‌گیری بهترین رویکرد درمانی و سیاست‌های حمایتی در سراسر جهان شود تا از این طریق سلامت، پژوهش، آموزش، شأن و منزلت، و برابری را برای دگرباشان، تراجنسی‌ها و افراد دارای جنسیت نامنطبق در تمامی فرهنگ‌ها میسر و مهیا کند.

یکی از عملکردهای اصلی WPATH، ارائه‌ی معتبرترین خدمات سلامت است که این مهم از طریق تهیه و تنظیم اصول مراقبت از سلامت دگرباشان، تراجنسی‌ها و افراد دارای جنسیت نامنطبق صورت می‌گیرد. اصول مراقبت بر اساس معتبرترین شواهد علمی و توافق مجرب‌ترین متخصصان جهانی در این حوزه تهیه می‌گردد.² از آنجا که بیشتر پژوهش‌ها و تجاربی که در این حوزه وجود دارد متأثر از دیدگاه‌های رایج در آمریکای شمالی و اروپای غربی است، لازم است تا اصول مراقبت برای استفاده در سایر نقاط جهان بومی‌سازی شود. در این نسخه از اصول مراقبت، پیشنهادهای برای در نظر گرفتن نسبت فرهنگی و ظرفیت‌های فرهنگی گنجانده شده است.

هدف کلی اصول مراقبت آنست که با تهیه‌ی یک دستورالعمل بالینی برای ارائه دهنده‌ی خدمات سلامت، امکان دستیابی افراد تراجنسی، دگرباش و جنسیت نامنطبق به یک آسایش پایدار را تسهیل، و از این طریق سلامت عمومی، سعادت‌مندی روانشناختی، و کامبخشی آنان را حداکثر سازد. این دستورالعمل‌ها عبارتند از مراقبت اولیه، مراقبت‌های مامایی و ارولوژیک، گزینه‌های باروری، همسازای صدا و درمان‌های ارتباطی، خدمات سلامت روان (نظیر ارزیابی، مشاوره، روان‌درمانی) و درمان‌های هورمونی و جراحی. با اینکه این سند، قبل از هر چیز منبعی برای ارائه‌دهندگان حرفه‌ای خدمات سلامت است، اما افراد غیرمتخصص، دگرباشان، تراجنسی‌ها و افراد دارای جنسیت نامنطبق و خانواده‌هایشان، و همین‌طور موسسات اجتماعی نیز می‌توانند برای بهبود خدمت‌رسانی در حوزه سلامت، از این سند سود ببرند.

ما نیک آگاهییم که سلامت، افزون بر خدمات بالینی مناسب، محصول شرایط اجتماعی و سیاسی است که در آن مدارا، برابری، و حقوق واقعی شهروندی مهیاست. سلامت زمانی میسر می‌شود که سیاست‌های حوزه‌ی عمومی و اصلاحات قانونی امکان تحمل و برابری برای گوناگونی جنسیتی و جنسی را فراهم ساخته و پیش‌داوری، تبعیض و تحقیر را از میان ببرد. ما متعهدیم که از این تغییرات در عرصه‌ی سیاست‌های عمومی و اصلاحات قانونی دفاع کنیم.

اصول مراقبت دستورالعملی انعطاف‌پذیر است

اصول مراقبت با چنان انعطاف‌پذیری طراحی شده که بتواند ابعاد گوناگون سلامت دگرباشان، تراجنسی‌ها و افراد دارای جنسیت نامنطبق را ارزیابی کرده و نیازمندی‌های آنان در خصوص خدمات سلامت را پوشش دهد. در عین انعطاف‌پذیری، اصول مراقبت معیارهایی را برای بهینه‌سازی خدمات سلامت و راهکارهای درمانی برای افرادی که از نارضایتی جنسیتی رنج می‌برند ارائه می‌کند - معنای نارضایتی جنسیتی عبارتست از هرگونه اضطراب یا ناخوشی ناشی از عدم انطباق میان هویت جنسیتی که فرد حس می‌کند و جنسیتی که در بدو تولد به او نسبت داده شده، و نقش‌های جنسیتی همبسته با آن و/یا خصوصیات جنسی اولیه و ثانویه (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b).

معیارهای شروع هورمون درمانی و درمان‌های جراحی که در این سند برای درمان نارضایتی جنسیتی آمده، همچون نسخه‌های قبلی اصول مراقبت مجموعه‌ای از دستورالعمل‌های بالینی هستند و لذا امکان تغییر آنها توسط متخصصان و برنامه‌ریزان حوزه سلامت و بهداشت در شرایط خاص وجود دارد؛ مثلاً در مواردی که مددجو درگیر یک وضعیت خاص روانشناختی، اجتماعی و یا آناتومیک

¹ این انجمن، پیش از این «انجمن بین‌المللی نارضایتی جنسیتی هری بنجامین» نام داشت.

² اصول مراقبت، نسخه‌ی هفت، تغییر قابل توجهی نسبت به نسخه‌های قبلی داشته است. تغییرات صورت گرفته در این نسخه مبتنی بر تحولات فرهنگی عمده، پیشرفت‌های چشمگیر در دانش بالینی، و توجه به بسیاری از مسایل سلامت - محوری است که پس از هورمون‌درمانی و جراحی در رابطه با افراد تراجنسی، دگرباش و دارای جنسیت نامنطبق رخ می‌دهد (Coleman, 2009a, b, c, d).

است؛ یا یک متخصص مجرب حوزه‌ی سلامت مایل است تا بنا به تشخیص خود روشی نوین را برای مدیریت یک وضعیت شایع بکار گیرد؛ و یا یک پروتکل تازه را مورد پژوهش قرار دهد. همین طور در نقاطی از جهان که منابع کافی برای پیاده‌سازی تمام و کمال اصول مراقبت وجود ندارد؛ و یا نیاز به استراتژی‌هایی خاص برای کاهش آسیب است، می‌توان اصول مراقبت را، با حفظ اصول کلی، با شرایط بومی تطبیق داد.

هرچند *اصول مراقبت*، مدعی است که معیارهای معتبر رویکرد به مددجویان را گردآوری کرده ولی در عین حال به اهمیت تصمیم‌گیری‌های آگاهانه و مستدل و نیز ارزش رویکردهای کاهش آسیب اذعان دارد. علاوه بر این، در این نسخه از *اصول مراقبت* باور بر اینست که بسیاری از تظاهرات جنسیت در زمره‌ی مواردی هستند که نیاز به مداخله‌ی روانشناختی، هورمونی یا جراحی ندارند. برخی از مددجویانی که برای دریافت خدمات سلامت مراجعه می‌کنند، خود، بخش عمده‌ی مسیر تغییر جنسیت، یا نقش‌های جنسیتی، یا حل تعارضات و نارضایتی‌های جنسیتی را پیموده‌اند. و برخی دیگر نیازمند خدمات فشرده‌تر و ویژه‌تری هستند. ارائه‌ی دهنده‌ی خدمات سلامت، قادر است تا با بهره‌گیری از *اصول مراقبت*، به فهم نیازمندی‌های بالینی مددجو پرداخته، و پاسخی همه‌جانبه به آنها بدهد.

کاربری جهانی اصول مراقبت

هرچند که اصول مراقبت تلاش می‌کند تا دستورالعمل‌هایی برای تمام نقاط جهان ارائه کند، اما باید در نظر داشت که بیشتر آنچه که به عنوان دانش و تجربه‌ی بالینی مورد ارجاع این سند قرار گرفته، محصول آمریکای شمالی و اروپای غربی است. حال آنکه از جایی به جای دیگر، چه بین کشورهای مختلف و چه حتی در درون فرهنگ‌های مختلف یک کشور، تفاوت‌های زیادی در برخورد اجتماعی با دگرباشان، تراجنسی‌ها و افراد دارای جنسیت نامنطبق وجود دارد؛ ساختارهای اجتماعی مربوط به نقش‌ها و هویت‌های جنسیتی؛ زبان مورد استفاده برای توصیف هویت‌های جنسیتی متفاوت؛ اپیدمیولوژی نارضای جنسیتی؛ دسترسی به درمان و هزینه‌های مربوط به آن؛ درمان‌های پیشنهاد شده؛ تعداد و انواع خدمات سلامتی که به مددجویان ارائه می‌گردد؛ و مباحث حقوقی و سیاست‌های قانونی که به حوزه سلامت آنان مربوط می‌شود، همه می‌توانند از جایی به جای دیگر متفاوت باشند (Winter, 2009).

غیرممکن است که بتوان همه‌ی این گوناگونی‌ها را در یک سند گنجانید. لذا متخصصان حوزه سلامت بایستی که در هنگام به کارگیری این دستورالعمل‌ها، تفاوت‌های خاص هر بافتار فرهنگی را مورد توجه قرار داده و اصول مراقبت را با واقعیت‌های بومی آن تطبیق دهند. برای مثال، در برخی فرهنگ‌ها، آنها که جنسیت نامنطبق دارند چنان جمعیت گسترده و سبک زندگی عیانی دارند که حضورشان در سپهر اجتماعی بسیار روشن و آشکار است (Peletz, 2006). در چنین شرایطی عجیب نیست که افراد، تغییر جنسیت و یا تغییر ویژگی‌های فیزیکی‌شان را در نوجوانی یا حتی زودتر شروع کنند. بسیاری از دگرباشان، تراجنسی‌ها و افراد دارای جنسیت نامنطبق جهان در بافتار اجتماعی، فرهنگی و حتی زبان‌شناختی زندگی کرده و رشد می‌کنند که کاملاً متفاوت از فرهنگ‌های غربی است. و با اینحال همگی تبعیض و تحقیر را تجربه می‌کنند (Peletz, 2006; Winter, 2009). در بسیاری از فرهنگ‌ها نقش‌های جنسیتی بسیار سخت و انعطاف‌ناپذیر بوده، و هر شکلی از عدم انطباق با جنسیت‌های تعریف شده محکوم به انگ و برچسب اجتماعی³ است (Winter, 2009). در چنین شرایطی، افراد با جنسیت نامنطبق مجبور به خانه‌نشینی و خروج از صحنه اجتماعی شده و، لذا، دسترسی‌شان به خدمات سلامت محدود و ناکافی خواهد بود (Winter et al, 2009).

هدف اصول مراقبت مهیا کردن بهترین خدمات مراقبت ممکن برای همگان است. متخصصان حوزه سلامت در سراسر جهان - حتی آنانکه که در مناطقی هستند که منابع و امکانات یادگیری محدود است - می‌توانند بسیاری از دستورالعمل‌های بنیادینی را که زیربنای اصول مراقبت را تشکیل می‌دهند، بکار گیرند. از جمله‌ی این دستورالعمل‌ها عبارتند از: احترام گذاشتن به بیمارانی که هویت جنسیتی نامنطبق دارند (نباید تصور کرد که بیان یا هویت جنسیتی که با اکثریت جامعه همخوان نیست، بیمارگونه و یا منحرف است)؛ ارائه‌ی خدمات سلامت (یا ارجاع به همکارانی که در این زمینه دانش کافی دارند) و پذیرش هویت جنسی بیمار و کاهش رنج ناشی از نارضای جنسیتی در صورت وجود؛ تطبیق رویکرد درمانی با نیازمندی‌های خاص بیماران، به ویژه در مورد بیان جنسیت و همین‌طور ضرورت‌هایی از نارضای جنسیتی؛ تسهیل دسترسی به مراقبت‌های مناسب؛ دریافت رضایت آگاهانه از بیمار پیش از ارائه‌ی درمان؛ ادامه و پیگیری درمان؛ و آمادگی برای حمایت و دفاع از بیماران درون خانواده و حلقه‌های اجتماعی آنان (مدارس، محل کار، و غیره).

واژگان‌شناسی یا دایره‌ی لغاتی که برای نامگذاری چنین حالاتی استفاده می‌شود، وابسته به زمان و مکان بوده و با سرعت بسیار در حال تغییر است. لازم است که در زمان‌ها و مکان‌های مختلف و در میان افراد گوناگون از زبانی شایسته و سزاوار استفاده گردد. از آنجا که اصول مراقبت به زبان‌های دیگر ترجمه می‌شود، باید بسیار مراقب بود که معنای عبارات دقیق و مسئولانه ترجمه گردد. معادل‌گزینی برای واژگان زبان انگلیسی در سایر زبان‌ها، و بر عکس، همیشه کار آسانی نیست. برخی زبانها واژه‌های معادل برای توصیف عبارات گوناگونی که در این سند آمده ندارند؛ از همین‌رو، مترجمان باید نسبت به اهداف بنیادین درمان آگاه بوده و در راستای نیل به آن اهداف دستورالعمل‌هایی عملی با امکان کاربری طراحی کنند.

³ Stigma

تفاوت میان جنسیت نامنطبق و نارضایتی جنسیتی

هویت جنسی دگرباش، تراجنسی و جنسیت نامنطبق نه مصداق بیماری، که نمودار گوناگونی‌اند

در ماه می سال 2010، WPATH با صدور بیانیهای خواستار بیماری‌زدایی از جنسیت نامنطبق در سراسر جهان شد (WPATH Board of Directors, 2010). این بیانیه تاکید می‌کرد اینکه «بیان خصوصیات جنسیت [روانی]، از جمله انواع هویت، با جنسیت [آناتومیک] که در زمان تولد به فرد نسبت داده می‌شوند، ناهمخوان باشند بر خلاف آنچه کلیشه‌ها حکم می‌کنند امری شایع و فرهنگ‌گستر بوده و نباید آن را پدیده‌ای ذاتا بیمارگونه و ناسالم پنداشت.»

متأسفانه، در بسیار از جوامع در سراسر جهان، جنسیت نامنطبق آماج انگ اجتماعی است (I.H. Meyer, 2003). این انگ می‌تواند منجر به نفرت و تبعیض اجتماعی، و به تبع آن، شکل‌گیری «اضطراب اقلیت» گردد (I.H. Meyer, 2003). اضطراب اقلیت با خاستگاهی اجتماعی و به صورت مزمن و اختصاصی (و در کنار سایر عوامل استراس‌زایی که همگی اعضای جامعه آن را تجربه می‌کنند)، تراجنسی‌ها، دگرباشان و افراد با جنسیت نامنطبق را هدف قرار داده و آنان را در برابر آسیب‌های سلامت روان نظیر اضطراب و افسردگی آسیب‌پذیرتر می‌سازد (Institute of Medicine, 2011). علاوه بر تعصب و تبعیضی که در سپهر اجتماعی به بار می‌آید، انگ اجتماعی می‌تواند فرد را در روابط شخصی با گروه همسالان و اعضای خانواده‌اش نیز در معرض سواستفاده و بی‌توجهی قرار بدهد، و ازین طریق نیز، اسباب بروز آسیب‌های روانشناختی را فراهم کند. همگی اینها نشان می‌دهد که این آسیب‌های روانشناختی ربطی به نفس تراجنسی و دگرباش بودن یا جنسیت نامنطبق داشتن ندارد، بلکه محصول طرد اجتماعی و خصومتی است که دیگران در حق مددجویان دگرباش، تراجنسی و افراد دارای جنسیت نامنطبق روا می‌دارند.

جنسیت نامنطبق با نارضایتی جنسیتی یکی نیست

جنسیت نامنطبق به حالتی گفته می‌شود که در آن هویت جنسی، نقش‌های جنسیتی، یا بیان جنسیتی یک فرد از معیارهایی که عرف و فرهنگ برای اعضای یک جنس خاص تعریف کرده، فاصله بگیرد (Institute of Medicine, 2011). نارضایتی جنسیتی، اما، به ناراحتی یا رنجی (دیسترس) اشاره دارد که معلول ناهمخوانی هویت جنسی فرد با جنسیت، نقش‌های جنسیتی و نیز خصوصیات اولیه و ثانویه جنسی است که بر اساس آناتومی در بدو تولد به او نسبت داده شده است (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, and Bockting, 2010b). تنها بعضی از کسانی که جنسیت نامنطبق دارند، آن هم در بعضی از مقاطع زندگی‌شان نارضایتی جنسیتی را تجربه می‌کنند.

«درمان» برای یاری رساندن به کسانی است که از چنین ناهمخوانی رنج می‌برند. درمان کمک می‌کند تا فرد هویت جنسی خود را بجوید و نقش جنسیتی برگزیند که با آن احساس آرامش و راحتی بیشتری می‌کند (Bockting and Goldberg, 2006). درمان، قائم به شخص و فردمحور است: آنچه که نارضایتی جنسیتی یک فرد را تخفیف می‌دهد ممکن است بسیار متفاوت از چیزی باشد که برای فرد دیگری شفاف‌بخش است. چنین فرایندی می‌تواند تغییری در بیان جنسیت یا تغییری آناتومیک را شامل بشود یا نشود. گزینه‌های پزشکی درمان عبارتند از، برای مثال، زنانه‌سازی یا مردانه‌سازی بدن از طریق هورمون درمانی و/یا جراحی، که برای کاهش و تسکین نارضایتی جنسیتی موثر بوده و تجویز آنها برای بسیاری از افراد ضروری است. هویت جنسی و بیان آن متنوع بوده، و هورمون و جراحی تنها دو گزینه از گزینه‌های پرشمار در دسترس برای کسب آرامش در خود و هویت است.

نارضایتی جنسیتی را تا حد زیادی می‌توان به کمک درمان برطرف نمود (Murad et al, 2010). از همین روست که اگرچه برخی از افراد تراجنسی، دگرباش و جنسیت نامنطبق ممکن است در برخی از مقاطع زندگی‌شان نارضایتی جنسیتی داشته باشند، اما بسیاری از افرادی که درمان دریافت می‌کنند قادرند به نقش و هویتی دست بیابند که در آن احساس آرامش بیشتری می‌کنند، حتی اگر این نقش‌ها آنچیزی نباشد که در بدو تولد به آنها نسبت داده شده و یا با معیارهای جنسیتی حاکم مغایر باشد.

تشخیص‌های مرتبط با نارضایتی جنسیتی

نارضایتی جنسیتی برخی اوقات با چنان شدتی عارض می‌شود که بر اساس معیارهایی که در طبقه‌بندی بیماری‌های روانی استفاده می‌شود، می‌توان آن را نوعی اختلال روانپزشکی دانست. گنجاندن نارضایتی جنسی در فهرست طبقه‌بندی بیماری‌های روانی، به هیچ وجه به منزله‌ی مجاز شمردن ننگ اجتماعی یا محرومیت از حقوق انسانی و مدنی نیست. نظام‌های طبقه‌بندی موجود نظیر

دستورالعمل آماری تشخیصی اختلالات روانی (DSM) (American Psychiatric Association, 2000) و طبقه بندی بین المللی بیماری (ICD) (World Health Organization, 2007) صدها اختلال روانی را تعریف می‌کند که هر یک شروع، طول مدت، بیماری‌زایی، اختلال عملکردی و درمان‌پذیری متفاوتی دارند. تلاش همگی این نظام‌ها دسته‌بندی علائم، نشانه‌ها و بیماری‌هاست، و نه افراد. «اختلال» توصیف آن چیزی است که فرد با آن دست به گریبان است، نه توصیف فرد یا هویت وی.

نتیجه آنکه تراجنسی‌ها، دگرباشان و آنها که جنسیت نامنطبق دارند به خودی خود بیمار نیستند. بلکه، نارضایتی جنسیتی است که می‌تواند منجر به رنج و آزرده‌گی شود که در اینصورت، می‌توان آن را تشخیص داده و با استفاده از گزینه‌های مختلفی که وجود دارد، درمان کرد. اینکه نارضایتی جنسیتی در میان تشخیص‌های روانپزشکی گنجانده شده، باعث می‌شود تا دسترسی به خدمات سلامت تسهیل شده و امکان تحقیق بر روی درمان‌های موثرتر میسر باشد.

پژوهش‌های صورت گرفته در حال ایجاد فهرستی تازه از نامگذاری تشخیصی است، و دایره‌ی لغات چه در DSM و چه در ICD در حال پوست‌اندازی است (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b; Meyer-Bahlburg, 2010; Zucker, 2010). به همین دلیل، در اصول مراقبت عبارت‌های جدید و اصطلاحات در حال ظهور به کار گرفته شده و تعریف شده‌اند. متخصصان حوزه‌ی سلامت باید برای کدگذاری مناسب چه در حیطه‌ی بالینی و چه پژوهشی به بروزترین معیارهای تشخیصی مراجعه کنند.

ملاحظات همهگیرشناختی

تا به حال هیچ مطالعه‌ی همهگیر شناسانه‌ی رسمی برای اندازه‌گیری بروز⁴ و شیوع⁵ ترانجنسیت به طور خاص و یا دگرباشی و هویت جنسیتی نامنطبق به طور عام صورت نگرفته، و تلاش‌هایی هم که برای رسیدن به تخمین‌هایی واقع‌گرایانه انجام شده دچار اشکالات جدی هستند (Institute of Medicine, 2011; Zucker & Lawrence, 2009). حتی اگر مطالعات همهگیرشناسانه نشان بدهند که بروز ترانجنسیت، دگرباشی و یا جنسیت نامنطبق در سراسر جهان یکسان است، به احتمال زیاد تفاوت‌های موجود میان فرهنگ‌های مختلف سبب می‌شود تا نمود رفتاری هویت‌های جنسیتی متنوع در عرصه اجتماع و نیز شدت نارضایتی جنسیتی به وجود آمده - که متمایز از هویت جنسیتی است - از کشوری به کشور دیگر متفاوت باشد. هرچند در بیشتر کشورها، عبور از مرزهای مربوط به هنجارهای جنسیتی اغلب با توییح و سرکوب مواجه می‌شود تا مدارا و همدلی، هستند فرهنگ‌هایی که در آنها جنسیت نامنطبق از انگ اجتماعی مبرا است و حتی در بعضی موارد مورد ستایش بوده و گرامی داشته می‌شوند (Besnier, 1994; Bolin, 1988; Chinas, 1995; Coleman, Colgan, & Gooren, 1992; Costa & Matzner, 2007; Jackson & Sullivan, 1999; Nanda, 1998; Taywaditep, Coleman, & Dumronggittigule, 1997)

بنا به دلایل گوناگون، غالب پژوهشگرانی که در حوزه‌ی همهگیرشناسی فعالیت می‌کرده‌اند، ترجیح داده‌اند تا به سراغ سهل‌الوصول‌ترین زیرگروه از مجموعه مددجویان دارای جنسیت نامنطبق بروند: افراد ترانجنسی که تجربه‌ی نارضایتی جنسیتی داشته و برای دریافت مراقبت‌های مربوط به تطبیق جنسیت به کلینیک‌های تخصصی جنسیت مراجعه می‌کنند (Zucker & Lawrence, 2009). بیشتر این مطالعات در کشورهای اروپایی نظیر سوئد (Walinder, 1968, 1971)، بریتانیا (Hoeing & Kenna, 1974)، هلند (Bakker, Van Kesteren, Gooren, & Bezemer, 1993; Eklund, Gooren, & Bezemer, 1988; van Kesteren, Gooren & Megens, 1996)، آلمان (Weitz & Osburg, 1996)، و بلژیک (De Cuyper et al., 2007) صورت گرفته است. یک مطالعه هم در سنگاپور انجام شده است (Tsoi, 1988).

دی کوپپر و همکارانش (2007) این مطالعات را بررسی کرده و همراه با نتایج مطالعه‌ی خودشان گزارش کردند. این پژوهشها در طی 39 سال صورت پذیرفته بودند. آنها با حذف دو مطالعه‌ی پاولی در 1965 و تیسوی در 1988 که با سایر مطالعات ناهمخوان بودند، ده مطالعه در هشت کشور را مورد بازبینی قرار دادند. ارقامی که تحقیق آنها گزارش می‌کرد عبارت بود از شیوع 1:11900 تا 1:45000 برای ترانجنسی‌های مرد به زن (MtF) و شیوع 1:30400 تا 1:200000 برای ترانجنسی‌های زن به مرد (FtM). برخی پژوهشگران بر این باورند که بسته به اینکه روش‌شناسی مورد استفاده در تحقیق چگونه باشد، نرخ شیوع می‌تواند بسیار بالاتر از ارقام گزارش شده باشد (Ollyslager & Conway, 2007).

مقایسه‌ی مستقیم در میان مطالعات ناشدنی است، چرا که هر کدام روش و معیارهای خاص خودشان را برای جمع‌آوری داده و نیز تشخیص ترانجنسیت در افراد داشته‌اند (برای مثال، اینکه فردی عمل جراحی بازسازی آلت تناسلی انجام داده یا هورمون‌درمانی را شروع کرده یا اینکه تنها برای دریافت خدمات مربوط به گذار هدایت شده از جنسیتی به جنسیت دیگر به کلینیک مراجعه کرده است). به نظر می‌رسد با گذر زمان نرخ شیوع در مطالعات افزایش یافته که احتمالاً نشان دهنده‌ی آنست که تعداد افراد بیشتری برای دریافت خدمات سلامت به کلینیک مراجعه می‌کنند. این ادعا را پژوهش رید و همکارانش (2009) تایید می‌کند: آنها نشان داده‌اند که تعداد افرادی که به خدمات سلامت در کلینیک‌های جنسیت در بریتانیا دسترسی دارند هر پنج یا شش سال دو برابر می‌شود. به همین ترتیب، زوکر و همکارانش (2008) گزارش کرده‌اند که در طی یک بازه زمانی 30 ساله، مراجعان کودک و نوجوانی که به کلینیک آنها در تورنتوی کانادا مراجعه کرده‌اند، چهار تا پنج برابر شده است.

اعداد و ارقامی را که از این مطالعات بدست می‌آید در بهترین حالت می‌توان تخمین‌هایی حداقلی دانست. این آمارهای منتشر شده اکثراً از کلینیک‌هایی بدست می‌آید که در آن بیمارانی پذیرش می‌شوند که واجد معیارهای نارضایتی شدید جنسیتی بوده و برای دریافت خدمات سلامت به آن کلینیک مراجعه کرده‌اند. حال آنکه ممکن است خدمات ارائه شده در چارچوب یک کلینیک خاص برای همه‌ی کسانی که خود را دچار نارضایتی جنسیتی می‌دانند قابل پرداخت، قابل استفاده و یا قابل پذیرش نباشد، و این مساله‌ایست که این

⁴ بروز - تعداد موارد جدید که در یک بازه‌ی زمانی مشخص (مثلاً یکسال) تشخیص داده می‌شوند
⁵ شیوع - تعداد افرادی که دچار یک وضعیت هستند، تقسیم بر تعداد افراد کل جمعیت.

تخمین‌ها به حساب نمی‌آوردند. با شمارش تنها آن کسانی که برای دریافت یک نوع خاص درمان به کلینیک‌ها مراجعه می‌کنند، بسیاری از بیماران دچار نارضایتی جنسیتی نادیده گرفته می‌شوند.

سایر مشاهدات بالینی (که هنوز مطالعات سیستماتیک اعتبارشان را تایید نکرده) نشان داده‌اند که احتمالاً نرخ شیوع نارضایتی جنسیتی بیشتر از آنچه‌ی است که تا به حال تصور می‌شده: (1) بیماران نارضایتی جنسیتی معمولاً زمانی تشخیص داده می‌شوند که با ملغمه‌ای از اختلالات روانپزشکی همراه نظیر اضطراب، افسردگی، اختلال سلوک، سومصرف مواد، اختلالات تجزیه هویت، اختلال شخصیت مرزی، اختلالات جنسی، و اختلالات تکوین جنسی مراجعه می‌کنند (Cole, O'Boyle, Emory, & Meyer III, 1997).

(2) برخی از مبدل‌پوش‌ها، زن/مرد پوش‌ها، و مردان و زنان همجنس‌خواه هم ممکن است به نارضایتی جنسیتی دچار باشند (Bullough & Bullough, 1993). (3) در برخی افراد شدت نارضایتی جنسیتی متغیر است، طوری که گاه واجد معیارهای تشخیص بالینی است و گاه نیست (Docter, 1988) و (4) جنسیت نامنطبق در میان افراد FtM در بسیاری از فرهنگ‌ها نامرئی و غیرقابل تشخیص است؛ این موضوع به خصوص در مورد فرهنگ غربی، که خاستگاه بیشتر مطالعاتی است که تخمین‌های کنونی بروز و شیوع بر اساس نتایج آنها بدست آمده، اهمیت دارد (Winter, 2009).

نتیجه آنکه، اطلاعات موجود کنونی را باید به مثابه‌ی یک نقطه‌ی آغاز انگاشت، و اینکه مطالعات هم‌گیرشناسی استوارتر و دقیق‌تر در نقاط مختلف جهان می‌تواند به بهبود خدمات سلامت کمک کند.

مروری بر رویکردهای درمانی در نارضایتی جنسیتی

پیشرفت‌ها در دانش و درمان نارضایتی جنسیتی

در نیمه‌ی دوم قرن بیستم، یعنی همان زمانی که نخستین تلاش‌های متخصصان سلامت برای کاهش نارضایتی جنسیتی با ایجاد تغییراتی در صفات اولیه و ثانویه‌ی جنسی از طریق هورمون درمانی و جراحی و نیز تغییر در نقش‌های جنسیتی صورت می‌گرفت، پدیده‌ی نارضایتی جنسیتی مطرح و مورد بحث و بررسی قرار گرفت. هرچند هری بنجامین از مدت‌ها قبل اذعان کرده بود که جنسیت نامنطبق، پدیده‌ای طیف‌مند و متشکل از حالات گوناگون است (Benjamin, 1966)، رویکرد بالینی رایج در آن زمان غالباً بر تشخیص‌های مناسب تغییر جنسیت متمرکز بود تا به این ترتیب، تغییرات فیزیکی گذار از مردانگی به زنانگی یا از زنانگی به مردانگی به کامل‌ترین نحو تسهیل گردد (Green & Fleming, 1990; Hastings, 1974). این رویکرد به طور گسترده مورد ارزیابی قرار گرفته و نشان داده شد که بسیار اثربخش است. نرخ رضایت پس از تغییر جنسیت که در مطالعات مختلف گزارش شده از 87% در میان مددجویان MtF تا 97% در میان مددجویان FtM متغیر بوده (Green & Fleming, 1990)، و پشیمانی بعد از عمل بسیار نادر بوده است؛ 1 تا 1.5 درصد در مددجویان MtF و کمتر از 1 درصد در میان مددجویان FtM (Pfafflin, 1993). در حقیقت نشان داده شده که در بسیاری از بیماران، هورمون درمانی و جراحی برای تسکین نارضایتی جنسیتی اثربخشی قابل توجهی دارد (American Medical Association, 2008; Anton, 2009; World Professional Association for Transgender Health, 2008).

با اینهمه، با پیشرفت و گسترش حوزه‌ی مطالعات جنسیت، متخصصان سلامت اندک اندک دریافته‌اند که هرچند درمان نارضایتی جنسیتی بسیاری از افراد نیازمند هورمون درمانی و جراحی است، بیمارانی هم هستند که یا تنها با یکی از این دو گزینه بهبود می‌یابند و یا به هیچ کدام نیازی ندارند (Bockting & Goldberg, 2006; Bockting, 2008; Lev, 2004). برخی افراد، با کمک روان‌درمانی قادر می‌شوند که احساسات تراجنسیتی و دگرجنسیتی خود را با نقش جنسیتی که در زمان تولد به آنها نسبت داده شده یکپارچه کرده و اجباری به مردانه یا زنانه کردن بدن خود احساس نکنند. برای برخی دیگر، نفس تغییر در نقش جنسیتی و نیز مبدل‌پوشی در سپهر اجتماعی کافی است تا نارضایتی جنسیتی‌شان برطرف شود. بعضی از بیماران نیازمند دریافت هورمون و نقش جنسیتی‌اند اما از جراحی سودی نمی‌برند؛ و بعضی دیگر باید نقش جنسیتی را تغییر دهند و عمل جراحی کنند اما به دریافت هورمون نیازی ندارند. در یک کلام، امروزه درمان نارضایتی جنسیتی بیش از پیش فردمحور شده است.

با سالخورده شدن نسل پیشین تراجنسی‌ها و دگرباشان و افراد با جنسیت نامنطبق - که هر کدام از یک رویکرد درمانی متفاوت سود برده‌اند -، اجتماع آنها عیان‌تر و آشکارتر از قبل شده و تنوعی قابل تامل از هویت، نقش و بیان جنسیتی به نمایش گذاشته است. برخی‌ها خودشان را نه مصداق جنسیت نامنطبق که بی‌هیچ شک شبهه عضوی از جنس مقابل می‌دانند (که تنها صاحب اندام‌های نامناسبی شده‌اند) (Bockting, 2008). عده‌ی دیگر بر هویت جنسیتی یگانه خود اذعان دارند و خود را نه مرد می‌دانند و نه زن (Bornstein, 1994; Kimberly, 1997; Stone, 1991; Warren, 1993). بلکه، هویت جنسیتی خود را به یاری عبارات تخصصی همچون دگرباش، دوجنسیتی، یا جنسیت نامتعارف توصیف می‌کنند و به این ترتیب تجربه‌های هویتی منحصر به فرد خود را تجلی بخشیده و از انگاره‌ی مرد/زن فراتر می‌روند (Bockting, 2008; Ekins & King, 2006; Nestle, Wilchins, & Howell, 2002). این دسته از افراد فرایند تطبیق یا همخوان‌سازی هویت خود را مصداق «گذار» نمی‌دانند، چرا که آن نقش جنسیتی را که در ابتدای تولد به آنان نسبت داده شده هرگز درونی نکرده و از آن خود ندانسته‌اند، یا اینکه هویت، نقش و بیان جنسیتی خود را به روشی جز تغییر یک نقش جنسیتی به نقش جنسیتی دیگر محقق کرده‌اند. برای مثال، برخی جوانانی که خود را واجد جنسیت نامتعارف می‌دانند نقش و هویت جنسیتی خود را همیشه اینچنین پنداشته‌اند. هر چه حضور در سپهر عمومی و آگاهی اجتماعی از گوناگونی جنسیتی افزایش یابد (Feinberg, 1996)، گزینه‌های پیش روی مبتلایان به نارضایتی جنسیتی افزایش می‌یابد تا بتوانند هویت خود را پیدا کرده و نقش جنسیتی برگزینند که برایشان آرامش‌بخش است.

متخصصان حوزه‌ی سلامت می‌توانند به راه‌های مختلفی به مبتلایان به نارضایتی جنسیتی یاری برسانند: هویت جنسیتی‌شان را تایید و تقویت کنند، بدن‌های گزینده‌های مختلفی برای تبلور و تحقق آن هویت باشند، و درباره‌ی گزینه‌های درمانی پزشکی برای تسکین نارضایتی جنسیتی تصمیم‌گیری کنند.

گزینه‌های موجود برای درمان روانشناختی و دارویی نارضایتی جنسیتی

برای افرادی که با شکایت نارضایتی جنسیتی مراجعه می‌کنند، مجموعه‌ای از گزینه‌های درمانی را می‌توان در نظر گرفت. اینکه چه تعداد و چه نوعی از مداخلات درمانی با چه ترتیب زمانی به کار گرفته شود ممکن است از فردی به فرد دیگر تفاوت کند (Bockting, Knudson & Goldberg, 2006; Bolin, 1994; Rachlin, 1999; Rachlin, Green & Lombardi, 2008; Rachlin, Hansbury, & Pardo, 2010). گزینه‌های درمانی شامل این موارد هستند:

- تغییر در نقش و بیان جنسیتی (که می‌تواند در قالب زندگی پاره‌وقت یا تمام‌وقت در نقش جنسیتی دلخواه و همخوان با هویت جنسیتی فرد باشد)؛
- هورمون‌درمانی برای مردانه یا زنانه کردن بدن؛
- جراحی برای تغییر خصوصیات جنسی اولیه و/یا ثانویه (مثلاً سینه‌پستان، اندام تناسلی داخلی/خارجی، ویژگی‌های چهره، اندازه‌ی بدن)؛
- روان‌درمانی (فردی، زوجی، خانوادگی و یا گروهی) به منظور کاوش هویت، نقش و بیان جنسیتی؛ بحث و بررسی درباره‌ی تأثیرات نارضایتی جنسیتی و انگ اجتماعی بر سلامت ذهن و روان؛ تسکین و تخفیف تراجنسی‌هراسی درونی شده؛ بسط و تقویت حمایت اجتماعی و گروه همسالان؛ بهبود تصویر بدنی؛ یا افزایش انعطاف‌پذیری.

گزینه‌های موجود برای حمایت اجتماعی و تغییرات در بیان جنسیت

علاوه بر گزینه‌های دارویی و روانشناختی که در بالا توصیف شد و یا حتی به عنوان جایگزین آنها، گزینه‌های دیگری هم هستند که می‌توان برای درمان نارضایتی جنسیتی از آنها سود جست، برای نمونه:

- گروه‌ها، انجمن‌ها، سازمان‌های حمایتی که امکان حمایت اجتماعی و نمایندگی در سپهر عمومی را فراهم می‌کنند؛
- گروه‌های حمایتی برای خانواده‌ها و دوستان؛
- صدا و ارتباط درمانی برای کمک به شکل‌گیری و توسعه‌ی مهارت‌های ارتباطی کلامی و غیرکلامی بیماران به منظور تسهیل همخوان‌سازی بیمار با هویت جنسیتی؛
- حذف موهای زائد از طریق الکترولیز، لیزر درمانی یا موم؛
- کاهش یا افزایش برجستگی پستان‌ها، مخفی کردن آلت تناسلی⁶ و یا گذاشتن پروتز آلت، افزایش برجستگی لگن و کیل؛
- تغییر دادن نام و نشانه‌های جنسیت در مدارک هویتی.

⁶ Genital Tucking

ارزیابی و درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به نارضایتی جنسیتی

تفاوت‌های متعددی در پدیدارشناسی، فرایند شکل‌گیری، و درمان نارضایتی جنسیتی در کودکان، نوجوانان، و بزرگسالان وجود دارد. در کودکان و نوجوانان، یک فرایند تکوینی سریع و دراماتیک (چه در آناتومی، چه در روانشناسی و چه در ابعاد جنسی) رخ می‌دهد که باعث می‌شود تا، به خصوص در کودکان پیش از بلوغ، سیالیت و تنوع جنسیت بسیار زیاد باشد. بر همین اساس، این بخش از اصول مراقبت به ارائه‌ی دستورالعمل‌های بالینی اختصاصی برای ارزیابی و درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به نارضایتی جنسیتی می‌پردازد.

تفاوت‌های موجود میان کودکان و نوجوانان مبتلا به نارضایتی جنسیتی

یک تفاوت مهم در نارضایتی جنسیتی میان کودکان و نوجوانان، میزان تداوم آن در بزرگسالی است.⁷ نارضایتی جنسیتی در دوران کودکی، همیشه تا بزرگسالی ادامه نمی‌یابد؛ در مطالعات پیگیری⁸ که بر روی کودکان نابالغی (اغلب پسران) صورت گرفته که با شکایت نارضایتی جنسیتی مراجعه کرده‌اند، نشان داده که نارضایتی در 6 تا 23 درصد آنها تا بزرگسالی ادامه داشته است (Cohen-Kettenis, 2001; Zucker & Bradley, 1995). پسرنانی که در این مطالعات مورد بررسی قرار گرفتند در بزرگسالی بیشتر خود را همجنس‌خواه می‌دانسته‌اند تا تراجنسی (Green, 1987; Money & Russo, 1979; Zucker & Bradley; Zuger, 1984). مطالعات تازه‌تر، که آزمودنی‌های دختر را نیز شامل می‌شده، نرخ تداوم نارضایتی جنسیتی تا دوران بزرگسالی را بین 12 تا 27 درصد تخمین می‌زنند (Drummond, Bradley, Peterson-Badali, & Zucker, 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008).

از سوی دیگر، اما، نسبت کسانی که در نوجوانی نارضایتی جنسیتی را تجربه می‌کنند و تا بزرگسالی نیز با آن دست به گریبان می‌مانند بسیار بالاتر است. هرچند هیچ مطالعه‌ی آینده‌نگری که رسماً درصد پاسخ به این پرسش انجام شده باشد موجود نیست، اما در دست کم یک مطالعه‌ی پیگیری بر روی 70 نوجوانی که به عنوان نارضایتی جنسیتی تشخیص داده شده و هورمون‌های سرکوب‌کننده‌ی بلوغ دریافت کرده‌اند، همگی اقدام به تغییر جنسیت کرده و هورمون‌های مردانه‌ساز/زنانه‌ساز مصرف کردند (de Vries, Steensma, Doreleijers, & Cohen-Kettenis, 2010).

تفاوت دیگری که میان کودکان و نوجوانان مبتلا به نارضایتی جنسیتی وجود دارد نسبت جنسی در هر یک از این دو گروه سنی است. در کودکانی که با نارضایتی جنسیتی زیر سن 12 سال به کلینیک مراجعه کرده‌اند، نسبت مرد به زن در حدود 6 به 1 تا 3 به 1 بوده است (Zucker, 2004). این نسبت در میان نوجوانان بزرگتر از 12 سال که به کلینیک مراجعه کرده‌اند، نزدیک به 1:1 گزارش شده است (Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2003).

همانطور که در بخش چهارم و نیز در مقاله‌ی زوکر و لارنس (2009) توضیح داده شده، جای خالی مطالعات هم‌گیرشناختی رسمی بر روی نارضایتی جنسیتی - در کودکان، نوجوانان، و بزرگسالان - محسوس است. پژوهش‌های بیشتری نیاز است تا تخمین‌ها از شیوع و تداوم این آمار در جمعیت‌های مختلف در نقاط مختلف جهان دقیق‌تر گردد.

پدیدارشناسی در کودکان

کودکان از دوسالگی ممکن است ویژگی‌هایی بروز بدهند که نشان‌دهنده‌ی نارضایتی جنسیتی باشد. مثلاً اینکه بیان کنند آرزو دارند متعلق به جنس دیگری می‌بودند و از ویژگی‌ها و خصوصیات بدنی خودشان ناراحت باشند. علاوه بر این، آنها ممکن است الیسه، اسباب‌بازی و بازی‌هایی را ترجیح بدهند که معمولاً «مناسب» اعضای جنس دیگر تلقی می‌گردد و اینکه ترجیح بدهند با همسالان غیر همجنس همبازی شوند. به نظر می‌رسد که کودکان در این ویژگی‌ها ناهمگونی‌های قابل ملاحظه‌ای با یکدیگر دارند: بعضی‌هایشان رفتارها و دلخواسته‌هایی دارند که آشکارا با جنسیتی که در بدو تولد به آنها نسبت داده شده نامنطبق است و احساس ناراحتی شدید و مداومی نسبت به صفات جنسی اولیه‌شان (مثلاً شکل آلت) تجربه می‌کنند. در بعضی دیگر از کودکان، این

⁷ رفتارهای با جنسیت نامنطبق در کودکان ممکن است تا بزرگسالی ادامه یابد، اما چنین رفتارهایی الزاماً نشان‌دهنده‌ی نارضایتی جنسیتی و به تبع آن نیاز به درمان نیست. همانطور که در بخش سوم توصیف شد، نارضایتی جنسیتی را نباید معادل تظاهرات متنوع جنسیت دانست.

⁸ Follow-Up Studies

خصوصیات خفیف‌تر بوده و تنها تا اندازه‌ای هویداست (Cohen-Kettenis et al., 2006; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010a)

کودکان مبتلا به نارضایتی جنسیتی معمولاً از اختلالات درونی شده‌ی همراه نظیر اضطراب و افسردگی رنج می‌برند (Cohen-Kettenis, 2007; Zucker, Owen, Kaijser, Bradley, & Zucker, 2003; Wallien, Swaab, & Cohen-Kettenis, 2007; Zucker, Owen, Bradley, & Ameeriar, 2002). همچنین به نظر می‌رسد شیوع اختلالات طیف اوتیسم در کودکانی که با شکایت نارضایتی جنسیتی به کلینیک مراجعه می‌کنند بیشتر از جمعیت عمومی است (de Vries, Noens, Cohen-kettenis, van Berckelaer-Onnes, & Doreleijers, 2010).

پدیدارشناسی در نوجوانان

در بیشتر کودکان، نارضایتی جنسیتی پیش از بلوغ یا در ابتدای آن از بین می‌رود، اما در برخی دیگر این احساسات تشدید شده و همزمان با ورود به دوره‌ی نوجوانی و بروز صفات جنسی ثانویه، بی‌زاری از بدن ایجاد شده یا افزایش می‌یابد (Cohen-Kettenis, 2001; Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2003; Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Zucker & Bradley, 1995). داده‌های بدست آمده از یک مطالعه پیشنهاد می‌کنند که هرچه شدت نامنطبق بودن جنسیت در کودکی بیشتر باشد، احتمال تداوم نارضایتی جنسیتی به نوجوانی و بزرگسالی بیشتر خواهد بود (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). با اینحال بسیاری از نوجوانان و بزرگسالانی که تظاهر اولیه‌شان نارضایتی جنسیتی است، شرح حالی از رفتارهای نامنطبق با جنسیت در دوران کودکی خود نمی‌دهند (Docter, 1988; Landen, Walinder, & Lundstrom, 1998). از همین رو، بسیاری از نزدیکان و آشنایان (والدین، سایر اعضای خانواده، دوستان و اعضای گروه) از اینکه نارضایتی جنسیتی در نوجوانی بروز کند، شگفت زده می‌شوند.

نوجوانانی که صفات جنسی اولیه و/یا ثانویه‌شان را و جنسیتی را که در بدو تولد به آنها نسبت داده شده با هویت جنسیتی خود ناهمخوان می‌یابند، در معرض رنج‌های بسیار شدیدی هستند. بسیاری، اما نه تمام، نوجوانان مبتلا به نارضایتی جنسیتی تمایلی زیادی به هورمون‌درمانی و جراحی دارند. شمار قابل توجهی از نوجوانان پیش از ورود به دبیرستان زندگی کردن در نقش‌های جنسیتی مورد علاقه‌ی خود را آغاز کرده‌اند (Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2003).

در میان نوجوانانی که به کلینیک‌های هویت جنسی ارجاع می‌شوند، تعداد کسانی که کاندید درمانی طبی اولیه می‌شوند - شروع آنالوگ‌های GnRH برای سرکوب بلوغ در مراحل اولیه‌ی بلوغ - در میان کشورها و مراکز مختلف متفاوت است. همه‌ی کلینیک‌ها، سرکوب و توقف بلوغ را پیشنهاد نمی‌کنند. در کلینیک‌هایی که چنین درمانی ارائه می‌شود، برای آنکه مددجوی نوجوان اجازه‌ی دریافت هورمون داشته باشد باید در مرحله‌ی دوم تا چهارم تنر⁹ بلوغ قرار داشته باشد (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006; Zucker et al. In press). اینکه چه نسبتی از نوجوانان درمان شوند تحت تاثیر عوامل متعددی از جمله سازمان‌دهی خدمات سلامت، مسایل مربوط به بیمه درمانی، تفاوت‌های فرهنگی، نظرات کارشناسان حوزه سلامت، و پروتکل‌های تشخیصی در کلینیک‌های مختلف است.

پزشکان کم‌تجربه ممکن است برخی اوقات نارضایتی جنسیتی را با هذیان‌ها اشتباه بگیرند. از منظر پدیدارشناسانه، تفاوتی ماهوی میان تابلوی نارضایتی جنسیتی و تابلوی هذیان یا دیگر نشانه‌های سایکوتیک وجود دارد. اکثریت قاطع کودکان و نوجوانان مبتلا به نارضایتی جنسیتی از هیچ بیماری روانپزشکی شدید زمینه‌ای همچون اختلالات سایکوتیک - که علت ایجاد نارضایتی جنسیتی را توجیه کند - رنج نمی‌برند (Steensma, Biemond, de Boer & Cohen-Kettenis, 2011).

برعکس، اختلالات درونی‌سازی شده‌ای نظیر افسردگی و اضطراب، و/یا اختلالات برون‌سازی شده‌ای نظیر اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه در میان نوجوانان مبتلا به نارضایتی جنسیتی شایع است (de Vries et al., 2010). همچون کودکان، شیوع اختلالات طیف اوتیسم در نوجوانانی که با شکایت نارضایتی جنسیتی مراجعه می‌کنند، نسبت به جمعیت عمومی بیشتر است (de Vries et al., 2010).

⁹ Tanner Puberty Scale

ویژگی‌های لازم برای متخصصان سلامت روان که با کودکان یا نوجوانان مبتلا به نارضایتی جنسیتی کار می‌کنند

شرایط زیر حداقل ویژگی‌هایی است که یک متخصص سلامت روان باید داشته باشد تا بتواند کودکان و نوجوانانی را که با شکایت نارضایتی جنسیتی مراجعه می‌کنند ارزیابی کرده و درمان‌های مناسب ارائه کند:

1. شرایط لازم برای کار با مددجویان بزرگسال را، همانطور که در بخش هفت آمده، داشته باشد؛
2. در سایکوپاتولوژی رشد کودک و نوجوان آموزش دیده باشد؛
3. صلاحیت تشخیص و درمان مشکلات شایع کودک و نوجوان را داشته باشد.

وظایف متخصصان سلامت روان که با کودکان و نوجوانان مبتلا به نارضایتی جنسیتی کار می‌کنند

وظایفی که متخصصان سلامت شاغل در حوزه ی نارضایتی جنسیتی کودکان و نوجوانان باید بر عهده بگیرند از این جمله است:

1. ارزیابی مستقیم نارضایتی جنسیتی در کودکان و نوجوانان (دستورالعمل‌های کلی برای ارزیابی در ادامه آمده است).
2. ارائه خدمات مشاوره‌ی خانوادگی و روان‌درمانی حمایتگر با هدف یاری رساندن به مددجوی کودک و نوجوان برای جستجوی هویت جنسیتی خود؛
3. ارزیابی و درمان هر نوع مشکل روانپزشکی همراه در کودکان و نوجوانان (و یا ارجاع آنان به متخصص مناسب برای درمان). این موضوع باید به عنوان بخشی جدانشدنی طرح کلی درمان انگاشته و پیگیری شود.
4. ارجاع نوجوانان برای مداخلات فیزیکی بعدی (نظیر هورمون‌های سرکوب بلوغ) با هدف تسکین نارضایتی جنسیتی. این ارجاع باید شامل مستندات مربوط به ارزیابی نارضایتی جنسیتی و سلامت روان، تایید صلاحیت نوجوان برای دریافت مداخلات فیزیکی (در ادامه آمده است)، تخصص مرتبط ارائه‌کننده ی خدمات سلامت، و هر داده‌ی دیگری باشد که با وضعیت سلامت مددجو و درمان اختصاصی وی مرتبط است.
5. حضور در گروه‌ها و فضاهای اجتماعی (نظیر مدارس، کمپ‌ها، مهدکودک‌ها و غیره) که کودکان و نوجوانان دچار نارضایتی جنسیتی و خانواده‌های آنان در آن رفت و آمد دارند و ارائه‌ی توضیحات و آموزش‌های لازم به نمایندگی از آنها. اهمیت این نکته به خصوص از آن روست که بنا به شواهد، کودکان و نوجوانانی که مطابق با هنجارهای جنسیتی مورد پذیرش اجتماع رفتار نمی‌کنند در معرض خطرات متعددی قرار دارند؛ بدرفتاری در مدرسه (Grossman, D`Augelli, & Hubbard, 2006; Salsa, 2005)؛ انزوا و طرد شدن از حلقه‌های اجتماعی، افسردگی، و عواقب منفی دیگری که اثرات دراز مدتی می‌توانند داشته باشند (Nuttbrock et al., 2010).
6. ارائه‌ی اطلاعات و آموزش‌های ضروری به کودکان، جوانان و خانواده‌های آنان و نیز تامین حمایت از سوی گروه همسالان، نظیر گروه‌های حمایتی برای خانواده‌هایی که کودکانی با جنسیت نامنطبق یا تراجنسی دارند (Gold & MacNish, 2011; Pleak, 1999; Rosenberg, 2002).

ارزیابی و مداخلات درمانی در کودکان و نوجوانان اغلب توسط یک تیم چند تخصصی و مجرب در زمینه‌ی هویت جنسیتی صورت می‌پذیرد. اگر چنین تیم چندتخصصی در دسترس نباشد، متخصص سلامت روان باید به منظور ارزیابی، آموزش و البته پیش از هرگونه تصمیم‌گیری در مورد مداخلات فیزیکی از مشورت و ارتباط با یک فوق تخصص غدد اطفال بهره‌مند شود.

ارزیابی روانشناختی کودکان و نوجوانان

متخصصان سلامت روان در هنگام ارزیابی مددجوی کودک یا نوجوانی که با شکایت نارضایتی جنسیتی مراجعه کرده، باید به طور کلی از دستورالعمل‌های زیر پیروی کند:

1. متخصص سلامت روان باید مراقب باشد تا نگرشی منفی نسبت به هویت‌های جنسیتی نامنطبق یا تظاهرات نارضایتی جنسیتی بروز ندهد و وجود آنها را انکار نکند. آنها باید نگرانی‌های مربوط به کودکان، نوجوانان، و خانواده‌هایشان را به رسمیت بشناسند؛ یک ارزیابی جامع و دقیق از نارضایتی جنسیتی و سایر اختلالات مربوط به سلامت روان به عمل بیآورند؛ و در صورت لزوم، مددجو و خانواده‌هایشان را با گزینه‌های درمانی موجود آشنا نمایند. پذیرش و اطمینان بخشیدن در مورد اینکه اسرار پزشکی محرمانه می‌ماند می‌تواند آرامش قابل توجهی در کودکان و نوجوانان دچار نارضایتی جنسی و خانواده‌هایشان سبب شود.

2. به هنگام ارزیابی نارضایتی جنسیتی و سلامت روان باید تلاش کرد تا ماهیت و خصوصیات هویت جنسیتی کودک یا نوجوان کشف و شناسایی شود. یک ارزیابی روانپزشکی و روان‌تشخیصی باید صورت بگیرد و در طی آن تمامی حوزه‌های مربوط به روان نظیر عملکرد هیجانی، روابط بین گروه همسالان و سایر مناسبات اجتماعی، عملکرد فکری، وضعیت تحصیلی و غیره مورد بررسی قرار گیرد. این ارزیابی، همچنین، باید برآوردی از نقاط ضعف و قدرت عملکرد خانواده را نیز بدست دهد. در اغلب موارد کودک یا نوجوان با مشکلات هیجانی و رفتاری روبروست و چالش‌های حل نشده‌ای در محیط وی وجود دارد. (de Vries, Doreleijers, Steensma, & Cohen-Kettenis, 2011; DiCeglie & Thummel, 2006; Wallien et al., 2007)

3. در مورد نوجوانان، مرحله‌ی ارزیابی علاوه بر موارد بالا زمانی است که باید مددجو و خانواده‌اش را در جریان گزینه‌های احتمالی درمان و نیز محدودیت‌های هرکدام قرار داد. این موضوع نه تنها برای کسب رضایت آگاهانه، که برای ارزیابی دقیقتر نیز ضروری است. شیوه‌ای که نوجوانان نسبت به واقعیت تغییر جنسیت واکنش نشان می‌دهند می‌تواند از منظر تشخیصی حائز اهمیت باشد. اگر تمایل مددجو برای تغییر جنسیت مبتنی بر انتظارات غیرواقعی از نتایج آن باشد، ارائه‌ی اطلاعات صحیح می‌تواند تمایل وی را به دریافت درمان تغییر دهد.

مداخلات روانشناختی و اجتماعی در کودکان و نوجوانان

متخصصان سلامت روان در هنگام مشاوره و درمان مددجوی کودک یا نوجوانی که با شکایت نارضایتی جنسیتی مراجعه کرده، باید به طور کلی از دستورالعمل‌های زیر پیروی کند:

1. متخصصان سلامت روان باید خانواده‌ی مددجو را یاری کند تا نسبت به نگرانی‌ها و مشکلات فرزند دچار نارضایتی جنسیتی خود رویکردی گشوده و همدلانه داشته باشند. خانواده‌ها نقشی پراهمیت در سلامت روانشناختی و رفاه کودک بازی می‌کنند (Brill & Pepper, 2008; Lev, 2004). این موضوع در مورد گروه همسالان نیز، که می‌توانند منبع دیگری برای حمایت اجتماعی باشند صادق است.

2. روان‌درمانی باید بر کاهش دیسترس ناشی از نارضایتی جنسیتی کودک یا نوجوان و نیز حل مشکلات روان‌اجتماعی وی تمرکز داشته باشد. در مورد نوجوانی که به دنبال تغییر جنسیت است، روان‌درمانی باید مبتنی بر حمایت از مددجو در تمام مراحل گذار از جمله پیش، در حین و پس از تغییر جنسیت باشد. تا کنون ارزیابی رسمی از رویکردهای درمانی متفاوتی که برای این وضعیت وجود دارد، منتشر نشده، اما تکنیک‌های مشاوره‌ای مختلفی توصیف شده است (Cohen-Kettenis, 2006; de Vries, Cohen-Kettenis, & Delemarre-van de Waal, 2006; Di Ceglie & Thummel, 2006; Hill, Menvielle, Sica, & Johnson, 2010; Malpas, 2011s, Menvielle & Turek, 2002; Rosenberg, 2002; Vanderburgh, 2009; Zucker, 2006).

درمان‌هایی که هدفشان تلاش برای تغییر هویت و بیان جنسیتی فرد به منظور همخوان کردن آن با جنسیتی است که در بدو تولد به فرد نسبت داده شده، در گذشته انجام می‌شده و موفقیتی نداشته‌اند (Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964). به خصوص در بلندمدت (Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965). چنین درمانی امروزه غیراخلاقی شمرده می‌شود.

3. باید خانواده‌ها را یاری کرد تا بتوانند هم اضطراب و سرگشتگی را خودشان که در نتیجه‌ی وضعیت روان‌جنسی فرزندشان به آن دچار شده‌اند، مدیریت کنند و هم اینکه به فرزندشان کمک کنند تا بتواند از خودانگاره‌ی مثبت برخوردار شود.

4. متخصصان سلامت روان به هیچ وجه نباید باور منسوخ جنسیت دوگانه¹⁰ را به مددجو و خانواده‌اش القا کنند. آنها باید به مددجو امکان بدهند تا جنسیت دلخواه خود را از بین گزینه‌های مختلف انتخاب کند. مداخلات هورمونی یا جراحی برای برخی مددجویان مناسب است، و برای برخی دیگر نامناسب.
5. در طی گذار از جنسیتی که در بدو تولد به مددجو نسبت داده شده به جنسیت کنونی او، مسایلی وجود دارد که تصمیم‌گیری در رابطه با آنها برای مددجو و خانواده‌اش می‌تواند بسیار دشوار باشد؛ مثلاً اینکه مددجو تا چه حد می‌تواند هویت جنسی واقعی خود را بروز دهد¹¹ یا اینکه در چه زمان‌هایی و در چه مکان‌هایی اجازه دارد با پوشش منطبق بر جنسیت خود ظاهر شود، آیا اساساً در مورد وضعیت مددجو بایستی به دیگران توضیحی داده شود و در اینصورت، در چه زمانی و به چه عنوانی. دیگران چه رفتاری از خود بروز خواهند داد و واکنش به رفتار آنها چگونه باید باشد.
6. متخصصان سلامت روان باید مددجو و خانواده‌اش را در تعامل با اعضای گروه‌های اجتماعی و منابع قدرت نظیر معلم، مدیر و ناظم مدارس، و دادگاه راهنمایی و آموزش دهد و در صورت نیاز به صورت مستقیم نسبت به گفت و گو و آموزش آنها اقدام کرد.
7. متخصصان سلامت روان باید تلاش کنند تا ارتباط درمانگری خود را با مددجویان و خانواده‌هایشان در حین هر نوع تغییر اجتماعی یا مداخله‌ی فیزیکی حفظ کنند. تنها در اینصورت است که می‌توان اطمینان حاصل کرد تصمیم‌گیری درباره‌ی بیان جنسیت و درمان نارضایتی جنسیتی با آگاهی و جدیت و دقت کافی صورت گرفته است. بنا به همین استدلال، کودک یا نوجوانی هم که پیش از مراجعه به متخصص سلامت روان تغییر پوشش داده، مشمول این اصل می‌باشد.

گذار اجتماعی [جنسیت] در دوران اولیه‌ی کودکی

برخی کودکان مدت‌ها قبل از اینکه به بلوغ برسند، تمایل دارند که در فضاهای اجتماعی نقش‌های جنسیتی متفاوتی داشته باشند. برای برخی از این کودکان، این خواست می‌تواند یکی از تظاهرات هویت جنسیتی‌شان باشد. برای برخی دیگر، این خواست محصول عوامل دیگری است. از سوی دیگر، خانواده‌ها نیز در اینکه تا چه اندازه می‌دهند فرزندان‌شان در فضاهای اجتماعی نقش‌های جنسیتی متفاوت (از آنچه در بدو تولد به آنها نسبت داده شده) اتخاذ کنند با یکدیگر فرق می‌کنند. تغییر نقش‌های جنسیتی در فضاهای اجتماعی، در برخی خانواده‌ها با موفقیت‌هایی همراه بوده است. با اینحال، این موضوع بحث برانگیز بوده و دیدگاه‌های متفاوت و بعضاً مخالفی در این باره وجود دارد. شواهد کنونی برای اینکه بتوان پیش‌بینی کرد که تکمیل فرایند تغییر جنسیت در طی دوران اولیه‌ی کودکی چه پیامدهای بلندمدتی به همراه خواهد داشت، کافی نیست. مطالعات انجام گرفته بر روی کودکانی که در دوران کودکی نقش‌های جنسیتی‌شان را به طور کامل تغییر دادند، کمک فراوانی به دستورالعمل‌های بالینی آتی خواهد کرد.

متخصصان سلامت روان می‌توانند خانواده‌ها را در تصمیم‌گیری درباره‌ی زمان و فرایند تغییر در نقش‌های جنسیتی فرزندان‌شان راهنمایی و یاری کنند. آنها باید اطلاعات لازم را در اختیار پدر و مادر قرار داده و آنان را در ارزیابی مزایا و چالش‌هایی که حول و حوش هر یک از گزینه‌های پیش رو است، یاری کنند. یکی از نکات، همانطور که پیشتر به آن اشاره شد، اینست که نارضایتی جنسیتی در بسیاری از افرادی که در کودکی جنسیت نامنطبق دارند با فرارسیدن بلوغ و آغاز نوجوانی از بین می‌رود (Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). بازگشت به نقش‌های جنسیتی اولیه می‌تواند برای کودک بسیار تنش‌زا باشد و حتی منجر به به تعویق انداختن آن شود (Steensma & Cohen-Kettenis, 2011). بنا به دلایلی نظیر این، شاید والدین ترجیح بدهند که این تغییر نقش را به مثابه‌ی نوعی کنجکاو‌ی در نقش‌های جنسیتی دیگر تصویر کنند تا یک وضعیت غیرقابل برگشت. متخصصان سلامت روان می‌توانند والدین را در یافتن راه‌حل‌ها و مصالحه‌های بینابینی کمک کنند (مثلاً «تغییر پوشش تنها در هنگام سفر مجاز است» و غیره). نکته‌ی مهم دیگر آنست که پدر و مادر صریحاً به کودک بگویند که راه برگشت کاملاً و همیشه باز است.

مستقل از اینکه تصمیم خانواده در رابطه با گذار جنسیتی فرزندان (زمان بندی، میزان و ...) چه باشد، متخصصان سلامت روان باید آنها را در برابر تصمیم‌گیری‌های پیش‌رویشان و پیامدهای آن حمایت کرده و مشاوره‌های لازم را به آنها ارائه دهند. اگر پدر و

10 دیدگاهی که بر اساس افراد یا زن هستند و یا مرد. و حالات بینابینی تماماً بیمارگونه محسوب می‌شود.

11 این موضوع به خصوص در فرهنگ بومی کشور ما، بسیار حاد بوده و جای تامل بسیار دارد.

مادر به فرزندشان اجازه ندهند که نقش‌های جنسیتی را تغییر دهد، در آن صورت احتمالاً نیاز به راهنمایی و مشورت‌هایی خواهند بود که ایشان را قادر سازد تا نیازهای کودک را برآورده ساخته و برای او امکان تجربه‌ی احساسات و رفتارهای جنسیتی را در فضای امن مهیا کند. اگر پدر و مادر به فرزندشان اجازه بدهند که نقش‌های جنسیتی را تغییر دهد، در آن صورت احتمالاً نیاز به راهنمایی و مشورت‌هایی خواهند بود که ایشان را قادر سازد تا برای کودکان شرایطی فراهم کنند که فرزند بتواند در آن، تجربه‌ای مثبت از تغییر نقش جنسیتی داشته باشد. برای مثال، استفاده از شناسه‌های صحیح در مکالمات روزمره، ایجاد محیطی امن و حمایتگر برای کودکی که در حال تغییر نقش‌های جنسیتی است (مثلاً در مدرسه، جمع‌های گروه همسالان و غیره)، و ارتباط با سایر افرادی که در زندگی کودک وجود دارند، از جمله مواردی است که متخصص سلامت روان باید مشورت و راهنمایی لازم را در مواجهه با آنها در اختیار والدین قرار بدهد. چه پدر و مادر به کودک اجازه‌ی تغییر بدهند چه ندهند، با نزدیک شدن کودک به بلوغ و به وجود آمدن امکان مداخلات فیزیکی، ارزیابی‌های بیشتر ضروری خواهد بود.

مداخلات فیزیکی برای نوجوانان

پیش از آنکه هر نوع مداخله‌ی فیزیکی برای نوجوانان مد نظر قرار گیرد، لازم است تا همانطور که پیش از این اشاره شد یک ارزیابی گسترده از مسایل روانشناختی، خانوادگی و اجتماعی مددجو صورت گیرد. طول مدت این بررسی‌ها بسته به میزان پیچیدگی و چالش برانگیز بودن وضعیت ممکن است بسیار متغیر باشد.

مداخلات فیزیکی را باید در چارچوب رشد در دوران نوجوانی مد نظر قرار داد. برخی از باورهای هویتی که در دوران نوجوانی شکل گرفته و قویا ابراز می‌شوند، ممکن است این تصور نادرست را ایجاد کنند که بازگشت‌ناپذیر هستند. اینکه نوجوانی که پیش ازین نارضایتی جنسیتی داشته به سمت جنسیت منطبق با جنس بدو تولدش میل کند، می‌تواند پیش از هر چیزی تلاشی برای خشنودسازی خانواده باشد، نه نشانه‌ای از یک تغییر پایدار و برطرف شدن دائمی نارضایتی جنسیتی (Hembree et al., 2009; Steensma et al., 2011).

مداخلات فیزیکی در نوجوانان در یکی از سه گروه یا مرحله‌ی زیر قرار می‌گیرد (Hembree et al., 2009):

1. مداخلات کاملاً برگشت‌پذیر. این مداخلات شامل استفاده از آنالوگ‌های GnRH برای سرکوب تولید استروژن یا تستوسترون و به تبع آن به تاخیر انداختن تغییرات فیزیکی بلوغ است. گزینه‌های درمانی جایگزین شامل پروژستین‌ها (نظیر مدروکسی پروژسترون) یا دارودرمانی‌های دیگر (نظیر اسپرونولاکتون) است که باعث کاهش اثر آندروژن‌هایی می‌شود که از بیضه‌ی نوجوانانی که آنالوگ‌های GnRH دریافت نمی‌کنند، ترشح می‌گردد. می‌توان از قرص‌های ضدبارداری خوراکی (یا مدروکسی پروژسترون طولانی اثر) برای سرکوب دائمی قاعدگی استفاده کرد.
2. مداخلات تا اندازه‌ای برگشت‌پذیر. این دسته اقدامات عبارتند از هورمون‌درمانی به منظور مردانه یا زنانه ساختن بدن. در مورد برخی از این تغییرات وابسته به هورمون، برای اینکه فرد به حالت اولیه بازگردد نیازمند جراحی‌های ترمیمی است (مثل ژنیکوماستی ناشی از استروژن)، در حالیکه که سایر تغییرات اساساً بازگشت‌ناپذیرند (مثل بم شدن صدا در نتیجه‌ی تاثیر تستوسترون).
3. مداخلات برگشت‌ناپذیر. اقدامات جراحی در این دسته قرار می‌گیرند.

گذار از یکی از نقش‌های جنسیتی به دیگری، باید مرحله به مرحله و گام به گام باشد تا دست کم در طی دو مرحله‌ی نخست، همه‌ی گزینه‌ها - از جمله گزینه‌ی بازگشت - موجود باقی بماند. حرکت از هر مرحله به مرحله‌ی بعد، تنها زمانی مجاز است که زمان کافی گذشته باشد و مددجو و خانواده‌اش به طور کامل با تاثیرات مداخلات قبلی خو گرفته باشند.

مداخلات کاملاً برگشت‌پذیر

نوجوانان به محض شروع تغییرات بلوغ می‌توانند از هورمون‌های سرکوب‌کننده‌ی بلوغ استفاده کنند. برای آنکه مددجوی نوجوان و خانواده‌اش بتوانند تصمیمی آگاهانه درباره‌ی تاخیر بلوغ بگیرند، پیشنهاد می‌شود که مددجو بلوغ را تا دست کم مرحله‌ی دوم تیر تجربه کند. برخی کودکان ممکن است در سنین بسیار پایینی به این مرحله برسند (مثلاً در 9 سالگی). مطالعاتی که این رویکرد را مورد ارزیابی قرار داده‌اند تنها کودکانی را در بر گرفته‌اند که حداقل 12 سال سن داشته‌اند (Cohen-Kettenis, Schagen,

Steensma, de Vries, & Delemarre-van de Waal, 2011; de Vries, Steensma et al., 2010; Delemarre-van de Waal, van Weissenbruch, & Cohen-Kettenis, 2004; Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006).

مداخله مبتنی بر هورمون‌های سرکوب‌کننده‌ی بلوغ به دو دلیل موجه است: 1) از این طریق نوجوانان زمان کافی دارند تا ابعاد مختلف جنسیت نامطبق خود را کند و کاو کرده و سایر مسایل مربوط به رشد و تکوین را کشف و درک کنند؛ و 2) از این طریق می‌توان از ایجاد صفات جنسی ثانویه جلوگیری کرد. این موضوع می‌تواند برای گذار جنسیتی بسیار کمک‌کننده و تسهیل‌گر باشد، چرا که امکان تغییر بسیاری از صفات جنسی ثانویه پس از شکل‌گیری یا اساساً غیرممکن است و یا بسیار دشوار (مثلاً قد کوتاه، یا صدای بم، یا استخوان‌بندی چهره و غیره).

سرکوب بلوغ می‌تواند برای چند سال ادامه یابد، تا اینکه نوبت به تصمیم‌گیری بر سر این موضوع برسد که آیا کل هورمون درمانی قطع گردد یا اینکه رژیم هورمونی لازم برای گذار جنسیتی جایگزین آن گردد.

معیارهای لازم برای دریافت هورمون‌های سرکوب‌کننده‌ی بلوغ

برای آنکه یک مددجوی نوجوان بتواند از هورمون‌های سرکوب‌کننده‌ی بلوغ استفاده کند، باید حداقل معیارهای زیر را داشته باشد:

1. مددجو باید الگوی نارضایتی جنسیتی یا جنسیت نامنطبق را به صورت پایدار و شدید تجربه کرده باشد.
2. نارضایتی جنسیتی¹² باید با آغاز بلوغ، شروع و یا تشدید شده باشد.
3. هر نوع اختلال اجتماعی، طبی یا روانشناختی همراه که می‌تواند با درمان تداخل داشته باشد (مثلاً باعث شود تا بیمار درمان را ادامه ندهد) باید مورد بررسی و ارزیابی قرار بگیرد، تا وضعیت نوجوان و عملکرد وی برای شروع درمان به قدر کافی پایدار باشد.
4. مددجو باید رضایت آگاهانه داده باشد و، به خصوص در مواردی که مددجو به سن قانونی¹³ نرسیده، والدین و یا قیم‌های قانونی وی نیز نسبت به درمان وی رضایت داشته و در طول فرایند درمان فعال بوده و مددجو را حمایت کنند.

رژیم‌های دارویی، روش پایش و خطرات سرکوب بلوغ

برای آنکه بلوغ را در نوجوانانی که ژنتیالیایی مردانه دارند متوقف کرد، باید از آنالوگ‌های GnRH (هورمون ترشح‌کننده‌ی گنادوتروپین) استفاده نمود تا از این طریق ترشح هورمون لوته‌ایزیه‌کننده سرکوب شده و به تبع آن ترشح هورمون تستوسترون سرکوب شود. روش دیگر، استفاده از پروژستین‌ها (نظیر مدروکسی پروژسترون) یا سایر داروهای است که ترشح تستوسترون را مهار کرده و/یا عملکرد تستوسترون را خنثی می‌کنند. در نوجوانانی که ژنتیالیایی زنانه دارند، برای سرکوب بلوغ باید از آنالوگ‌های GnRH که مهارکننده‌ی تولید استروژن و پروژسترون هستند، استفاده کرد. در اینجا هم می‌توان از پروژستین‌ها (نظیر مدروکسی پروژسترون) به عنوان روش جایگزین سود جست. همچنین می‌توان از تجویز و مصرف مداوم (و نه متناوب؛ آنطور که در درمان خونریزی‌های رحمی و یا پیشگیری از حاملگی استفاده می‌شود) قرص‌های ضدحاملگی (یا دیو مدروکسی پروژسترون) برای سرکوب قاعدگی سود جست. در هر دو گروه از مددجویان (چه با آلت تناسلی مردانه و چه زنانه)، استفاده از آنالوگ‌های GnRH درمان انتخابی است (Hembree et al., 2009)، اما به علت هزینه‌ی بالا، خرید آنها برای همه‌ی از بیماران مقذور نیست.

در طی سرکوب بلوغ، تکوین و نمو فیزیکی نوجوان باید به دقت پایش شود - ترجیحاً توسط یک فوق تخصص غدد اطفال - تا در صورت لزوم، مداخلات مورد نیاز را بتوان صورت داد (مثلاً ایجاد قدی متناسب با جنسیت، یا بهبود تراکم استخوانی که در اثر مداخلات هورمونی ممکن است کاهش یابد) (Hembree et al., 2009).

¹² منظور رنج و نارضایتی ناشی از جنسیت نامنطبق است، وگرنه جنسیت نامنطبق می‌تواند از پیش از بلوغ وجود داشته است. م

¹³ سن قانونی برای تصمیم‌گیری در مورد مسایل پزشکی شخصی. م

استفاده‌ی زودهنگام از هورمون‌های سرکوب‌کننده‌ی بلوغ می‌تواند به نحو موثرتری جلوی پیامدهای هیجانی و اجتماعی منفی ناشی از نارضایتی جنسیتی را بگیرد. در صورتی که مداخله در ابتدای نوجوانی قابل طرح باشد، باید با نظارت و توصیه‌ی فوق تخصص غدد اطفال صورت بگیرد. مددجویان نوجوانی که آلت تناسلی مردانه دارند، و کاندید دریافت آنالوگ‌های GnRH هستند باید بدانند که این روش ممکن است سبب شود تا بافت‌های تناسلی که برای انجام تکنیک واژینوپلاستی معکوس مورد نیاز است، به قدر کافی ایجاد نشود (البته حتی در صورتی که چنین اتفاقی رخ بدهد، می‌توان از سایر تکنیک‌های جراحی نظیر استفاده از گرافت پوستی یا بافت کولون استفاده کرد).

نه سرکوب بلوغ و نه رخ دادن بلوغ، هر دارای پیامدهایی خواهند بود. از یک سو، اگر صفات ثانویه‌ی جنسی در طی بلوغ شکل بگیرد به دو دلیل عملکرد آتی مددجو آسیب خواهد دید؛ اولاً به واسطه‌ی به وجود آمدن صفات ثانویه‌ی جنسی غیرقابل برگشت در طی بلوغ و دوماً در نتیجه‌ی گذراندن سالهایی که در آن مددجو شدیدترین فرم نارضایتی جنسی را تجربه می‌کند. از آن سوی دیگر، نگرانی‌هایی درباره‌ی عوارض جانبی آنالوگ‌های GnRH وجود دارد (مثلاً تاثیر آن بر روی قد یا تراکم استخوان). هرچند نتایج اولیه‌ی بدست آمده از این رویکرد (که در اثر پایش ده ساله‌ی نوجوانان بدست آمده) نوبدبخش و امیدوارکننده بوده است (Cohen-Kettenis et al., 2011; Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006). اثرات بلندمدت آن را تنها زمانی می‌توان ارزیابی کرد که نخستین گروه از مددجویانی که تحت این درمان قرار گرفتند به سن مناسب برسند.

مداخلات نسبتاً برگشت‌پذیر

نوجوانان می‌توانند با رضایت خودشان هورمون‌درمانی مردانه/زنانه‌ساز را شروع کنند، هرچند که بهتر است این امر با رضایت و همراهی والدین باشد. در بسیاری از کشورها، به لحاظ قانونی 16 ساله‌ها برای تصمیم‌گیری‌های پزشکی خود بالغ محسوب شده و نیازی به کسب رضایت والدین ندارند. با اینهمه، اما، حالت آرمانی آنست که تصمیم‌گیری‌های درمانی با مشارکت مددجو، خانواده‌اش و تیم درمانی صورت بگیرد.

رژیم‌های هورمون‌درمانی مورد استفاده در نوجوانان مبتلا به نارضایتی جنسیتی، با آنچه که در بزرگسالان استفاده می‌شود بسیار تفاوت دارد (Hembree et al., 2009). رژیم‌های هورمونی برای نوجوانان باید به گونه‌ای باشد که با تکوین سوماتیک، هیجانی و روانی که در طی بلوغ رخ می‌دهد، سازگار باشد (Hembree et al., 2009).

مداخلات برگشت‌ناپذیر

جراحی تناسلی نباید صورت بگیرد مگر آنکه 1) مددجو به سن قانونی برای تصمیم‌گیری انفرادی در مورد مسایل پزشکی خود رسیده باشد، و 2) مددجو برای مدت حداقل 12 ماه به طور دائمی در نقش جنسیتی مطابق با هویت جنسی خود زندگی کرده باشد. آستانه‌ی سنی را باید به عنوان یک معیار حداقلی دید و نه اندیکاسیونی که به خودی خود مداخله‌ی فعالانه را مجاز می‌سازد. به بیان دیگر آستانه‌ی سنی یک شرط لازم است اما کافی نیست.

جراحی بالانتنه در مددجویان FtM را می‌توان زودتر صورت داد، ولی ترجیح بر آنست که پیش از آن زمان قابل توجهی از زندگی در نقش جنسیتی مطلوب سپری شده باشد و درمان تستوسترون نیز برای حدود یکسال دریافت شده باشد. هدف از پیشنهاد این مرحله‌بندی اینست که مددجو زمان کافی داشته باشد تا بتواند پیش از عمل جراحی، که تغییری غیرقابل برگشت است، نقش جنسیتی مردانه را تجربه و به لحاظ اجتماعی با آن انطباق پیدا کند. با این همه، در مورد هر مددجو بسته به اینکه وضعیت بالینی خاص او چیست و چه هدفی از بیان هویت جنسیتی خود دارد، می‌توان رویکردهای مناسب دیگری اتخاذ کرد.

خطرات محرومیت از درمان طبی برای نوجوانان

امتناع از ارائه‌ی مداخلات پزشکی بهنگام برای نوجوانان می‌تواند منجر به طولانی شدن نارضایتی جنسیتی شده و سبب شود تا مددجو ظاهری پیدا کند که او را در معرض سواستفاده و انگ اجتماعی قرار می‌دهد. از آنجا که تجربه‌ی سواستفاده‌های مرتبط با جنسیت قویا با میزان بروز اختلالات روانپزشکی در دوران نوجوانی همبسته است (Nuttobrock et al., 2010)، سرکوب نکردن بلوغ و به تبع آن زنانه/مردانه شدن جسمانی مدد، می‌تواند تاثیرات نامطلوب زیادی بر روان مددجو بگذارد.

سلامت روان

دگرباشان، تراجنسی‌ها و افراد دارای جنسیت نامنطبق ممکن است به دلایل متعدد و متنوعی به یاری یک متخصص سلامت روان نیاز پیدا کنند. مستقل از اینکه دلیل مددجو از مراجعه چیست، انتظار می‌رود که متخصصان سلامت روان با بحث جنسیت نامنطبق آشنایی داشته باشند، بتوانند در چارچوب ملاحظات فرهنگی عمل کنند، و در ارائه خدمات از خود حساسیت نشان بدهند.

این بخش از اصول مراقبت، به نقش متخصصان سلامت روان در ارائه خدمات به بزرگسالانی می‌پردازد که با شکایت نارضایتی جنسیتی و ناراحتی‌های مشابه به پزشک مراجعه کرده‌اند. آن دسته از متخصصان سلامت روان که مراجعاتشان، کودکان و نوجوانان مبتلا به نارضایتی جنسی و خانواده‌های آنهاست، باید به بخش ششم مراجعه نمایند.

ویژگی‌های لازم برای متخصصان سلامت روان که با بزرگسالان مبتلا به نارضایتی جنسیتی کار می‌کنند

آموزش‌هایی که باید به متخصصان سلامت روان داده شود تا آنها توانایی لازم برای کار با بزرگسالان مبتلا به نارضایتی جنسیتی را پیدا کنند، همان مواردی است که باید برای ارزیابی، تشخیص و درمان همه مشکلات مربوط به سلامت روان آموزش داده شود. این آموزش‌ها را می‌توان در قالب رشته‌هایی نظیر روانشناسی، روانپزشکی، مددکاری اجتماعی، مشاوره سلامت روان، خانواده‌درمانی و مشاوره ازدواج، پرستاری یا پزشک خانواده، و هر رشته‌ای که در آن کار بالینی با تاکید بر مشاوره و سلامت رفتاری آموزش داده می‌شود، ارائه گردد. موارد زیر، حداقل شرایطی است که متخصصان سلامت روان باید دارا باشند تا بتوانند با مددجویان بزرگسالی که دچار نارضایتی جنسیتی هستند، کار کنند.

1. مدرک کارشناسی ارشد یا چیزی معادل آن در یک حوزه‌ی مربوط به علوم رفتاری بالینی. این مدرک یا مدرک بالاتر از آن، باید از موسسه‌ای کسب شده باشد که مورد تایید نهاد یا نهادهای نظارتی ملی یا منطقه‌ای باشد. متخصصان سلامت روان باید مدارک و مستندات مربوط به دانشنامه خود را که به تایید نهاد نظارتی مربوط به آن کشور رسیده، همراه داشته باشد.

2. صلاحیت استفاده از DSM یا ICD را داشته باشد.

3. بتواند بیماری‌های روانشناختی زمینه‌ای را شناسایی کرده و تشخیص دهد و آنها را از نارضایتی جنسیتی تمیز بدهد.

4. دوره‌های آموزشی لازم در روان‌درمانی یا مشاوره را تحت نظارت¹⁴ گذرانده و مدارک مربوطه را کسب کرده باشد.

5. از هویت‌های جنسیتی و تظاهرات آنها مطلع باشد، و شیوه‌ی ارزیابی و درمان نارضایتی جنسیتی را بداند.

6. اطلاعات خود درباره‌ی ارزیابی و درمان نارضایتی جنسیتی را مدام بروز کند. از جمله مصادیق این مورد عبارتست از شرکت در سمینارها، کارگاه‌ها و یا نشست‌های حرفه‌ای مرتبط؛ دریافت سوپرویزن از متخصص سلامت روان دیگری که تجارب مرتبط دارد؛ یا شرکت در پژوهش‌های مربوط به جنسیت نامنطبق و نارضایتی جنسیتی.

علاوه بر این حداقل ضرورت‌هایی که در بالا برشمرده شد، پیشنهاد می‌شود تا متخصصان سلامت روان مجموعه‌ای از توانمندی‌های فرهنگی را بدست بیاورند تا بتوانند از آن طریق ارتباط خود را با مددجویان تراجنسی، دگرباش و افراد با جنسیت نامنطبق تسهیل کنند. برای مثال، می‌توان از سیاست‌های عمومی مربوط به این مددجویان و خانواده‌هایشان اطلاع حاصل کرد. علاوه بر این، کسب اطلاعات درباره‌ی جنسیت، مشکلات تهدیدکننده‌ی سلامت جنسی، و ارزیابی و درمان اختلالات جنسی می‌تواند بسیار کمک کننده باشد.

آن دسته از متخصصانی که تازه به این حوزه وارد شده‌اند (مستقل از اینکه مقطع تحصیلی‌شان چیست یا چه تجربه‌ای در سایر حوزه‌ها دارند) باید تحت نظارت و سوپرویزن یک متخصص سلامت روان که صلاحیت و تجربه‌ی کافی در ارزیابی و درمان نارضایتی جنسیتی دارد، کار کنند.

¹⁴ Supervision

وظایف متخصصان سلامت روان در برخورد با مددجوی بزرگسالی که با ناراضی جنسیتی مراجعه کرده است

خدمت‌رسانی متخصصان سلامت روان به افراد با جنسیت نامنطبق، تراجنسی، دگرباش و خانواده‌هایشان می‌تواند بسته به نیازهای مددجو قالب‌های متعددی داشته باشد. برای مثال، متخصص سلامت روان می‌تواند یک روان‌درمانگر، یک مشاور، یا یک خانواده‌درمانگر باشد یا اینکه به عنوان یک تشخیص‌دهنده/ارزیابی‌کننده، فعال حقوق اجتماعی یا آموزش‌دهنده فعالیت کند.

متخصص سلامت روان باید پیش از هر چیز، علت مراجعه‌ی مددجو برای دریافت خدمات تخصصی را تعیین کند. برای مثال، مددجو ممکن است برای دریافت یک یا ترکیبی از این خدمات مربوط به سلامت مراجعه کند: روان‌درمانی و کمک به کشف و کند و کاو هویت جنسیتی و بیان آن یا تسهیل فرایند شناختن خویشتن حقیقی¹⁵؛ ارزیابی و ارجاع برای مداخلات بالینی مردانه/زنانه‌ساز؛ حمایت روانشناختی برای اعضای خانواده (والدین، کودکان، سایر اعضای خانواده)؛ روان‌درمانی پیرامون مسایل غیرجنسیتی؛ یا خدمات دیگر تخصصی.

در ادامه، به دست‌العمل‌های کلی خواهیم پرداخت که یک متخصص سلامت روان را یاری می‌کند تا بتواند مسایلی را که در مواجهه با یک مددجوی بزرگسال که با شکایت ناراضی جنسیتی مراجعه کرده است، حل کند.

مسایل مربوط به درمان و ارجاع

1. ارزیابی ناراضی جنسیتی

متخصصان سلامت روان، ناراضی جنسیتی مددجویان را در زمینه‌ی انطباق روانی-اجتماعی¹⁶ آنها ارزیابی می‌کنند (Bockting et al., 2006; Lev, 2004; 2009). این ارزیابی دست کم باید شامل این موارد باشد؛ بررسی هویت جنسی و ناراضی جنسیتی، زمان و چگونگی شروع احساسات مربوط به ناراضی جنسیتی، تاثیر تابو بودن جنسیت نامنطبق بر سلامت روان، و در نهایت اینکه خانواده، دوستان و گروه همسالان (برای مثال، ارتباط رو در رو و یا اینترنتی با دیگر دگرباشان، تراجنسی‌ها و یا افراد یا گروه‌های با جنسیت نامنطبق) تا چه اندازه حمایت‌کننده‌اند. نتیجه‌ی این ارزیابی‌ها می‌تواند یکی از اینها باشد؛ برای مددجو هیچ تشخیصی مطرح نیست، تشخیص ناراضی جنسیتی رسماً مطرح و مورد تایید است، و/یا تشخیص‌های دیگری (مستقل از مساله‌ی جنسیت) در مورد ابعاد انطباق روانی-اجتماعی یا سلامت روانی وی مطرح است. یکی از نقش‌های متخصص سلامت روان اینست که اطمینان حاصل کند ناراضی جنسیتی ثانویه به سایر اختلالات نیست و یا به علت وجود اختلالات دیگر توجیه نمی‌شود.

متخصصان سلامت روانی که دارای توانمندی‌های یاد شده باشند (که ازینجا به بعد با عنوان «متخصص سلامت روان واجد صلاحیت» مورد اشاره قرار خواهند گرفت)، بهترین گزینه برای انجام این ارزیابی هستند. با اینحال، این ارزیابی توسط سایر متخصصان سلامت نیز، که آموزش‌های کافی در سلامت رفتار داشته‌اند و قادر به تشخیص ناراضی جنسیتی هستند، می‌تواند صورت پذیرد. این متخصص می‌تواند همان کسی باشد که وظیفه‌ی هورمون‌درمانی را نیز برعهده دارد و یا اینکه عضوی از یک تیم ارائه خدمات سلامت باشد.

2. ارائه‌ی اطلاعات در رابطه با گوناگونی در هویت جنسیتی و مداخلات احتمالی پزشکی

یکی از موضوعات مهمی که متخصص سلامت روان باید به آن پردازد، افزایش آگاهی مددجویان و خانواده‌هایشان در رابطه با تظاهرات گوناگون هویت‌های جنسیتی و تعدد گزینه‌های موجود برای تسکین ناراضی جنسیتی است. در مرحله‌ی بعد، متخصص سلامت روان باید شرایطی را فراهم کند (و یا مددجو را به کسی که توانمندی لازم را در این زمینه دارد، ارجاع کند) تا مددجو بتواند این گزینه‌های متعدد را یک به یک بررسی کرده، و در نهایت قادر باشد پس از شناخت نقش‌های جنسیتی مناسب خود، با آگاهی کامل و در صورت لزوم، درباره‌ی مداخلات پزشکی موجود، تصمیم‌گیری کند. از جمله‌ی «شرایط»ی که منجر به این مهم می‌شوند، می‌توان به گروه درمانی، درمان فردی و خانواده درمانی و/یا محافل جمعی اشاره کرد که حمایت گروه هم‌تایان را به‌مراه دارد. متخصص سلامت و مددجو، باید درباره‌ی اثرات و پیامدهای کوتاه و بلندمدت هر تغییری در نقش‌های جنسیتی و هر یک از

¹⁵ Coming-out process

¹⁶ Psychosocial Adjustment

مداخلات پزشکی، به طور مفصل گفت و گو کنند. این پیامدهای می توانند روانشناختی، اجتماعی، فیزیکی، جنسی، شغلی، و قانونی باشند (Bockting et al., 2006; Lev, 2004).

برای انجام این امر نیز، یک متخصص سلامت روان واجد صلاحیت، بهترین گزینه است، با اینحال، هر متخصص سلامت دیگری نیز که آموزش‌های مناسب در زمینه‌ی سلامت رفتار دیده باشد، آگاهی‌های لازم و کافی را درباره‌ی جنسیت‌های نامنطبق و تظاهرات جنسیتی متفاوت کسب کرده باشد، و از اثرات احتمالی مداخلات پزشکی در نارضایتی جنسیتی آگاه باشد، می تواند این وظیفه را بر عهده بگیرد، به خصوص به عنوان عضوی از یک تیم حرفه ای چندتخصصی باشد که وظیفه ی تامین درمان هورمونی را برای مددجو عهده دار باشد.

3. ارزیابی، تشخیص و گفت و گو درباره ی گزینه های درمانی در موارد ابتلا به اختلالات روانپزشکی همراه

مددجویانی که با نارضایتی جنسیتی مراجعه می کنند ممکن است دچار طیف گسترده ای از اختلالات روانپزشکی باشند (Gómez-Gil, Trilla, Salamero, Godás, & Valdés, 2009; Murad et al., 2010). این اختلالات ممکن است با نارضایتی جنسیتی و/یا استرس مزمن ناشی از در اقلیت بودن مرتبط باشد یا نباشد. از جمله‌ی این اختلالات، می‌توان به اضطراب، افسردگی، خود زنی، سابقه‌ی مورد سواستفاده و یا بی توجهی قرار گرفتن، وسواس، سومصرف مواد، اختلالات جنسی، اختلالات شخصیتی، اختلالات خوردن، اختلالات سایکوتیک، و اختلالات طیف اوتیسم اشاره کرد (Bockting et al., 2006; Nuttbock et al., 2010; Robinow, 2009). متخصصان سلامت روان باید مددجویان را از نظر وجود اختلالات روانپزشکی ارزیابی و در صورت تشخیص، درمان‌های لازم را در طرح کلی درمان بگنجانند. این نگرانی‌ها می توانند منبع رنج و ناراحتی (دیسترس) باشند، و در صورتی که درمان نشده باقی بمانند، مانع کشف هویت جنسیتی همخوان و برطرف شدن نارضایتی جنسیتی بشوند (Bockting et al., 2006; Fraser, 2009a; Lev, 2009). تلاش برای کشف و درمان این اختلالات، تا حد زیادی به تسکین نارضایتی جنسیتی، تسهیل فرایند تغییر، و افزایش آگاهی در هنگام تصمیم گیری درباره ی مداخلات پزشکی و در نهایت، به بهبود کیفیت زندگی کمک می کند.

ممکن است برخی از مدجویان برای تسکین علائم روانپزشکی و درمان اختلالات روانپزشکی همراه، نیازمند مصرف داروهای روانپزشکی باشند. بر عهده‌ی متخصصان سلامت روان است که این مددجویان را شناسایی کرده و نسبت به تجویز دارودرمانی مناسب اقدام کنند و یا مددجو را به همکاری که در این زمینه تبحر دارد، ارجاع کنند. وجود اختلالات روانپزشکی، الزاماً، به معنای آن نیست مددجو باید از تغییرات احتمالی در نقش‌های جنسیتی یا دسترسی به هورمون درمانی یا جراحی منع شود؛ بلکه به آن معناست که درمان این اختلالات باید پیش از درمان نارضایتی جنسیتی، و یا همزمان با آن، به بهترین نحو صورت گیرد. علاوه بر این، بایستی توانایی مددجویان برای ارائه رضایت آگاهانه پیش از دریافت درمان‌های پزشکی مورد بررسی و ارزیابی دقیق قرار گیرد.

متخصص سلامت روان واجد صلاحیت باید به طور ویژه برای ارزیابی، تشخیص و درمان (یا ارجاع به منظور درمان) این اختلالات روانپزشکی همراه آموزش ببینند. سایر متخصصان سلامت نیز که آموزش‌های لازم در زمینه ی سلامت رفتار دیده اند، می توانند وظیفه ی غربالگری اختلالات روانپزشکی در مددجویان را بر عهده بگیرند، و در صورت نیز به ارزیابی کامل تر و درمان، مددجو را به متخصص سلامت روان واجد شرایط ارجاع کنند.

4. ارزیابی وجود شرایط برای هورمون درمانی، آماده سازی و ارجاع مددجو

اصول مراقبت معیارهایی را برای نحوه ی تصمیم گیری درباره ی هورمون درمانی زنانه/مردانه ساز ارائه میکند (در بخش 8 و پیوست C). متخصصان سلامت روان باید به مددجویانی که درصدد دریافت هورمون درمانی هستند، کمک کنند تا برای رویارویی با هورمون درمانی آماده شوند چه به لحاظ روانشناختی (برای مثال، مددجو باید آگاهانه و با انتظارات واقع‌گرایانه از نتیجه هورمون‌درمانی تصمیم‌گیری کند؛ باید آمادگی داشته باشد تا خدمات را در راستای طرح کلی درمان دریافت کند؛ باید تا حد امکان خانواده و دوستان را در جریان تصمیم‌گیری بگذارد) و چه به لحاظ عملی (برای مثال، مددجو باید توسط یک پزشک ارزیابی شود تا موارد منع مطلق مصرف هورمون در مورد وی وجود نداشته باشد؛ از پیامدهای روانی - اجتماعی هورمون درمانی به خوبی آگاه شده باشد). اگر مددجویان در سنین باروری هستند، گزینه های تولیدمثلی (بخش یازده) باید پیش از شروع هورمون درمانی مورد بررسی و ارزیابی قرار بگیرند.

باید به خاطر داشت که تصمیم‌گیری درباره‌ی دریافت هورمون - همچون سایر تصمیم‌گیری‌ها در رابطه دریافت هر شکلی از خدمات سلامت - پیش از هر چیز مبتنی بر میل و خواست مددجو است. با اینحال، متخصصان سلامت روان مسئولیت دارند تا علاوه بر تشویق و راهنمایی، مددجویان را در اتخاذ تصمیمی کاملاً آگاهانه و کسب آمادگی کامل در مواجهه با هورمون درمانی یاری کنند. برای این منظور، متخصصان سلامت باید مناسبات درمانی کارا و سودمندی با مددجویانشان داشته و اطلاعات کافی در مورد آنها کسب کرده باشند. مددجویان باید با دقت و توجه بسیار، و با هدف تسکین نارضیاتی جنسیتی و فراهم کردن خدمات پزشکی مناسب، مورد بررسی قرار بگیرند.

ارجاع برای هورمون درمانی زنانه/مردانه ساز

افراد ممکن است برای دریافت هورمون درمانی، به متخصصان رشته‌های مختلف مراجعه کنند. با اینحال، ارائه‌ی خدمات مرتبط با سلامت ترانزجسیتی‌ها یک موضوع چند رشته‌ای است، و توصیه می‌شود ارائه‌ی خدمات سلامت در قالب یک تیم چند تخصصی صورت پذیرد.

هورمون درمانی را می‌توان با صلاحدید یک متخصص سلامت روان واجد صلاحیت آغاز کرد. علاوه بر این، هر متخصص سلامت دیگری نیز که آموزش‌های لازم را در زمینه سلامت رفتار و تشخیص صحیح نارضیاتی جنسیتی دریافت کرده باشد، می‌تواند نسبت به ارزیابی، آماده‌سازی و ارجاع بیمار برای هورمون‌درمانی اقدام کند، به خصوص در صورتی که اختلالات روانپزشکی همراه عمده‌ای وجود نداشته باشد، و متخصص سلامت در قالب یک تیم سلامت حرفه‌ای چند تخصصی عمل کند. ارجاع مددجو باید همراه با مستندات مربوط به تاریخچه تشخیصی و درمانی وی، پیشرفت و چگونگی حصول شرایط مددجو برای دریافت هورمون درمانی باشد. متخصصان سلامتی که هورمون درمانی را توصیه می‌کنند در مسئولیت قانونی و اخلاقی تجویز هورمون با پزشکی که خدمات مربوطه را ارائه می‌کند، شریک هستند.

توصیه می‌گردد نام‌های ارجاع مددجو برای دریافت هورمون درمانی مردانه/زنانه ساز، شامل این موارد باشد:

1. ویژگی‌های شناسایی کلی مددجو؛
 2. نتایج ارزیابی‌های روانشناختی - اجتماعی مددجو، از جمله هر گونه تشخیص؛
 3. طول دوره‌ای که متخصص سلامت با مددجو ارتباط داشته، نوع ارزیابی و درمان یا مشاوره‌ای که تا کنون صورت گرفته است؛
 4. توضیح اینکه چگونه معیارهای هورمون‌درمانی در مورد مددجو صادق بوده، و شرح خلاصه‌ای از اینکه چرا درخواست مددجو برای دریافت هورمون درمانی به لحاظ بالینی قابل قبول و مورد حمایت است.
 5. یادآوری اینکه رضایت آگاهانه از بیمار دریافت شده است؛
 6. یادآوری اینکه متخصص سلامت ارجاع دهنده برای همکاری در ارائه مراقبت فراگیر آمادگی داشته و در صورت نیاز از برقراری تماس تلفنی برای تثبیت این موضوع، استقبال می‌کند.
- برای متخصصانی که در قالب یک تیم حرفه‌ای چندتخصصی کار می‌کنند، نامه نگاری ضروری نیست؛ و تنها ثبت ارزیابی‌ها و پیشنهادها در پرونده‌ی بیمار کفایت می‌کند.

5. ارزیابی وجود شرایط برای جراحی، آماده‌سازی و ارجاع مددجو

اصول مراقبت برای نحوه‌ی تصمیم‌گیری درباره‌ی جراحی سینه/پستان و آلت تناسلی نیز معیارهایی را ارائه می‌کند (در بخش یازده و پیوست C). متخصصان سلامت روان باید به مددجویانی که درصدد دریافت اعمال جراحی هستند، کمک کنند تا برای رویارویی با آن آماده شوند چه به لحاظ روانشناختی (برای مثال، مددجو باید آگاهانه و با انتظارات واقع‌گرایانه از نتیجه جراحی تصمیم‌گیری کند؛ باید آمادگی داشته باشد تا خدمات را در راستای طرح کلی درمان دریافت کند؛ باید تا حد امکان خانواده و دوستان را در جریان تصمیم‌گیری بگذارد) و چه به لحاظ عملی (برای مثال، مددجو باید به صورت آگاهانه جراحی را چنین عمل جراحی انجام می‌دهد انتخاب

کند؛ برای دریافت مراقبت‌های پس از عمل چاره‌ای اندیشیده باشد). اگر مددجویان در سنین باروری هستند، گزینه های تولیدمثلی (بخش نه) باید پیش از انجام جراحی آلت تناسلی مورد بررسی و ارزیابی قرار بگیرند.

اصول مراقبت برای سایر اعمال جراحی نظیر جراحی‌های مردانه/زنانه‌ساز چهره معیاری ارائه نمی‌کند، با اینحال، متخصصان سلامت روان می‌توانند تا حدی زیادی به مددجویان کمک کنند تا در مورد زمان‌بندی و پیامدهای این اعمال جراحی در طی دوران گذار از جنسیت اولیه به جنسیت دلخواه آگاهانه و با دید باز تصمیم بگیرند.

باید به خاطر داشت که تصمیم‌گیری درباره‌ی هر عمل جراحی - همچون سایر تصمیم‌گیری‌ها در رابطه با دریافت هر شکلی از خدمات سلامت - پیش از هر چیز مبتنی بر میل و خواست مددجو است. با اینحال، متخصصان سلامت روان مسئولیت دارند تا علاوه بر تشویق و راهنمایی، مددجویان را در اتخاذ تصمیمی کاملاً آگاهانه و کسب آمادگی کامل در مواجهه با اعمال جراحی یاری کنند. برای این منظور، متخصصان سلامت باید مناسبات درمانی کارا و سودمندی با مددجویانشان داشته و اطلاعات کافی در مورد آنها کسب کرده باشند. مددجویان باید با دقت و توجه بسیار، و با هدف تسکین نارضایتی جنسیتی و فراهم کردن خدمات پزشکی مناسب، مورد بررسی قرار بگیرند.

ارجاع برای جراحی

درمان‌های جراحی را می‌توان، بسته به نوع عمل جراحی، با تشخیص و صلاحدید یک یا دو متخصص سلامت روان واجد شرایط آغاز کرد. متخصص سلامت روان، باید همراه با ارجاع مددجو مستندات مربوط به تاریخچه تشخیصی و درمانی وی، مراحل پیشرفت و چگونگی حصول شرایط مددجو را برای دریافت درمان جراحی پیوست کند. متخصصان سلامت روان که درمان جراحی را توصیه می‌کنند در مسئولیت قانونی و اخلاقی عمل جراحی با جراح سهیم هستند.

- برای اعمال جراحی مربوط به پستان / سینه (نظیر ماستکتومی، بازسازی سینه یا ماموپلاستی) تایید دست کم یک متخصص سلامت روان واجد صلاحیت ضروری است.
- برای اعمال جراحی مربوط به آلت تناسلی (نظیر هیستریکتومی/سالپنچو-اوفورکتومی، اورکیکتومی و جراحی‌های بازسازی آلت تناسلی)، تایید دست کم دو متخصص سلامت روان واجد صلاحیت - که هر یک مستقلاً مددجو را ارزیابی کرده‌اند - ضروری است. اگر یکی از این متخصصان، روان درمانگر مددجو است، لازم است که متخصص دیگر خارج از تیم درمانی مددجو، و تنها به عنوان کسی که ارزیابی تشخیصی انجام می‌دهد، انتخاب گردد.

توصیه می‌گردد نام‌های ارجاع مددجو برای اعمال جراحی، شامل این موارد باشد:

1. ویژگی‌های شناسایی کلی مددجو؛
2. نتایج ارزیابی‌های روانشناختی - اجتماعی مددجو، از جمله هر گونه تشخیص روانپزشکی؛
3. طول دوره‌ای که متخصص سلامت با مددجو ارتباط داشته، نوع ارزیابی و درمان یا مشاوره‌ای که تا کنون صورت گرفته است؛
4. توضیح اینکه چگونه معیارهای برای انجام عمل جراحی در مورد مددجو صادق بوده، و شرح خلاصه‌ای از اینکه چرا درخواست مددجو برای انجام عمل جراحی به لحاظ بالینی قابل قبول و مورد حمایت است.
5. یادآوری اینکه رضایت آگاهانه از بیمار دریافت شده است؛
6. یادآوری اینکه متخصص سلامت ارجاع دهنده برای همکاری در ارائه مراقبت فراگیر آمادگی داشته و در صورت نیاز از برقراری تماس تلفنی برای تثبیت این موضوع، استقبال می‌کند.

برای متخصصانی که در قالب یک تیم حرفه ای چندتخصصی کار می‌کنند، نامه نگاری ضروری نیست؛ و تنها ثبت ارزیابی‌ها و پیشنهادها در پرونده‌ی بیمار کفایت می‌کند.

ارتباط میان متخصصان سلامت روان با جراحان، پزشکانی که هورمون تجویز می‌کنند و سایر متخصصان سلامت

توصیه می‌گردد که متخصصان سلامت روان مرتباً در مورد پیشرفت و عملکرد کار خود با سایر متخصصانی (چه آنها که در حوزه سلامت روان، و چه آنها که در سایر حوزه‌های سلامت مشغول هستند) که صلاحیت ارزیابی و درمان نارضایتی جنسی را دارند، مشورت کنند. ارتباط میان متخصصان مختلفی که در تیم ارائه‌ی خدمات سلامت مشغول هستند باید همواره همکارانه باشد، و امکان دیالوگ بالینی در هر زمانی مهیا باشد. تعامل آزاد و پایدار می‌تواند برای مشورت، ارجاع، و مدیریت نگرانی‌های پس از عمل لازم و ضروری باشد.

امور مربوط به روان درمانی

1. روان درمانی یک ضرورت مطلق برای هورمون درمانی و جراحی نیست

برای اینکه بتوان برای مددجو هورمون‌درمانی را شروع کرد و یا او را تحت اعمال جراحی قرار داد، لازم است که ابتدا وی تحت غربالگری و/یا ارزیابی روانشناختی مربوط به نارضایتی جنسی، همچنان که در بالا اشاره شد، قرار بگیرد. در مقابل روان درمانی، با آنکه می‌تواند بسیار سودمند باشد، اما شرط لازم برای ارائه‌ی درمان‌های هورمونی و جراحی نیست.

اصول مراقبت توصیه می‌کند که برای شروع هورمون درمانی یا درمان‌های جراحی، مددجو ملزم به شرکت در تعداد حداقلی از جلسات روان درمانی نباشد. این پیشنهاد به جهات مختلف اهمیت دارد (Lev, 2009). نخست اینکه، وجود تعداد حداقل جلسات به معنای یک سد یا مانع از سوی مددجو تصور می‌شود، که امکان مشارکت اصیل و صمیمی او را مختل می‌کند. دوم اینکه، متخصصان سلامت روان می‌توانند در حین تمامی مراحل گذار مددجو را در جستجوی هویت جنسی و بیان جنسیتی خود حمایت کنند و ضرورتی ندارد که این حمایت و پشتیبانی تنها پیش از هرگونه مداخله‌ی پزشکی رخ بدهد. سوم آنکه، توانمندی مددجویان مختلف و روان‌درمانگر هایشان برای آنکه در یک بازه‌ی زمانی مشخص به اهداف مشابه برسند با یکدیگر تفاوت می‌کند (و لذا نمی‌توان یک حداقل بازه‌ی زمانی را برای همه پیشنهاد کرد).

2. اهداف روان‌درمانی برای بزرگسالانی که در مورد جنسیت خود دچار نگرانی هستند.

هدف کلی روان‌درمانی یافتن راه‌هایی است که از طریق آن بتوان کیفیت زندگی، بهزیستی روانی¹⁷ و خودشکوفایی فرد را حداکثر ساخت. هدف روان درمانی این نیست که هویت جنسی فرد را تغییر دهد؛ بلکه آنست که بتواند فرد را در کشف مشکلات جنسی و یافتن راه‌هایی برای تسکین نارضایتی جنسی یاری دهد (Fraser, Bockting & Coleman, 2007; Bockting et al., 2006; Lev, 2004a; 2009a). هدف درمانی اصلی، در غالب موارد، اینست که ترانجس‌ها، دگرباشان و افراد با جنسیت نامنطبق قادر باشند در درازمدت هویت جنسی خود را به راحتی بیان نموده و فرصت‌های معقولی برای موفقیت در مناسبات، تحصیل و اشتغال خود داشته باشند. برای جزییات بیشتر به مقاله‌ی فریزر مراجعه کنید (Fraser, 2009c).

درمان می‌تواند برای فرد، زوج، خانواده یا گروه ارائه گردد. در این میان، گروه درمانی به طور ویژه برای برانگیختن حمایت و پشتیبانی گروه همسالان دارای اهمیت بسیار است.

3. روان‌درمانی برای ترانجس‌ها، دگرباشان، و مددجویان دارای جنسیت نامنطبق، از جمله مشاوره و حمایت از تغییر در نقش‌های جنسی

یافتن یک نقش جنسی مطلوب، بیش از همه و پیش از همه، یک فرایند روانشناختی-اجتماعی است. روان‌درمانی برای ترانجس‌ها، دگرباشان و افراد با جنسیت نامنطبق ابزاری ارزشمند است که آنان را یاری می‌کند تا بتوانند در تحقق هر یک از موارد زیر موفق باشند: (1) جستجو و کشف هویت و نقش جنسی دلخواه، (2) درک تأثیری که استرس در اقلیت بودن و برچسب اجتماعی 18 بر سلامت روان فرد و تکوین انسان می‌گذارد، و (3) تسهیل فرایند گذار (Lev, Devor, 2004; Bockting & Coleman, 2007; 2004)، که برای برخی می‌تواند شامل تغییراتی در بیان نقش جنسی و استفاده از مداخلات پزشکی زنانه/مردانه‌ساز باشد.

متخصصان سلامت روان می‌توانند تراجنسی‌ها، دگرباشان و افراد دارای جنسیت نامنطبق را حمایت کرده و مهارت بین فردی و انعطاف‌پذیری آنان و خانواده هایشان را بهبود بخشند، تا بلکه ایشان قادر باشند از پس دشواری‌های جهانی که در اغلب موارد آماده‌ی پذیرش و ادای احترام به تراجنسی‌ها، دگرباشان و افراد دارای جنسیت نامنطبق نیست، برآیند. روان‌درمانی همچنین می‌تواند به بهبود اختلالات روانپزشکی همراه (نظیر افسردگی، اضطراب و غیره) که در طی غربالگری و ارزیابی یافت می‌شوند، کمک کند.

برای آن دسته از مددجویانی که درصددند نقش‌های جنسیتی خود را به طور دائمی تغییر داده و از نقش جنسیتی اجتماعی قبلی به نقشی جدید گذار کنند، متخصصان سلامت روان می‌توانند در طراحی و توسعه‌ی مسیری که اهداف و خط زمانی مشخصی دارد و برای هر فرد اختصاصی است، مددجو را یاری نمایند. درست است که تجربه‌ی تغییر در نقش جنسیتی از فردی به فرد دیگر متفاوت است، اما ابعاد اجتماعی این تجربه تقریباً در همه‌ی موارد چالش برانگیز، و تحمل آن دشوارتر از ابعاد فیزیکی آن است. از آنجا که تغییر نقش جنسیتی می‌تواند عواقب اجتماعی و شخصی عمیقی داشته باشد، تصمیم‌گیری در این ارتباط نیازمند آگاهی و آشنایی با چالش‌های خانوادگی، بین فردی، تحصیلی، شغلی، اقتصادی و قانونی در پیش‌روست، تا فرد بتواند پس از تغییر به خوبی و با موفقیت در جنسیت خود عمل کند.

بسیاری از افراد تراجنسی، دگرباش، و با جنسیت نامنطبق زمانی که برای دریافت خدمات سلامت مراجعه می‌کنند هیچ تجربه‌ای از بیان نقش جنسیتی که با هویت جنسیتی‌شان همخوان است، ندارند. متخصصان سلامت روان می‌توانند این مددجویان را در جستجو و پیش‌بینی پیامدهای تغییر در نقش جنسیتی و زمان‌بندی گذار از نقش‌های جنسیتی یاری دهند. روان‌درمانی می‌تواند فضایی برای مددجویان فراهم کند تا بتوانند خود را به شیوه‌ای همخوان با هویت جنسیتی‌شان بیان کنند، و در مورد برخی مددجویان، بتوانند بر ترس‌هایشان از تغییر در بیان نقش‌های جنسیتی غلبه کنند. روان‌درمانی می‌تواند منجر به کسب تجربه و اعتماد گردد و فرایند گذار را در خانواده و جامعه (دوستان، مدرسه، محل کار) تسهیل کند.

سایر مددجویان، زمانی که برای دریافت خدمات سلامت مراجعه می‌کنند، کمابیش از قبل تجربه‌ی زندگی در جنسیتی متفاوت با آنچه در بدو تولد به آنها نسبت داده شده را دارند. متخصصان سلامت روان می‌توانند این مددجویان را در ادامه روند شناخت هویت جنسیتی‌شان کمک کرده و آنها را قادر سازند تا از پس چالش‌های بالقوه برآمده و به بیان نقش جنسیتی دلخواه خود ادامه دهند.

4. خانواده درمانی یا حمایت از اعضای خانواده

تصمیماتی که درباره‌ی تغییر نقش جنسیتی و مداخلات پزشکی در درمان نارضایتی جنسیتی گرفته می‌شود، نه تنها برای مددجویان که برای خانواده‌هایشان نیز پیامدهایی دارد (Emerson & Rosenfeld, 1996; Fraser, 2009a; Lev, 2004). متخصصان سلامت روان می‌توانند مددجویان را در گرفتن تصمیم‌های ملاحظه‌کارانه در رابطه با اعضای خانواده و دیگران یاری دهند. خانواده درمانی می‌تواند دربرگیرنده‌ی همسر، شریک عاطفی - جنسی، فرزندان و سایر اعضای خانواده‌ی مددجو باشد.

علاوه بر این، ممکن است مددجویان نیز برای حل مسایل مربوط به مناسبات و سلامت جنسی‌شان نیازمند کمک باشند. برای مثال، ممکن است نیاز داشته باشند تا برای دغدغه‌هایشان در رابطه با تمایلات جنسی و مناسبات خصوصی‌شان پاسخی بیابند.

خانواده‌درمانی می‌تواند به عنوان بخشی از درمان فردی مددجو، و در صورت امکان، توسط یک درمانگر ارائه گردد. در غیر اینصورت، می‌توان مددجو را به متخصص دیگری که در زمینه‌ی خانواده درمانی مهارت دارد و یا گروه‌های هم‌تایان که حمایت‌های نظام‌مند ارائه می‌کنند، ارجاع کرد.

5. مراقبت پیگیرانه در طول زندگی

متخصصان سلامت روان ممکن است در مقاطع بسیاری از زندگی مددجویان با آنها و خانواده‌هایشان کار کنند. روان‌درمانی می‌تواند در زمان‌های متفاوتی از زندگی و برای حل مسایل مختلفی برای مددجویان و خانواده‌هایشان کمک‌کننده باشد.

6. ایتراپی 19، مشاوره‌ی آنلاین، یا مشاوره از راه دور

نشان داده شده است که ایتراپی یا آنلاین‌تراپی به خصوص برای کسانی که به روان‌درمانی مناسب فردی دسترسی ندارند و کسانی که در معرض تجربه‌ی انزوا و برچسب اجتماعی هستند، بسیار مفید است (Derrig et al., 2004; Palumbo & Zeine, 2005; Fraser, 2009b). می‌توان تصور کرد که این تأثیر سودمند در مورد روان‌درمانی مددجویان تراجنسی، دگرباش و جنسیت نامنطبق نیز صادق باشد. ایتراپی فرصت‌هایی را برای انتقال خدمات گسترده، خلاق و مناسب مهیا می‌کند؛ با اینحال، از آنجا روشی در حال توسعه و تغییر است می‌تواند خطرات و مشکلات نیز به‌مراه داشته باشد. دستورالعمل‌های «پزشکی از راه دور 20» در برخی نقاط ایالات متحده روشن و شفاف است (Fraser, 2009b; Maheu, Pulier, Wilhem, McMEnamin, & Connolly, 2005)-Brown اما نه همه‌جا؛ شرایط بین‌المللی حتی از این هم نامشخص‌تر است (Maheu et al., 2005). تا زمانی که داده‌های مبتنی بر شاهد در مورد استفاده از ایتراپی بدست نیامده، توصیه می‌شود در استفاده از آن احتیاط صورت گیرد.

به متخصصان سلامت روانی که از ایتراپی استفاده می‌کنند، توصیه می‌شود در جریان به روزترین بخشنامه‌های انجمن‌های تخصصی مربوطه یا قوانین کشوری، و همچنین آخرین مطالعات صورت گرفته در این حوزه که به سرعت در حال رشد است، باشند. شرحی کامل‌تر از موارد استفاده، فرایندها، و نگرانی‌های اخلاقی در ارتباط با ایتراپی را می‌توان در مقاله‌ی فریزر یافت (Fraser, 2009b).

سایر وظایف متخصصان سلامت روان

1) آموزش و اطلاع‌رسانی درباره‌ی مددجویان در اجتماعات آنها (مدرسه، محل کار، و سایر نهادها) و کمک به مددجویان برای ایجاد تغییر در مدارک و مستندات هویتی‌شان

مددجویان تراجنسی، دگرباش، و دارای جنسیت نامنطبق پس از آنکه هویت جنسیت و بیان جنسیتی واقعی‌شان عیان کردند، غالباً دچار چالش‌هایی جدی در محیط کاری، تحصیلی و غیره خود می‌شوند (Lev, 2004, 2009). متخصصان سلامت روان می‌توانند با آموزش عمومی و اطلاع‌رسانی درباره‌ی ابعاد جنسیت نامنطبق و با دفاع از حقوق مددجویان‌شان به بهبود این معضلات و حل مسایل آنها کمک کنند. این امر می‌تواند از راه‌های مختلف از جمله مشاوره با اولیای مدرسه، معلمان، مدیران و غیره صورت پذیرد (Currah, Juang, & Minter, 2006; Currah & Minter, 2000). علاوه بر این، شایسته است که ارائه‌دهندگان خدمات سلامت مددجویان را در تغییر نام و/یا علایم جنسیتی مندرج در مدارک شناسایی‌شان نظیر پاسپورت، گواهینامه رانندگی، مدارک تولد، و مدارک تحصیلی یاری نمایند.

2) اطلاع‌رسانی و ارجاع برای دسترسی به حمایت گروه همتایان

برای برخی مددجویان تراجنسی، دگرباش، و با جنسیت نامنطبق، تجربه در گروه همسالان می‌تواند به لحاظ آشنایی با گزینه‌های بیان جنسیتی بسیار آموزنده‌تر از هر آنچه‌ی باشد که روان‌درمانی فردی قادر به ارائه است (Rachlin, 2002). هر دو تجربه بالقوه ارزشمندند، و همه‌ی کسانی که مشغله‌های ذهنی در رابطه با جنسیت‌شان دارند باید، در صورت امکان، تشویق به شرکت در فعالیت‌های جمعی بشوند. باید منابعی فراهم آورد که حمایت گروه همتایان و اطلاعات لازم را در دسترس مددجو قرار دهد.

فرهنگ و عواقب آن برای ارزیابی و روان‌درمانی

متخصصان سلامت در شرایط و محیط‌هایی به غایت متفاوت در نقاط مختلف جهان مشغول به کار هستند. دلایلی که باعث رنج و آزار مددجویان شده و سبب می‌شود تا به متخصصان سلامت روان مراجعه کنند، در چارچوب هر فرهنگ و شرایط خاص آن تعریف و طبقه‌بندی می‌شود (Frank & Frank, 1993). همچنین شرایط فرهنگی تعیین می‌کنند که چطور چنین وضعیت‌هایی توسط متخصصان سلامت روان ادراک و فهمیده بشوند. تفاوت‌های فرهنگی مربوط به هویت و بیان جنسیتی می‌تواند بیماران، متخصصان سلامت روان، و روش مورد پذیرش روان‌درمانی را تحت تأثیر قرار بدهند. WPATH آگاه است که اصول مراقبت برآمده از یک سنت غربی بوده و نیازمند مطابقت با شرایط فرهنگی است.

دستورالعمل‌های اخلاقی مربوط به خدمات سلامت روان

متخصصان سلامت روان باید مطابق قوانین کشوری که در آن مشغول به کار هستند، دارای گواهی نامه‌ی کار باشند (Fraser, 2009b; Pope & Vasquez, 2011). متخصصان در برخورد با مددجویان تراجنسی، دگرباش و دارای جنسیت نامنطبق باید بر اساس کدهای اخلاقی گواهینامه‌ی حرفه‌ای خود عمل کنند.

تلاش برای تغییر هویت جنسیتی فرد و بیان جنسیتی زیسته‌ی وی در راستای همخوان شدن با نقش جنسیتی که در بدو تولد به او نسبت داده شده، در رویکردهای درمانی قدیمی وجود داشت (Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964)، ولی به خصوص در دراز مدت بی‌نتیجه و عبث بود (Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965). چنین رویکردهای درمانی امروز منسوخ و غیراخلاقی تلقی می‌شوند.

اگر متخصصان سلامت روان در زمینه‌ی کار با افراد تراجنسی، دگرباش، و دارای جنسیت نامنطبق و خانواده‌هایشان تجربه و اشتیاق کافی ندارند، باید مددجویان را به متخصص دیگری که دارای صلاحیت است، ارجاع دهند و یا دست کم، با یکی از همکاران باتجربه مشورت کنند. اگر متخصص محلی دیگری برای ارجاع یا مشورت در دسترس نبود، مشورت و همفکری باید با توجه به امکانات ارتباطی، از طریق فن‌آوری‌های ارتباط از راه دور صورت گیرد.

مسایل پیرامون دسترسی به مراقبت

متخصصان سلامت روان دارای صلاحیت همه جا در دسترس نیستند؛ لذا، دسترسی به مراقبت باکیفیت محدودیت دارد. در راستای بهبود دسترسی به خدمات با کیفیت، WPATH در نظر دارد تا با فراهم آوردن فرصت‌های آموزشی مداوم متخصصانی را از حوزه‌های مختلف تربیت کند تا بتوانند خدمات سلامت اختصاصی برای دگرباشان ارائه کنند. فراهم کردن مراقبت‌های سلامت روان از راه دور با استفاده از فن‌آوری‌های به روز، می‌تواند یکی از راه‌های بهبود و ارتقا دسترسی مددجویان به خدمات مناسب باشد (Fraser, 2009b).

در بسیاری از نقاط جهان، دسترسی به خدمات سلامت برای تراجنسی‌ها، دگرباشان، و افراد دارای جنسیت نامنطبق به دلایل دیگری جز کمبود متخصص سلامت هم محدودیت دارد: فقدان بیمه‌های سلامت و یا منابع مالی لازم برای پرداخت هزینه‌ی مراقبت‌های مربوط به سلامت. WPATH شرکت‌های بیمه‌ی سلامت را موظف می‌کند که هزینه‌ی درمان‌های پزشکی لازم برای تسکین نارضایتی جنسیتی را پرداخت کنند (American Medical Association, 2008; Anton, 2009; The World Association for Transgender Health, 2008).

در مواردی که مددجو قادر به تامین هزینه‌های لازم برای دریافت خدمات سلامت نیست، باید به گروه‌های حمایتی همتایان ارجاع داده شود. نکته‌ی آخر اینکه، در بعضی موارد ممکن است رویکردهای کاهش آسیب برای کمک به مددجو در گرفتن تصمیم‌های آگاهانه و سالم که شرایط زندگی‌اش را بهبود بخشد، ضرورت داشته باشد.

هورمون درمانی

ضرورت پزشکی هورمون درمانی

هورمون درمانی زنانه/مردانه ساز - تجویز داروهای هورمونی برای ایجاد تاثیرات فیزیولوژیک و آناتومیک مردانه یا زنانه - در مورد بسیاری از تراجنسی ها، دگرباشان و افراد دارای جنسیت نامنطبق که دچار نارضایتی جنسیتی هستند، یک مداخله پزشکی ضروری است (Newfield, Hart, Dibble, & Kohler, 2006; Pfafflin & Junge, 1998). برخی مددجویان خواستار حداکثر تغییرات زنانه/مردانه هستند، در حالیکه که دیگران با یک ظاهر مردانه/زنانه هم، که ناشی از به حداقل رساندن صفات ثانویه ی جنسی از طریق دریافت هورمون است، راضی می شوند (Factor & Rothblum, 2008). شواهد بدست آمده از پیامدهای روانشناختی - اجتماعی هورمون درمانی در پیوست D به طور خلاصه بیان شده‌اند.

هورمون درمانی باید به صورت اختصاصی برای هر فرد، و بر اساس درخواست و نیازمندی‌های بیمار، برآیند سود و زیان داروها، وجود بیماری‌های زمینه‌ای، و شرایط اجتماعی و اقتصادی فرد تنظیم گردد. هورمون درمانی می تواند برای آن کسانی که نمی خواهند یا نمی توانند نقش جنسیتی اجتماعی خود را تغییر دهند یا دست به جراحی بزنند، تا حد قابل توجهی آرامش بخش باشد (Meyer III, 2009). برای برخی، ولی نه همه‌ی، اعمال جراحی درمانی در نارضایتی جنسیتی، هورمون درمانی به عنوان یک پیش شرط توصیه شده است (بخش 11 و پیوست C را ببینید).

معیارهای هورمون درمانی

هورمون درمانی را می توان پس از انجام ارزیابی روانشناختی - اجتماعی توسط یک متخصص سلامت روان دارای صلاحیت و کسب رضایت آگاهانه، آنچنان که در بخش 7/ اصول مراقبت شرح داده شد، شروع کرد. نامه‌ی ارجاع از سوی یک متخصص سلامت روان که ارزیابی را انجام داده، ضروری است، مگر اینکه ارزیابی را خود ارائه دهنده‌ی هورمون درمانی صلاحیت ارزیابی روانشناختی نیز دارد، انجام داده باشد.

معیارهای هورمون درمانی عبارتند از:

- 1) نارضایتی جنسیتی مداوم که به صورت قابل اعتمادی ثبت شده باشد؛
 - 2) توانایی ذهنی و شناختی لازم برای گرفتن تصمیمات کاملاً آگاهانه و داشتن رضایت آگاهانه برای درمان؛
 - 3) سن اکثریت در هر کشور (اگر سن کمتر است، به دستورات اصول مراقبت در بخش 6 مراجعه کنید)؛
 - 4) اگر اختلالات روانپزشکی یا مشکلات سلامت روان وجود داشت، باید به خوبی کنترل شود.
- همانطور که در بخش 7 اصول مراقبت مورد اشاره قرار گرفت، وجود اختلالات روانپزشکی همراه الزامات مانعی برای دریافت هورمون‌های زنانه/مردانه ساز نیست؛ تنها باید پیش از درمان نارضایتی جنسیتی یا همزمان با آن، برای درمان این اختلالات اقدام کرد.

در شرایط خاص، می‌توان برای بیمارانی که واجد تمام این معیارها نیستند هم هورمون درمانی را تجویز کرد. برای مثال، در بیمارانی که سابقه‌ی مصرف هورمونی داشته و از قبل نقش جنسیتی خود را تغییر داده‌اند و یا مواردی که در صورت عدم تجویز هورمون، مددجو اقدام به مصرف غیرقانونی و بدون نظارت هورمون درمانی می‌کند، می‌توان هورمون درمانی را شروع کرد. امتناع از ارائه‌ی هورمون درمانی تنها به علت اینکه مددجو مبتلا به عفونت‌های خونی نظیر HIV یا هیپاتیت B یا C است، غیراخلاقی است. در موارد اندک، به علت وضعیت خاص جسمانی مددجو، تجویز هورمون درمانی ممکن است منع نسبی یا مطلق داشته باشد. متخصصان سلامت باید برای تسکین نارضایتی جنسیتی این مددجویان، امکان دسترسی به مداخلات غیرهورمونی را برای آنها فراهم کنند. یک متخصص سلامت روان دارای صلاحیت که با مددجو آشنا باشد، منبعی بی‌نظیر برای وضعیت‌های اینچنینی است.

رضایت آگاهانه

هورمون‌درمانی مردانه/زنانه‌ساز می‌تواند منجر به تغییرات غیرقابل برگشت جسمانی گردد. از همین رو، هورمون‌درمانی تنها باید برای کسانی تجویز گردد که به لحاظ قانونی قادر به ارائه رضایت آگاهانه هستند. این موضوع در خردسالانی که از سوی دادگاه بی‌سرپرست اعلام می‌شوند، زندانیان، و افراد دچار اختلالات شناختی که صلاحیت مشارکت در تصمیم‌گیری‌های پزشکی‌شان را دارند، نیز صادق است (Bockting et al., 2006). باید در پرونده‌ی پزشکی مددجو اشاره شود که اطلاعات مربوط به تمامی ابعاد هورمون‌درمانی، از جمله سودها و زیان‌های احتمالی آن و تأثیری که بر ظرفیت تولید مثلی فرد می‌گذارد، به صورت کامل و جامع برای مددجو شرح داده شده است.

ارتباط بین اصول مراقبت و پروتکل‌های الگوی رضایت آگاهانه

شماری از مراکز سلامت اجتماعی در ایالات متحده برای ارائه‌ی هورمون‌درمانی پروتکل‌هایی تدارک دیده‌اند که با عنوان الگوی رضایت آگاهانه شناخته می‌شود (Callen Lorde Community Health Center, 2000, 2011; Fenway Community Health Transgender Health Program, 2007; Tom Waddell Health Center, 2006). این پروتکل‌ها با دستورالعمل‌های ارائه شده در نسخه‌ی هفتم اصول مراقبت WPATH همخوانی دارند. اصول مراقبت دارای دستورالعمل‌های بالینی منعطفی است؛ این دستورالعمل‌ها اجازه می‌دهند که مداخلات پزشکی بر اساس نیازمندی‌ها و مختصات هر مددجو، و نیز بر اساس رویکرد درمانی و شرایطی زمینه‌ای که این خدمات در آن ارائه می‌شود، تنظیم و ارائه گردد (Ehrbar & Gorton, 2010).

کسب رضایت آگاهانه از مددجو پیش از تجویز هورمون‌درمانی وظیفه‌ی مهمی برای ارائه‌کننده‌ی خدمت است تا اطمینان حاصل کند که بیمار سودها و زیان‌های جسمانی و روانشناختی ناشی از هورمون‌درمانی، و همین‌طور محدودیت‌های روانشناختی-اجتماعی آن را به درستی درک کرده است. پزشکانی که هورمون تجویز می‌کنند و یا متخصصان سلامتی که توصیه به مصرف هورمون می‌کنند باید دانش و تجربه‌ی نارضایتی جنسیتی را داشته باشند. آنها باید با در نظر گرفتن وضعیت جسمانی و اختلالات احتمالی روانپزشکی مددجو، سابقه‌ی قبلی مصرف هورمون و سن وی، او را از سودها، محدودیت‌ها و خطرات احتمالی هورمون آگاه کنند.

غریبالگری و ارزیابی اختلالات روانپزشکی حاد یا کنونی مددجو، یک بخش مهم از فرایند کسب رضایت آگاهانه است. این ارزیابی می‌تواند توسط یک متخصص سلامت روان یا توسط پزشک تجویزکننده‌ای که تا به قدر کافی آموزش دیده است، صورت پذیرد (بخش هفتم اصول مراقبت را ببینید). خود پزشک تجویزکننده یا عضو دیگری از تیم سلامت که صلاحیت کافی داشته باشد (مثلاً یک پرستار)، می‌تواند عواقب روانشناختی - اجتماعی مصرف هورمون در صورت لزوم را برای مددجو توضیح دهد (برای مثال، تأثیر مردانه/زنانه‌سازی بر اینکه فرد چگونه به لحاظ اجتماعی ادراک می‌شود و یا اثرات بالقوه‌ی آن بر مناسبات مددجو با خانواده، دوستان و همکاران). در صورت نیاز، مددجو باید برای روان‌درمانی و ارزیابی دقیق‌تر و همین‌طور درمان اختلالات روانپزشکی همراه نظیر اضطراب یا افسردگی به متخصصان سلامت روان ارجاع گردد.

تفاوت میان الگوی رضایت آگاهانه و نسخه‌ی هفتم اصول مراقبت در تأکید بیشتری است که اصول مراقبت بر نقش متخصصان سلامت روان در تسکین نارضایتی جنسیتی و تسهیل تغییر در نقش جنسیتی و انطباق روانشناختی - اجتماعی مددجو می‌کند. این مهم می‌تواند شامل ارزیابی جامع سلامت روان و روان‌درمانی باشد. در الگوی رضایت آگاهانه، اما، تمرکز بر کسب رضایت آگاهانه به عنوان حد آستانه‌ای برای شروع هورمون‌درمانی در بستری چند رشته‌ای، همراه با کاهش آسیب است. در اینجا تأکید کمتری بر ارائه‌ی مراقبت‌های مربوط به سلامت روان تا وقتی که بیمار خود درخواست نکرده باشد شده است، مگر آنکه اختلالات جدی سلامت روان وجود داشته باشد که نیازمند ارزیابی و درمان پیش از تجویز هورمون‌درمانی باشند.

تأثیرات جسمانی هورمون‌درمانی

هورمون‌درمانی مردانه/زنانه‌ساز منجر به القای تغییرات جسمانی می‌شود که همخوانی بیشتری با هویت جنسیتی بیمار دارند

- در بیماران FtM، انتظار می‌رود تغییرات جسمانی زیر رخ دهند: بم شدن صدا، افزایش اندازه‌ی کلیتوریس (چوچوله) - که در افراد مختلف به میزان متفاوت رخ می‌دهد، رشد موهای بدن و صورت، قطع قاعدگی، تحلیل رفتن (آتروفی) بافت پستان، و کاهش نسبت بافت چربی به بافت عضلانی بدن.

- در بیماران MitF، انتظار می رود تغییرات جسمانی زیر رخ دهند: رشد پستان (که در افراد مختلف به میزان متفاوت رخ می دهد)، کاهش عملکرد نعوظ، کاهش اندازه بیضه ها، و افزایش نسبت بافت چربی به بافت عضلانی بدن.

غالب تغییرات جسمانی، چه مردانه و چه زنانه، در طی حدود دو سال رخ می دهند. میزان تغییرات و زمان بندی دقیق رخ دادن تغییرات می تواند تا حد زیادی متغیر باشد. جدول 1-الف و 2-الف بازه های زمانی تقریبی این تغییرات جسمانی را نشان می دهند.

جدول 1-الف تاثیرات و زمان قابل انتظار اثر هورمون‌های مردانه‌ساز الف

تاثیر	زمان لازم برای شروع تاثیر ^ب	زمان لازم تا بروز حداکثر تاثیر ^ب
چرب بودن پوست/آکنه	یک تا شش ماه	یک تا دو سال
رشد موی صورت/بدن	سه تا شش ماه	سه تا پنج سال
ریزش موی سر	بیشتر از دوازده ماه ^پ	متغیر
افزایش حجم و قدرت عضلانی	شش تا دوازده ماه	دو تا پنج سال ^ت
توزیع چربی بدن	سه تا شش ماه	دو تا پنج سال
توقف قاعدگی	دو تا شش ماه	غیرقابل طرح
افزایش اندازه کلیتوریس	سه تا شش ماه	یک تا دو سال
آتروفی واژن	سه تا شش ماه	یک تا دو سال
پم شدن صدا	سه تا دوازده ماه	یک تا دو سال

الف اقتباس از همبری (Hembree et al., 2009)، انجمن غددشناسی

ب تخمین‌ها بر اساس مشاهدات و مطالعات منتشر شده یا منتشر نشده است

پ تا حد زیادی بسته به سن و وراثت است؛ می‌تواند بسیار اندک باشد

ت به صورت معنی‌داری به میزان تمرین و فعالیت بستگی دارد

جدول 1 - ب: تاثیرات و زمان قابل انتظار اثر هورمون‌های زنانه‌ساز الف

تاثیر	زمان لازم برای شروع تاثیر ^ب	زمان لازم تا بروز حداکثر تاثیر ^ب
توزیع چربی بدن	سه تا شش ماه	دو تا پنج سال
کاهش حجم و قدرت عضلانی	سه تا شش ماه	یک تا دو سال ^پ
نرم شدن پوست/کاهش میزان چربی پوست	سه تا شش ماه	نامعلوم
کاهش میل جنسی	یک تا سه ماه	یک تا دو سال
کاهش نعوظ‌های خودبیه خودی	یک تا سه ماه	سه تا شش ماه
اختلال عملکرد جنسی مردانه	متغیر	متغیر
رشد پستان	سه تا شش ماه	دو تا سه سال
کاهش حجم بیضه	سه تا شش ماه	دو تا سه سال
کاهش تولید اسپرم	متغیر	متغیر
نازک شدن و کاهش رشد موی بدن و چهره	شش تا دوازده ماه	بیشتر از سه سال ^ت
الگوی کچلی مردانه	رشد مجدد صورت نمی‌گیرد، ریزش بین یک تا سه ماه پس از شروع متوقف می‌شود	یک تا دو سال

الف اقتباس از همبری (Hembree et al., 2009)، انجمن غددشناسی

^ب تخمین‌ها بر اساس مشاهدات و مطالعات منتشر شده یا منتشر نشده است

^پ به صورت معنی‌داری به میزان تمرین و فعالیت بستگی دارد

^ت حذف کامل موی چهره و بدن نیازمند الکترولیز، درمان لیزری، یا هر دو است.

شدت و سرعت بروز تاثیرات جسمانی هورمون‌ها تا اندازه‌ای بسته به دوز، مسیر تجویز، و نوع داروی مورد استفاده است، که هر کدام مطابق با اهداف پزشکی خاص هر بیمار (مثل تغییر در بیان نقش جنسیتی، برنامه‌ی تغییر جنسیت) و شرایط پزشکی زمینه‌ای وی انتخاب می‌شود. در حال حاضر هیچ شاهدهی وجود ندارد که بتوان بر اساس آن میزان پاسخ به هورمون درمانی را - به جز بم شدن صدا در افراد FtM - بسته به سن، عادت بدن، نژاد، یا ظاهر خانوادگی با اطمینان تعیین کرد. علاوه بر این، حتی اگر همه‌ی عوامل یکسان باشند، هیچ شاهدهی وجود ندارد که نشان بدهد کدام نوع یا روش تجویز هورمون در به وجود آوردن تغییرات جسمانی مطلوب موثرتر از دیگران است.

خطرات هورمون درمانی

هیچ مداخله‌ی پزشکی بی‌خطر نیست. احتمال بروز یک عارضه‌ی جانبی جدی به عوامل متعددی بستگی دارد: خود دارو، دوز، مسیر تجویز، و ویژگی‌های بالینی بیمار (سن، اختلالات همراه، سابقه‌ی خانوادگی، عادات‌های بهداشتی). از همین‌روست که امکان پیش‌بینی اینکه آیا یک عارضه‌ی جانبی خاص در یک بیمار خاص رخ می‌دهد یا نه، وجود ندارد.

خطرات مرتبط با هورمون‌درمانی زنانه/مردانه‌ساز برای ترانجسیتی‌ها، دگرباشان، و افراد مبتلا به جنسیت نامنطبق در جدول 2 آمده است. بر اساس میزان شواهد، خطرات را می‌توان به این صورت تقسیم‌بندی کرد: (1) خطر بروز با هورمون‌درمانی به طور قابل توجهی افزایش می‌یابد، (2) خطر بروز با هورمون‌درمانی تا حدی افزایش می‌یابد، (3) افزایش بروز خطر غیرقطعی است و یا افزایش نمی‌یابد. گروه سوم شامل مواردی است که ممکن است در اثر هورمون درمانی احتمال بروزشان افزایش یابد اما شواهد موجود آنقدر پراکنده و اندک است که هیچ نتیجه‌گیری مشخصی در مورد آنها نمی‌توان کرد.

برای جزئیات بیشتر در این زمینه پیوست ب را ببینید، که بر اساس دو مطالعه‌ی مروری جامع و مبتنی بر شواهد در رابطه با هورمون‌درمانی مردانه/زنانه (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)، و نیز یک مطالعه‌ی همگروهی گسترده (Asscheman et al., 2011) نوشته شده است. این مطالعات مروری در کنار سایر منابع بالینی معتبری که بیشتر منتشر شده‌اند، مآخذهایی مورد اعتماد برای پزشکان تجویزکننده‌ی هورمون درمانی هستند (Dahl, Feldman, Goldberg, & Jaber, 2006; Ettner, Monstrey, & Eyler, 2007).

جدول 2: خطرات مرتبط با هورمون‌درمانی. مواردی که درشت‌تر نوشته شده‌اند، اهمیت بالینی قابل توجهی دارند

هورمون های زنانه ساز	هورمون های مردانه ساز	سطح خطر
پلی سیتی افزایش وزن آکنه آلویسی (کچلی) آندروژنی آپنه ی خواب	بیماری ترومبوآمبولیک وریدی ^{الف} سنگ صفرا آنزیم های کبدی افزایش یافته افزایش وزن هیپرتری گلیسیریدمی بیماریهای قلبی عروقی	خطر بروز با هورمون‌درمانی به طور قابل توجهی افزایش می‌یابد در صورت وجود عوامل خطر اضافی، خطر بروز با هورمون‌درمانی به طور قابل توجهی افزایش می‌یابد ^ب خطر بروز با هورمون‌درمانی تا حدی افزایش می‌یابد
آنزیم های کبدی افزایش یافته هیپرلیپیدمی تشدید برخی اختلالات روانپزشکی ^ب بیماری های قلبی عروقی افزایش فشار خون دیابت تیپ 2	افزایش فشار خون هیپرپرولاکتینمی یا پرولاکتینوما دیابت تیپ 2 ^{الف}	در صورت وجود عوامل زمینه‌ای، خطر بروز با هورمون‌درمانی تا حدی افزایش می‌یابد ^ب
کاهش تراکم استخوان سرطان پستان سرطان گردن رحم سرطان تخمدان سرطان رحم	سرطان پستان	افزایش بروز خطر غیرقطعی است و یا افزایش نمی‌یابد

^{الف} تجویز خوراکی استروژن خطر بیشتری از تجویز پوستی آن دارد.

^ب عوامل خطر زمینه ای نظیر سن.

^ب نظیر اختلال دوقطبی، اسکیزوافکتیو، و سایر اختلالاتی که دربرگیرنده‌ی علائم مانیک یا سایکوتیک هستند. به نظر می‌رسد این عوارض جانبی در هنگام مصرف دوزهای بالاتر از معمول تستوسترون و یا سطوح سرمی تستوسترون از بازه ی فیزیولوژیک بالاتر است، رخ می‌دهند.

صلاحیت پزشکانی که هورمون تجویز می‌کنند، ارتباط با سایر متخصصان سلامت

بهترین شکل ارائه‌ی هورمون‌درمانی مردانه/زنانه‌ساز در قالب یک رویکرد جامع‌نگر به سلامت است، که مراقبت اولیه و نیز ارزیابی مسائل روانی - اجتماعی را شامل شود (Feldman & Safer, 2009). اگرچه روان‌درمانی یا مشاوره دائمی برای شروع هورمون‌درمانی مورد نیاز نمی‌باشد، با این وجود در صورتی که یک درمانگر در کار باشد، تعامل بین متخصصین به منظور حصول اطمینان از جریان مطلوب پروسه گذار، از نظر روانی-اجتماعی و فیزیکی توصیه می‌شود(البته در صورت رضایت بیمار).

با آموزش مناسب، هورمون‌درمانی مردانه/زنانه‌ساز را می‌توان به بسیاری از نیروهای حوزه سلامت، از قبیل پرستاران، دستیاران، و پزشکان عمومی آموزش داد (Dahl et al., 2006). ویژگی‌های بالینی که برای تنظیم سطح هورمونی صورت می‌گیرند، موقعیت مناسبی فراهم می‌کنند تا بتوان از جمعیتی که عموماً در این زمینه نادیده گرفته می‌شوند مراقبت‌های بیشتری به عمل آورد (Clements, Wilkinson, Kitano, & Marx, 1999; Feldman, 2007; Xavier, 2000). قسمت عمده‌ای از فرایند غربالگری و مدیریت اختلالات جانبی مرتبط با هورمون‌درمانی طولانی مدت، از قبیل ریسک فاکتورهای قلبی عروقی و غربالگری سرطان، بیشتر در حیطه‌ی مراقبت‌های اولیه سلامت قرار می‌گیرند تا پزشکی تخصصی (American Academy of Family Physicians, 2008; Eyer, 2007; World Health Organization, 2008). این موضوع به خصوص در موقعیت‌هایی صادق است که کلینیک‌های جنسیت و یا پزشکان متخصص در دسترس نیستند.

با در نظر گرفتن نیازهای چند بُعدی مددجویان ترانسنسی، دگرباش و دارای جنسیت نامنطبق که درمان هورمونی دریافت می‌کنند و نیز مشکلات ناشی از فقدان انسجام در ارائه‌ی خدمات سلامت، WPATH قویاً ارتقا سطح آموزش‌های ارائه شده در این حوزه را خواستار و ادغام مراقبت‌های اولیه سلامت را در هورمون‌درمانی زنانه/مردانه ساز توصیه می‌کند (World Health Organization, 2008). در صورتی که هورمون‌ها توسط یک متخصص تجویز می‌شوند، لازم است تعامل نزدیک با پزشک خانواده بیمار حفظ گردد. از سوی دیگر اگر پزشک خانواده مددجو تجربه لازم در تجویز هورمون‌درمانی را نداشته باشد و یا در صورتی که فرد سابقه بیماری‌های متابولیک یا هورمونی دارد که ممکن است با هورمون‌درمانی تداخل ایجاد کند، لازم است که مشورت با متخصص غدد با تجربه صورت گرفته و یا مددجو ارجاع گردد.

اگرچه برنامه‌های آموزشی رسمی برای بحث‌هایی مربوط به ابعاد بالینی ترانسنسیت هنوز به طور کامل طراحی نشده، این وظیفه پزشکان تجویزکننده‌ی هورمون است، که اطلاعات و تجربه کافی را در این زمینه به دست آورند. پزشکان می‌توانند از طریق مشورت با افراد با تجربه و نیز ارائه‌ی هورمون‌درمانی محدودتر در شروع کار، تجربه و مهارت خود را در این زمینه ارتقا دهند. از آنجایی که این حوزه از پزشکی در حال تکامل است، لازم است پزشکان با اصول آن آشنا شده، خود را در جریان منابع علمی مربوطه قرار داده و بر سر مفاهیم جدید با همکاران خود به بحث و تبادل نظر بنشینند. چنین تبادلی نظر‌هایی را می‌توان در بستر شبکه‌های شکل گرفته توسط WPATH و دیگر سازمان‌های ملی ایجاد کرد.

مسئولیت‌های پزشکان تجویز کننده هورمون

به طور کلی، پزشکانی که هورمون تجویز می‌کنند، بایستی وظایف زیر را بر عهده بگیرند:

1. ارزیابی اولیه شامل تعیین اهداف فیزیکی گذار بیمار، سابقه پزشکی، معاینه فیزیکی، ارزیابی ریسک فاکتورها و درخواست آزمایش‌های مرتبط
2. تبادل نظر با بیمار پیرامون اثرات زنانه/مردانه‌سازی قابل انتظار داروهای مصرفی و عوارض احتمالی داروها. این عوارض کاهش باروری را شامل می‌شود (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). از این رو، لازم است گزینه‌های تولیدمثلی ممکن پیش از شروع هورمون‌درمانی برای بیمار مطرح شود (بخش نهم را ببینید).
3. حصول اطمینان از اینکه بیمار ظرفیت درک خطرات و مزایای درمان و نیز صلاحیت تصمیم‌گیری پیرامون دریافت و یا عدم دریافت این مراقبت پزشکی را دارد.
4. پایش پایدار وضعیت پزشکی بیمار، از قبیل معاینات فیزیکی و ارزیابی‌های آزمایشگاهی لازم برای تنظیم سطح هورمون و عوارض آن.

5. تعامل با پزشک خانواده، روانپزشک و یا جراح بیمار در موارد لازم

6. ارائه گواهی کتبی برای بیماران دال بر دریافت درمان هورمونی زنانه/مردانه‌ساز. به ویژه در مراحل اولیه درمان، برخی از بیماران همراه داشتن چنین گواهی را برای ارائه در صورت بروز مشکل با پلیس و دیگر مراجع سودمند می‌دانند.

بسته به وضعیت بالینی بیمار (که در زیر بدان پرداخته شده است)، برخی از موارد ذکر شده اهمیت کمتری پیدا می‌کنند. به همین دلیل، دفعات و کیفیت معاینه، بررسیهای آزمایشگاهی و مشاوره ها باید با در نظر گرفتن نیازهای هر بیمار به طور جداگانه تعیین شود.

وضعیت‌های بالینی نیازمند به هورمون‌درمانی

بعضی اوقات ممکن است از پزشکی درخواست شود که برای یک مددجو هورمون تجویز کند، بی‌آنکه بنا باشد یک برنامه‌ی هورمون‌درمانی زنانه/مردانه‌ساز بلندمدت شروع گردد. با به رسمیت شناختن این وضعیت‌های خاص بالینی، می‌توان پزشکانی را که به طور معمول تمایلی به تجویز هورمون‌درمانی زنانه/مردانه‌ساز ندارند، در این سناریوهای بالینی متفاوت درگیر کرد (در ادامه، چندین مورد از شرایط اینچینی که بر اساس شدت پیچیدگی مرتب شده‌اند، مورد اشاره قرار گرفته است).

1. پل زدن

ممکن است بیماری که قبلاً تحت هورمون‌درمانی بوده است، چه با تجویز یک پزشک دیگر و چه از طرق دیگر (مثلاً خرید اینترنتی)، برای دریافت هورمون مراجعه کند. پزشکان اجازه دارند برای یک دوره‌ی محدود (یک تا شش ماهه) بیمار را برای دریافت هورمون‌درمانی یاری کنند تا آنکه وی بتواند کسی را برای تجویز بلند مدت هورمون درمانی بیابد. لازم است که پزشکان رژیم دارویی کنونی مددجو را به لحاظ عوارض و تداخلات دارویی ارزیابی کرده و در صورت لزوم دوزها و داروهای بی‌خطرتر را جایگزین آن کنند (Dahl et al., 2006; Feldman & Safer, 2009). اگر تجویز هورمون از قبل شروع شده باشد، پزشک باید مدارک پزشکی بیمار را (با اجازه‌ی وی) درخواست کند تا از گزارش معاینات و نتایج آزمایش‌های اولیه و عوارض جانبی آنها آگاهی یابد. علاوه بر این، تجویزکننده‌ی هورمون‌درمانی باید با متخصص سلامت روانی که در حال ارائه‌ی مراقبت به مددجوست، ارتباط داشته باشد. در صورتی که بیمار سابقه‌ی هیچ نوع ارزیابی روان‌شناختی-اجتماعی، آنچنان که اصول مراقبت (فصل هفت را ببینید) پیشنهاد می‌کند، نداشته باشد، پزشک باید بیمار را در صورت امکان به یک متخصص سلامت روان دارای صلاحیت ارجاع کند (Feldman & Safer, 2009).

2. هورمون‌درمانی به دنبال برداشت گنادها

بدنبال اوفورکتومی و ارکیدکتومی، تجویز هورمون‌های جایگزین نظیر استروژن یا تستوسترون معمولاً برای مابقی عمر ادامه می‌یابد، مگر اینکه موارد منع مطلق مصرف پزشکی وجود داشته باشد. از آنجا که دوزهای هورمون غالباً پس از این جراحی‌ها کاهش می‌یابد (Basson, 2001; Levy, Crown, & Reid, 2003; Moore, Wisniewski, & Dobs, 2003) و فقط بر اساس سن و اختلالات روانپزشکی همراه تعدیل می‌گردد، مدیریت هورمون در این وضعیت کاملاً شبیه جایگزینی هورمون در بیماران هیپوگنادال است.

3. هورمون‌درمانی نگهدارنده پیش از برداشت گنادها

وقتی که مددجو بیشترین تاثیرات ممکن زنانه‌ساز/مردانه‌ساز را از هورمون‌درمانی بدست آورد (پس از حدود دو سال یا بیشتر)، باید دوز نگهدارنده تجویز شود. دوز نگهدارنده بر اساس تغییر در وضعیت سلامت، افزایش سن یا ملاحظات دیگری چون تغییرات سبک زندگی تعدیل و تنظیم می‌گردد (Dahl et al., 2006). وقتی بیماری که در حال دریافت هورمون‌درمانی نگهدارنده است برای دریافت مراقبت مراجعه می‌کند، پزشک باید رژیم دارویی مورد استفاده‌ی وی را از نظر عوارض و تداخلات دارویی ارزیابی کرده و داروهای مطمئن‌تر یا دوزهای مطمئن‌تر را در صورت لزوم جایگزین کند. همان طور که در مطالعات انجام شده توصیه شده است، بیمار باید به صورت منظم معاینه فیزیکی گردد و ارزیابی‌های آزمایشگاهی لازم برای وی انجام شود (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). دوز و شکل دارویی هورمون‌ها باید دایماً بر اساس هر گونه تغییری که در وضعیت سلامت

بیمار رخ می‌دهد و نیز شواهد موجود از خطرات بالقوه‌ی بلندمدت هورمون‌ها بازنگری و در صورت لزوم تغییر یابد (قسمت زیر را با عنوان رژیم‌های هورمونی ببینید).

4. شروع هورمون‌درمانی زنانه/مردانه‌ساز

این شرایط، نیازمند بیشترین میزان تعهد پزشک، چه به لحاظ زمان و چه به لحاظ دانش و مهارت است. بسته به اهداف بیمار از هورمون‌درمانی، نسبت سود/زیان داروها، وجود بیماری‌های دیگر، و در نظر گرفتن مسایل اجتماعی و اقتصادی، هورمون‌درمانی باید در مورد هر مددجو به صورت جداگانه و اختصاصی طراحی و تجویز گردد. هرچند مجموعه‌ی گسترده و متنوعی از رژیم‌های هورمونی منتشر شده‌اند (Dahl et al., 2006; Hebre et al., 2009; Moore et al., 2003)، هیچ گزارشی در مورد مقایسه و ارزیابی عوارض و اثرگذاری بالینی این رژیم‌ها وجود ندارد. علی‌رغم این گوناگونی، می‌توان با استناد به شواهد موجود درباره‌ی عوارض و تأثیرات داروها، یک چارچوب معقول برای ارزیابی اولیه‌ی خطرات و پایش مداوم هورمون‌درمانی تدارک دید.

ارزیابی خطرات و تعدیل دارو در شروع هورمون‌درمانی

در شروع هورمون‌درمانی، بایستی اهداف بالینی بیمار از درمان و عوامل خطرسازی که عوارض وابسته به هورمون را محتمل‌تر می‌کنند، مورد بررسی قرار گیرند. در حین ارزیابی این عوامل خطر‌ساز، بیمار و پزشک باید برای کاهش خطرات طرحی تدارک ببندد که چه پیش از آغاز درمان و چه در حین آن به عنوان بخشی از برنامه‌ی کاهش آسیب اجرا شود.

در همه‌ی ارزیابی‌ها باید یک معاینه‌ی کامل فیزیکی، از جمله اندازه‌گیری وزن، قد، و فشار خون صورت گیرد. معاینه‌ی پستان، آلت تناسلی، و مقعد که غالباً حساسیت ویژه‌ای برای افراد ترانزجسی، دگرباش و دارای جنسیت نامنطبق دارد، باید تنها بسته به شرایط خاص هر مددجو و نیاز به مراقبت‌های پیشگیرانه انجام گیرد (Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007).

مراقبت‌های پیشگیرانه

پزشکی که برای مددجو هورمون تجویز می‌کنند، باید مراقبت‌های پیشگیرانه را هم ارائه کند به خصوص در صورتی که بیمار تحت نظر پزشک خانواده قرار نداشته باشد. بسته به سن و عوامل خطر‌ساز زمینه‌ای بیمار، آزمون‌های غربالگری مناسبی برای بیماری‌هایی که ممکن است در اثر هورمون‌درمانی به وجود بیایند وجود دارد. در بهترین حالت، این آزمون‌های غربالگری باید پیش از آغاز هورمون‌درمانی انجام شوند.

ارزیابی خطر و تعدیل دارو در هورمون‌درمانی زنانه‌ساز (برای مددجویان زن به مرد)

هیچ منع مصرف مطلق برای هورمون‌درمانی زنانه‌ساز به عنوان یک برنامه‌ی درمانی کلی وجود ندارد، اما در مورد برخی عوامل زنانه‌ساز، مثل استروژن، در شرایطی مصرف مطلقاً ممنوع است. این شرایط عبارتند از سابقه‌ی قبلی از حوادث ترومبوتیک وریدی که ناشی از اختلالات انعقادی زمینه‌ای بوده‌اند، سابقه‌ی نئوپلاسم‌های وابسته به استروژن، و بیماری‌های مزمن کبدی که در مراحل انتهایی قرار دارند (Gharib et al., 2005).

از سوی دیگر برخی وضعیت‌های پزشکی، که در جدول 2 و ضمیمه‌ی ب مورد اشاره قرار گرفته‌اند، در نتیجه‌ی فقدان استروژن یا آندروژن وخیم‌تر می‌شوند، و لذا باید پیش از شروع هورمون‌درمانی از نظر این موارد مورد ارزیابی قرار گرفته و کنترل شود (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009; Dhejne et al., 2011). پزشکان باید به طور ویژه به استفاده از سیگار در مددجویان توجه کنند، که با افزایش خطر ترومبوز همبسته بوده، و با مصرف استروژن باز هم افزایش می‌یابد. در بیمارانی که سابقه‌ی بیماری‌های قلبی یا مغزی عروقی دارند، مشاوره با یک متخصص قلب و عروق توصیه می‌شود.

نتایج آزمایشگاهی پیش از شروع هورمون‌درمانی برای ارزیابی خطرات اولیه و عوارض احتمالی آتی آن دارای اهمیت زیادی هستند. آزمایش‌های اولیه باید بر اساس خطرات ناشی از هورمون‌درمانی زنانه‌ساز که در جدول 2 مورد بحث قرار گرفته‌اند، و همین طور عوامل خطری نظیر سابقه‌ی خانوادگی که در مورد هر فرد اختصاصی است، در خواست شود. چندین فهرست از آزمایشاتی

که باید در ابتدای بیماری درخواست شود، منتشر شده اند (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). این فهرست‌ها را می‌توان بسته به بیماران و محدودیت منابع در نظام سلامت و خدمات درمان تغییر داد.

ارزیابی خطر و تعدیل هورمون‌درمانی در تجویز هورمون‌های مردانه‌ساز

مواردی که منع مطلق مصرف تستوسترون دارند، عبارتند از حاملگی، بیماری عروق کرونر ناپایدار، و پلی‌سیمی درمان نشده با هماتوکریت 55% یا بالاتر (Carnegie, 2004). از آنجا که آروماتیزاسیون تستوسترون و تبدیل آن به استروژن می‌تواند خطر را در بیمارانی که سابقه‌ی سرطان سینه و سایر سرطان‌های وابسته به استروژن دارند، افزایش دهد (Moore et al., 2003)، لازم است پیش از مصرف هورمون با یک انکولوژیست مشورت گردد. اختلالات همراهی که احتمال می‌رود با مصرف تستوسترون تشدید شوند باید مورد ارزیابی قرار گرفته، و ترجیحا پیش از شروع هورمون‌درمانی، درمان شوند (Felman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). در بیمارانی که سابقه‌ی بیماری قلبی عروقی یا مغزی عروقی شناخته شده دارند، مشورت با یک متخصص قلب توصیه می‌شوند (Dhejne et al., 2011).

گزارش شده که در میان مددجویان تراجنسی زن به مرد نرخ بروز سندرم تخمدان پلی کیستیک (PCOS)، حتی بدون استفاده از تستوسترون، افزایش یافته است (Baba et al., 2007; Balen, Schachter, Montgomery, Reid, & Jacobs, 1993; Bosinski et al., 1997). با اینحال هیچ مدرکی دال بر اینکه PCOS بر شکل‌گیری هویت تراجنسی، دگرپاشی یا جنسیت نامنطبق تأثیرگذار باشد وجود ندارد، ولی PCOS می‌تواند منجر به افزایش خطر دیابت، بیماری‌های قلبی، فشار خون بالا، و سرطان‌های تخمدان و اندومتر گردد (Cattral & Healy, 2004). نشانه‌ها و علائم PCOS باید پیش از شروع تجویز تستوسترون ارزیابی شود چرا که تستوسترون می‌تواند بسیاری از این وضعیت‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. تستوسترون می‌تواند جنین در حال رشد را تحت تأثیر قرار دهد (Physicians' Desk Reference, 2010)، و مددجویانی که در معرض حاملگی هستند، باید از روش‌های بسیار موثر پیشگیری از حاملگی استفاده کنند.

نتایج آزمایشگاهی پیش از شروع هورمون‌درمانی برای ارزیابی خطرات اولیه و عوارض احتمالی آتی آن دارای اهمیت زیادی هستند. آزمایش‌های اولیه باید بر اساس خطرات ناشی از هورمون‌درمانی مردانه‌ساز که در جدول 2 مورد بحث قرار گرفته‌اند، و همین‌طور عوامل خطرناک‌تری نظیر سابقه‌ی خانوادگی که در مورد هر فرد اختصاصی است، در خواست شود. چندین فهرست از آزمایشاتی که باید در ابتدای بیماری درخواست شود، منتشر شده اند (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). این فهرست‌ها را می‌توان بسته به بیماران و محدودیت منابع در نظام سلامت و خدمات درمان تغییر داد.

پایش بالینی در حین هورمون‌درمانی از نظر بهینگی و عوارض جانبی

هدف پایش بالینی در طی هورمون‌درمانی آنست که میزان اثرات زنانه/مردانه‌ساز هورمون‌درمانی و همین‌طور عوارض جانبی احتمالی داروها مورد ارزیابی قرار گیرد. با اینحال، همچون پایش دراز مدت برای هر داروی دیگری، پایش هورمونی درمانی هم باید در چارچوب خدمات جامع سلامت ارائه گردد. چندین پروتکل برای شیوه‌ی پایش پیشنهاد و منتشر شده‌اند (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). برای آن دسته از بیمارانی که بیماری‌های زمینه‌ای دارند، لازم است پایش مداوم‌تر صورت گیرد. برای مددجویانی که از سلامت برخوردارند، و یا در مناطق دور دست و با محدودیت منابع زندگی می‌کنند می‌توان استراتژی‌های بدیلی نظیر «سلامت از راه دور»، یا همکاری با تیم سلامت بومی نظیر پرستاران یا بهیاران مورد استفاده قرار داد.

پایش بهینگی و عوارض جانبی در حین هورمون‌درمانی زنانه‌ساز

بهترین ارزیابی از بهینگی اثر هورمون را پاسخ بالینی بدست می‌دهد: آیا بدن بیمار، همچنان که بیمار خواسته بود، در حال آشکار کردن خصوصیات زنانه و کاهش خصوصیات مردانه است؟ برای آنکه دوزاژ هورمونی لازم برای ایجاد پاسخ بالینی را سریعتر پیش‌بینی کرد، می‌توان سطوح تستوسترون را برای سرکوب تا زیر حدبالایی بازه‌ی نرمال برای زنان و سطوح استرادیول را در بازه‌ی نرمال برای زنان قبل از یائسگی نگه داشت (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009).

پایش برای عوارض جانبی باید شامل ارزیابی بالینی و آزمایشگاهی باشد. در پایش بالینی، بایستی با اندازه‌گیری فشار خون، وزن و نبض، معاینه قلب و ریه، و معاینه اندام انتهایی و بررسی احتمال ادم محیطی، ورم موضعی یا درد، بیماران را از نظر وجود علائم نارسایی قلبی-عروقی و ترومبوآمبولی دقیقاً مورد ارزیابی قرار داد (Feldman & Safer, 2009). پایش آزمایشگاهی باید بر اساس خطرات هورمون‌درمانی که بیشتر توصیف شد، بیماری‌های زمینه‌ای بیمار و عوامل مستعدکننده خطر، و رژیم هورمونی که مورد استفاده قرار گرفته است، طراحی و تنظیم گردد. پروتکل‌های اختصاصی متعددی برای پایش آزمایشگاهی منتشر شده‌اند (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009).

پایش بهینگی و عوارض جانبی در حین هورمون‌درمانی مردانه‌ساز

بهترین ارزیابی از بهینگی اثر هورمون را پاسخ بالینی بدست می‌دهد: آیا بدن بیمار، همچنان که بیمار خواسته بود، در حال آشکار کردن خصوصیات مردانه و کاهش خصوصیات زنانه است؟ پزشکان می‌توانند با نگهداشتن تستوسترون در حدود طبیعی برای مردان، و جلوگیری از افزایش آن به سطوح بالاتر از حد فیزیولوژیک، یک پاسخ بالینی مناسب را با کمترین میزان عوارض جانبی بدست بیاورند (Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009). برای بیماران که از تستوسترون سیپیونات یا انانتات عضلانی استفاده می‌کنند سطوح تستوسترون باید در پایان یا نیمه ی چرخه قاعدگی چک شود (Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009; Tangpricha Turner, Malaban, & Holick, 2001; Tangpricha, Ducharme, Barber, & Chipkin, 2003).

پایش برای عوارض جانبی باید شامل ارزیابی بالینی و آزمایشگاهی باشد. پیگیری بیماران زن به مرد عبارتست از اندازه‌گیری وزن و روند افزایش وزن، بررسی بروز آکنه، معاینه رحم جهت خونریزی، ارزیابی مربوط به نارسایی قلبی-عروقی، و نیز معاینات اعصاب و روان جهت بررسی علائم روانپزشکی در بیماران در معرض خطر. پایش آزمایشگاهی باید بر اساس خطرات هورمون‌درمانی که بیشتر توصیف شد، بیماری‌های زمینه‌ای بیمار و عوامل مستعدکننده خطر، و رژیم هورمونی که مورد استفاده قرار گرفته است، طراحی و تنظیم گردد (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). پروتکل‌های اختصاصی متعددی برای پایش آزمایشگاهی منتشر شده‌اند (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009).

رژیم‌های هورمونی

تا به امروز، هیچ مطالعه‌ی بالینی کنترل شده‌ای بر روی هیچ رژیم هورمونی مردانه/زنانه‌سازی انجام نشده تا میزان خطرات و یا بهینگی آن را در حین تغییرات جسمانی گذار به جنسیت مطلوب بسنجد. به همین خاطر، در منابع مختلف می‌توان رژیم‌های هورمونی گوناگونی یافت می‌شود که هر یک دوزاژ یا داروی خاصی مورد استفاده قرار می‌دهند (Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003; van Kesteren, Asscheman, Megens, & Gooren, 1997). علاوه بر این، دسترسی بیمار به بعضی داروها ممکن است در نتیجه‌ی محدودیت‌های اقتصادی یا اجتماعی و/یا جغرافیایی محدود باشد. به همین خاطر WPATH یک رژیم هورمونی خاص را تجویز یا توصیه نمی‌کند، بلکه داروهایی را که در بیشتر رژیم‌های منتشر شده مورد استفاده قرار گرفته‌اند، از نظر طبقه‌بندی و راه‌های تجویز مورد بررسی اجمالی قرار می‌دهد.

همان‌طور که در بالا اشاره شد، تفاوت‌های آشکاری در میزان بروز عوارض جانبی رژیم‌های گوناگون وجود دارد. دستورالعمل‌های انجمن غددشناسی (Hembree et al., 2009) و فلدمن و سیفر (2009) دستورات مشخصی در ارتباط با انواع هورمون‌ها و دوزاژ پیشنهادی (بسته به اینکه اهداف زنانه/مردانه‌ساز چه باشد) ارائه کرده‌اند. قویاً توصیه می‌شود که تجویزکنندگان هورمون به طور منظم ادبیات حوزه و مطالعات به روز را مطالعه کرده تا به اطلاعات تازه‌ای که در مورد داروهایی که واجد استانداردهای لازم بوده و در منابع بومی در دسترس هستند، دستیابی پیدا کنند.

رژیم‌های هورمون‌درمانی زنانه‌ساز (برای مددجویان مردان به زنان)

استروژن

به نظر می‌رسد استفاده از استروژن خوراکی، و به خصوص اتینیل استرادیول، خطر ترومبوآمبولی را افزایش می‌دهد. به همین جهت، اتینیل استرادیول را برای هورمون‌درمانی زنانه‌ساز پیشنهاد نمی‌کنند. برای آن دسته از بیماران که عوامل مستعدکننده خطر

ترومیوآمبولی دارند، استفاده از برچسب‌های پوستی استروژن توصیه شده است. احتمال بروز عوارض جانبی همراه با افزایش دوز افزایش می‌یابد، به خصوص وقتی به سطوح بالاتر از حدود فیزیولوژیک می‌رسد (Hembree et al., 2009). بیمارانی که دچار اختلالات زمینه‌ای هستند که ممکن است در اثر استروژن تشدید شود، باید در صورت امکان از مصرف استروژن خوراکی خودداری کرده و با دوزهای پایین شروع کنند. ممکن است در برخی بیماران امکان استفاده از دوزهای استروژن که منجر به نتایج مطلوب گردد، وجود نداشته باشد. احتمالاتی از این دست، باید پیش از شروع هورمون درمانی با بیماران طرح و مورد گفت و گو واقع گردد.

داروهای کاهنده‌ی آندروژن («آنتی آندروژن‌ها»)

یکی از شایع‌ترین رژیم‌های دارویی که بیش از همه مورد مطالعه قرار گرفته، ترکیبی است از استروژن و «آنتی آندروژن». اثر داروهای کاهنده‌ی آندروژن، که هر کدامشان به یک دسته‌ی دارویی متفاوت تعلق دارند، یا از طریق کاهش سطح سرمی تستوسترون است و یا از طریق کاهش فعالیت تستوسترون؛ که در هر صورت منجر به فروکش کردن خصوصیات مردانه نظیر موی بدن می‌شود. این داروها نیاز به استروژن برای سرکوب تستوسترون را کاهش داده و لذا خطرات ناشی از دریافت استروژن آگزوژن با دوز بالا را کاهش می‌دهند (Prior, Vigna, Watson, Diewold, & Robinow, 1986; Prior, Vigna, & Watson, 1989).

آنتی‌آندروژن‌های پرمصرف عبارتند از:

- اسپیرونولاکتون، که در دسته داروهای ضدفشار خون قرار دارد، مستقیماً ترشح تستوسترون و اتصال آندروژن به گیرنده‌ی آندروژنی را مهار می‌کند. در حین دریافت دارو، فشار خون و الکترولیت‌ها باید مرتباً چک شوند چرا که خطر هیپرکالمی وجود دارد.
- سپیروترون استات یک ترکیب پروژسترونی با خصوصیات آنتی‌آندروژنی است. این دارو به خاطر نگرانی‌هایی که در مورد تأثیرات سمی احتمالی آن بر کبد وجود دارد، در ایالات متحده ممنوع است، اما در جاهای دیگر به طور گسترده مورد استفاده قرار می‌گیرد (De Cuypere et al., 2005).
- آگونیست های GnRH (برای مثال گوسریلین، بوسریلین، تریپتورلین) نوروهورمون‌هایی هستند که گیرنده‌ی هورمون آزاد کننده‌ی گنادوتروپین را اشغال کرده و لذا مانع آزادسازی هورمون های FSH و LH می‌شوند. این سبب می‌شود تا عملکرد گنادها تا حد بسیار زیادی متوقف شود. با اینحال، این داروها گران قیمت بوده و تنها به صورت تزریقی یا ایمپلانت موجود هستند.
- مهارکننده های 5-آلفا ردوکتاز (نظیر فینستراید و دوتاستراید) تبدیل تستوسترون به یک هورمون فعال تر و قوی تر به نام 5-آلفا دهیدروتستوسترون را مهار می‌کنند. این داروها اثرات مثبتی بر کچلی سر، رشد موی بدن، غدد سباسه و قوام پوست می‌گذارند.
- سپیروترون و اسپیرونولاکتون شایع آنتی آندروژن‌هایی هستند که برای مددجویان نارضایتی جنسیتی مورد استفاده قرار می‌گیرد و احتمالاً مقرون به صرفه‌ترین گزینه هستند.

پروژستین‌ها

به جز سپیروترون، اضافه کردن سایر پروژستین‌ها به هورمون‌درمانی زنانه‌ساز بحث برانگیز و محل تردید است (Oriel, 2000). از آنجا که پروژستین‌ها با اثرات مولکولی خود بر شکل‌گیری پستان تأثیر می‌گذارند، برخی پزشکان بر این عقیده‌اند که برای رشد کامل پستان استفاده از این عوامل ضروری است (Basson & Prior, 1998; Oriel, 2000). با اینحال، دست کم یک مطالعه مقایسه‌ای بالینی که بر روی رژیم‌های دارویی زنانه‌ساز با و بدون پروژستین‌ها انجام شده، نشان داد که اضافه کردن پروژستین‌ها به رژیم دارویی نه رشد پستان‌ها را افزایش می‌دهد و نه سطح سرمی تستوسترون را کاهش می‌دهد (Meyer III et al., 1986). از سوی دیگر، مصرف پروژستین‌ها می‌تواند عوارض جانبی نظیر افسردگی، اضافه وزن، و تغییرات چربی به همراه داشته باشد.

(Meyer III et al., 1986; Tangpricha et al., 2003). علاوه بر این، تصور می‌شود که پروژستین‌ها (به خصوص مدروکسی پروژسترون) احتمال بروز سرطان پستان و حوادث قلبی عروقی را در زنان افزایش دهد (Rossouw et al., 2002). در مقایسه با مدروکسی پروژسترون، پروژسترون میکرونیزه ممکن است بهتر تحمل شده و تأثیرات مطلوب‌تری بر پروفایل چربی داشته باشد (de Lignieres, 1999; Fitzpatrick, Pace, & Wiita, 2000).

رژیم‌های دارویی برای هورمون‌درمانی مردانه‌ساز (زن به مرد)

تستوسترون

تستوسترون را معمولاً به صورت خوراکی، پوستی، یا تزریقی (عضلانی) تجویز می‌کنند، هرچند اشکال بوکال و ایمپلانت آن نیز وجود دارد. تستوسترون اندکونات²¹ خوراکی، که خارج از ایالات متحده استفاده می‌شود، در مقایسه با انواع غیرخوراکی سطوح سرمی پایین‌تری از تستوسترون ایجاد کرده و اثرگذاری کمتری در سرکوب چرخه‌های قاعدگی دارد (Feldman, 2005; April; Moore et al., 2003). از آنجا که تستوسترون سبیبونات²² یا انانات²³ را غالباً هر 2 تا 4 هفته تجویز می‌کنند، برخی بیماران ممکن است به صورت چرخه‌ای دچار تغییرات محسوس جسمانی و روانی شده (مثلاً خستگی و تحریک‌پذیری بلافاصله پیش از تزریق، و خشونت و خلق افزایش‌یافته بلافاصله پس از تزریق)، و بیشتر اوقات سطح سرمی‌شان خارج از بازه‌ی طبیعی باشد (Jockenhovel, 2004; Dhejne et al., 2011). این مشکل را می‌توان با استفاده از رژیم‌هایی که در آن دوزهای پایین‌تر دارو با فواصل کمتر تزریق می‌شوند، و یا با استفاده از اشکال پوستی دارو تعدیل کرد (Dobs et al., 1999; Jockenhovel, 2004; Nieschlag et al., 2004). تستوسترون اندکونات عضلانی (که در حال حاضر در ایالات متحده موجود نیست) یک سطح فیزیولوژیک پایدار در طی 12 هفته ایجاد می‌کند، و نشان داده شده که هم برای بیماران مبتلا به هیپوگنادیسم و هم مددجویان تراجنسی زن به مرد موثر است (Mueller, Kiesewetter, Binder, Beckmann, & Dittrich, 2007; Zitsmann, Saad, & Nieschlag, 2006). شواهد وجود دارد که نشان می‌دهند تجویز تستوسترون چه به صورت تزریقی و چه به صورت پوستی نتایج مردانه‌ساز مشابهی دارند، با این تفاوت که چارچوب زمانی در مورد تجویز پوستی ممکن است کمی طولانی‌تر باشد (Feldman, 2005, April). به خصوص با افزایش سن در بیماران، تلاش می‌شود که پایین‌ترین دوز لازم برای حفظ نتایج بالینی مطلوب استفاده شود تا احتیاطات لازم برای حفظ تراکم استخوان رعایت گردد.

سایر داروها

می‌توان از پروژستین‌ها، و در راس آنها مدروکسی پروژسترون، برای مدت کوتاهی و برای توقف چرخه‌ی قاعدگی در ابتدای هورمون‌درمانی استفاده کرد. همین استفاده را می‌توان از آگونست‌های GnRH کرد. استفاده‌ی دیگر از GnRH برای درمان خونریزی‌های رحمی مقاوم به درمانی است که در زمینه‌ی یک اختلال ژنیکولوژیک مشخص رخ نمی‌دهند.

هورمون‌های ترکیبی و همسان هورمون‌ها²⁴

همان‌طور که بحث‌های پیرامون استفاده از همسان - هورمون‌ها در زنان یائسه داغ شده است، علاقه‌مندی‌ها برای استفاده از ترکیبات مشابه در هورمون‌درمانی زنان/مردانه‌ساز نیز افزایش یافته است. هیچ شواهدی وجود ندارد که هورمون‌های ترکیبی نسبت به همسان‌هورمون‌های مورد تایید سازمان‌های دولتی موثرتر یا کم‌عارضه‌تر باشند (Sood, Shuster, Smith, Vincent, & Jatoi, 2011). از همین رو، از سوی انجمن یائسگی آمریکای شمالی و دیگران توصیه شده که چه هورمون‌های مورد استفاده در هورمون‌درمانی همسان هورمون باشند و چه نباشند، عوارض جانبی و تأثیرات آنها با هورمون‌های ترکیبی یکسان تلقی گردد. این ارزیابی مورد تایید WPATH است.

21 Undecanoate

22 Cypionate

23 Enanthate

²⁴ Bioidentical hormones

سلامت در تولید مثل

بسیاری از دگرباشان، ترانجسی‌ها و افراد دارای جنسیت نامنطبق مایلند فرزند داشته باشند. از آنجایی که درمان با هورمون‌های مردانه‌ساز و زنانه‌ساز زیبایی را کاهش می‌دهد (Darney, 2008; Zhang, Gu, Wang, Cui, & Bremner, 1999)، برای بیماران مطلوب‌تر است که پیش از شروع درمان هورمونی یا انجام جراحی برای تخلیه یا تغییر در اعضای تناسلی‌شان در باب زیبایی تصمیم‌گیری کنند. گزارش شده که در مواردی، فرد پس از آنکه درمان هورمونی یا جراحی آلت تناسلی دریافت کرده، از اینکه دیگر نمی‌تواند فرزند داشته باشد که وابسته‌ی ژنتیکی او باشد، احساس پشیمانی کرده است (De Sutter, Kira, Verschoor, & Hotimsky, 2002).

متخصصین خدمات مراقبت از سلامت - شامل متخصصین سلامت روان که توصیه به هورمون درمانی یا جراحی می‌کنند، پزشکانی که هورمون تجویز می‌کنند و جراحان - باید، پیش از شروع این درمان‌های طبی و جراحی برای نارضیاتی جنسیتی، درباره‌ی گزینه‌های تولیدمثل با بیماران گفتگو نمایند. حتی اگر بیمار در زمان درمان به این موضوعات علاقه‌مند نیست، آنچنان که در بیماری که سن کم‌تری دارند شایع‌تر است، این گفتگوها باید صورت پذیرد (De Sutter, 2009). مطلوب، گفتگوهای زودهنگامند، هرچند که همیشه ممکن نیستند. اگر فرد تحت جراحی کامل تغییر جنس قرار نگرفته است، ممکن است بتوان دریافت هورمون‌ها را برای مدت زمانی کافی برای احیای سطوح هورمون‌های مادرزادی قطع کرد تا تولید گامت‌های بالغ [دوباره] امکان‌پذیر شود (Payer, Meyer III, & Walker, 1979; Van den Broeke, Van der Elst, Liu, Hovatta, & Dhont, 2001).

صرف نظر از مقالات «دیدگاه²⁵»، مقالات تحقیقاتی بسیار اندکی پیرامون مسائل سلامت تولید مثلی افرادی که درمان‌هایی مختلف برای نارضیاتی جنسیتی دریافت می‌دارند منتشر شده است. به جز مددجویان ترانجسی داوطلب عمل تغییر جنسیت، دسته‌ی دیگری از بیماران هم هستند که لازم است در عین تخریب و یا برداشتن گنادها عملکرد تولیدمثلی‌شان حفظ گردد؛ اینها افراد مبتلا به بدخیمی‌های تناسلی هستند که بخشی از فرایند درمان‌شان تخلیه‌ی اعضای تناسلی یا پرتودرمانی یا شیمی‌درمانی مخرب است. از تجربیات بدست آمده از آن گروه می‌توان برای افراد تحت درمان برای نارضیاتی جنسیتی بهره برد.

بیماران مرد به زن (MtF)، بویژه آنان که هنوز تولیدمثل نکرده‌اند، باید نسبت به گزینه‌های حفظ اسپرم آگاه شده و تشویق گردند تا پیش از هورمون‌درمانی، ذخیره‌سازی اسپرم‌هایشان در بانک اسپرم را مد نظر قرار دهند. در مطالعه‌ی ای که به بررسی عملکرد بیضه‌های افرادی پرداخته است که در معرض استروژن با دوز بالا بوده‌اند، یافته‌ها حاکی از آن است که قطع استروژن می‌تواند به بیضه‌ها اجازه‌ی احیا دهد (Payer et al., 1979). در مقاله‌ای که بینش و رویکرد افراد MtF نسبت به فریز کردن اسپرم را گزارش می‌کرد، اکثریت بالای 121 پاسخ دهنده به پرسشنامه احساس می‌کردند که امکان فریز کردن اسپرم باید از سوی تیم پزشکی ارائه و مورد گفتگو قرار گیرد (De Sutter et al., 2002). اسپرم باید پیش از هورمون‌درمانی یا پس از توقف درمان، زمانی که شمارش اسپرم مجدداً افزایش می‌یابد، جمع‌آوری گردد. حتی اگر کیفیت منی پایین باشد، سرمداری²⁶ می‌بایست مورد گفتگو قرار گیرد. در بالغین دچار آرواسپرمی، این امکان وجود دارد که از بیضه بیوپسی شده و نمونه با روش سرمداری برای تولید اسپرم در آینده نگهداری شود، هرچند ممکن است این روش موفقیت‌آمیز نباشد.

گزینه‌های تولیدمثل برای بیماران زن به مرد (FtM) می‌تواند شامل فریز کردن اووسیت (تخمک) یا جنین باشد. گامت‌ها و جنین فریز شده می‌تواند بعدها با مادری جایگزین (رحم اجاره‌ای) برای رسیدن به حاملگی به کار رود. مطالعاتی که بر روی خانمهای مبتلا به بیماری تخمدان پلی‌سیستیک انجام شده، نشان داده‌اند که احیای نسبی تخمدان پس از آنکه تحت تاثیر سطوح بالای تستوسترون قرار گرفتند، امکان‌پذیر است (Hunter & Sterrett, 2000). قطع کوتاه‌مدت تستوسترون ممکن است به تخمدان‌ها به میزان کافی برای آزادسازی تخمک اجازه‌ی احیا دهد؛ موفقیت احتمالاً به سن بیمار و مدت درمان با تستوسترون بستگی دارد. اگرچه این موضوع به صورت سازمان‌یافته مطالعه نشده است، اما برخی افراد FtM دقیقاً چنین می‌کنند و برخی توانسته‌اند حامله شده و فرزند به دنیا آورند (More, 1998).

²⁵ Opinion / Debate paper: مقاله‌ای که نویسنده موضوعی را در آن موضعی مستحکم دارد انتخاب کرده و در قالب یک ساختار منسجم (معمولاً پنج پاراگراف) درباره‌ی آن اظهار نظر کرده و برای دفاع از موضع خود استدلال می‌کند.
²⁶ Cryopreservation: حفظ اسپرم در دمای پایین برای استفاده آتی

باید به بیماران یادآوری شود که این روش‌ها در همه جا فراهم نبوده و می‌توانند بسیار گران قیمت باشند. گزینه‌های تولیدمثل نباید به هیچ دلیلی از افرادِ تراجنس، دگرباش و جنسیت نامنطبق دریغ گردد.

گروه ویژه‌ای از افراد، نوجوانان پیش از بلوغ یا در سن بلوغی هستند که به دلیل بلوکرها یا هورمون‌های دینگرجنس²⁷، هیچ‌گاه عملکرد تولیدمثلی در جنس مادرزادیشان را شکل نخواهند داد. در حال حاضر هیچ روشی برای حفظ عملکرد گنادهای این افراد وجود ندارد.

²⁷ cross-gender hormones

درمان آوا و برقراری ارتباط

برقراری ارتباط، چه کلامی و چه غیرکلامی، وجه مهمی از رفتار انسان و نمودی از جنسیت است. دگرباشان، تراجنسی‌ها و افراد دارای جنسیت نامنطبق ممکن است بخواهند به منظور پرورش شاخص‌های آوایی (مانند زیر و بمی صدا، تکیه، تشدید، سرعت کلام، الگوهای عبارت‌سازی) و الگوهای ارتباطی غیر کلامی (مانند ژست‌ها، وضعیت بدنی و حرکات، حالات چهره) که باعث افزایش احساس رضایت از هویت جنسیتی‌شان می‌شود، از یک متخصص آوا و ارتباط²⁸ درخواست کمک کنند. درمان آوا و برقراری ارتباط می‌تواند به کاهش ناراضیاتی جنسیتی کمک کرده و قدمی مثبت و تشویق‌کننده در جهت دستیابی به اهداف شخص در بیان نقش جنسیتی مطلوب خود باشد.

ویژگی‌های لازم برای متخصصین آوا و ارتباطی که با مراجعین تراجنس، دگرباش و جنسیت نامنطبق کار می‌کنند

متخصصین می‌توانند شامل آسیب‌شناسان گفتار‌زبان، گفتار‌درمان‌گراها و کلینیسین‌های آواگفتار باشند. در بیشتر کشورها، انجمن تخصصی آسیب‌شناسان گفتار‌زبان نیازمند قیود و صلاحیت‌های خاصی برای عضویت است. در برخی کشورها، دولت، از طریق صدور مجوز، گواهی یا روندهای ثبت، حرفه را نظم می‌بخشد (American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia).

موارد زیر حداقل ویژگی‌هایی است که به باور WPATH، متخصصین آوا-ارتباطی است که با مراجعین تراجنس، دگرباش و جنسیت نامنطبق کار می‌کنند، لازم است داشته باشند:

1. آموزش و خبرگی تخصصی در ارزیابی و پرورش مهارت‌های ارتباطی در مراجعین تراجنس، دگرباش و جنسیت نامنطبق.

2. شناختی بنیادی از اصول سلامت دگرباش‌ها شامل درمان‌های هورمونی و جراحی برای زنانه‌سازی/مردانه‌سازی و مسائل روانی/اجتماعی ویژه دگرباش‌ها چنان‌که طرح کلی آن در اصول مراقبت آمده است؛ و آشنایی با پروتکل‌های پایه در برخورد با حساسیت‌های مددجویان، نظیر کاربرد نام و ضمیر اشاره‌ی جنسیتی مطلوب (Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia).

3. شرکت فعالانه در برنامه‌های آموزش مداوم که در زمینه‌ی ارزیابی و پرورش مهارت‌های ارتباطی در مراجعین تراجنس، دگرباش و جنسیت نامنطبق برگزار می‌گردد. حضور در گردهمایی‌ها، کارگاه‌ها یا سمینارهای تخصصی، شرکت در پژوهش‌های مرتبط با مسائل هویت جنسیتی، مطالعه‌ی مستقل، یا آموزش از یک کلینیسین باتجربه و دارای گواهی از مصادیق این شرکت فعالانه می‌تواند باشد.

سایر متخصصین، شامل مربیان آوا، متخصصین تئاتر، مدرسان آواز و کارشناسان حرکت می‌توانند نقش تکمیلی ارزشمندی ایفا کنند. در حالت آرمانی، چنین متخصصینی همکاری فعال با آسیب‌شناسان گفتار‌زبان داشته یا تجربه‌ی کار با ایشان را دارند.

ملاحظات در ارزیابی و درمان

هدف کلی از درمان آوا و برقراری ارتباط، کمک به مراجعین است برای ایجاد تطابق در آوا و برقراری ارتباطشان به نحوی که هم ایمن باشد و هم اصیل، تا به الگوهای ارتباطی‌ای منجر شود که مراجعین احساس کنند با هویت جنسیتی ایشان سازگار است و انعکاسی از برداشت ایشان از خویش‌نشان است (Adler, Hirsch, & Mordaunt, 2006). حساسیت متخصصین آوا و ارتباط نسبت به اولویت‌های ارتباطی فرد حیاتی است. برقراری ارتباط - سبک، آوا، گزینش زبان، غیره - امری شخصی است. افراد نباید به اتخاذ

²⁸ Voice and communication specialist

رفتارهایی توصیه کردند که با آن راحت نیستند یا آن را اصیل احساس نمی کنند. متخصصین می‌توانند با وقت گذاشتن برای درک نگرانی‌های جنسیتی مددجو و اهدافش در بیان نقش جنسیتی، بهترین خدمات را ارائه دهند (-American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia).

افراد می‌توانند رفتارهای ارتباطی خود را متناسب با هویت جنسیتی خود انتخاب نمایند. نیز، این تصمیمات با دانش متخصص آوا و ارتباط و داده‌هایی که از ارزیابی مراجعه کننده بدست می‌آید می‌تواند تقویت شود (Hancock, Krissing, & Owen, 2010). ارزیابی شامل ارزیابی یک مراجع از خود و نیز ارزیابی یک متخصص از آوا، تشدید، تلفظ، زبان گفتاری و ارتباط غیرکلامی است (Adler et al., 2006; Hancock et al., 2010).

طرح‌های درمانی آوا و برقراری ارتباط با توجه به شواهد تحقیقاتی موجود، دانش و تجربه‌ی بالینی متخصص، و اهداف و ارزشهای شخص مراجع ارائه می‌شوند (انجمن گفتار-زبان‌شنوایی آمریکا، 2011؛ انجمن شنوایی شناسان و آسیب شناسان گفتار-زبان کانادا؛ کالج سلطنتی گفتار درمانگرها، انگلستان؛ آسیب شناسی گفتار استرالیا). آماج درمان معمولاً شامل زیر و بمی صدا، تکیه، بلندی و الگوهای تأکید، کیفیت صدا، تشدید، تلفظ، عبارت سازی و سرعت کلام، زبان، و ارتباط غیرکلامی می‌گردد (Adler et al., 2006; Davies & Goldberg, 2006; de Bruin, Coerts, & Greven, 2000; Gelfer, 1999; McNeill, 2006; Oates & Dacakis, 1983). درمان می‌تواند شامل جلسات انفرادی و/یا گروهی باشد. تواتر و مدت زمان درمان با توجه به نیازهای مراجع متغیر خواهد بود. در ایجاد یک طرح درمانی فردی، می‌توان پروتکل‌های موجود برای درمان صدا و برقراری ارتباط را مورد توجه قرار داد (Carew, Dacakis, & Oates, 2007; Dacakis, 2000; Davies & Goldberg, 2006; Gelfer, 1999; McNeill, Wilson, Clark, & Deakin, 2008; Mount & Salmon, 1988).

زنانه سازی یا مردانه سازی آوا، نیازمند استفاده‌ی خارج از عادت از سازوکار تولید آواست. برای جلوگیری از امکان کاربرد نامناسب آوا و آسیب آوایی بلند مدت، اقدامات پیش گیرنده ضروری هستند. بنابراین تمامی خدماتی که به عنوان درمان آوا و برقراری ارتباط صورت می‌گیرند، باید شامل یک جزء سلامت آوایی باشند (Adler et al., 2006).

ملاحظات پیرامون سلامت آوایی بعد از جراحی زنانه سازی آوا

همانطور که در بخش‌ه اشاره شد، برخی افراد ترانجنس، دگرباش و جنسیت نامنطبق تحت جراحی زنانه‌سازی آوا قرار خواهند گرفت. (تعمیق و بم سازی آوا با هورون درمانی مردانه‌ساز قابل دستیابی است اما هورمون‌های زنانه‌ساز بر آوای مراجع بالغ MtF اثری ندارند). درجات متغیری از رضایت، ایمنی و بهبود بلند مدت در بیمارانی که چنین جراحی‌ای داشته‌اند وجود دارد. توصیه می‌گردد افرادی که تحت جراحی زنانه سازی آوا قرار می‌گیرند برای بهینه کردن نتیجه‌ی جراحی، کمک به حفظ سلامت آوایی، و آموختن وجوهی از برقراری ارتباط که به زیر و بمی آوا وابسته نیست، با یک متخصص آوا و ارتباط نیز مشورت نمایند. روندهای جراحی آوایی باید با طرح و بحث در طی جلساتی که توسط یک متخصص صدا و ارتباط مدیریت می‌شود، تعیین شود. این متخصص صدا و ارتباط، بایستی خود از سوی هیئت‌بورد مسئول برای گفتار درمانگرها/ آسیب شناسان گفتار-زبان تایید شده و مجاز به فعالیت باشد (Kanagalingam et al., 2005; Neumann & Welzel, 2004).

جراحی تغییر جنس، موثر و از نظر طبی ضروری است

معمولا جراحی بویژه جراحی تناسلی²⁹ آخرین و مورد توجه ترین قدم در روند درمان نارضایتی جنسیتی است. درحالی که بسیاری از افراد تراجنس، دگرباش و دارای جنسیت نامنطبق بدون جراحی با هویت، نقش و بیان جنسیتی خود به آسایش دست می یابند، برای بسیاری دیگر، جراحی حیاتی و برای کاهش نارضایتی جنسیتی ایشان از نظر طبی ضروری است (Hage & Karim, 2000). برای گروه دوم، رهایی از نارضایتی جنسیتی جز با تغییر در صفات اولیه و/یا ثانویه جنسی در جهت کسب تناسب بیشتر با هویت جنسیتی شان حاصل نمی آید. بعلاوه، جراحی می تواند به بیماران کمک کند تا در حضور شرکای جنسی و یا در مکان هایی عمومی چون مطب پزشکان، استخرهای شنا، یا باشگاه های ورزشی احساس راحتی بیشتری کنند. در برخی شرایط، جراحی ممکن است خطر آسیب را در صورت بازداشت یا تفتیش توسط پلیس یا سایر مراجع قدرت کاهش دهد.

مطالعات پیگیری، اثرات مفید غیر قابل انکاری نظیر افزایش حس خوشبختی، حس زیبایی خود، و رضایت در عملکرد جنسی را پس از عمل جراحی نشان می دهند (De Cuyper et al., 2005; Gijs & Brewaeys, 2007; Klein & Gorzalka, 2009; Pfäfflin & Junge, 1998). اطلاعات بیشتر در خصوص پیامدهای درمان های جراحی در ضمیمه ۱ خلاصه شده است.

پرسش های اخلاقی پیرامون جراحی تغییر جنس

یک عمل جراحی معمول، با هدف اصلاح و ترمیم عملکردهای مختل انجام می شود؛ یا برای خارج کردن بافت های پاتولوژیک و یا ایجاد تغییر در ویژگی های بدنی بیمار برای بهبود تصویر از خود. بعضی افراد، از جمله برخی از متخصصین حوزه سلامت، جراحی را به مثابه یک روش درمانی برای نارضایتی جنسیتی منطبق بر اخلاق پزشکی نمی دانند، چرا که به زعم ایشان عمل جراحی تغییر جنسیت مصداق هیچ کدام از شروط لازم برای اخلاقی بودن عمل جراحی نیست.

آن دسته از متخصصین حوزه سلامت که در کار ارزیابی، مراقبت و درمان مددجویان مبتلا به نارضایتی جنسیتی هستند، باید به لحاظ روانی و اخلاقی از اینکه امکان تغییر در اندام های طبیعی را مهیا می کنند، آرامش و اطمینان خاطر داشته باشند. یک راه برای کسب این آرامش خاطر و نیز برای درک اینکه چگونه جراحی می تواند از درد و رنج افراد دچار نارضایتی جنسیتی بکاهد آنست که درمانگر به شرح حال مراجعه کننده اش گوش بسپارد؛ شرح حالی که مددجو از علایم، دوره های ها و تاریخچه ی زندگی اش بدست می دهد. همچنان که اصل اخلاقی «پیش از هر چیز، آسیب مرسان» ایجاب می کند، گزینه ی عمل جراحی باید با حساسیت و وسواس بسیار مورد بررسی قرار گیرد، و در عین حال به بیمار این فرصت داده شود که درباره ی پریشانی های روانی ناشی از نارضایتی جنسیتی حرف بزند و از آسیب هایی بگوید که در صورت محرومیت از درمان های مناسب، متحمل خواهد شد.

درمان های جراحی تناسلی و پستان/قفسه ی سینه برای نارضایتی جنسیتی، تنها گروهی دیگر از اعمال جراحی انتخابی نیستند. جراحی های انتخابی شاخص، تنها شامل یک قرارداد خصوصی و مورد رضایت دو طرف میان یک بیمار و یک جراح است. جراحی های ناحیه ی تناسلی و پستان/قفسه ی سینه به عنوان درمان هایی لازم به لحاظ طبی برای نارضایتی جنسیتی، باید تنها پس از ارزیابی بیمار توسط متخصصین سلامت روان و اجد شرایط، چنان که طرح کلی آن در بخش هفت/اصول مراقبت آمده است، انجام شوند. این جراحی ها می توانند پس از ثبت نوشتاری انجام این ارزیابی و اینکه بیمار واجد معیارهای یک درمان جراحی بخصوص است، صورت گیرند. با پیروی از این روند، متخصصین سلامت روان، جراحان، و بیماران مسئولیت تصمیم برای ایجاد تغییرات برگشت ناپذیر در بدن را به مشارکت می گذارند.

رد کردن امکان جراحی های تغییر جنس یا موجد شرایط بودن فرد برای آن ها، تنها بر پایه ی مثبت بودن سرم فرد برای عفونت های قابل انتقال با خون مانند ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) یا هپاتیت B یا C، غیر اخلاقی است.

ارتباط جراحان با متخصصین سلامت روان، پزشکان تجویز کننده ی هورمون (در صورت وجود) و بیماران (رضایت آگاهانه)

²⁹ genital surgery

نقش یک جراح در درمان نارضایاتی جنسیتی تنها نقش یک تکنیسین نیست. بلکه جراحان باوجدان، نسبت به شرح حال هر بیمار و فرایندی که به ارجاع برای جراحی انجامیده آگاه خواهند بود. برای این مقصود، جراحان باید با بیمارانشان به تفصیل گفتگو نموده و ارتباطات کاری نزدیکی با سایر متخصصین سلامتی که در مراقبت بالینی ایشان فعالانه دخیل بوده اند داشته باشند.

زمانی که جراح به عنوان جزئی از یک تیم چند رشته ای برای ارائه ی خدمات مراقبت از سلامت فعالیت می کند، مشورت به آسانی حاصل می آید. در صورتی که چنین تیمی وجود نداشت، جراح باید از شایستگی متخصص (یا متخصصین) سلامت روانی که به مددجو پیشنهاد جراحی داده اند، و در صورت وجود، پزشکی که هورمون ها را تجویز می نماید، اطمینان حاصل کند، چرا که موفقیت عمل جراحی عمیقاً وابسته به خبرگی و دقت تصمیم گیری ایشان است.

زمانی که جراح اطمینان پیدا کرد معیارهای لازم برای ضرورت عمل جراحی به درستی تشخیص داده شده اند (چنان که طرح کلی آن در ذیل آمده است)، درمان جراحی می باید در نظر گرفته شده و مشورت جراحی پیش از عمل صورت گیرد. حین این مشورت باید پیرامون روش عمل و سیر دوره ی نقاهت پس از عمل به تفصیل با بیمارگفتگو شود. جراحان مسئول هستند پیرامون تمام موارد زیر با بیمارانی که برای نارضایاتی جنسیتی به دنبال درمان های جراحی هستند گفتگو نمایند:

- تکنیک های جراحی مختلف موجود (با ارجاع به همکارانی که گزینه های دیگر را ارائه می دهند)؛
- فواید و ضررهای هر تکنیک؛
- محدودیت های یک عمل در رسیدن به نتایج ایده آل؛ جراحان باید گستره ی کاملی از عکس های قبل و پس از عمل بیمارانی خود را، شامل موارد موفق و غیر موفق، هر دو، ارائه دهند؛
- ریسک های ذاتی و عوارض احتمالی تکنیک های مختلف؛ جراحان باید میزان بروز عوارض را در مورد هر تکنیک به اطلاع بیمار برسانند.

این گفتگوها که پیش نیاز اخلاقی و قانونی برای هر عمل جراحی است، در نهایت منجر به کسب رضایت آگاهانه می گردد. برای اینکه نارضایاتی جنسیتی بیمار واقعاً کاهش یابد، نیاز است تا بیمارانی توقعی واقع گرایانه از نتایج داشته باشند.

تمامی این اطلاعات باید در قالب نوشتار، به زبانی که بیمار بر آن مسلط است، و همراه تصاویر گرافیکی به او ارائه شود. بیمارانی باید اطلاعات را از پیش (یک راه ممکن اینترنت است) دریافت کرده و فرصت فراوان برای مرور با دقت آن در اختیارشان گذارده شود. عناصر رضایت آگاهانه همیشه باید پیش از مداخله ی جراحی به صورت رو در رو مورد گفتگو قرار گیرند. در آن زمان سوالات می توانند پاسخ داده شده و رضایت آگاهانه ی کتبی توسط بیمار فراهم شود. از آنجا که این جراحی ها برگشتناپذیرند، باید مراقب بود تا پیش از درخواست ارائه ی رضایت آگاهانه از بیمار، وی زمان کافی برای تفکر و دریافت کامل اطلاعات داشته باشد. حداقل 24 ساعت توصیه می شود.

جراحان باید شرایطی فراهم آورند تا مراقبت های بعد از عمل و نیز مشورت با سایر پزشکانی را که در آینده به بیمار خدمات ارائه خواهند داد، بلافاصله پس از عمل صورت پذیرند. بیمارانی باید برای تدوین برنامه ای مناسب برای مراقبت بعد از عمل با جراحانشان تعامل نمایند.

طرح کلی عمل های جراحی برای درمان بیمارانی دارای نارضایاتی جنسیتی

برای بیمار مرد به زن (MtF)، عمل های جراحی می تواند شامل موارد زیر باشد:

1. جراحی پستان/ففسه ی سینه: جراحی بزرگ سازی پستان³⁰ (درون کاشت³¹/تزریق چربی³²)؛

³⁰ augmentation mammoplasty

³¹ implant

2. جراحی تناسلی³³: آلت بُری³⁴، تخلیه ی بیضه³⁵، جراحی پلاستیک واژن³⁶، جراحی پلاستیک کلیتوریس³⁷، جراحی پلاستیک فرج³⁸؛

3. مداخلات جراحی غیر از پستان و ناحیه تناسلی: جراحی به منظور زنانه‌سازی صورت، برداشت چربی با استفاده از مکش³⁹، تزریق چربی، جراحی آوا⁴⁰، کوچک کردن غضروف تیروئید⁴¹، افزایش اندازه‌ی ناحیه‌ی سرینی⁴² (درون کاشت، تزریق چربی)، ترمیم مو⁴³، و عمل‌های مختلف زیبایی.

برای بیمار زن به مرد (FTM)، عمل‌های جراحی می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

1. جراحی پستان/قفسه ی سینه: پستان برداری زیر جلدی⁴⁴، ایجاد قفسه‌ی سینه ای مردانه؛
2. جراحی تناسلی: رحم برداری⁴⁵/ برداشت لوله های رحمی و تخمدانها⁴⁶، ترمیم قسمت ثابت مجرای ادراری، که می تواند با یک متونیدئوپلاستی⁴⁷ یا جراحی پلاستیک آلت⁴⁸ (با استفاده از یک فلپ پایه دار یا آزاد عروقی) ترکیب گردد، واژن برداری⁴⁹، جراحی پلاستیک کیسه ی بیضه⁵⁰، و کاشت پروتزهای نعوظی و/یا بیضه⁵¹؛
3. مداخلات جراحی غیر از پستان و ناحیه ی تناسلی: جراحی آوایی (نادر)، چربی کشی، تزریق چربی، درون کاشت های پکتورال⁵² (سینه ای)، و عمل های مختلف زیبایی.

جراحی ترمیمی⁵³ در برابر جراحی زیبایی⁵⁴

این پرسش که جراحی تغییر جنس باید جراحی زیبایی تلقی شود یا جراحی ترمیمی، نه تنها از نقطه نظر فلسفی، بلکه از دیدگاه مالی نیز مطرح می باشد. جراحی زیبایی⁵⁵ در بیشتر موارد از نظر طبی لازم شناخته نشده و بنابراین معمولاً به طور کامل توسط بیمار پرداخت می شود. در مقابل، جراحی های ترمیمی از نظر طبی لازم شناخته شده - با نتایج درمانی غیر قابل پرسش و در نتیجه بخشی از آن یا تمامی اش توسط نظام های ملی سلامت یا شرکت های بیمه پرداخت می شود.

-
- 32 lipofilling
 - 33 genital surgery
 - 34 penectomy
 - 35 orchiectomy
 - 36 vaginoplasty
 - 37 clitoroplasty
 - 38 vulvoplasty
 - 39 liposuction
 - 40 voice surgery
 - 41 thyroid cartilage reduction
 - 42 gluteal augmentation
 - 43 hair reconstruction
 - 44 subcutaneous mastectomy
 - 45 hysterectomy
 - 46 salpingo-oophorectomy
 - 47 Metoidioplasty
 - 48 phalloplasty
 - 49 vaginectomy
 - 50 scrotoplasty
 - 51 erection and/or testicular prostheses
 - 52 pectoral implants
 - 53 reconstructive surgery
 - 54 aesthetic surgery
 - 55 aesthetic or cosmetic

متأسفانه در حوزه ی جراحی های ترمیمی و پلاستیک (به طور کلی و نیز به طور خاص در مورد جراحی های مربوط به جنسیت) تمایز واضحی میان آنچه خالصاً ترمیمی است و آنچه خالصاً زیبایی است وجود ندارد. در واقع بیشتر عمل های جراحی پلاستیک ترکیبی از هر دو جزء ترمیمی و زیبایی هستند.

در حالی که بیشتر متخصصین توافق دارند که جراحی تناسلی و پستان برداری نمی تواند جراحی زیبایی خالص قلمداد شود، نظرها در مورد اینکه سایر عمل های جراحی (مانند بزرگ سازی پستان، جراحی زنانه سازی صورت) تا چه حد می توانند ترمیمی خالص تصور شوند، از هم فاصله می گیرند. اگرچه ممکن است بسیار آسان تر باشد که جراحی پلاستیک واژن یا آلت را به مثابه ی مداخله ای برای پایان دادن به رنجی مادام العمر دید، اما برای برخی بیماران مداخله ای مانند یک جراحی پلاستیک کوچک کننده ی بینی می تواند اثری دائمی و بنیادین بر کیفیت زندگی ایشان گذاشته و در نتیجه از نظر طبی نسبت به فردی فاقد نارضایتی جنسیتی بسیار ضروری تر باشد.

معیارهای جراحی

معیارهای شروع درمان های جراحی برای نارضایتی جنسیتی، همچون سایر درمان های یاد شده در *اصول مراقبت*، در راستای ارتقای کیفیت مراقبت از بیماران طراحی شده اند. اگرچه که *اصول مراقبت* اجازه می دهد درمان تا حد امکان فردمحور باشد، تا نیازهای خدمات مراقبت از سلامت بیمار به بهترین نحو ممکن برآورده شوند، اما یک معیار برای تمامی جراحی های پستان/ففسه ی سینه و آلت تناسلی وجود دارد و آن مستند شدن نارضایتی جنسیتی پایدار توسط متخصص سلامت روانی است که واجد صلاحیت کافی در این زمینه می باشد. برای برخی از جراحی ها معیارهایی افزوده شده، نظیر هورمون درمانی زنانه ساز/مردانه ساز و یا یک سال زندگی مداوم در قالب نقش جنسیتی ای که با هویت جنسیتی فرد همخوان است.

طرح کلی این معیارها در زیر آمده است. بر اساس شواهد موجود و اجماع بالینی کارشناسان، توصیه های متفاوتی برای جراحی های مختلف ارائه می شود.

اصول مراقبت ترتیبی برای اجرای جراحی های مختلف مشخص نمی کند. ممکن است تعداد و ترتیب عمل های جراحی از بیماری تا بیمار دیگر بر اساس نیازهای بالینی ایشان تفاوت کند.

معیارهای جراحی پستان/ففسه ی سینه (یک ارجاع)

معیارهای پستان برداری و ایجاد ففسه ی سینه ای مردانه در بیماران FtM:

1. نارضایتی جنسیتی پایدار که به خوبی مستند باشد؛
 2. توانایی گرفتن تصمیمی براساس آگاهی کامل و دادن رضایت برای درمان؛
 3. داشتن سن قانونی در کشور مورد نظر (اگر کوچکتر است بر اساس *اصول مراقبت* برای کودکان و نوجوانان عمل شود)؛
 4. اگر نکات قابل توجهی در زمینه ی سلامت طبی یا روانی وجود دارند باید در حدی معقول و مناسب کنترل شده باشند.
- هورمون درمانی یک پیش نیاز نیست.

معیارهای جراحی بزرگ سازی پستان (درون کاشت/تزریق چربی) در بیماران MtF:

1. نارضایتی جنسیتی پایدار که به خوبی مستند باشد؛
2. توانایی گرفتن تصمیمی براساس آگاهی کامل و دادن رضایت برای درمان؛
3. داشتن سن قانونی در کشور مورد نظر (اگر کوچکتر است بر اساس *اصول مراقبت* برای کودکان و نوجوانان عمل شود)؛

4. اگر نکات قابل توجهی در زمینه ی سلامتِ طبی یا روانی وجود دارند باید در حدی معقول و مناسب کنترل شده باشند.

اگرچه این معیاری آشکار نیست، اما توصیه می شود بیماران MtF پیش از جراحی بزرگ سازی پستان تحت هورمون درمانی زنانه ساز (حداقل 12 ماه) قرار گیرند. هدف، پیشینه سازی رشد پستان برای رسیدن به نتایج جراحی بهتر (زیباشناختی) است.

معیارهای جراحی تناسلی (دو ارجاع)

معیارهای جراحی تناسلی مختص نوع جراحی ای است که درخواست شده است.

معیارهای رحم برداری و برداشت لوله های رحمی و تخمدانها در بیماران FtM و جراحی تخلیه ی بیضه در بیماران MtF:

1. نارضایتی جنسیتی پایدار که به خوبی مستند باشد؛
2. توانایی گرفتن تصمیمی براساس آگاهی کامل و دادن رضایت برای درمان؛
3. داشتن سن قانونی در کشور مورد نظر؛
4. اگر نکات نگران کننده ی قابل توجهی در زمینه ی سلامتِ طبی یا روانی وجود دارند باید به خوبی کنترل شده باشند.
5. 12 ماه پی در پی هورمون درمانی، آنچنان که متناسب با اهداف جنسیتی بیمار باشد (مگر هورمونها از نظر بالینی برای آن فرد اندیکاسیون نداشته باشند).

اساساً هدف از هورمون درمانی پیش از جراحی تخلیه ی تخمدان یا بیضه (گنادکتومی)⁵⁶ مواجه سازی با دوره ای از سرکوب برگشت پذیر استروژن یا تستوسترون است پیش از آنکه بیمار تحت مداخله ی برگشت ناپذیر جراحی قرار گیرد.

این معیارها برای بیماران که جراحی های فوق را برای اندیکاسیون های طبی غیر از نارضایتی جنسیتی خواهند داشت صدق نمی کنند.

معیارهای متونیدئوپلاستی یا فالوپلاستی در بیماران FtM و واژینوپلاستی در بیماران MtF:

1. نارضایتی جنسیتی پایدار که به خوبی مستند باشد؛
2. توانایی گرفتن تصمیمی براساس آگاهی کامل و دادن رضایت برای درمان؛
3. داشتن سن قانونی در کشور مورد نظر؛
4. اگر نکات نگران کننده ی قابل توجهی در زمینه ی سلامتِ طبی یا روانی وجود دارند باید به خوبی کنترل شده باشند.
5. 12 ماه پی در پی هورمون درمانی، آنچنان که متناسب با اهداف جنسیتی بیمار باشد (مگر هورمونها از نظر طبی برای آن فرد اندیکاسیون نداشته باشند).
6. 12 ماه زندگی به صورت پیوسته در قالب آن نقش جنسیتی که با هویت جنسیتی ایشان همخوان است.

اگرچه این معیاری آشکار نیست، اما توصیه می شود این بیماران ملاقات های منظمی نیز با یک متخصص سلامت روان یا دیگر حوزه های علوم پزشکی داشته باشند.

⁵⁶ gonadectomy

بیش‌توانه‌ی فکری برای توجیه ضرورت زندگی در قالب نقش جنسیتی مطلوب به مدت 12 ماه پیش از عمل جراحی

برای اعمال جراحی مربوط به آلت تناسلی لازم است بیماران به مدت 12 ماه پی در پی در قالب آن نقش جنسیتی که با هویت جنسیتی ایشان همخوان است زندگی نمایند. این معیار بر این اجماع بالینی متخصصین استوار است که چنین تجربه‌ای برای بیماران فرصت فراوانی فراهم می‌کند تا پیش از آنکه تحت جراحی غیر قابل برگشت قرار گیرند، نقش جنسیتی مطلوب خود را تجربه کرده و از نظر اجتماعی خود را با آن سازگار نمایند. همانطور که در بخش هفت اشاره شد، وجوه اجتماعی تغییر نقش جنسیتی فرد معمولاً چالش برانگیزند - غالباً بیش از وجوه فیزیکی. تغییر نقش جنسیتی می‌تواند به پیامدهای عمیق اجتماعی و شخصی بیانجامد و تصمیم برای انجام آن می‌بایست در بردارنده ی آگاهی از چالش‌های ممکن خانوادگی، بین فردی، تحصیلی، شغلی، اقتصادی و قانونی باشد تا افراد بتوانند در نقش جنسیتی خود عملکرد موفقی داشته باشند. حمایت یک متخصص سلامت روان واجد شرایط و گروه همسالان می‌تواند در اطمینان از ایجاد تطابق موفقی با نقش جنسیتی بسیار ارزشمند باشد (Bocking, 2008).

مدت زمانی 12 ماه، به طیفی از تجارب و وقایع مختلف زندگی که ممکن است در طول سال رخ دهند میدان می‌دهد (مانند مناسبت‌های خانوادگی، تعطیلات، مسافرت‌ها، شغل‌های مختص فصل یا تجربیات مدرسه). بیماران در طول این مدت باید به طور مداوم، روزمره و در تمامی بسترهای زندگی در نقش جنسیتی مطلوبشان ظاهر شوند. این شامل حاضر شدن در برابر شرکای جنسی، خانواده، دوستان و اعضای اجتماع (مانند مدرسه، محل کار، سایر بسترها) است.

متخصصین حوزه‌ی سلامت باید تجربه ی یک بیمار در نقش جنسیتی را برای آنان که آماده ی جراحی تناسلی می‌شوند، از جمله تاریخی که در آن فرد به طور تمام وقت در پوشش جنسیت همخوان زندگی می‌کند (تاریخ مبدل‌پوشی) در پرونده ی پزشکی به صورت شفاف ثبت نمایند. در برخی از موارد متخصصین سلامت ممکن است در صورت نیاز، تأییدی دال بر برآورده شدن این معیار درخواست نمایند: ایشان می‌توانند با افرادی که با بیمار در نقش جنسیتی هم‌خوان با هویت ارتباط داشته‌اند تماس حاصل کرده، یا در صورت وجود، مدرک مستندی از یک تغییر قانونی نام و/یا نشانگر جنسیتی درخواست کنند.

جراحی در افراد با اختلالات روان پریشانه و سایر بیماری‌های جدی روان

هنگامی که بر بیماران نارضای جنسیتی تشخیص اختلالات روانپزشکی شدید و نقص در واقعیت سنجی⁵⁷ نیز گزارده شده است (مانند دوره های روان پریشی⁵⁸، اختلال دوقطبی⁵⁹، اختلال تجزیه ی هویت⁶⁰، اختلال شخصیت مرزی⁶¹)، باید تلاش شود تا پیش از آنکه جراحی مد نظر قرار گیرد این شرایط با داروهای روان گردان و/یا روان درمانی بهتر گردند (Dhejne et al., 2011). ارزیابی مجدد توسط متخصص سلامت روانی که واجد صلاحیت برای ارزیابی و مدیریت درمان شرایط روان پریشانه باشد باید پیش از جراحی صورت گرفته، وضعیت ذهنی و آمادگی بیمار برای جراحی شرح داده شود. این متخصص سلامت روان بهتر است با بیمار آشنا باشد. زمانی که بیمار روان پریشی فعال دارد، هیچ جراحی نباید صورت گیرد (De Cuypere & Vercauysse, 2009).

صلاحیت جراحانی که عمل جراحی پستان/ففسه ی سینه یا ناحیه ی تناسلی را انجام می‌دهند

پزشکانی که درمان های جراحی را برای نارضای جنسیتی انجام می‌دهند باید اورولوژیست، متخصص زنان، جراح پلاستیک یا جراح عمومی بوده و گواهی بورد تخصصی فوق را از انجمن ملی و/یا منطقه ای مربوطه دارا باشند. جراحان باید دارای صلاحیت تخصص یافته در تکنیک های ترمیمی ناحیه ی تناسلی باشند، چنانکه با آموزشی مستند تحت نظارت جراحی باتجربه تر نمود داشته باشد. حتی جراحان باتجربه نیز باید راغب به بازدید انتقادی مهارت های جراحی خود توسط هم‌تایانشان باشند. وجود یک ممیزی رسمی بر نتایج جراحی و نشر این نتایج می‌تواند برای متخصصین سلامت ارجاع دهنده و نیز بیماران بسیار اطمینان بخش باشد. جراحان باید در گردهمایی های تخصصی که کانون ارائه ی تکنیک های جدید هستند حضور منظم داشته باشند. اینترنت غالباً توسط بیماران برای به اشتراک گزاردن اطلاعات از تجربه ی ایشان با جراحان و تیم های ایشان بنحوی مؤثر استفاده می‌شود.

⁵⁷ reality testing

⁵⁸ psychotic episode

⁵⁹ bipolar disorder

⁶⁰ dissociative identity disorder

⁶¹ borderline personality disorder

مطلوب آن است که جراحان بر بیش از یک تکنیک جراحی برای ترمیم ناحیه ی تناسلی آگاه باشند تا بتوانند در مشورت با بیمار آن تکنیک مطلوب برای هر فرد را انتخاب نمایند. در مقابل، اگر جراحی تنها در یک تکنیک مهارت دارد و این عمل برای یک بیمار مناسب نبوده و یا دلخواه وی نیست، جراح باید بیمار را از سایر عمل ها آگاه کرده و پیشنهاد ارجاع به جراحی دیگر با مهارت فراخور را ارائه دهد.

تکنیک ها و عوارض جراحی پستان/قفسه ی سینه

اگرچه ظاهر پستان/قفسه ی سینه شاخص جنسی ثانویه ی مهمی است، اما وجود پستان یا اندازه ی آن در تعاریف قانونی جنس و جنسیت لحاظ نشده و برای تناسل ضروری نیست. اجرای جراحی های پستان/قفسه ی سینه برای درمان نارضایتی جنسیتی نیازمند توجهی هم تراز شروع هورمون درمانی است، چرا که هر دو تغییراتی نسبتاً غیرقابل برگشت در بدن ایجاد می کنند.

جراحی بزرگ سازی پستان⁶² برای بیمار MtF (گاه "ترمیم قفسه ی سینه"⁶³ اتلاق می گردد) با همین جراحی در یک بیمار زن مادرزادی تفاوتی ندارد. این معمولاً با درون کاشت⁶⁴ پروتز های پستانی و گاه با تکنیک تزریق چربی⁶⁵ صورت میگیرد. عفونت ها و فیبروز کیسولی عوارض نادر جراحی بزرگ سازی پستان در بیماران MtF می باشند (Kanhai, Hage, Karim, & Mulder, 1999).

برای بیمار FtM پستان برداری⁶⁶ یا جراحی «طرح ریزی قفسه ی سینه ی مردانه»⁶⁷ قابل اجرا می باشند. برای بسیاری از بیماران FtM این تنها جراحی است که صورت می گیرد. زمانی که مقدار بافت پستانی برداشته شده نیاز به حذف پوست دارد اسکار زخم حاصل خواهد شد و بیمار باید نسبت به آن آگاه گشته باشد. عوارض پستان برداری زیرجلدی⁶⁸ می تواند شامل نکروز نوک پستان، نامنظمی های محیطی، و شکل گیری بد نمای اسکار باشد (Monstrey et al., 2008).

تکنیک ها و عوارض جراحی تناسلی

جراحی های ناحیه ی تناسلی برای بیماران MtF می تواند شامل تخلیه ی بیضه⁶⁹، آلت بُری⁷⁰، جراحی پلاستیک واژن⁷¹، جراحی پلاستیک کلیتوریس⁷²، و جراحی پلاستیک لبیا⁷³ باشد. تکنیک ها شامل ارونه سازی پوست آلت، پیوند پایه دار کولوسیگمونی، و پیوند های آزاد پوستی برای مفروش ساختن واژن نو⁷⁴ هستند. حس جنسی درکنار ایجاد واژنی دارای عملکرد و زیبایی ظاهری قابل قبول، هدفی مهم در جراحی پلاستیک واژن است.

عوارض جراحی تناسلی MtF می تواند شامل نکروز کامل یا ناکامل واژن و لبه ها، فیستول هایی از مثانه یا روده به واژن، تنگی مجرای ادراری، و واژن هایی که برای مقاربت زیاده کوچک یا کوتاه هستند باشد. اگرچه تکنیک های جراحی برای ایجاد واژن نو از نقطه نظر عملکردی و زیبایی ممتاز می باشند اما گزارش شده که احتمال دارد بدنبال این عمل جراحی، امکان اُرگاسم⁷⁵ از دست

⁶² breast augmentation

⁶³ chest reconstruction

⁶⁴ implantation

⁶⁵ lipofilling

⁶⁶ mastectomy

⁶⁷ male chest contouring

⁶⁸ subcutaneous mastectomy

⁶⁹ orchiectomy

⁷⁰ penectomy

⁷¹ vaginoplasty

⁷² clitoroplasty

⁷³ labiaplasty

⁷⁴ neovagina

⁷⁵ anorgasmia

برود و یا اینکه جراحی پلاستیک لبه ها در مرحله ای دوم برای زیبایی لازم باشد (Klein & Gorzalka, 2009; Lawrence, 2006).

جراحی های ناحیه ی تناسلی برای بیماران زن FtM می تواند شامل رحم برداری⁷⁶، برداشت لوله های رحمی و تخمدانها⁷⁷، واژن برداری⁷⁸، متوئیدیوپلاستی⁷⁹، جراحی پلاستیک کیسه ی بیضه⁸⁰، جراحی پلاستیک مجرای ادراری⁸¹، تعبیه ی پروتزهای بیضه⁸²، و جراحی پلاستیک آلت (فالوپلاستی)⁸³ باشد. در بیماران بدون جراحی شکمی قبلی، تکنیک لاپاروسکوپیک برای رحم برداری و برداشت لوله های رحمی و تخمدانها توصیه می شود تا از اسکار در ناحیه ی پایینی شکم پرهیز گردد. دسترسی به واژن ممکن است دشوار باشد چرا که بیشتر بیماران فاقد سابقه ی زایمان⁸⁴ بوده و غالباً مقاربت همراه با دخول را تجربه نکرده اند. تکنیک های جراحی فعلی برای فالوپلاستی گوناگونند. انتخاب تکنیک ممکن است به دلیل ملاحظات جراحی یا آناتومیک و یا ملاحظات مالی یک مراجع محدود گردد. اگر اهداف فالوپلاستی آلتی نو⁸⁵ با ظاهر مناسب، ادرار در حالت ایستاده، احساس جنسی، و/یا توانایی مقاربت است، باید بیماران بطور شفاف آگاه شوند که چندین مرحله ی مجزای جراحی و دشواری های تکنیکی مکرر وجود دارد که ممکن است نیازمند جراحی هایی دیگر گردد. حتی متوئیدیوپلاستی که در تئوری یک جراحی تک مرحله ای برای ساخت یک میکروفالوس⁸⁶ (آلت کوچک) است غالباً نیازمند بیش از یک جراحی است. با این تکنیک نمی توان همیشه اطمینان از هدف ادرار کردن در حالت ایستاده داد (Monstrey et al., 2009).

عوارض فالوپلاستی در FtM ها می تواند شامل فیستول ها و تنگی های مکرر مجرای ادراری و گاه نکرورز آلت نو باشد. نتیجه ی متوئیدیوپلاستی یک آلت کوچک (میکروپنیس⁸⁷) بدون قابلیت ادرار کردن در حالت ایستاده است. فالوپلاستی با استفاده از یک فلپ پایه دار یا آزاد عروقی، یک جراحی چندمرحله ای و طولانی همراه با اختلالات همراه قابل توجه شامل عوارض ادراری مکرر و شکل گیری غیر قابل اجتناب اسکار در ناحیه ی اهدا کننده ی پیوند است. به همین دلیل، بسیاری از بیماران FtM هیچ گاه تحت جراحی ناحیه تناسلی به جز رحم برداری و برداشت لوله های رحمی و تخمدانها قرار نمی گیرند (Hage & De Graaf, 1993).

حتی بیمارانی که عوارض شدید جراحی پیدا می کنند ندرتاً از اینکه تحت جراحی قرار گرفته اند پشیمان می گردند. اهمیت جراحی را می توان از این یافته ی مکرر دریافت که کیفیت نتایج جراحی یکی از بهترین عوامل پیش گویی برآمد کلی تغییر جنس است (Lawrence, 2006).

جراحی های دیگر

جراحی های دیگر برای کمک به زنانه سازی بدن شامل جراحی پلاستیک کاهشی غضروف تیروئید⁸⁸ (کوچک کردن سبب آدم)، جراحی تغییر آوا⁸⁹، لیپوپلاستی کمر با کمک مکش (فرم بخشیدن محیطی)⁹⁰، رینوپلاستی (اصلاح بینی)، کاهش استخوان های صورت، کشیدن صورت⁹¹، و بلفاروپلاستی (دوباره جوان سازی پلک) است. سایر جراحی ها برای کمک به مردانه سازی بدن

⁷⁶ hysterectomy

⁷⁷ salpingo-oophorectomy

⁷⁸ vaginectomy

⁷⁹ metoidioplasty

⁸⁰ scrotoplasty

⁸¹ urethroplasty

⁸² placement of testicular prostheses

⁸³ phalloplasty

⁸⁴ nulliparous

⁸⁵ neophallus

⁸⁶ microphallus

⁸⁷ micropenis

⁸⁸ reduction thyroid chondroplasty

⁸⁹ voice modification surgery

⁹⁰ suction-assisted lipoplasty (contour modeling)

⁹¹ face-lift

شامل چربی کِشی⁹²، تزریق چربی⁹³ و درون کاشت پکتورال⁹⁴ است. جراحی آوا برای دستیابی به صدایی بم تر نادر است اما ممکن است در برخی موارد، مانند زمانی که هورمون درمانی بی فایده بوده است توصیه شود.

هرچند این جراحی ها نیازمند ارجاع از جانب متخصصین سلامت روان نیستند، اما چنین متخصصینی می توانند نقش مهمی در کمک به مراجعین برای اخذ تصمیمی کاملاً آگاهانه پیرامون زمان بندی و پیامدهای این گونه عمل ها در زمینه ی گذار اجتماعی، ایفا نمایند.

اگرچه عموماً بر بیشتر این عمل ها برجسب "زیبایی صرف" گذارده می شود، یکسان همین جراحی ها در فردی با نارضایتی جنسیتی شدید می تواند بر اساس موقعیت بالینی منحصر به وضعیت زندگی و شرایط یک بیمار، به لحاظ طبی ضروری تلقی گردد. این ابهام، نمودار واقعیت در موقعیت های بالینی بوده و اجازه به تصمیم گیری انحصاری فرد پیرامون لزوم و مطلوبیت این جراحی ها می دهد.

⁹² liposuction

⁹³ lipofilling

⁹⁴ pectoral implant

مراقبت پس از عمل و فالوآپ⁹⁵ (پیگیری)

مراقبت پس از عمل و فالوآپ دراز مدت بعد از درمان های جراحی برای نارضایتی جنسیتی با برآمد های مطلوب روانی-اجتماعی و جراحی ارتباط دارد (Monstrey et al., 2009). فالوآپ در سلامت متعاقب جسمانی و روانی بیمار و آگاهی جراح از فواید و محدودیت های جراحی اهمیت دارد. جراحانی که بیماران مراجع از مسافت های دور را عمل می کنند، باید فالوآپ شخصی را در طرح مراقبتی خود قرار داده و تلاش نمایند تا از مراقبت پس از عمل دراز مدت و مقرون به صرفه ی محلی در ناحیه ی جغرافیایی بیمارانشان اطمینان حاصل کنند.

گاه ممکن است بیماران پس از انجام عمل جراحی، تمایلی نداشته باشند که در ویزیت های مربوط به پیگیری های پس از عمل توسط ارائه دهندگان خدمات تخصصی، از جمله پزشک تجویزگر هورمون (برای بیمارانی که هورمون دریافت می کنند)، شرکت کنند. حال آنکه این ارائه دهندگان، غالباً، بهترین توانایی را در پیگیری، تشخیص و درمان وضعیت های بالینی دارند که خاص بیماران تحت درمان جراحی و هورمون است. ضرورت انجام فالوآپ، به همین اندازه، در مورد متخصصین سلامت روان نیز صادق است، کسانی که ممکن است نسبت به هر متخصص دیگر مدت زمان طولانی تری را با بیمار گذرانده باشند و در نتیجه در موقعیت بهتری برای کمک به بیمار در مواجهه با چالش های سازگاری پس از عمل هستند. متخصصین سلامت باید بر اهمیت فالوآپ پس از عمل نزد بیمارانشان تأکید کرده و پیشنهاد تداوم در مراقبت را عرضه دارند.

بیماران پس از عمل باید تحت غربالگری منظم طبی بر اساس دستورالعمل های توصیه شده برای سن ایشان قرار گیرند. پیرامون این مهم در بخش بعد بیشتر بحث می گردد.

⁹⁵ follow-up

مراقبت‌های پیشگیرانه و اولیه در طول زندگی

افرادِ تراجنس، دگرباش و جنسیت نامنطبق در تمام طولِ زندگی‌شان به خدماتِ مراقبت از سلامت نیاز دارند. به عنوان مثال، برای پرهیز از آثار ثانویه‌ی گنادکتومی در سنی نسبتاً جوان و/یا دریافتِ دراز مدتِ هورمون درمانی با دوز بالا، بیماران به مراقبت‌های طبی کامل توسطِ ارائه‌دهندگانِ باتجربه در مراقبت‌های اولیه و سلامتِ دگرباشان نیازمندند. اگر یک ارائه‌دهنده توانایی ارائه‌ی همه‌ی خدمات را ندارد، ارتباطِ مستمر بین ارائه‌دهندگان ضروری است.

مسائل پیرامون مراقبت‌های اولیه و حفظ سلامت باید پیش، حین و پس از هرگونه تغییرات ممکن در نقش جنسیتی و مداخلات طبی برای کاهش نارضیاتی جنسیتی مورد رسیدگی قرار گیرند. با وجود آنکه ارائه‌دهندگان هورمون و جراحان نقش‌های مهمی در مراقبت‌های پیشگیرانه ایفا می‌کنند، هر فردِ تراجنس، دگرباش، و جنسیت نامنطبق باید برای نیازهای کلی مراقبت از سلامت با یک ارائه‌دهنده‌ی مراقبت‌های اولیه جفت‌گردد (Feldman, 2007).

خدمات عمومی سلامت برای پیشگیری

دستورالعمل‌های غربالگری که برای عموم جمعیت طراحی شده‌اند، برای آن اندام‌هایی قابل استفاده‌اند، که احتمال اینکه از هورمون درمانی مردانه‌ساز/زنانه‌ساز تأثیر بپذیرند، اندک است. اما وقتی صحبت از عوامل خطر قلبی عروقی، پوکی استخوان، و برخی سرطان‌هاست (پستان، گردن رحم، تخمدان، رحم، و پروستات)، تخمین اینگونه دستورالعمل‌های عمومی درباره‌ی هزینه‌فایده‌ی غربالگری افرادی که هورمون‌درمانی دریافت می‌کنند، ممکن است کمتر یا بیشتر از حد باشد.

منابع متعددی وجود دارند که برای ارائه‌ی مراقبت‌های اولیه از بیمارانی که تحت هورمون‌درمانی زنانه‌ساز/مردانه‌ساز - شامل درمانی که بعد از جراحی‌های تغییر جنس ارائه می‌شود - قرار می‌گیرند، پروتکل‌های دقیقی ارائه می‌دهند (Center of Excellence for Transgender Health, UCSF, 2011; Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007; Gorton, 2005; Butth, & Spade, 2005). کلینیسین‌ها باید به دستورالعمل‌های ملی مبتنی بر شواهد خود رجوع کنند و با در نظر گرفتن آثار هورمون‌درمانی و نیز وضعیت بالینی ابتدایی (پیش از دریافت هورمون‌م) مددجو، درباره‌ی شیوه‌های غربالگری با وی گفتگو نمایند.

غربالگری سرطان

غربالگری سرطان برای اندام‌هایی که با جنس در ارتباطند، می‌تواند چالش‌های خاص طبی و روانی-اجتماعی برای بیماران تراجنس، دگرباش، و جنسیت نامنطبق و همین‌طور ارائه‌دهندگان خدماتِ مراقبت از سلامتِ ایشان ایجاد کند. در فقدانِ مطالعاتِ آینده‌نگر در مقیاس وسیع، نامحتمل است که ارائه‌دهندگان شواهد کافی برای تعیین نوع و فراوانی مناسب غربالگری‌های سرطان برای این جمعیت داشته باشند. غربالگری بیش از حد موجب هزینه‌های بالاتر خدماتِ مراقبت از سلامت، نرخ‌های بالای مثبت کاذب، و غالباً قرارگیری غیرضروری در معرض پرتو و/یا مداخلات تشخیصی نظیر نمونه‌برداری می‌گردد. غربالگری کمتر از حد موجب تأخیر تشخیصی برای سرطان‌هایی که بالقوه قابل درمان هستند می‌شود. از سوی دیگر، رویکرد بیماران نیز می‌تواند گوناگون باشد؛ یک مددجوی مرد به زن (MtF) ازینکه برای سرطان پستان تحت غربالگری قرار گیرد، احساس خوشایند پذیرفته شدن و انگاشته شدن به عنوان یک زن را تجربه می‌کند، اما مددجوی مرد به زن (FtM) که میخواهد برای پیشگیری از سرطان رحم تست پاپ اسمیر را انجام دهد، هم به لحاظ فیزیکی و هم عاطفی با تجربه‌ی ای دردناک روبروست.

مراقبت‌های ادراری-تناسلی

مراقبت‌های ژنیکولوژیک ممکن است برای افرادِ تراجنس، دگرباش و جنسیت نامنطبق از هر دو جنس ضروری باشند. برای بیماران FtM چنین مراقبت‌هایی عمدتاً در افرادی که جراحی تناسلی نداشته‌اند مورد نیاز است. برای بیماران MtF چنین مراقبت‌هایی پس از جراحی تناسلی مورد نیاز است. هرچند بسیاری از جراحان پیرامون مراقبت‌های ادراری-تناسلی پس از عمل با بیماران مشاوره می‌کنند، کلینیسین‌های مراقبت‌های اولیه و متخصصین زنان نیز باید با اختلالات تناسلی ویژه‌ی این جمعیت آشنا باشند.

تمامی بیماران MtF باید پیرامون بهداشت ناحیه ی تناسلی، تمایلات جنسی، و پیشگیری از عفونت های مقاربتی مشاوره شوند؛ آنان که جراحی تناسلی داشته اند در مورد نیاز به دیلاتاسیون واژن یا مقاربت همراه با دخول منظم برای حفظ عمق و پهنای واژن نیز باید مشاوره گردند (van Trotsenburg, 2009). به دلیل آناتومی لگن مردانه، محور و ابعاد واژن نو تفاوت قابل توجهی با یک واژن بیولوژیک دارد. این تفاوت آناتومیک اگر توسط بیماران MtF و شرکای جنسیشان درک نگردد، می تواند بر مقاربت اثر بگذارد (van Trotsenburg, 2009).

در بیماران MtFی که جراحی شده اند به دلیل ملزومات جراحی ترمیمی پیشابراه کوتاه شده عفونت های ادراری غالباً رخ می دهد. به علاوه این بیماران ممکن است از اختلالات عملکردی مجاری ادراری تحتانی رنج ببرند؛ اینگونه اختلالات ممکن است به دلیل آسیب به عصب دهی اتونوم بستر مثانه هنگام دیسکسیون بین رکتوم و مثانه، و با تغییری در موقعیت خود مثانه ایجاد گردند. ممکن است بعد از جراحی تغییر جنس، یک مثانه ی ناکارآمد⁹⁶ (نظیر مثانه ی بیش فعال، بی اختیاری ادراری استرسی یا فوریتی⁹⁷) حاصل آید (Hoebeke et al., 2005; Kuhn, Hildebrand, & Birkhauser, 2007).

بیشتر بیماران FtM تحت واژن برداری⁹⁸ قرار نمی گیرند (colpectomy). برای بیمارانی که هورمون های مردانه ساز مصرف می کنند، با وجود تبدیل قابل توجه تستوسترون به استروژن ها، تغییرات آتروفیک پوشش واژن می تواند شایعاً مشاهده گردد و ممکن است منجر به خارش یا سوزش گردد. معاینه می تواند به لحاظ جسمی و نیز عاطفی دردناک باشد اما عدم درمان می تواند شرایط را به طور جدی بدتر نماید. متخصصین زنانی که شکایت های ژنیتال بیماران FtM را درمان می کنند، باید آگاه باشند که مددجویی که هویت و تظاهر جنسیتی مردانه دارد، ممکن است به اینکه اندام های تناسلی اش زنانه هستند، حساسیت بسیار زیادی داشته باشد.

⁹⁶ dysfunctional bladder

⁹⁷ stress or urge urinary incontinence

⁹⁸ vaginectomy

کاربردپذیری اصول مراقبت برای افرادی که در موسسات⁹⁹ زندگی می‌کنند

اصول مراقبت در تمامیت خود برای تمام افرادِ تراجنس، دگرباش و جنسیت نامنطبق، بدون توجه به وضعیت مسکن ایشان قابل اجرا است. نباید تبعیضی میان افراد بر اساس مکانی که زندگی می‌کنند شامل محیط‌های نهادی همچون زندان‌ها یا تسهیلات مراقبت از سلامت طولانی/میان مدت، در دسترسی ایشان به خدمات مراقبت از سلامت مقتضی گذارد (Brown, 2009). خدمات مراقبت از سلامت برای افرادِ تراجنس، دگرباش و جنسیت نامنطبقی که در محیطی نهادی زندگی می‌کنند باید بازتاب آینه وار همان چیزی باشد که اگر در یک محیط غیر نهادی در اجتماعی مشابه زندگی می‌نمودند برای ایشان مهیا بود.

تمامی عناصر ارزیابی و درمان، آن چنان که در اصول مراقبت وصف شده اند، می‌توانند برای افرادی که در نهادها زندگی می‌کنند فراهم گردند (Brown, 2009). دسترسی به این درمان‌های ضروری از نظر طبی نباید بر پایه ی استقرار در نهاد یا تمهیدات مسکن دریغ گردد. اگر مهارت درونخانه‌ای متخصصین سلامتی که مستقیماً یا غیر مستقیم در استخدام نهاد هستند برای ارزیابی و/یا درمان بیماران با نارضایتی جنسیتی وجود ندارد، مناسب است از متخصصینی که پیرامون این حوزه ی تخصصی خدمات مراقبت از سلامت آگاهی دارند مشورت بیرونی اخذ گردد.

افراد با نارضایتی جنسیتی در نهادها ممکن است اختلالات سلامت روان همراه نیز داشته باشند (Cole et al., 1997). این وضعیت‌ها باید ارزیابی و درمان مقتضی گردد.

افرادی که تحت یک رژیم هورمون درمانی مناسب وارد یک نهاد می‌گردند باید تحت درمان‌های یکسان یا مشابه ادامه داده و بر اساس اصول مراقبت تحت پایش قرار گیرند. یک رویکرد «تک منظر¹⁰⁰» در بیشتر نهادها مراقبت مناسب در نظر گرفته نمی‌شود (MLW, 2002-Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. No. 92-12820). برای افراد با نارضایتی جنسیتی که برای هورمون درمانی مناسب در نظر گرفته شده اند (بر اساس اصول مراقبت) باید چنین درمانی آغاز گردد. آثار ترک ناگهانی هورمون‌ها یا عدم آغاز هورمون درمانی زمانی که از نظر طبی ضروری است شامل احتمال بالایی از نتایج منفی نظیر درمان جراحی سرخود با خودآخته سازی¹⁰¹، خُلق افسرده، نارضایتی، و/یا گرایش به خودکشی است (Brown, 2010).

در ارائه ی خدمات مراقبت مطابق با اصول مراقبت می‌توان تطابق‌هایی منطقی با محیط‌های نهادی صورت داد، مادام که چنین تطابق‌هایی ارائه ی خدمات مراقبت ضروری از نظر طبی به افراد با نارضایتی جنسیتی را به خطر نیفتد. مثالی از یک تطابق منطقی، کاربرد هورمون‌های تزریقی در صورتی که منع طبی نداشته باشد در محیطی است که استفاده ی سایر افراد از فرم‌های آماده ساخته ی خوراکی بسیار محتمل است (Brown, 2009). دریغ ساختن تغییرات لازم در نقش جنسیتی یا دسترسی به درمان‌ها شامل جراحی تغییر جنس به دلیل سکونت در یک نهاد، بر اساس اصول مراقبت تطابق‌های منطقی نیستند (Brown, 2010).

مسکن و تسهیلات دستشویی/حمام برای افراد تراجنس، دگرباش، و جنسیت نامنطبقی که در نهادها زندگی می‌کنند باید هویت و نقش جنسیتی، وضعیت فیزیکی، کرامت، و امنیت شخصی ایشان را مد نظر قرار دهد. قراردادن در واحد مسکونی، بخش، یا سلول زندان تک‌جنسی تنها بر اساس ظاهر اندام‌های تناسلی خارجی ممکن است مناسب نباشد و فرد را در معرض خطر قربانی شدن قرار دهد (Brown, 2009).

نهادهایی که افراد تراجنس، دگرباش، و جنسیت نامنطبق سکونت دارند و خدمات مراقبت از سلامت دریافت می‌کنند باید برای حفظ جوی مدارا آمیز و مثبت پایش نمایند تا اطمینان یابند که ساکنین تحت تعرض کارکنان یا سایر ساکنین نیستند.

⁹⁹ institutional environments

¹⁰⁰ freeze frame

¹⁰¹ autocastration

کاربست پذیری اصول مراقبت برای افراد با اختلالات تکوین جنس¹⁰²

ترمینولوژی

اصطلاح اختلال تکوین جنس (DSD) به وضعیتی جسمانی از تکوین غیرمعمول مجاری تناسلی اشاره دارد (Hughes, Houk, 2006). DSDها وضعیتی را که سابقاً بیناجنسیتی¹⁰³ نامیده می شد در برمی گیرند. اگرچه ترمینولوژی حین یک کنفرانس اجماع بین المللی در 2005 به DSD تغییر یافت (Hughes et al., 2006) اما عدم توافق بر سر کاربرد زبان باقی است. برخی افراد به برچسب "اختلال" قویاً معترض بوده، ترجیح می دهند به جای آن این شرایط مادرزادی را به صورت نمودی از گوناگونی دیده (Diamond, 2009) و به کاربرد اصطلاحات بیناجنس¹⁰⁴ یا بیناجنسیتی ادامه دهند. WPATH در اصول مراقبت اصطلاح DSD را با سلوکی عینی نگر و فارغ از ارزش گذاری به کار می بندد، با این هدف که اطمینان باید متخصصین سلامت این اصطلاح طبی را باز شناخته و همگام با پیشرفت این حوزه، از آن برای دستیابی به متون مربوط استفاده نمایند. WPATH بر رویکردی گشوده نسبت به ترمینولوژی جدیدی که تجربه ی اعضای این جمعیت گوناگون را بیشتر روشن سازد و منجر به بهبود در ارائه و دسترسی به خدمات مراقبت از سلامت گردد باقی است.

پشتوانه ی فکری برای انضمام به اصول مراقبت

سابق بر این افراد دارای یک DSD که معیارهای رفتاری برای اختلال هویت جنسیتی¹⁰⁵ را نیز بر اساس (American Psychiatric Association, 2000) پُر می نمودند از این تشخیص جامع مستثنی می شدند. ایشان به جای آن با عنوان داشتن «اختلال هویت جنسیتی - غیر مشخص به صورتی دیگر¹⁰⁶» طبقه بندی می شدند. ایشان از اصول مراقبت WPATH نیز حذف بودند.

طرح پیشنهادی فعلی برای (www.dsm5.org) DSM-5، آنست که اصطلاح اختلال هویت جنسیتی با عبارت نارضایتی جنسیتی¹⁰⁷ جایگزین گردد. علاوه بر این، پیشنهاد شده که آن دسته از افراد دارای نارضایتی جنسیتی را که یکی از انواع DSD دارند، به عنوان یک زیرگروه از نارضایتی جنسیتی در نظر گرفته شود. این طبقه بندی پیشنهاد شدی که آشکارا میان افراد دارای نارضایتی جنسیتی با و بدون یک DSD تمایز می گذارد. توجیه پذیر است: در افراد دچار DSD، نارضایتی جنسیتی در تظاهر پدیدار شناختی، همه گیرشناسی، مسیرهای زندگی، و سبب شناسی تفاوت قابل ملاحظه ای با سایر انواع نارضایتی جنسیتی دارد¹⁰⁸ (Meyer-Bahlburg, 2009).

بزرگسالان دارای یک DSD و نارضایتی جنسیتی با روندی رو به افزایش مورد توجه متخصصین سلامت قرار گرفته اند. بر این اساس، بحثی مختصر پیرامون مراقبت از ایشان در این نسخه ی اصول مراقبت آورده شده است.

ملاحظات پیرامون شرح حال پزشکی

متخصصین سلامتی که بیماران دارای DSD و نیز نارضایتی جنسیتی را یاری می دهند لازم است آگاه باشند که زمینه ی طبی ای که چنین بیمارانی در آن رشد یافته اند معمولاً بسیار متفاوت از افراد فاقد DSD است.

¹⁰² disorders of sex development (DSD)

¹⁰³ intersexuality

¹⁰⁴ intersex

¹⁰⁵ gender identity disorder

¹⁰⁶ gender identity disorder-not otherwise specified

¹⁰⁷ gender dysphoria

¹⁰⁸ البته این متن پیش از انتشار نهایی DSM-5 منتشر شده. در سند نهایی DSM-5، تفاوتی میان نارضایتی جنسیتی با یا بدون DSD گذاشته نشده است.م.

برخی افراد به دنبال مشاهده ی اندام های تناسلی غیر معمول برای جنسیت در هنگام تولد با داشتن یک DSD شناسایی می شوند. (انجام این مشاهده حین دوره ی پیش از تولد از طریق روش های تصویر برداری نظیر سونوگرافی رو به افزایش است.) سپس این شیرخواران تحت روندهای تشخیصی طبی گسترده ای قرار می گیرند. پس از شور میان خانواده و متخصصین سلامت - که در طی آن، تشخیص ویژه، یافته‌های فیزیکی و هورمونی، و بازخورد مطالعات بر پی آمد دراز مدت مورد توجه قرار می‌گیرند - جنسیت نوزاد تعیین می‌گردد؛ مرد یا زن (Jurgensen, Hiort, 2005; Dessen, Slijper, & Drop, 2005; Cohen-Kettenis, 2005; Holterhus, & Thyen, 2007; Mazur, 2005; Meyer-Bahlburg, 2005; Stikkelbroeck et al., 2003; Wisniewski, Migeon, Malouf, & Gearhart, 2004).

سایر افراد با یک DSD حوالی سن بلوغ به دنبال مشاهده ی تکوین غیرمعمول صفات جنسی ثانویه مورد توجه متخصصین سلامت قرار می گیرند. این مشاهده نیز به ارزیابی طبی ویژه ای میانجامد.

نوع DSD و شدت این وضعیت، پیامدهای قابل توجهی بر تصمیم‌گیری پیرامون تعیین جنس اولیه، جراحی تناسلی متعاقب، و سایر مراقبت‌های طبی و روانی-اجتماعی یک بیمار دارد (Meyer-Bahlburg, 2009). برای نمونه، میزان قرارگیری در معرض آندروژن در دوره‌ی پیش از تولد در افراد دارای DSD با میزان مردانه شدن رفتارهای وابسته به جنسیت (منظور همان نقشها و تظاهرات جنسیتی است؛ میزان خشونت، نوع اسباب بازی مورد علاقه، تفکر سه بعدی، مهارت‌های کلامی و غیره) ارتباط داده شده است؛ هرچندکه این همبستگی تنها تا اندازه‌ای متوسط می‌تواند گوناگونی رفتاری را توجیه کند و بخش قابل توجهی از تنوع رفتاری با سطح سرمی آندروژن‌ها پیش از تولد قابل توضیح و تفسیر نیست (Jurgensen et al., 2007; Meyer-Bahlburg, Dolezal, 2006; Baker, Ehrhardt, & New, 2006). شایان توجه است که همبستگی مشابهی میان سطح سرمی هورمون‌های آندروژنی در دوران جنینی و هویت جنسیتی نشان داده نشده است (برای نمونه، Meyer-Bahlburg, 2004). این واقعیت که در میان افرادی هم که هویت جنسیتی یکسان دارند، میزان مردانگی رفتارها می‌تواند گوناگونی زیادی داشته باشد، تأییدی بر این مدعا است.

ارزیابی و درمان نارضایتی جنسیتی در افراد دارای اختلالات تکوین جنس

افراد دارای یک DSD بسیار به ندرت پیش از گذارده شدن تشخیص DSD با داشتن نارضایتی جنسیتی شناسایی می شوند. حتی در این موارد معمولاً تشخیص DSD با شرح حال و معاینه ی فیزیکی مناسب آشکار است که هر دو بخشی از یک ارزیابی طبی برای اقتضای هورمون درمانی یا مداخلات جراحی برای نارضایتی جنسیتی هستند. متخصصین سلامت روان باید از مراجعین خود که با نارضایتی جنسیتی حضور یافته اند بخواهند که معاینه ی فیزیکی شوند بویژه اگر در حال حاضر تحت نظر یک ارائه دهنده ی مراقبت های اولیه (یا دیگر خدمات مراقبت از سلامت) نیستند.

در بیشتر افراد دارای یک DSD که با اندام های تناسلی مبهم متولد شده اند، نارضایتی جنسیتی ایجاد نمی شود (برای نمونه، Meyer-Bahlburg et al., 2004; Wisniewski et al., 2004). با این حال، در برخی افراد دارای یک DSD، نارضایتی جنسیتی مزمن شکل گرفته و حتی تحت تغییری در جنس تعیین شده در زمان تولدشان و/یا نقش جنسیتیشان قرار می گیرند (Meyer-Bahlburg, 2005; Wilson, 1999; Zucker, 1999). اگر نشانه های قوی و پایدار مبنی بر حضور نارضایتی جنسیتی وجود دارد، یک ارزیابی جامع توسط کلینیسین های ماهر در سنجش و درمان نارضایتی جنسیتی، بدون توجه به سن بیمار، ضروری است. توصیه های مفصلی پیرامون انجام چنین ارزیابی ای و تصمیم گیری های درمانی برای رسیدگی به نارضایتی جنسیتی در زمینه ی یک DSD به چاپ رسیده است (Meyer-Bahlburg, 2011). تنها باید پس از ارزیابی کامل در جهت تغییر جنس یا نقش جنسیتی تعیین شده در زمان تولد یک بیمار قدم برداشت.

کلینیسین‌هایی که جهت کاهش نارضایتی جنسیتی به این دسته از بیماران مشورت می‌دهند، ممکن است بتوانند از بینش‌هایی که در این حین کسب کرده‌اند، برای ارائه‌ی خدمات مراقبت به مددجویان فاقد DSD نیز سود برند (Cohen-Kettenis, 2010). با این حال، معمولاً معیارهای مشخصی از درمان (مانند سن، مدت زمان تجربه‌ی زندگی در نقش جنسیتی مطلوب) برای افراد دارای یک DSD، آنچنان که روال معمول است، به کار بسته نمی‌شوند؛ بلکه معیارها در پرتوی موقعیت ویژه ی یک بیمار تفسیر می‌گردند (Meyer-Bahlburg, in press). تغییرات در جنس و نقش جنسیتی تعیین شده در زمان تولد در زمینه ی یک DSD، در هر سنی میان سنین اوایل دبستان و میانه ی بزرگسالی صورت گرفته‌اند. حتی جراحی تناسلی در این بیماران، اگر با تشخیص و پیش آگهی مبتنی بر

شواهد هویت جنسیتی برای سندرم مورد نظر و شدت سندرم، و با خواسته‌های بیمار به خوبی توجه گردیده باشد، ممکن است بسیار زودتر از افراد دارای نارضایتی جنسیتی فاقد DSD صورت پذیرد.

یک دلیل برای این تفاوت‌های درمانی آن است که جراحی تناسلی در افراد دارای یک DSD در شیرخوارگی و نوجوانی نسبتاً شایع است. نازایی ممکن است از پیش به دلیل نارسایی زود هنگام گنادها یا گنادکتومی به دلیل خطر بدخیمی وجود داشته باشد. با این وجود، توصیه می‌شود که بیماران DSD تنها اگر سابقه‌ای طولانی مدت از رفتار نامنطبق بر جنسیت دارند، و اگر نارضایتی جنسیتی و/یا تمایل برای تغییر نقش جنسیتی فرد برای مدت زمان قابل توجهی قوی و پایدار بوده است، تحت گذار کامل اجتماعی به نقش جنسیتی دیگر قرار گیرند. در DSM-5، مدت زمان بروز کامل علایم که برای تایید تشخیص نارضایتی جنسیتی لازم است، شش ماه پیشنهاد شده است (Meyer-Bahlburg, in press).

منابع بیشتر

شرح حال پزشکی وابسته به جنسیت افراد دارای DSD غالباً پیچیده است. شرح حال ایشان ممکن است شامل موارد غیر معمول ژنتیکی، هورمونی و جسمانی مادرزادی بسیار گوناگون و نیز درمان‌های مختلف هورمونی، جراحی و طبی دیگر باشد. به این دلیل لازم است بسیاری نکات دیگر در مراقبت‌های طبی و اجتماع‌یروانی این بیماران بدون توجه به وجود نارضایتی جنسیتی در نظر گرفته شود. توجه به این نکات فرای آن چیزی است که بتوان در اصول مراقبت پوشش داد. خواننده‌ی علاقه‌مند به متون منتشر شده‌ی موجود ارجاع داده می‌شود (برای نمونه، Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003; Meyer-Bahlburg, 2002, 2008). نیز، برخی خانواده‌ها و بیماران مشورت یا کار با گروه‌های حمایتی اجتماع را مفید می‌یابند.

متون طبی بسیار قابل توجهی پیرامون مدیریت طبی بیماران دارای یک DSD وجود دارد. بسیاری از این متون توسط متخصصین سطوح بالای غدد درون ریز اطفال و اورولوژی همراه با داده‌هایی از متخصصین سلامت روان تخصص یافته، بویژه در حوزه‌ی جنسیت، ارائه شده‌اند. کنفرانس‌های اجماع بین‌المللی اخیر به دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد مراقبت (شامل مسائل پیرامون جنسیت و جراحی تناسلی) برای DSD به طور کلی (Hughes et al., 2006) و برای هیپرپلازی مادرزادی آدرنال به طور اختصاصی (گروه تلفیقی LWPES/ESPE برای کار بر CAH و همکاران، 2002¹⁰⁹; Speiser et al., 2010) رسیدگی کرده‌اند. سایرین به نیازهای تحقیقاتی برای DSD به طور کلی (Meyer-Bahlburg & Blizzard, 2004) و برای سندرم‌هایی خاص نظیر 46,XXY (Simpson et al., 2003) پرداخته‌اند.

¹⁰⁹ Joint LWPES/ESPE CAH Working Group et al., 2002

منابع

- Abramowitz, S. I. (1986). Psychosocial outcomes of sex reassignment surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(2), 183-189. doi:10.1037/0022-006X.54.2.183
- ACOG Committee of Gynecologic Practice. (2005). Committee opinion #322: Compounded bioidentical hormones. *Obstetrics & Gynecology, 106*(5), 139-140.
- Adler, R. K., Hirsch, S., & Mordaunt, M. (2006). *Voice and communication therapy for the transgender/transsexual client: A comprehensive clinical guide*. San Diego, CA: Plural Pub.
- American Academy of Family Physicians. (2005). *Definition of family medicine*. Retrieved August 10, 2009, from <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/f/fammeddef.html>
- American Medical Association. (2008). *Resolution 122 (A-08)*. Retrieved from <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/471/122.doc>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2011). *Scope of practice*. Retrieved from www.asha.org
- Anton, B. S. (2009). Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2008: Minutes of the annual meeting of the council of representatives, February 22-24, 2008, Washington, DC, and August 13 and 17, 2008, Boston, MA, and minutes of the February, June, August, and December 2008 meetings of the board of directors. *American Psychologist, 64*, 372-453. doi:10.1037/a0015932
- Asscheman, H., Giltay, E. J., Megens, J. A. J., de Ronde, W., van Trotsenburg, M. A. A., & Gooren, L. J. G. (2011). A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *European Journal of Endocrinology, 164*(4), 635-642. doi:10.1530/EJE-10-1038
- Baba, T., Endo, T., Honnma, H., Kitajima, Y., Hayashi, T., Ikeda, H., . . . Saito, T. (2007). Association between polycystic ovary syndrome and female-to-male transsexuality. *Human Reproduction, 22*(4), 1011-1016. doi:10.1093/humrep/del474
- Bakker, A., Van Kesteren, P. J., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1993). The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 87*(4), 237-238. doi:10.1111/j.1600-0447.1993.tb03364.x
- Balen, A. H., Schachter, M. E., Montgomery, D., Reid, R. W., & Jacobs, H. S. (1993). Polycystic ovaries are a common finding in untreated female to male transsexuals. *Clinical Endocrinology, 38*(3), 325-329. doi:10.1111/j.1365-2265.1993.tb01013.x

- Basson, R. (2001). Towards optimal hormonal treatment of male to female gender identity disorder. *Journal of Sexual and Reproductive Medicine, 1*(1), 45-51.
- Basson, R., & Prior, J. C. (1998). Hormonal therapy of gender dysphoria: The male-to-female transsexual. In D. Denny (Ed.), *Current concepts in transgender identity* (pp. 277-296). New York: Garland Publishing, Inc.
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York: Julian Press.
- Besnier, N. (1994). Polynesian gender liminality through time and space. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 285-328). New York: Zone Books.
- Bockting, W. O. (1999). From construction to context: Gender through the eyes of the transgendered. *Sexual Report, 28*(1), 3-7.
- Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies, 17*(4), 211-224. doi:10.1016/j.sexol.2008.08.001
- Bockting, W. O., & Coleman, E. (2007). Developmental stages of the transgender coming out process: Toward an integrated identity. In R. Ettner, S. Monstrey & A. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 185-208). New York: The Haworth Press.
- Bockting, W. O., & Goldberg, J. M. (2006). Guidelines for transgender care (special issue). *International Journal of Transgenderism, 9*(3/4).
- Bockting, W. O., Knudson, G., & Goldberg, J. M. (2006). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism, 9*(3/4), 35-82. doi:10.1300/J485v09n03_03
- Bolin, A. (1988). *In search of Eve* (pp. 189-192). New York: Bergin & Garvey.
- Bolin, A. (1994). Transcending and transgendering: Male-to-female transsexuals, dichotomy and diversity. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 447-486). New York: Zone Books.
- Bornstein, K. (1994). *Gender outlaw: On men, women, and the rest of us*. New York: Routledge.
- Bosinski, H. A. G., Peter, M., Bonatz, G., Arndt, R., Heidenreich, M., Sippell, W. G., & Wille, R. (1997). A higher rate of hyperandrogenic disorders in female-to-male transsexuals. *Psychoneuroendocrinology, 22*(5), 361-380. doi:10.1016/S0306-4530(97)00033-4
- Brill, S. A., & Pepper, R. (2008). *The transgender child: A handbook for families and professionals*. Berkeley, CA: Cleis Press.
- 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. doi: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. doi:10.1080/15532731003688970
- Bullough, V. L., & Bullough, B. (1993). *Cross dressing, sex, and gender*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Callen Lorde Community Health Center. (2000). *Transgender health program protocols*. Retrieved from http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf
- Callen Lorde Community Health Center. (2011). *Transgender health program protocols*. Retrieved from http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf
- Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists. (n.d.). CASLPA Clinical Certification Program. <http://www.caslpa.ca/english/certification/index.asp>
- 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. doi:10.1016/j.jvoice.2006.05.005
- Carnegie, C. (2004). Diagnosis of hypogonadism: Clinical assessments and laboratory tests. *Reviews in Urology*, 6(Suppl 6), S3-8.
- Cattrall, F. R., & Healy, D. L. (2004). Long-term metabolic, cardiovascular and neoplastic risks with polycystic ovary syndrome. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 18(5), 803-812. doi:10.1016/j.bpobgyn.2004.05.005
- Center of Excellence for Transgender Health, UCSF. (2011). *Primary care protocol for transgender health care*. Retrieved from <http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=protocol-00-00>
- Chiñas, B. (1995). Isthmus Zapotec attitudes toward sex and gender anomalies. In S. O. Murray (Ed.), *Latin American male homosexualities* (pp. 293-302). Albuquerque, NM: University of New Mexico Press.
- Clements, K., Wilkinson, W., Kitano, K., & Marx, R. (1999). HIV prevention and health service needs of the transgender community in San Francisco. *International Journal of Transgenderism*, 3(1), 2-17.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Gender identity disorder in DSM? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 391-391. doi:10.1097/00004583-200104000-00006

- 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. doi:10.1007/s10508-005-4339-4
- Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Gender identity disorders. In C. Gillberg, R. Harrington & H. C. Steinhausen (Eds.), *A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry* (pp. 695-725). New York: Cambridge University Press.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Psychosocial and psychosexual aspects of disorders of sex development. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 24(2), 325-334. doi:10.1016/j.beem.2009.11.005
- Cohen-Kettenis, P. T., & Kuiper, A. J. (1984). Transseksualiteit en psychoth rapie. *Tijdschrift Voor Psychotherapie*, 10, 153-166.
- 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. doi:10.1023/A:1021769215342
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2003). *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 499-513. doi:10.1007/s10508-009-9562-y
- Cohen-Kettenis, P. T., Schagen, S. E. E., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2011). Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: A 22-year follow-up. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 843-847. doi:10.1007/s10508-011-9758-9
- Cohen-Kettenis, P. T., Wallien, M., Johnson, L. L., Owen-Anderson, A. F. H., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2006). A parent-report gender identity questionnaire for children: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(3), 397-405. doi:10.1177/1359104506059135
- Cole, C. M., O'Boyle, M., Emory, L. E., & Meyer III, W. J. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, 26(1), 13-26.
- Coleman, E. (2009a). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 1-7. doi:10.1080/15532730902799912
- Coleman, E. (2009b). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Psychological assessment and approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 69-73. doi:10.1080/15532730903008008

- Coleman, E. (2009c). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Hormonal and surgical approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 141-145. doi:10.1080/15532730903383740
- Coleman, E. (2009d). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Medical and therapeutic approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 215-219. doi:10.1080/15532730903439450
- Coleman, E., Colgan, P., & Gooren, L. (1992). Male cross-gender behavior in Myanmar (Burma): A description of the acault. *Archives of Sexual Behavior*, 21(3), 313-321.
- Costa, L. M., & Matzner, A. (2007). *Male bodies, women's souls: Personal narratives of Thailand's transgendered youth*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Currah, P., Juang, R. M., & Minter, S. (2006). *Transgender rights*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Currah, P., & Minter, S. (2000). Unprincipled exclusions: The struggle to achieve judicial and legislative equality for transgender people. *William and Mary Journal of Women and Law*, 7, 37-60.
- Dacakis, G. (2000). Long-term maintenance of fundamental frequency increases in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 14(4), 549-556. doi:10.1016/S0892-1997(00)80010-7
- Dahl, M., Feldman, J. L., Goldberg, J. M., & Jaber, A. (2006). Physical aspects of transgender endocrine therapy. *International Journal of Transgenderism*, 9(3), 111-134. doi:10.1300/J485v09n03_06
- Darney, P. D. (2008). Hormonal contraception. In H. M. Kronenberg, S. Melmer, K. S. Polonsky & P. R. Larsen (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (11th ed., pp. 615-644). Philadelphia: Saunders.
- Davies, S., & Goldberg, J. M. (2006). Clinical aspects of transgender speech feminization and masculinization. *International Journal of Transgenderism*, 9(3-4), 167-196. doi:10.1300/J485v09n03_08
- de Bruin, M. D., Coerts, M. J., & Greven, A. J. (2000). Speech therapy in the management of male-to-female transsexuals. *Folia Phoniatica Et Logopaedica*, 52(5), 220-227.
- De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., . . . Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 34(6), 679-690. doi:10.1007/s10508-005-7926-5
- De Cuypere, G., Van Hemelrijck, M., Michel, A., Crael, B., Heylens, G., Rubens, R., . . . Monstrey, S. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry*, 22(3), 137-141. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.10.002

- De Cuypere, G., & Vercruyssen, 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. doi:10.1080/15532730903383781
- de Lignières, B. (1999). Oral micronized progesterone. *Clinical Therapeutics*, 21(1), 41-60. doi:10.1016/S0149-2918(00)88267-3
- De Sutter, P. (2009). Reproductive options for transpeople: Recommendations for revision of the WPATH's standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 183-185. doi:10.1080/15532730903383765
- De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky, A. (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*, 6(3), retrieved from http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtvo06no03_02.htm
- de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2006). Clinical management of gender dysphoria in adolescents. *International Journal of Transgenderism*, 9(3-4), 83-94. doi:10.1300/J485v09n03_04
- 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*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x
- 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. doi:10.1007/s10803-010-0935-9
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x
- 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. doi:10.1530/eje.1.02231
- Delemarre-van de Waal, H. A., van Weissenbruch, M. M., & Cohen-Kettenis, P. T. (2004). Management of puberty in transsexual boys and girls. *Hormone Research in Paediatrics*, 62(suppl 2), 75-75. doi:10.1159/000081145
- Derrig-Palumbo, K., & Zeine, F. (2005). *Online therapy: A therapist's guide to expanding your practice*. New York: W.W. Norton & Co.

- 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. doi:10.1007/s10508-005-4338-5
- Devor, A. H. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 8(1/2), 41-67.
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Langstrom, N., & Landen, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PloS ONE*, 6(2), 1-8. doi:10.1371/journal.pone.0016885
- Di Ceglie, D., & Thümmel, E. C. (2006). An experience of group work with parents of children and adolescents with gender identity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(3), 387-396. doi:10.1177/1359104506064983
- Diamond, M. (2009). Human intersexuality: Difference or disorder? *Archives of Sexual Behavior*, 38(2), 172-172. doi:10.1007/s10508-008-9438-6
- Dobs, A. S., Meikle, A. W., Arver, S., Sanders, S. W., Caramelli, K. E., & Mazer, N. A. (1999). Pharmacokinetics, efficacy, and safety of a permeation-enhanced testosterone transdermal system in comparison with bi-weekly injections of testosterone enanthate for the treatment of hypogonadal men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 84(10), 3469-3478. doi:10.1210/jc.84.10.3469
- Docter, R. F. (1988). *Transvestites and transsexuals: Toward a theory of cross-gender behavior*. New York: Plenum Press.
- 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. doi:10.1037/0012-1649.44.1.34
- Ehrbar, R. D., & Gorton, R. N. (2010). Exploring provider treatment models in interpreting the standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 12(4), 198-2010. doi:10.1080/15532739.2010.544235
- Ekins, R., & King, D. (2006). *The transgender phenomenon*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Ltd.
- Eklund, P. L., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1988). Prevalence of transsexualism in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 152(5), 638-640.
- Eldh, J., Berg, A., & Gustafsson, M. (1997). Long-term follow up after sex reassignment surgery. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery*, 31(1), 39-45.
- Emerson, S., & Rosenfeld, C. (1996). Stages of adjustment in family members of transgender individuals. *Journal of Family Psychotherapy*, 7(3), 1-12. doi:10.1300/J085V07N03_01

- Emory, L. E., Cole, C. M., Avery, E., Meyer, O., & Meyer III, W. J. (September, 2003). Client's view of gender identity: Life, treatment status and outcome. *18th Biennial Harry Benjamin Symposium*, Gent, Belgium.
- Ettner, R., Monstrey, S., & Eyler, A. (Eds.) (2007). *Principles of transgender medicine and surgery*. Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Eyler, A. E. (2007). Primary medical care of the gender-variant patient. In R. Ettner, S. Monstrey & E. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 15-32). Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Factor, R. J., & Rothblum, E. (2008). Exploring gender identity and community among three groups of transgender individuals in the United States: MTFs, FTMs, and genderqueers. *Health Sociology Review*, 17(3), 235-253.
- Feinberg, L. (1996). *Transgender warriors: Making history from Joan of Arc to Dennis Rodman*. Boston, MA: Beacon Press.
- Feldman, J. (2005, April). *Masculinizing hormone therapy with testosterone 1% topical gel*. Paper presented at the 19th Biennial Symposium of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, Bologna, Italy.
- Feldman, J. (2007). Preventive care of the transgendered patient. In R. Ettner, S. Monstrey & E. Eyler (Eds.), *Principles of transgender surgery and medicine* (pp. 33-72). Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Feldman, J., & Goldberg, J. (2006). Transgender primary medical care. *International Journal of Transgenderism*, 9(3), 3-34. doi:10.1300/J485v09n03_02
- Feldman, J., & Safer, J. (2009). Hormone therapy in adults: Suggested revisions to the sixth version of the standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 146-182. doi:10.1080/15532730903383757
- Fenichel, M., Suler, J., Barak, A., Zelvin, E., Jones, G., Munro, K., . . . Walker-Schmucker, W. (2004). *Myths and realities of online clinical work, observations on the phenomena of online behavior, experience, and therapeutic relationships. A 3rd-year report from ISMHO's clinical case study group*. Retrieved May 24, 2011, from https://www.ismho.org/myths_n_realities.asp
- Fenway Community Health Transgender Health Program. (2007). *Protocol for hormone therapy*. Retrieved from http://www.fenwayhealth.org/site/DocServer/Fenway_Protocols.pdf?docID=2181
- Fisk, N. M. (1974). Editorial: Gender dysphoria syndrome--the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *Western Journal of Medicine*, 120(5), 386-391.

- 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 Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9(4), 381-387.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (Third ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Fraser, L. (2009a). Depth psychotherapy with transgender people. *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 126-142. doi:10.1080/14681990903003878
- Fraser, L. (2009b). Etherapy: Ethical and clinical considerations for version 7 of The World Professional Association for Transgender Health's standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 247-263. doi:10.1080/15532730903439492
- Fraser, L. (2009c). Psychotherapy in The World Professional Association for Transgender Health's standards of care: Background and recommendations. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 110-126. doi:10.1080/15532730903008057
- Garaffa, G., Christopher, N. A., & Ralph, D. J. (2010). Total phallic reconstruction in female-to-male transsexuals. *European Urology*, 57(4), 715-722. doi:10.1016/j.eururo.2009.05.018
- Gelder, M. G., & Marks, I. M. (1969). Aversion treatment in transvestism and transsexualism. In R. Green, & J. Money (Eds.), *Transsexualism and sex reassignment* (pp. 383-413). Baltimore, MD: Johns Hopkins Press.
- Gelfer, M. P. (1999). Voice treatment for the male-to-female transgendered client. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 8(3), 201-208.
- Gharib, S., Bigby, J., Chapin, M., Ginsburg, E., Johnson, P., Manson, J., & Solomon, C. (2005). *Menopause: A guide to management*. Boston, MA: Brigham and Women's Hospital.
- Gijs, L., & Brewaeys, A. (2007). Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. *Annual Review of Sex Research*, 18, 178-224.
- Gold, M., & MacNish, M. (2011). *Adjustment and resiliency following disclosure of transgender identity in families of adolescents and young adults: Themes and clinical implications*. Washington, DC: American Family Therapy Academy.
- Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godás, T., & Valdés, M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior*, 38(3), 378-392. doi:10.1007/s10508-007-9307-8
- Gooren, L. (2005). Hormone treatment of the adult transsexual patient. *Hormone Research in Paediatrics*, 64(Suppl 2), 31-36. doi:10.1159/000087751

- Gorton, R. N., Buth, J., & Spade, D. (2005). *Medical therapy and health maintenance for transgender men: A guide for health care providers*. San Francisco, CA: Lyon-Martin Women's Health Services.
- Green, R. (1987). *The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Green, R., & Fleming, D. (1990). Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. *Annual Review of Sex Research, 1*(1), 163-174.
- Greenson, R. R. (1964). On homosexuality and gender identity. *International Journal of Psycho-Analysis, 45*, 217-219.
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. J., & Hubbard, S. (2006). Parent's reactions to transgender youth's gender nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services, 18*(1), 3-16. doi:10.1300/J041v18n01_02
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., & Salter, N. P. (2006). Male-to-female transgender youth: Gender expression milestones, gender atypicality, victimization, and parents' responses. *Journal of GLBT Family Studies, 2*(1), 71-92.
- Grumbach, M. M., Hughes, I. A., & Conte, F. A. (2003). Disorders of sex differentiation. In P. R. Larsen, H. M. Kronenberg, S. Melmed & K. S. Polonsky (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (10th ed., pp. 842-1002). Philadelphia, PA: Saunders.
- Hage, J. J., & De Graaf, F. H. (1993). Addressing the ideal requirements by free flap phalloplasty: Some reflections on refinements of technique. *Microsurgery, 14*(9), 592-598. doi:10.1002/micr.1920140910
- Hage, J. J., & Karim, R. B. (2000). Ought GIDNOS get nought? Treatment options for nontranssexual gender dysphoria. *Plastic and Reconstructive Surgery, 105*(3), 1222-1227.
- Hancock, A. B., Krissing, J., & Owen, K. (2010). Voice perceptions and quality of life of transgender people. *Journal of Voice*. Advance online publication. doi:10.1016/j.jvoice.2010.07.013
- Hastings, D. W. (1974). Postsurgical adjustment of male transsexual patients. *Clinics in Plastic Surgery, 1*(2), 335-344.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer III, W. J., Spack, N. P., . . . Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 94*(9), 3132-3154. doi:10.1210/jc.2009-0345
- Hill, D. B., Menvielle, E., Sica, K. M., & Johnson, A. (2010). An affirmative intervention for families with gender-variant children: Parental ratings of child mental health and gender. *Journal of Sex and Marital Therapy, 36*(1), 6-23. doi:10.1080/00926230903375560

- Hoebeker, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuypere, G. D., T'Sjoen, G., Weyers, S., . . . Monstrey, S. (2005). Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. *European Urology*, *47*(3), 398-402. doi:10.1016/j.eururo.2004.10.008
- Hoenig, J., & Kenna, J. C. (1974). The prevalence of transsexualism in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, *124*(579), 181-190. doi:10.1192/bjp.124.2.181
- Hughes, I. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Lee, P. A., & LWPES/ESPE Consensus Group. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, *91*(7), 554-563. doi:10.1136/adc.2006.098319
- Hunter, M. H., & Sterrett, J. J. (2000). Polycystic ovary syndrome: It's not just infertility. *American Family Physician*, *62*(5), 1079-1095.
- Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Jackson, P. A., & Sullivan, G. (Eds.). (1999). *Lady boys, tom boys, rent boys: Male and female homosexualities in contemporary Thailand*. Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Jockenhövel, F. (2004). Testosterone therapy-what, when and to whom? *The Aging Male*, *7*(4), 319-324. doi:10.1080/13685530400016557
- Johansson, A., Sundbom, E., Höjerback, T., & Bodlund, O. (2010). A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, *39*(6), 1429-1437. doi:10.1007/s10508-009-9551-1
- Joint LWPES/ESPE CAH Working Group, Clayton, P. E., Miller, W. L., Oberfield, S. E., Ritzen, E. M., Sippell, W. G., & Speiser, P. W. (2002). Consensus statement on 21-hydroxylase deficiency from the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society and the European Society for Pediatric Endocrinology. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *87*(9), 4048-4053. doi:10.1210/jc.2002-020611
- Jurgensen, M., Hiort, O., Holterhus, P. M., & Thyen, U. (2007). Gender role behavior in children with XY karyotype and disorders of sex development. *Hormones and Behavior*, *51*(3), 443-453. doi:10.1016/j.yhbeh.2007.01.001
- 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. doi:10.1097/01.mlg.0000161357.12826.33
- Kanhai, R. C. J., 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.
- Kimberly, S. (1997). I am transsexual - hear me roar. *Minnesota Law & Politics*, *June*, 21-49.

- Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review (CME). *The Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 2922-2939. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01370.x
- Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010a). Process toward consensus on recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders by The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 54-59. doi:10.1080/15532739.2010.509213
- Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010b). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 115-118. doi:10.1080/15532739.2010.509215
- Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. No. 92-12820-MLW (U.S. Federal District Court, Boston, MA, 2002).
- Krege, S., Bex, A., Lümmer, G., & Rübber, H. (2001). Male-to-female transsexualism: A technique, results and long-term follow-up in 66 patients. *British Journal of Urology*, 88(4), 396-402. doi:10.1046/j.1464-410X.2001.02323.x
- Kuhn, A., Bodmer, C., Stadlmayr, W., Kuhn, P., Mueller, M. D., & Birkhäuser, M. (2009). Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertility and Sterility*, 92(5), 1685-1689. doi:10.1016/j.fertnstert.2008.08.126
- Kuhn, A., Hildebrand, R., & Birkhauser, M. (2007). Do transsexuals have micturition disorders? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 131(2), 226-230. doi:10.1016/j.ejogrb.2006.03.019
- Landén, M., Wålinder, J., & Lundström, B. (1998). Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: A descriptive study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(3), 189-194. doi:10.1111/j.1600-0447.1998.tb09986.x
- Lawrence, A. A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 32(4), 299-315. doi:10.1023/A:1024086814364
- Lawrence, A. A. (2006). Patient-reported complications and functional outcomes of male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 717-727. doi:10.1007/s10508-006-9104-9
- Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Binghamton, NY: Haworth Clinical Practice Press.
- Lev, A. I. (2009). The ten tasks of the mental health provider: Recommendations for revision of The World Professional Association for Transgender Health's standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 74-99. doi:10.1080/15532730903008032

- Levy, A., Crown, A., & Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 59(4), 409-418. doi:10.1046/j.1365-2265.2003.01821.x
- MacLaughlin, D. T., & Donahoe, P. K. (2004). Sex determination and differentiation. *New England Journal of Medicine*, 350(4), 367-378.
- Maheu, M. M., Pulier, M. L., Wilhelm, F. H., McMenam, J. P., & Brown-Connolly, N. E. (2005). *The mental health professional and the new technologies: A handbook for practice today*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Malpas, J. (2011). Between pink and blue: A multi-dimensional family approach to gender nonconforming children and their families. *Family Process*, 50(4), 453-470. doi:10.1111/j.1545-5300.2011.01371.x
- Mazur, T. (2005). Gender dysphoria and gender change in androgen insensitivity or micropenis. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 411-421. doi:10.1007/s10508-005-4341-x
- McNeill, E. J. M. (2006). Management of the transgender voice. *The Journal of Laryngology & Otology*, 120(07), 521-523. doi:10.1017/S0022215106001174
- 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. doi:10.1016/j.jvoice.2006.12.010
- Menvielle, E. J., & Tuerk, C. (2002). A support group for parents of gender-nonconforming boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 1010-1013. doi:10.1097/00004583-200208000-00021
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health*, 93(2), 262-265.
- Meyer, J. K., & Reter, D. J. (1979). Sex reassignment: Follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 36(9), 1010-1015.
- Meyer III, W. J. (2009). World Professional Association for Transgender Health's standards of care requirements of hormone therapy for adults with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 127-132. doi:10.1080/15532730903008065
- Meyer III, W. J., Webb, A., Stuart, C. A., Finkelstein, J. W., Lawrence, B., & Walker, P. A. (1986). Physical and hormonal evaluation of transsexual patients: A longitudinal study. *Archives of Sexual Behavior*, 15(2), 121-138. doi:10.1007/BF01542220
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2002). Gender assignment and reassignment in intersexuality: Controversies, data, and guidelines for research. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 511, 199-223. doi:10.1007/978-1-4615-0621-8_12
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2005). Gender identity outcome in female-raised 46,XY persons with penile agenesis, cloacal exstrophy of the bladder, or penile ablation. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 423-438. doi:10.1007/s10508-005-4342-9

- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2008). Treatment guidelines for children with disorders of sex development. *Neuropsychiatrie De l'Enfance Et De l'Adolescence*, 56(6), 345-349. doi:10.1016/j.neurenf.2008.06.002
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2009). Variants of gender differentiation in somatic disorders of sex development. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 226-237. doi:10.1080/15532730903439476
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 461-476. doi:10.1007/s10508-009-9532-4
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2011). Gender monitoring and gender reassignment of children and adolescents with a somatic disorder of sex development. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(4), 639-649. doi:10.1016/j.chc.2011.07.002
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., & Blizzard, R. M. (2004). Conference proceedings: Research on intersex: Summary of a planning workshop. *The Endocrinologist*, 14(2), 59-69. doi:10.1097/01.ten.0000123701.61007.4e
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Carlson, A. D., Obeid, J. S., & New, M. I. (2004). Prenatal androgenization affects gender-related behavior but not gender identity in 5–12-year-old girls with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 33(2), 97-104. doi:10.1023/B:ASEB.0000014324.25718.51
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2006). Gender development in women with congenital adrenal hyperplasia as a function of disorder severity. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 667-684. doi:10.1007/s10508-006-9068-9
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Migeon, C. J., Berkovitz, G. D., Gearhart, J. P., Dolezal, C., & Wisniewski, A. B. (2004). Attitudes of adult 46,XY intersex persons to clinical management policies. *The Journal of Urology*, 171(4), 1615-1619. doi:10.1097/01.ju.0000117761.94734.b7
- Money, J., & Ehrhardt, A. A. (1972). *Man and woman, boy and girl*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Money, J., & Russo, A. J. (1979). Homosexual outcome of discordant gender identity/role in childhood: Longitudinal follow-up. *Journal of Pediatric Psychology*, 4(1), 29-41. doi:10.1093/jpepsy/4.1.29
- Monstrey, S., Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Blondeel, P., . . . De Cuypere, G. (2009). Penile reconstruction: Is the radial forearm flap really the standard technique? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 124(2), 510-518.
- Monstrey, S., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Bowman, C., Blondeel, P., . . . De Cuypere, G. (2008). Chest-wall contouring surgery in female-to-male transsexuals: A new

- algorithm. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 121(3), 849-859.
doi:10.1097/01.prs.0000299921.15447.b2
- Moore, E., Wisniewski, A., & Dobs, A. (2003). Endocrine treatment of transsexual people: A review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88(8), 3467-3473. doi:10.1210/jc.2002-021967
- More, S. D. (1998). The pregnant man-an oxymoron? *Journal of Gender Studies*, 7(3), 319-328. doi:10.1080/09589236.1998.9960725
- Mount, K. H., & Salmon, S. J. (1988). Changing the vocal characteristics of a postoperative transsexual patient: A longitudinal study. *Journal of Communication Disorders*, 21(3), 229-238. doi:10.1016/0021-9924(88)90031-7
- Mueller, A., Kiesewetter, F., Binder, H., Beckmann, M. W., & Dittrich, R. (2007). Long-term administration of testosterone undecanoate every 3 months for testosterone supplementation in female-to-male transsexuals. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 92(9), 3470-3475. doi:10.1210/jc.2007-0746
- 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. doi:10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x
- Nanda, S. (1998). *Neither man nor woman: The hijras of India*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing.
- Nestle, J., Wilchins, R. A., & Howell, C. (2002). *Genderqueer: Voices from beyond the sexual binary*. Los Angeles, CA: Alyson Publications.
- Neumann, K., & Welzel, C. (2004). The importance of voice in male-to-female transsexualism. *Journal of Voice*, 18(1), 153-167.
- Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research*, 15(9), 1447-1457. doi:10.1007/s11136-006-0002-3
- Nieschlag, E., Behre, H. M., Bouchard, P., Corrales, J. J., Jones, T. H., Stalla, G. K., . . . Wu, F. C. W. (2004). Testosterone replacement therapy: Current trends and future directions. *Human Reproduction Update*, 10(5), 409-419. doi:10.1093/humupd/dmh035
- North American Menopause Society. (2010). Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: 2010 position statement. *Menopause*, 17(2), 242-255. doi:10.1097/gme.0b013e3181d0f6b9
- Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research*, 47(1), 12-23. doi:10.1080/00224490903062258

- Oates, J. M., & Dacakis, G. (1983). Speech pathology considerations in the management of transsexualism—a review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 18(3), 139-151. doi:10.3109/13682828309012237
- Olyslager, F., & Conway, L. (September, 2007). On the calculation of the prevalence of transsexualism. Paper presented at the *World Professional Association for Transgender Health 20th International Symposium*, Chicago, Illinois. Retrieved April 22, 2010 from http://www.changelingaspects.com/PDF/2007-09-06-Prevalence_of_Transsexualism.pdf
- Oriel, K. A. (2000). Clinical update: Medical care of transsexual patients. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 4(4), 185-194. doi:1090-7173/00/1200-0185\$18.00/1
- Pauly, I. B. (1965). Male psychosexual inversion: Transsexualism: A review of 100 cases. *Archives of General Psychiatry*, 13(2), 172-181.
- Pauly, I. B. (1981). Outcome of sex reassignment surgery for transsexuals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 15(1), 45-51. doi:10.3109/00048678109159409
- Payer, A. F., Meyer III, W. J., & Walker, P. A. (1979). The ultrastructural response of human leydig cells to exogenous estrogens. *Andrologia*, 11(6), 423-436. doi:10.1111/j.1439-0272.1979.tb02232.x
- Peletz, M. G. (2006). Transgenderism and gender pluralism in southeast Asia since early modern times. *Current Anthropology*, 47(2), 309-340. doi:10.1086/498947
- Pfäfflin, F. (1993). Regrets after sex reassignment surgery. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 5(4), 69-85.
- Pfäfflin, F., & Junge, A. (1998). Sex reassignment. Thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: A comprehensive review, 1961-1991. *International Journal of Transgenderism*. Retrieved from <http://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposion.com/ijtpfaefflin/1000.htm>
- Physicians' desk reference*. (61st ed.). (2007). Montvale, NJ: PDR.
- Physicians' desk reference*. (65th ed.). (2010). Montvale, NJ: PDR.
- Pleak, R. R. (1999). Ethical issues in diagnosing and treating gender-dysphoric children and adolescents. In M. Rottnek (Ed.), *Sissies and tomboys: Gender nonconformity and homosexual childhood* (pp. 34-51). New York: New York University Press.
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. (2011). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide* (Fourth ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Prior, J. C., Vigna, Y. M., & Watson, D. (1989). Spironolactone with physiological female steroids for presurgical therapy of male-to-female transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 18(1), 49-57. doi:10.1007/BF01579291

- Prior, J. C., Vigna, Y. M., Watson, D., Diewold, P., & Robinow, O. (1986). Spironolactone in the presurgical therapy of male to female transsexuals: Philosophy and experience of the Vancouver Gender Dysphoria Clinic. *Journal of Sex Information & Education Council of Canada, 1*, 1-7.
- Rachlin, K. (1999). Factors which influence individual's decisions when considering female-to-male genital reconstructive surgery. *International Journal of Transgenderism, 3*(3). Retrieved from <http://www.WPATH.org>
- Rachlin, K. (2002). Transgendered individuals' experiences of psychotherapy. *International Journal of Transgenderism, 6*(1). Retrieved from http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/ezines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtvo06no01_03.htm.
- Rachlin, K., Green, J., & Lombardi, E. (2008). Utilization of health care among female-to-male transgender individuals in the United States. *Journal of Homosexuality, 54*(3), 243-258. doi:10.1080/00918360801982124
- Rachlin, K., Hansbury, G., & Pardo, S. T. (2010). Hysterectomy and oophorectomy experiences of female-to-male transgender individuals. *International Journal of Transgenderism, 12*(3), 155-166. doi:10.1080/15532739.2010.514220
- Reed, B., Rhodes, S., Schofield, P. & Wylie, K. (2009). *Gender variance in the UK: Prevalence, incidence, growth and geographic distribution*. Retrieved June 8, 2011, from <http://www.gires.org.uk/assets/Medpro-Assets/GenderVarianceUK-report.pdf>
- Rehman, J., Lazer, S., Benet, A. E., Schaefer, L. C., & Melman, A. (1999). The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. *Archives of Sexual Behavior, 28*(1), 71-89. doi:10.1023/A:1018745706354
- Robinow, O. (2009). Paraphilia and transgenderism: A connection with Asperger's disorder? *Sexual and Relationship Therapy, 24*(2), 143-151. doi:10.1080/14681990902951358
- Rosenberg, M. (2002). Children with gender identity issues and their parents in individual and group treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(5), 619-621. doi:10.1097/00004583-200205000-00020
- Rossouw, J. E., Anderson, G. L., Prentice, R. L., LaCroix, A. Z., Kooperberg, C., Stefanick, M. L., . . . Johnson, K. C. (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: Principal results from the women's health initiative randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association, 288*(3), 321-333.
- Royal College of Speech & Language Therapists, United Kingdom. <http://www.rcslt.org/>
- Ruble, D. N., Martin, C. L., & Berenbaum, S. A. (2006). Gender development. In N. Eisenberg, W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (6th ed., pp. 858-932). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.

- Sausa, L. A. (2005). Translating research into practice: Trans youth recommendations for improving school systems. *Journal of Gay & Lesbian Issues in Education*, 3(1), 15-28. doi:10.1300/J367v03n01_04
- Simpson, J. L., de la Cruz, F., Swerdloff, R. S., Samango-Sprouse, C., Skakkebaek, N. E., Graham, J. M. J., . . . Willard, H. F. (2003). Klinefelter syndrome: Expanding the phenotype and identifying new research directions. *Genetics in Medicine*, 5(6), 460-468. doi:10.1097/01.GIM.0000095626.54201.D0
- Smith, Y. L. S., Van Goozen, S. H. M., 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. doi:10.1017/S0033291704002776
- Sood, R., Shuster, L., Smith, R., Vincent, A., & Jatoi, A. (2011). Counseling postmenopausal women about bioidentical hormones: Ten discussion points for practicing physicians. *Journal of the American Board of Family Practice*, 24(2), 202-210. doi:10.3122/jabfm.2011.02.100194
- Speech Pathology Australia. <http://www.speechpathologyaustralia.org.au/>
- Speiser, P. W., Azziz, R., Baskin, L. S., Ghizzoni, L., Hensle, T. W., Merke, D. P., . . . Oberfield, S. E. (2010). Congenital adrenal hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: An endocrine society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(9), 4133-4160. doi:10.1210/jc.2009-2631
- 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*. Advance online publication. doi:10.1177/1359104510378303
- Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender transitioning before puberty? *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 649-650. doi:10.1007/s10508-011-9752-2
- Stikkelbroeck, N. M. M. L., Beerendonk, C., Willemsen, W. N. P., Schreuders-Bais, C. A., Feitz, W. F. J., Rieu, P. N. M. A., . . . Otten, B. J. (2003). The long term outcome of feminizing genital surgery for congenital adrenal hyperplasia: Anatomical, functional and cosmetic outcomes, psychosexual development, and satisfaction in adult female patients. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 16(5), 289-296. doi:10.1016/S1083-3188(03)00155-4
- Stoller, R. J. (1964). A contribution to the study of gender identity. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 220-226.
- Stone, S. (1991). The empire strikes back: A posttranssexual manifesto. In J. Epstein, & K. Straub (Eds.), *Body guards: The cultural politics of gender ambiguity* (pp. 280-304). London: Routledge.
- Tangpricha, V., Ducharme, S. H., Barber, T. W., & Chipkin, S. R. (2003). Endocrinologic treatment of gender identity disorders. *Endocrine Practice*, 9(1), 12-21.

- Tangpricha, V., Turner, A., Malabanan, A., & Holick, M. (2001). Effects of testosterone therapy on bone mineral density in the FTM patient. *International Journal of Transgenderism*, 5(4).
- Taywaditep, K. J., Coleman, E., & Dumronggittigule, P. (1997). Thailand (Muang Thai). In R. Francoeur (Ed.), *International encyclopedia of sexuality*. New York: Continuum.
- The World Professional Association for Transgender Health, Inc. (2008). *WPATH clarification on medical necessity of treatment, sex reassignment, and insurance coverage in the U.S.A.* Retrieved from <http://www.wpath.org/documents/Med%20Nec%20on%202008%20Letterhead.pdf>
- Thole, Z., Manso, G., Salgueiro, E., Revuelta, P., & Hidalgo, A. (2004). Hepatotoxicity induced by antiandrogens: A review of the literature. *Urologia Internationalis*, 73(4), 289-295. doi:10.1159/000081585
- Tom Waddell Health Center. (2006). *Protocols for hormonal reassignment of gender*. Retrieved from <http://www.sfdph.org/dph/comupg/oservices/medSvs/hlthCtrs/TransGendprotocols122006.pdf>
- Tsoi, W. F. (1988). The prevalence of transsexualism in Singapore. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(4), 501-504. doi:10.1111/j.1600-0447.1988.tb06373.x
- Van den Broecke, R., Van der Elst, J., Liu, J., Hovatta, O., & Dhont, M. (2001). The female-to-male transsexual patient: A source of human ovarian cortical tissue for experimental use. *Human Reproduction*, 16(1), 145-147. doi:10.1093/humrep/16.1.145
- van Kesteren, P. J. M., Asscheman, H., Megens, J. A. J., & Gooren, L. J. G. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology*, 47(3), 337-343. doi:10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x
- van Kesteren, P. J. M., Gooren, L. J., & Megens, J. A. (1996). An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 25(6), 589-600. doi:10.1007/BF02437841
- van Trotsenburg, M. A. A. (2009). Gynecological aspects of transgender healthcare. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 238-246. doi:10.1080/15532730903439484
- Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 26(2), 135-154. doi:10.1007/s10560-008-0158-5
- Vilain, E. (2000). Genetics of sexual development. *Annual Review of Sex Research*, 11, 1-25.
- Wålinder, J. (1968). Transsexualism: Definition, prevalence and sex distribution. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 43(S203), 255-257.
- Wålinder, J. (1971). Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *The British Journal of Psychiatry*, 119(549), 195-196.

- Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413-1423. doi:10.1097/CHI.0b013e31818956b9
- Wallien, M. S. C., Swaab, H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(10), 1307-1314. doi:10.1097/chi.0b013e3181373848
- Warren, B. E. (1993). Transsexuality, identity and empowerment. A view from the frontlines. *SIECUS Report, February/March*, 14-16.
- Weitze, C., & Osburg, S. (1996). Transsexualism in Germany: Empirical data on epidemiology and application of the German Transsexuals' Act during its first ten years. *Archives of Sexual Behavior*, 25(4), 409-425.
- Wilson, J. D. (1999). The role of androgens in male gender role behavior. *Endocrine Reviews*, 20(5), 726-737. doi:10.1210/er.20.5.726
- Winter, S. (2009). Cultural considerations for The World Professional Association for Transgender Health's standards of care: The Asian perspective. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 19-41. doi:10.1080/15532730902799938
- Winter, S., Chalungsooth, P., Teh, Y. K., Rojanalert, N., Maneerat, K., Wong, Y. W., . . . Macapagal, R. A. (2009). Transpeople, transprejudice and pathologization: A seven-country factor analytic study. *International Journal of Sexual Health*, 21(2), 96-118. doi:10.1080/19317610902922537
- Wisniewski, A. B., Migeon, C. J., Malouf, M. A., & Gearhart, J. P. (2004). Psychosexual outcome in women affected by congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *The Journal of Urology*, 171(6, Part 1), 2497-2501. doi:10.1097/01.ju.0000125269.91938.f7
- World Health Organization. (2007). *International classification of diseases and related health problems-10th revision*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). *The world health report 2008: Primary health care - now more than ever*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WPATH Board of Directors. (2010). *De-psychopathologisation statement released May 26, 2010*. Retrieved from http://wpath.org/announcements_detail.cfm?pk_announcement=17
- Xavier, J. M. (2000). *The Washington, D.C. transgender needs assessment survey: Final report for phase two*. Washington, DC: Administration for HIV/AIDS of District of Columbia Government.
- Zhang, G., Gu, Y., Wang, X., Cui, Y., & Bremner, W. J. (1999). A clinical trial of injectable testosterone undecanoate as a potential male contraceptive in normal Chinese men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 84(10), 3642-3647. doi:10.1210/jc.84.10.3642

- Zitzmann, M., Saad, F., & Nieschlag, E. (2006, April). *Long term experience of more than 8 years with a novel formulation of testosterone undecanoate (nebido) in substitution therapy of hypogonadal men*. Paper presented at European Congress of Endocrinology, Glasgow, UK, April 2006.
- Zucker, K. J. (1999). Intersexuality and gender identity differentiation. *Annual Review of Sex Research, 10*(1), 1-69.
- Zucker, K. J. (2004). Gender identity development and issues. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 13*(3), 551-568. doi:10.1016/j.chc.2004.02.006
- Zucker, K. J. (2006). 'I'm half-boy, half-girl': Play psychotherapy and parent counseling for gender identity disorder. In R. L. Spitzer, M. B. First, J. B. W. Williams & M. Gibbons (Eds.), *DSM-IV-TR casebook, volume 2* (pp. 321-334). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Zucker, K. J. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children. *Archives of Sexual Behavior, 39*(2), 477-498. doi:10.1007/s10508-009-9540-4
- Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., & Cantor, J. M. (2008). Is gender identity disorder in adolescents coming out of the closet? *Journal of Sex & Marital Therapy, 34*(4), 287-290. doi:10.1080/00926230802096192
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Wood, H., Singh, D., & Choi, K. (in press). Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *Journal of Sex & Marital Therapy*.
- Zucker, K. J., & Lawrence, A. A. (2009). Epidemiology of gender identity disorder: Recommendations for the standards of care of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism, 11*(1), 8-18. doi:10.1080/15532730902799946
- Zucker, K. J., Owen, A., Bradley, S. J., & Ameeriar, L. (2002). Gender-dysphoric children and adolescents: A comparative analysis of demographic characteristics and behavioral problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 7*(3), 398-411.
- Zuger, B. (1984). Early effeminate behavior in boys: Outcome and significance for homosexuality. *Journal of Nervous and Mental Disease, 172*(2), 90-97.

ترمینولوژی در حوزه‌ی خدماتِ مراقبت از سلامت برای افرادِ ترانجنس، دگرباش و جنسیت نامنطبق به سرعت در حال تکامل است؛ اصطلاحاتِ جدیدی پیوسته معرفی گشته و تعاریف اصطلاحاتِ موجود در حال تغییرند. بنابراین، غالباً سوء برداشت، بحث، یا عدم توافق پیرامون زبان در این حوزه وجود دارد. اصطلاحاتی که ممکن است ناآشنا باشند یا معانی ویژه‌ای در *اصول مراقبت* دارند، تنها برای مقصود این سند در زیر تعریف گشته اند. سایرین ممکن است این تعاریف را اتخاذ نمایند اما WPATH بر امکان تعریف متفاوت این اصطلاحات در فرهنگ‌ها، اجتماعات و زمینه‌های مختلف اذعان دارد.

نیز، WPATH تصدیق می‌کند که بسیاری از اصطلاحاتِ به کار رفته در ارتباط با این جمعیت، آرمانی نیستند. برای نمونه، اصطلاحاتِ ترانجنس و دگرجنس‌پوشی¹¹⁰ - و، به زعم برخی، اصطلاح اخیرتر دگرباش - با نگاهی شیء‌نگر برای انسان به کار برده شده اند. با این حال این گونه اصطلاحات کم و بیش توسط بسیاری از افرادی اتخاذ شده اند که بهترین تلاششان را برای تفهیم خود می‌نمایند. WPATH با ادامه‌ی کاربرد این اصطلاحات تنها قصد دارد از ادراک پذیری مفاهیم و روند‌ها اطمینان یابد تا ارائه‌ی خدماتِ باکیفیتِ مراقبت از سلامت به افرادِ ترانجنس، دگرباش و جنسیت نامنطبق را تسهیل نماید. WPATH بر رویکردی گشوده نسبت به ترمینولوژی جدیدی که تجربه‌ی اعضای این جمعیت گوناگون را بیشتر روشن سازد و منجر به بهبود در ارائه و دسترسی به خدماتِ مراقبت از سلامت گردد باقی است.

Bioidentical hormones: هورمون‌های زیست‌همسان: هورمون‌هایی که به لحاظ ساختاری با موارد یافت شده در بدن انسان همسانند (کمیته‌ی حرفه‌ی تخصصی زنان ACOG، 2005). عموماً هورمون‌هایی که در هورمون‌درمانی زیست‌همسان (BHT)¹¹¹ به کار می‌روند از منابع گیاهی مشتق شده و به لحاظ ساختاری مشابه هورمون‌های درون‌زاد انسانی اند اما برای زیست‌همسان شدن نیاز به پردازش‌های تجاری دارند.

Bioidentical compounded hormone therapy (BCHT): هورمون‌درمانی زیست‌همسان ترکیبی: استفاده از هورمون‌هایی که بر اساس دستورات یک پزشک، به صورت اختصاصی برای یک بیمار خاص، توسط یک داروساز آماده، مخلوط، تجمع، بسته بندی، و برچسب گذاری می‌شود. امکان تایید هر یک محصول ترکیبی ساخته شده، از سوی آژانس دارویی دولتی وجود ندارد.

Cross-dressing (transvestism): دگرجنس‌پوشی: پوشیدن لباس‌ها و اتخاذِ عرضه‌ای از نقش جنسیتی که در فرهنگِ موردِ نظر بیشتر شاخص جنس دیگر است.

Disorders of sex development (DSD): اختلالاتِ تکوین جنس: شرایطی مادرزادی که در آن وضعیت کروموزومی، گنادی، یا آناتومیک در فرد با یکدیگر تطابق ندارد. برخی افراد اعتراض شدیدی به برچسب «اختلال» داشته و معتقدند این وضعیت یک گوناگونی است (Diamond, 2009)، این دسته، استفاده از اصطلاحاتِ بیناجنس و بیناجنسیتی¹¹² را ترجیح می‌دهند.

Female-to-Male (FtM): زن به مرد: صفتی برای توصیف افرادی که در زمان تولد، زن تعیین شده و بدن و/یا نقش جنسیتی خود را از زن تعیین شده در زمان تولد به بدن یا نقشی مردانه تر تغییر داده یا در حال تغییر دادن باشند.

Gender dysphoria: نارضایتی جنسیتی: پریشانی که به دلیل ناهمخوانی میان هویت جنسیتی یک فرد و جنس تعیین شده در زمان تولد وی (و نقش جنسیتی و/یا صفات اولیه و ثانویه‌ی همراه آن) ایجاد می‌شود (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bocking, 2010b).

¹¹⁰ transvestite

¹¹¹ bioidentical hormone therapy

¹¹² intersex and intersexuality

Gender identity: هویت جنسیتی: حس درونی یک فرد برای مذکر بودن (یک پسر یا یک مرد)، مؤنث بودن (یک دختر یا زن)، یا تعلق به جنسیتی دیگر (مانند پسر دختر¹¹³، دختر پسر¹¹⁴، دگرباش، جنسیت نامعمول¹¹⁵، اخته¹¹⁶) (Bockting, 1999; Stoller,) (1964).

Gender identity disorder: اختلال هویت جنسیتی: تشخیص رسمی ارائه شده توسط دستنامه ی تشخیصی آماری اختلالات روان، ویرایش 4م، متن مرور شده (DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). اختلال هویت جنسیتی با هویت یابی قوی و پایدار با جنس مقابل و ناراحتی پایدار از جنس خود و یا حس عدم تناسب در نقش جنسیتی ای که به فرد اطلاق می‌گردد، مشخص می‌شود. این وضعیت منجر به پریشانی بالینی قابل توجه و یا اختلال در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر حوزه های مهم گردد.

Gender-nonconforming: جنسیت نامنطبق: صفتی برای توصیف افرادی که هویت، نقش، یا عرضه ی جنسیتی ایشان با آنچه برای جنس تعیین گشته ی ایشان در فرهنگ و بازه ی تاریخی مورد نظر معمول است تفاوت دارد.

Gender role or expression: نقش یا تظاهر جنسیتی: ویژگی هایی در شخصیت، ظاهر، و رفتار که در فرهنگ و بازه ی تاریخی مورد نظر به عنوان مردانه یا زنانه معین می گردد (بدین معنی که بیشتر شاخص نقش جنسیتی مرد یا زن است) (Ruble, Martin, & Berenbaum, 2006). در حالی که بیشتر افراد در نقش های جنسیتی واضحاً مردانه یا زنانه در اجتماع نمود دارند، برخی افراد در نقش جنسیتی دیگری نظیر جنسیت نامعمول³ یا اختصاصاً دگرباش حضور می یابند. تمامی افراد تمایل دارند هر دو گروه ویژگی های مردانه و زنانه را به طرق مختلف و با شدت های متغیر در عرضه ی جنسیتی خود لحاظ کنند (Bockting,) (2008).

Genderqueer: جنسیت نامعمول: برچسب هویتی که ممکن است توسط افرادی که هویت و/یا نقش جنسیتی ایشان با مفهومی دوگانه پندار از جنسیت مطابقت ندارد به کار رود؛ آنچنان که محدود به طبقه بندی مرد یا زن، مذکر یا مؤنث باشد (Bockting,) (2008).

Internalized transphobia: ترس از دگرباشی درونی شده: عدم راحتی با احساسات یا هویت دگرباش خود به دلیل درونی ساختن انتظارات معمول اجتماع از جنسیت.

Male-to-Female (MtF): مرد به زن: صفتی برای توصیف افرادی که در زمان تولد، مرد تعیین شده و بدن و/یا نقش جنسیتی خود را از مرد تعیین شده در زمان تولد به بدن یا نقشی زنانه تر تغییر داده یا در حال تغییر دادن باشند.

Natural hormones: هورمون های طبیعی: هورمون هایی که از منابع طبیعی نظیر گیاهان یا حیوانات مشتق شده اند. هورمون های طبیعی ممکن است زیستهمسان باشند یا نباشند.

Sex: جنس: جنس معمولاً بر اساس ظاهر اندام های تناسلی خارجی در زمان تولد به عنوان مرد یا زن تعیین می گردد. زمانی که اندام های تناسلی خارجی مبهم هستند سایر اجزای جنس (اندام های تناسلی داخلی، جنس کروموزومی یا هورمونی) برای تعیین جنس در نظر گرفته می شوند (Grumbach, Hughes, & Conte, 2003; MacLaughlin & Donahoe, 2004; Money & Ehrhardt, 1972; Vilain, 2000). برای بیشتر افراد، هویت و عرضه ی جنسیتی با جنس ایشان که در زمان تولد تعیین شده مطابقت دارد؛ برای افراد تراجنس، دگرباش و جنسیت نامنطبق، هویت و عرضه ی جنسیتی با جنس تعیین شده در زمان تولد ایشان تفاوت دارد.

¹¹³ boygirl

¹¹⁴ girlboy

¹¹⁵ genderqueer

¹¹⁶ eunuch

Sex reassignment surgery (gender affirmation surgery): جراحی تغییر جنس (جراحی تطبیق/تایید جنسیت): عمل یا اعمال جراحی که برای تغییر صفات اولیه و/یا ثانویه ی جنسی به منظور تطبیق آناتومی فرد با هویت جنسیتی وی انجام می‌گردد. جراحی تغییر جنس می تواند بخش مهمی از درمان طبی ضروری برای کاهش نارضایاتی جنسیتی باشد.

Transgender: دگرپاش: صفتی برای توصیف گروه متنوعی از افرادی که از مرزهای طبقه بندی جنسیتی تعریف شده توسط فرهنگ عبور کرده یا فرای آن می روند. هویت جنسیتی افراد دگرپاش با جنسی که در زمان تولد برای ایشان تعیین شده، به درجات مختلف تفاوت دارد (Bockting, 1999).

Transition: گذار: بازه ای از زمان که افراد از نقش جنسیتی وابسته به جنس تعیین گشته در زمان تولدشان به نقش جنسیتی دیگری تغییر می کنند. برای بسیاری افراد این شامل یادگیری شیوه ی زندگی در نقش جنسیتی دیگر به لحاظ اجتماعی است؛ برای برخی دیگر، این به معنای یافتن آن نقش یا عرضه ی جنسیتی است که برای ایشان بیشترین راحتی را در بر دارد. گذار ممکن است شامل زنانه سازی یا مردانه سازی بدن از طریق هورمون ها یا سایر روش های طبی باشد یا نباشد. طبیعت و طول مدت گذار متغیر و فردی است.

Transsexual: تراجنس: صفتی (غالباً توسط حرفه ی پزشکی کاربرد دارد) برای توصیف افرادی که صفات اولیه و/یا ثانویه ی جنسی خود را از طریق مداخلات طبی زنانه ساز یا مردانه ساز (هورمونها و/یا جراحی)، معمولاً به همراه تغییری دائمی در نقش جنسیتی، تغییر داده یا به دنبال تغییر آن هستند.

ضمیمه‌ی ب

مروری کلی بر خطرهای طبی هورمون‌درمانی

خطرهایی که طرح کلی شان در پایین آورده شده است بر اساس دو مطالعه‌ی مروری جامع و مبتنی بر شواهد پیرامون هورمون‌درمانی مردانه‌ساز/ زنانه‌ساز (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009) به همراه یک مطالعه‌ی همگروهی بزرگ (Asscheman et al., 2011) می‌باشند. این مقالات مروری می‌توانند به همراه سایر موارد بالینی چاپ شده و مورد شناخت گسترده (نظیر Dahl et al., 2006; Ettner et al., 2007) به عنوان مراجعی مفصل برای ارائه دهندگان خدمات به کار روند.

خطرات هورمون‌درمانی زنانه ساز (MtF)

افزایش خطر محتمل

بیماری ترومبوآمبولیک وریدی

- کاربرد استروژن خطر حوادث ترومبوآمبولیک وریدی¹¹⁷ (VTE) را بویژه در بیماران بالای سن 40، سیگاری، شدیداً بی تحرک، دارای چاقی مرضی، و آنان که اختلالات ترومبوفیلیک زمینه ای دارند افزایش می دهد.
- این خطر با کاربرد مزید پروژستین های نسل سوم افزایش می یابد.
- این خطر با کاربرد مسیر تجویز تراپوستی¹¹⁸ استرادیول (در مقابل خوراکی) که برای بیماران با خطر بالاتر VTE توصیه می شود کاهش می یابد.

بیماری قلبی‌عروقی، مغزی‌عروقی

- کاربرد استروژن خطر حوادث قلبی‌عروقی را در بیماران بالای سن 50 دارای عوامل خطر قلبی‌عروقی افزایش می دهد. کاربرد مزید پروژستین می تواند این خطر را افزایش دهد.

لیپیدها

- کاربرد استروژن خوراکی می تواند با افزایش قابل توجه تری گلیسرید در بیماران، خطر پانکراتیت و حوادث قلبی-عروقی را افزایش دهد.
- مسیرهای تجویز متفاوت، آثار متابولیک متفاوتی بر سطوح کلسترول HDL، کلسترول LDL و لیپوپروتئین (a) خواهند داشت.
- به طور کلی، شواهد بالینی به امکان سود بردن از کاربرد استروژن تراپوستی در مقابل خوراکی در بیماران MtF با اختلالات لیپید از پیش حاضر، اشاره دارند.

کبد/ کیسه ی صفرا

¹¹⁷ venous thromboembolic events

¹¹⁸ transdermal

- کاربرد استروژن و سپیروترون استات¹¹⁹ ممکن است با افزایش گذرای آنزیم های کبدی و ندرتاً هیپاتوتوکسیسیته ی بالینی همراه باشد.

- کاربرد استروژن خطر کوله لیپتازیس (سنگ صفر) و کوله سیستکتومی متعاقب را بالا می برد.

افزایش خطر ممکن

دیابت شیرین تیپ 2

- هورمون درمانی زنانه ساز، بویژه استروژن، ممکن است خطر دیابت شیرین تیپ 2 را بویژه در بیمارانی با سابقه ی خانوادگی دیابت یا سایر عوامل خطر برای این بیماری افزایش دهد.

فشار خون بالا

- کاربرد استروژن ممکن است فشار خون را افزایش دهد، اما اثر بر نرخ بروز بیماری آشکار فشار خون نامعلوم است.
- اسپرونولاکتون¹²⁰ فشار خون را کاهش می دهد و برای افراد دارای بیماری فشار خون یا در معرض خطر آن که میل به زنانه سازی دارند توصیه می شود.

پرولاکتینوما

- کاربرد استروژن خطر هیپرپرولاکتینمی را در بیماران Mtf در سال اول درمان افزایش می دهد اما از آن پس این خطر غیرمحمتمل است.
- کاربرد استروژن با دوز بالا ممکن است موجب پیشبرد تظاهر بالینی پرولاکتینومی از پیش حاضر، اما غیر آشکار به لحاظ بالینی گردد.

عدم افزایش خطر یا نتیجه گیری غیر قاطع

ارقام این گروه شامل مواردی هستند که ممکن است عرضه گر خطر باشند، اما شواهد برای آن ها بدان میزان اندک است که به نتیجه ای واضح نمی توان رسید.

سرطان پستان

- ابتلا به سرطان سینه در افراد Mtf که هورمون های زنانه ساز مصرف کرده اند وجود دارد اما این که شدت خطر ایشان در مقایسه با افرادی که با اندام های تناسلی زنانه متولد شده اند چگونه است، مشخص نیست.
- قرار گیری بلندمدت تر در معرض هورمون های زنانه ساز (یعنی تعداد سال های مصرف فرم های آماده ساخته ی استروژن)، سابقه ی خانوادگی سرطان سینه، چاقی مرضی ($BMI > 35$)، و مصرف پروژستین ها احتمالاً بر سطح خطر مؤثر است.

سایر آثار جانبی درمان زنانه ساز

آثار زیر ممکن است، بسته به بیمار، خفیف یا حتی مطلوب تلقی گردند، اما آشکارا با هورمون درمانی زنانه ساز مرتبط اند.

¹¹⁹ cyproterone acetate

¹²⁰ spironolactone

زیایبی و عملکرد جنسی

- هورمون درمانی زنانه ساز می تواند به زیایبی زبان رساند.
- هورمون درمانی زنانه ساز می تواند میل جنسی¹²¹ را کاهش دهد.
- هورمون درمانی زنانه ساز نعوظ های شبانه را کاهش می دهد، با اثری متغیر بر نعوظ های تحریک شده ی جنسی.

خطرات داروهای آنتی-آندروژن

بسیاری اوقات رژیم های درمانی هورمون های زنانه ساز شامل عوامل گوناگونی هستند که بر تولید یا عملکرد تستوسترون اثر می گذارند. این موارد شامل آگونیست های GnRH، پروژستین ها (شامل سپیروترون استات)، اسپیرونولاکتون، و مهارکننده های 5آلفا ردوکتاز می شوند. بحثی گسترده پیرامون خطرات ویژه ی این عوامل، فرای افق های اصول مراقبت است. با این حال، اسپیرونولاکتون و سپیروترون هر دو به طور گسترده کاربرد داشته و سزاوار چندی اشاره اند.

سپیروترون استات یک ترکیب پروژسترونی با خواص آنتی-آندروژنی است (Gooren, 2005; Levy et al., 2003). اگرچه در اروپا کاربرد گسترده ای دارد اما بدلیل نگرانی هایی که پیرامون اثرات سمی آن بر کبد وجود دارد، استفاده از آن در آمریکا مجاز نیست (Thole, Manso, Salgueiro, Revuelta, & Hidalgo, 2004). اسپیرونولاکتون کاربرد شایعی به عنوان یک آنتی-آندروژن در هورمون درمانی زنانه ساز دارد؛ بویژه در نقاطی که سپیروترون برای استفاده مجاز نیست (Dahl et al., 2006; Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003). اسپیرونولاکتون سابقه ی کاربرد طولانی در درمان بیماری افزایش فشار خون و نارسایی احتقانی قلب دارد. آثار جانبی شایع آن شامل هیپرکالمی، سرگیجه¹²²، و علائم گوارشی است (Physicians' Desk Reference, 2007).

خطرات هورمون درمانی مردانه ساز (FtM)

افزایش خطر محتمل

پلی سبتمی¹²³

- هورمون درمانی مردانه سازی که شامل تستوسترون یا سایر استروئیدهای آندروژنیک باشد خطر پلی سبتمی (هماتوکریت > 50%) را بویژه در بیماران با سایر عوامل خطر افزایش می دهد.
- تجویز تراپوستی و تطبیق دوزاژ ممکن است این خطر را کاهش دهد.

افزایش وزن/چربی احتشایی

- هورمون درمانی مردانه ساز ممکن است منجر به افزایش متوسطی در وزن به همراه افزایش در چربی احتشایی گردد.

افزایش خطر ممکن

لیبیدها

- درمان با تستوسترون HDL را کاهش می دهد، اما اثر بر LDL و تری گلیسرید متغیر است.

¹²¹ libido

¹²² dizziness

¹²³ polycythemia

- سطوح بالاتر از حد فیزیولوژیک تستوسترون (خارج محدوده ی نرمال برای مرد)، که غالباً با دوزهای داخل عضلانی طولانی اثر یافت می شود، ممکن است شاخص های لیپیدی را بدتر نماید، درحالی که به نظر می رسد تجویز تراپوستی بر لیپیدها خنثی تر باشد.
- بیماران با سندرم تخمدان پلی سیستیک¹²⁴ یا دیس لیپیدی¹²⁵ زمینه ای ممکن است با درمان تستوسترون در معرض خطر بیشتری برای بدتر شدن دیس لیپیدی باشند.

کبد

- ممکن است با درمان تستوسترون افزایش های گذرای آنزیم های کبدی رخ دهد.
- اختلال عملکرد¹²⁶ و بدخیمی های کبدی با متیل تستوسترون¹²⁷ خوراکی مشاهده شده است. در هر حال، متیل تستوسترون در بیشتر کشورها دیگر در دسترس نیست و زین پس نباید استفاده شود.

روانپزشکی

درمان مردانه ساز شامل تستوسترون یا سایر استروئید های آندروژنیک ممکن است خطر سمپتوم های هایپومانیا، مانیا، یا سایکوز را در بیماران با اختلالات روانپزشکی زمینه ای که شامل چنین سمپتوم هایی باشند افزایش دهد. به نظر می رسد این اثر سوء با دوزهای بالاتر یا سطوح خونی بالاتر از حد فیزیولوژیک تستوسترون مرتبط باشد.

عدم افزایش خطر یا نتیجه گیری غیر قاطع

ارقام این گروه شامل مواردی هستند که ممکن است عرضه گر خطر باشند، اما شواهد برای آن ها بدان میزان اندک است که به نتیجه ای واضح نمی توان رسید.

استنوپوروز¹²⁸

- درمان با تستوسترون تراکم مواد معدنی استخوان¹²⁹ را پیش از جراحی برداشت تخمدان¹³⁰ در بیماران FtM، حداقل در سه سال اول درمان، حفظ کرده یا افزایش می دهد.
- خطر از دست رفتن تراکم استخوانی پس از جراحی برداشت تخمدان ها، بویژه اگر درمان با تستوسترون قطع شده یا ناکافی باشد، افزایش دارد.

قلبی-عروقی

- به نظر نمی رسد هورمون درمانی مردانه ساز در دوزهای فیزیولوژیک نرمال، خطر حوادث قلبی-عروقی را در بیماران سالم افزایش دهد.

¹²⁴ polycystic ovarian syndrome

¹²⁵ dyslipidemia

¹²⁶ dysfunction

¹²⁷ methyltestosterone

¹²⁸ osteoporosis

¹²⁹ bone mineral density

¹³⁰ oophorectomy

- هورمون درمانی مردانه ساز ممکن است خطر بیماری های قلبی عروقی را در بیماران با عوامل خطر زمینه ای افزایش دهد.

بیماری فشار خون

- هورمون درمانی مردانه ساز ممکن است در دوزهای فیزیولوژیک نرمال فشار خون را افزایش دهد اما به نظر نمی رسد خطر بیماری فشار خون¹³¹ را بالا برد.
- بیماران با عوامل خطر برای بیماری فشار خون، نظیر افزایش وزن، سابقه ی خانوادگی، یا سندرم تخمدان پلی سیستیک، ممکن است در معرض افزایش خطر باشند.

دیابت شیرین تیپ 2

- به نظر نمی رسد درمان با تستوسترون خطر دیابت شیرین تیپ 2 را به طور کلی در بیماران FtM افزایش دهد مگر عوامل خطر دیگری حضور داشته باشد.
- درمان با تستوسترون ممکن است خطر دیابت تیپ 2 را در بیماران با سایر عوامل خطر، نظیر افزایش قابل توجه وزن، سابقه ی خانوادگی، و سندرم تخمدان پلی سیستیک بیش از پیش افزایش دهد. داده ای که مبنی بر افزایش خطر در آنان که عوامل خطری برای دیس لیپیدمی دارند وجود ندارد.

سرطان پستان

- درمان با تستوسترون در بیماران FtM خطر سرطان پستان را افزایش نمی دهد.

سرطان گردن رحم

- درمان با تستوسترون در بیماران FtM خطر سرطان گردن رحم را افزایش نمی دهد، اگرچه ممکن است خطر پاپ اسمیرهای اندک غیر طبیعی را، به دلیل تغییرات آتروفیک، بالا ببرد.

سرطان تخمدان

- درمان با تستوسترون در بیماران FtM، هم تراز افرادی که با اندام های تناسلی زنانه متولد شده و سطوح آندروژن بالایی دارند، ممکن است خطر سرطان تخمدان را افزایش دهد، هرچند که شواهد محدود است.

سرطان آندومتر (رحم)

- درمان با تستوسترون در بیماران FtM ممکن است خطر سرطان آندومتر را افزایش دهد، هرچند که شواهد محدود است.

سایر آثار جانبی درمان مردانه ساز:

آثار زیر ممکن است، بسته به بیمار، خفیف یا حتی مطلوب تلقی گردند، اما آشکارا با روند مردانه سازی ارتباط دارند.

زیایی و عملکرد جنسی

¹³¹ hypertension

- درمان با تستوسترون در بیماران FtM زایایی را کاهش می دهند، هرچند شدت و برگشت پذیری آن مشخص نیستند.
- درمان با تستوسترون می تواند در رویان یا جنین در حال تکوین تغییرات آناتومیکی دائمی القا کند.
- درمان با تستوسترون موجب تحریک بزرگ شدن کلیتوریس و افزایش میل جنسی¹³² می شود.

آکنه، کچلی آندروژنیک¹³³

آکنه و درجات متغیری از ریزش مو با الگوی مردانه (کچلی آندروژنیک) آثار جانبی شایع هورمون درمانی مردانه ساز هستند.

¹³² libido

¹³³ androgenic alopecia

خلاصه‌ی معیارهای هورمون‌درمانی و جراحی‌ها

هم چون تمامی نسخه‌های پیشین *اصول مراقبت*، معیارهای ارائه شده در *اصول مراقبت* برای هورمون‌درمانی و درمان‌های جراحی نارضایتی جنسیتی، دستورالعمل‌هایی بالینی هستند؛ هر یک از متخصصین و برنامه‌های سلامت می‌توانند آن را به صورت فردی تغییر دهند. گریزهایی بالینی از *اصول مراقبت* ممکن است به دنبال موقعیت ویژه‌ی آناتومیک، اجتماعی، یا روانی یک بیمار؛ اسلوب رو به تکامل یک متخصص سلامت باتجربه برای رسیدگی به یک موقعیت شایع؛ پروتکلی تحقیقاتی؛ کمبود منابع در قسمت‌های مختلفی از جهان؛ یا نیاز به استراتژی‌هایی خاص برای کاهش آسیب صورت گیرند. این گریزها باید از دست‌فوق شناخته شده، برای بیمار تشریح شده، و برای کیفیت خدمات به بیمار و محافظت قانونی، بوسیله‌ی رضایت‌نامه‌ی آگاهانه ثبت گردند. این فرآیند ثبت برای جمع‌آوری داده‌های جدیدی که می‌توانند به صورت گذشته‌نگر آزموده گردند نیز ارزشمند است، تا راهی باشند برای تکامل خدمات مراقبت از سلامت و *اصول مراقبت*.

معیارهای هورمون‌درمانی زنانه/ساز/مردانه ساز (یک ارجاع یا ثبت ارزیابی روانیاجتماعی در چارت)

1. نارضایتی جنسیتی پایدار که به خوبی مستند باشد؛
2. توانایی گرفتن تصمیمی براساس آگاهی کامل و دادن رضایت برای درمان؛
3. داشتن سن قانونی در کشور مورد نظر (اگر کوچکتر است بر اساس *اصول مراقبت* برای کودکان و نوجوانان عمل شود)؛
4. اگر نکات قابل توجهی در زمینه‌ی سلامت طبی یا روانی وجود دارند باید در حدی معقول و مناسب کنترل شده باشند.

معیارهای جراحی پستان/قفسه‌ی سینه (یک ارجاع)

ماستکتومی و ایجاد قفسه‌ی سینه‌ی مردانه در بیماران FtM:

1. نارضایتی جنسیتی پایدار که به خوبی مستند باشد؛
2. توانایی گرفتن تصمیمی براساس آگاهی کامل و دادن رضایت برای درمان؛
3. داشتن سن قانونی در کشور مورد نظر (اگر کوچکتر است بر اساس *اصول مراقبت* برای کودکان و نوجوانان عمل شود)؛
4. اگر نکات قابل توجهی در زمینه‌ی سلامت طبی یا روانی وجود دارند باید در حدی معقول و مناسب کنترل شده باشند.

هورمون‌درمانی یک پیش‌نیاز نیست.

جراحی بزرگ‌سازی پستان (درون کاشت¹³⁴/تزریق چربی¹³⁵) در بیماران MtF:

1. نارضایتی جنسیتی پایدار که به خوبی مستند باشد؛
2. توانایی گرفتن تصمیمی براساس آگاهی کامل و دادن رضایت برای درمان؛

¹³⁴ implant

¹³⁵ lipofilling

3. داشتن سن قانونی در کشور مورد نظر (اگر کوچکتر است بر اساس اصول مراقبت برای کودکان و نوجوانان عمل شود)؛

4. اگر نکات قابل توجهی در زمینه ی سلامتِ طبی یا روانی وجود دارند باید در حدی معقول و مناسب کنترل شده باشند.

اگرچه این یک معیار عریان نیست، اما توصیه می شود بیماران MtF پیش از جراحی بزرگ سازی پستان (حداقل 12 ماه) تحت هورمون درمانی زنانه ساز قرار گیرند. هدف، بیشینه سازی رشد پستان برای رسیدن به نتایج بهتر جراحی (زیباشناختی) است.

معیارهای جراحی تناسلی (دو ارجاع)

رحم برداری¹³⁶ و برداشت لوله های رحمی و تخمدانها¹³⁷ در بیماران FtM و جراحی تخلیه ی بیضه¹³⁸ در بیماران MtF:

1. نارضایتی جنسیتی پایدار که به خوبی مستند باشد؛

2. توانایی گرفتن تصمیمی بر اساس آگاهی کامل و دادن رضایت برای درمان؛

3. داشتن سن قانونی در کشور مورد نظر؛

4. اگر نکات نگران کننده ی قابل توجهی در زمینه ی سلامتِ طبی یا روانی وجود دارند باید در حدی معقول و مناسب کنترل شده باشند.

5. 12 ماه پی در پی هورمون درمانی، آنچنان که متناسب با اهداف جنسیتی بیمار باشد (مگر هورمونها از نظر طبی برای آن فرد اندیکاسیون نداشته باشند).

هدف اساسی از هورمون درمانی پیش از جراحی تخلیه ی تخمدان یا بیضه (گنادکتومی)¹³⁹ مواجه سازی با دوره ای از سرکوب برگشت پذیر استروژن یا تستوسترون است، پیش از آنکه بیمار تحت مداخله ی برگشت ناپذیر جراحی قرار گیرد.

این معیارها برای بیماران که جراحی های فوق را برای دلایل طبی غیر از نارضایتی جنسیتی خواهند داشت صدق نمی کنند.

منوئیدویلاستی یا فالویلاستی در بیماران FtM و واژینویلاستی در بیماران MtF:

1. نارضایتی جنسیتی پایدار که به خوبی مستند باشد؛

2. توانایی گرفتن تصمیمی بر اساس آگاهی کامل و دادن رضایت برای درمان؛

3. داشتن سن قانونی در کشور مورد نظر؛

4. اگر نکات نگران کننده ی قابل توجهی در زمینه ی سلامتِ طبی یا روانی وجود دارند باید در حدی معقول و مناسب کنترل شده باشند.

5. 12 ماه پی در پی هورمون درمانی، آنچنان که متناسب با اهداف جنسیتی بیمار باشد (مگر هورمونها از نظر طبی برای آن فرد اندیکاسیون نداشته باشند).

6. 12 ماه پی در پی زندگی در قالب آن نقش جنسیتی که موافق هویت جنسیتی ایشان است.

¹³⁶ hysterectomy

¹³⁷ salpingo-oophorectomy

¹³⁸ orchiectomy

¹³⁹ gonadectomy

اگرچه این یک معیار عریان نیست، اما توصیه می شود این بیماران ملاقات های منظمی نیز با یک متخصص سلامت روان یا سایر متخصصین علوم پزشکی داشته باشند.

معیار فوق برای برخی از انواع اعمال جراحی تناسلی -اینکه بیماران برای 12 ماه پی در پی در قالب آن نقش جنسیتی که با هویت جنسیتی ایشان موافق است زندگی کنند- بر این اجماع بالینی متخصصین استوار است که چنین تجربه ای برای بیماران فرصت فراوانی فراهم می کند تا پیش از آنکه تحت جراحی غیر قابل برگشت قرار گیرند، نقش جنسیتی مطلوب خود را تجربه کرده و از نظر اجتماعی خود را با آن سازگار نمایند.

شواهد برای پیامدهای بالینی رویکردهای درمانی

یکی از بهترین روشها برای استفاده از هر درمان جدید، تحلیل پیامد است. این گونه تحلیل، بدلیل ماهیت بحث برانگیز جراحی تغییر جنس بسیار مهم بوده است. تقریباً تمامی مطالعات پیامد در این حوزه گذشته نگر بوده اند.

یکی از اولین مطالعاتی که پیامدهای روانی-اجتماعی پس از درمان در بیماران ترانزس را آزمود، در 1979 در بیمارستان و دانشکده پزشکی دانشگاه جانز هاپکینز انجام شد (ایالات متحده آمریکا) (J. K. Meyer & Reter, 1979). این مطالعه بر ثبات شغلی، تحصیلی، زناشویی، و خانگی بیماران متمرکز گشت. نتایج نشان دادند که مددجویان پس از درمان، در چندین مورد تغییرات قابل توجهی کرده‌اند. این تغییرات مثبت به نظر نمی رسیدند، بلکه نشانگر آن بودند که بسیاری از افرادی که وارد برنامه‌ی درمانی شده بودند، پس از شرکت در برنامه در بسیاری از سنجش‌های عملکرد، نه تنها پیشرفتی نداشتند که بدتر شده بودند. این یافته‌ها منجر به ختم برنامه‌ی درمانی در آن بیمارستان شد (Abramowitz, 1986).

در پی آن، تعداد قابل توجهی از متخصصین سلامت خواستار استاندارد برای تعیین صلاحیت برای جراحی تغییر جنس شدند. این خواست به فرمول‌بندی اصل/اصول مراقبت انجمن بین‌المللی نارضایتی جنسیتی هری بنیامین¹⁴⁰ (WPATH کنونی) در 1979 انجامید.

در 1981، پالی¹⁴¹ نتایج یک مطالعه‌ی بزرگ گذشته‌نگر را منتشر کرد که بر روی افرادی تمرکز داشت که تحت جراحی تغییر جنس قرار گرفته بودند. شرکت‌کنندگان آن مطالعه پیامدهای بسیار بهتری داشتند: از 83 بیمار FtM، 80.7% پیامدی رضایت‌بخش داشتند (به معنی گزارش «تطابق اجتماعی و عاطفی بهتر» توسط شخص بیمار)، 6.0% غیر رضایت‌بخش. از 283 بیمار MtF، 71.4% پیامدی رضایت‌بخش داشتند، 8.1% غیر رضایت‌بخش. این مطالعه، بیمارانی را که پیش از انتشار و کاربرد اصول مراقبت درمان شده بودند مشمول می‌کرد.

از زمانی که اصول مراقبت قرار یافته است، روند پایداری از افزایش در رضایتمندی بیمار و کاهش در نارضایتمندی از پیامد جراحی تغییر جنس وجود داشته است. مطالعاتی که بعد از 1996 اجرا شدند بر بیمارانی که بر اساس اصول مراقبت درمان می‌شدند متمرکز گشتند. یافته‌های همان¹⁴² و همکاران (1999) و کرگ¹⁴³ و همکاران (2001) در این زمینه شاخص‌اند؛ هیچ یک از بیماران در این مطالعات از داشتن جراحی پشیمان نبوده، و بیشتر ایشان گزارش کردند که از نتایج زیبایی‌شناختی و عملکردی جراحی رضایت‌مندند. حتی بیمارانی که عوارض شدید جراحی پیدا کردند، ندرتاً از قرارگیری تحت جراحی ابراز ندامت کردند. کیفیت نتایج جراحی یکی از بهترین عوامل پیش‌بینی پیامد کلی تغییر جنس است (Lawrence, 2003). اکثریت قاطع مطالعات پیگیرانه، اثر مفید غیرقابل انکاری را برای جراحی تغییر جنس در پیامدهای پس از جراحی (نظیر حس خوش بختی سوژه ای فرد، زیبایی، و عملکرد جنسی) نشان داده‌اند (De Cuypere et al., 2005; Garaffa, Christopher, & Ralph, 2010; Klein & Emory, Cole, Avery, 2009)، اگرچه براساس شواهد موجود کنونی قدر ویژه‌ی این فایده نامعلوم است. یک مطالعه (Gorzalka, 2009)، اگرچه براساس شواهد موجود کنونی قدر ویژه‌ی این فایده نامعلوم است. یک مطالعه (Meyer, & Meyer III, 2003) حتی نشانگر بهبود در درآمد بیمار بود.

یک گزارش مشکل ساز (Newfield et al., 2006) نمرات پایینتری از کیفیت زندگی را (اندازه‌گیری شده با SF-36) برای بیماران FtM نسبت به عموم جمعیت ثبت کرد. یک ضعف این مطالعه آن بود که 384 شرکت‌کننده‌ی خود را در ازای رویکردی نظام مند از طریق ایمیلی عمومی گردآوری کرد و میزان و نوع درمان ثبت نشده بود. شرکت‌کنندگانی از مطالعه که تستوسترون دریافت می‌کردند، معمولاً برای کمتر از 5 سال چنین کرده بودند. کیفیت زندگی گزارش شده برای بیمارانی که تحت جراحی

¹⁴⁰ Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association

¹⁴¹ Pauly

¹⁴² Rehman

¹⁴³ Krege

پستان/قفسه ی سینه قرار گرفته بودند بیش از آنان بود که چنین نکرده بودند ($p < .001$). (تحلیلی مشابه برای جراحی تناسلی صورت نگرفته بود). در کاری دیگر، کان¹⁴⁴ و همکاران (2009) از پرسشنامه ی سلامت کینگ¹⁴⁵ برای ارزیابی کیفیت زندگی 55 بیمار تراجنس 15 سال پس از جراحی استفاده کردند. نمرات با 20 بیمار کنترل زن سالم که در گذشته تحت جراحی شکم/لگن قرار گرفته بودند مقایسه شد. نمرات کیفیت زندگی برای بیماران تراجنس در برخی از خرده مقیاس ها (احساسات، خواب، بی اختیاری، شدت سمپتوم ها، و محدودیت های نقشی) مشابه یا بهتر از بیماران کنترل، اما در سایر حوزه ها (سلامت عمومی، محدودیت های فیزیکی، و محدودیت های شخصی) بدتر بود.

دو مطالعه ی مشاهده گر طولانی مدت، هر دو گذشته نگر، نرخ مرگ و میر و نرخ ابتلای درگیری های روان پزشکی بالغین تراجنس را با نمونه های عموم جمعیت مقایسه کردند (Asscheman et al., 2011; Dhejne et al., 2011). تحلیلی بر داده های مرجع ثبت اطلاعات هیأت ملی سلامت و رفاه سوئد¹⁴⁶، بدین یافته رسید که افرادی که جراحی تغییر جنس شده بودند (MtF 191 و FtM 133)، نسبت به گروه کنترل غیر تراجنسی تطبیق داده شده از نظر سن، وضعیت مهاجرت، ابتلای قبلی به اختلالات روانپزشکی، و جنس تولد، به میزان قابل توجهی، نرخ های مرگ و میر، خودکشی، رفتار مبتنی بر خودکشی، و ابتلا به درگیری های روانپزشکی بالاتر داشتند (Dhejne et al., 2011). به طور مشابه، مطالعه ای در هلند نرخ بالاتری از مرگ و میر کلی، شامل نرخ وقوع خودکشی، را در بیماران تراجنس (MtF 966 و FtM 365) پیش و نیز پس از جراحی نسبت به عموم جمعیت آن کشور گزارش داد (Asscheman et al., 2011). هیچ یک از این دو مطالعه سودمندی تغییر جنس را زیر سؤال نبردند؛ در واقع، هر دو فاقد گروه مقایسه ای کافی از تراجنس هایی بودند که یا درمان نشده یا درمانی غیر از جراحی تناسلی دریافت کرده بودند. علاوه بر این، افراد تراجنس این مطالعات به دیرینگی دهه ی 1970 درمان شده بودند. با این حال، این یافته ها حقیقتاً بر نیاز به مهیا داشتن مراقبت دراز مدت روانشناختی و روانپزشکی مناسب برای این جمعیت تأکید دارند. مطالعات بیشتری برای تمرکز بر پیامدهای رویکردهای فعلی ارزیابی و درمان برای نارضایتی جنسیتی مورد نیاز است.

تعیین اثربخشی هورمون ها به تنهایی، در تسکین نارضایتی جنسیتی دشوار است. بیشتر مطالعاتی که اثربخشی هورمون درمانی مردانه ساز/زنانه ساز بر نارضایتی جنسیتی را ارزیابی می کنند، بر بیمارانی اجرا شده اند که تحت جراحی تغییر جنس نیز قرار گرفته اند. در مروری جامع بر 3000 بیمار از 79 مطالعه (عمدتاً مشاهده گر) که بین 1961 و 1991 انجام شده بودند (Eldh, Berg, & Gustafsson, 1997; Gijs & Brewaeys, 2007; Murad et al., 2010; Pfäfflin & Junge, 1998) برای درمان هایی که شامل هورمون ها و جراحی، هر دو، می گشتند گزارش شد. بیمارانی که پس از 1986 جراحی شده بودند نسبت به آنان که پیش از 1986، شرایط مناسبتری داشتند؛ این بازتاب بهبودی قابل توجه در عوارض جراحی است (Eldh et al., 1997). بیشتر بیماران پیامدهای روانیاجتماعی بهبودیافته ای گزارش نموده اند، گستره ای میان 87% برای بیماران MtF و 97% برای بیماران FtM (Green & Fleming, 1990).

بهبودهای مشابهی در یک مطالعه ی سوئدی یافت شد که در آن "تقریباً تمام بیماران از تغییر جنس پس از 5 سال رضایتمند بودند، و 86% در پیگیری ها توسط کلینیسین ها، در عملکرد کلی، باثبات یا بهبودیافته ارزیابی شدند" (Johansson, Sundbom, Höjerback, & Bodlund, 2010). ضعف این مطالعات قدیمی تر، طراحی گذشته نگر آن ها و کاربرد معیارهای متفاوت برای ارزیابی پیامدهاست.

یک مطالعه ی آینده نگر که در هلند اجرا شد، 325 مورد بالغ و نوجوان متوالی را که به دنبال تغییر جنس بودند ارزیابی کرد (Smith, Van Goozen, Kuiper, & Cohen-Kettenis, 2005). بیمارانی که تحت درمان تغییر جنس قرار گرفتند (مداخله ی هورمونی و جراحی، هر دو) در میانگین نمرات نارضایتی جنسیتیشان که بوسیله ی مقیاس نارضایتی جنسیتی اوترخت¹⁴⁷ اندازه گیری شده بود بهبود نشان دادند. نمرات نارضایتی از بدن و عملکرد روانشناختی نیز در بیشتر دسته بندی ها بهبود داشتند. کمتر از 2% بیماران پس از درمان ابراز پشیمانی نمودند. این بزرگترین مطالعه ی آینده نگر است که نتایج مطالعات گذشته نگر را مبنی بر

¹⁴⁴ Kuhn

¹⁴⁵ King's Health Questionnaire

¹⁴⁶ Swedish National Board of Health and Welfare

¹⁴⁷ Utrecht Gender Dysphoria Scale

بهبود نارضایتی جنسیتی و سایر حوزه های عملکرد روانیاجتماعی توسط ترکیبی از هورمون درمانی و جراحی تأیید می نماید. به تحقیق بیشتر بر آثار هورمون درمانی بدون جراحی و بدون هدف زنانه سازی یا مردانه سازی جسمانی حداکثر نیاز است.

در مجموع، مطالعات بهبودی مداوم در پیامدها را همچنان که این حوزه پیشرفت می نماید گزارش می نموده‌اند. مطالعه‌ی پیامدها عمدتاً بر پیامد جراحی تغییر جنس متمرکز شده است. در حرفه‌ی کنونی، گستره‌ای از تطابق‌های هویتی، نقشی، و جسمانی وجود دارد که می تواند از پیگیری‌ها یا مطالعات پیامد بیشتر بهره گیرد (Institute of Medicine, 2011).

فرآیند تکوین اصول مراقبت، نسخه ی 7

فرآیند تکوین اصول مراقبت، نسخه ی 7 زمانی آغاز شد که یک "گروه کار" اولیه برای اصول مراقبت در 2006 بنا نهاده شد. اعضا برای آزمودن بخش های خاصی از اصول مراقبت، نسخه ی 6 دعوت شدند. از ایشان درخواست شد که برای هر بخش متون مربوط را مرور کنند، نقاطی را که پژوهش کمبود داشته و مورد نیاز است شناسایی کنند، و تجدید نظرهای بالقوه برای اصول مراقبت را با پشتوانه ی شواهد جدید پیشنهاد نمایند. مقالات فراخوانده شده توسط نویسندگان ذیل ارسال گشته بودند: Aaron Devor، Petra Griet DeCuyper، Peggy Cohen-Kettenis، Michael Brownstein، George Brown، Walter Bockting، Heino Meyer، Walter Meyer، Stephen Levine، Arlene Istar Lev، Lin Fraser، Jamie Feldman، DeS utter، Stan Monstrey، Bahlburg، Loren Schechter، Mick van Trotsenburg، Sam Winter، Ken Zucker. برخی از این نویسندگان خواهان آن بودند تا برای یاری ایشان در کارشان، نویسندگان همراهی افزوده شوند.

موعد ارسال پیش نویس های اولیه ی این مقالات 1 ژوئن 2007 بود. اکثراً تا سپتامبر 2007 پایان یافته و مابقی تا پایان 2007 کامل گشتند. سپس این مقاله ها به ژورنال بین المللی دگرباشی¹⁴⁸ (IJT) ارسال شدند. هر یک تحت فرآیند معمول مرور همتایان IJT قرار گرفتند. مقالات نهایی در مجلد 11 (4-1) در 2009 منتشر گشته، برای بحث و مناظره فراهم آمدند.

پس از آن که این مقالات منتشر شدند، یک کمیته ی تجدید نظر بر اصول مراقبت توسط هیأت مدیران WPATH در 2010 بنا نهاده شد. در آغاز، کمیته ی تجدید نظر به بحث و مناظره پیرامون مقالات پیش زمینه ای IJT از طریق وبسایت گوگل گمارده شدند. زیرگروهی از کمیته ی تجدید نظر توسط هیأت مدیران برای کار تحت لوای گروه نوشتار منصوب شدند. این گروه به آماده سازی پیش نویس اولیه ی اصول مراقبت، نسخه ی 7 و ادامه ی کار بر تجدید نظرها برای رسیدگی توسط کمیته ی گسترده تر تجدید نظر گماشته شدند. بعلاوه، این هیأت یک گروه بین المللی مشاور¹⁴⁹ از افراد تراجنس، دگرباش، و جنسیت نامنطبق را برای ارائه ی بازخورد بر تجدید نظرها معین کرد.

یک نویسنده ی فنی استخدام شد تا 1) تمامی پیشنهادات برای تجدید نظر - پیشنهادات اصلی آن چنان که طرح کلیشان در مقالات IJT آمده بود و پیشنهادات افزوده ای که از بحث آنلاین نشأت گرفته بود، هر دو - را مرور نموده و 2) یک نظرسنجی برای جلب داده هایی بیشتر بر این تجدید نظرهای بالقوه خلق نماید. گروه نوشتار می توانست از نتایج این نظرسنجی دریابد که موضع این کارشناسان در چه حوزه هایی موافق و در کدامین حوزه ها نیازمند بحث و مناظره ی بیشتر است. سپس نویسنده فنی 3) یک پیش نویس اولیه ی بسیار خام از اصول مراقبت، نسخه ی 7 برای گروه نوشتار ایجاد کرد تا مورد نظر قرار داده و بر روی آن بنا نهند.

گروه نوشتار یکدیگر را در 4 و 5 مارس 2011 در یک نشست رو در روی مذاکراتی کارشناسان ملاقات کردند. ایشان تمامی تغییرات پیشنهادی را مرور کرده، مناظره نموده و به اجماعی بر سر حوزه های بحث برانگیز مختلف رسیدند. تصمیم ها بر اساس بهترین دانش موجود و اجماع کارشناسان اتخاذ شد. این تصمیمات در پیش نویس لحاظ شده، و بخش های دیگر توسط گروه نوشتار با یاری نویسنده ی فنی نوشته شد.

پس از آن، پیش نویسی که از نشست مذاکراتی حاصل شد میان گروه نوشتار دست به دست شد و با کمک نویسنده ی فنی نهایی شد. زمانی که این پیش نویس اولیه نهایی شد، در کمیته ی گسترده تر بازبینی اصول مراقبت و گروه بین المللی مشاور به گردش درآمد. مباحثه بر وبسایت گوگل گشایش یافت و یک کنفرانس تلفنی برای حل مسائل منعقد گشت. بازخورد این گروه ها مورد رسیدگی گروه نوشتار، که آن گاه تجدید نظرهای بیشتری را اعمال نمودند، قرار گرفت. دو پیش نویس دیگر ایجاد شده و بر وبسایت گوگل قرار گرفتند تا توسط کمیته ی گسترده تر تجدید نظر بر اصول مراقبت و گروه بین المللی مشاور بررسی گردند. به دنبال تکمیل این سه

¹⁴⁸ International Journal of Transgenderism

¹⁴⁹ International Advisory Group

دور مرور و تجدید نظر، متن نهایی برای تصویب به هیأت مدیران WPATH ارائه شد. هیأت مدیران این نسخه را در 14 سپتامبر 2011 تصویب نمودند.

تامین منابع مالی

فرایند بازنگری اصول مراقبت، نسخه 7 به لطف کمک هزینه‌ی سخاوتمندانه‌ی بنیاد تاوانی¹⁵⁰ و نیز هدیه‌ی یک خیر ناشناس میسر شد. این منابع مالی، از فعالیت‌های زیر حمایت کردند:

1. هزینه‌های مربوط به دستمزد یک نویسنده‌ی فنی حرفه‌ای؛
2. فرایند تقاضا و دریافت ورودی‌های بین‌المللی درباره‌ی تغییرات بدست آمده از متخصصان هویت جنسی و گروه‌های دگرباش؛
3. برگزاری جلسات دیدار گروه نویسندگان؛
4. فرایند تجمیع نظرات و حصول توافق میان متخصصان، گروه‌های دگرباش، کمیته‌ی بازبینی اصول مراقبت، و هیأت رئیسه‌ی WPATH؛
5. هزینه‌های چاپ و توزیع اصول مراقبت نسخه‌ی 7، و نشر یک نسخه‌ی رایگان قابل دریافت بر روی وبسایت WPATH؛
6. برگزاری جلسه‌ی عمومی برای رونمایی از اصول مراقبت نسخه‌ی 7، در سمپوزیوم دوسالانه‌ی WPATH در سال 2011 در آتلانتا، ایالت جرجیا، ایالات متحده‌ی آمریکا.

¹⁵⁰ Tawani Foundation (<http://www.tawanifoundation.org/>)

اعضای کمیته‌ی بازنگری اصول مراقبت*

(* عضو گروه نویسندگان؛ * همه‌ی اعضای کمیته‌ی بازنگری بدون دریافت وجه مالی در این امر مشارکت کرده‌اند.)

Eli Coleman, PhD (USA)* - Committee chair	Arlene Istar Lev, LCSW-R (USA)
Richard Adler, PhD (USA)	Gal Mayer, MD (USA)
Walter Bockting, PhD (USA)*	Walter Meyer, MD (USA)*
Marsha Botzer, MA (USA)*	Heino Meyer-Bahlburg, Dr. rer.nat. (USA)
George Brown, MD (USA)	Stan Monstrey, MD, PhD (Belgium)*
Peggy Cohen-Kettenis, PhD (Netherlands)*	Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (USA)
Griet DeCuyper, MD (Belgium)*	Friedmann Pfäffl in, MD, PhD (Germany)
Aaron Devor, PhD (Canada)	Katherine Rachlin, PhD (USA)
Randall Ehrbar, PsyD (USA)	Bean Robinson, PhD (USA)
Randi Ettner, PhD (USA)	Loren Schechter, MD (USA)
Evan Eyler, MD (USA)	Vin Tangpricha, MD, PhD (USA)
Jamie Feldman, MD, PhD (USA)*	Mick van Trotsenburg, MD (Netherlands)
Lin Fraser, EdD (USA)*	Anne Vitale, PhD (USA)
Rob Garofalo, MD, MPH (USA)	Sam Winter, PhD (Hong Kong)
Jamison Green, PhD, MFA (USA)*	Stephen Whittle, OBE (UK)
Dan Karasic, MD (USA)	Kevan Wylie, MB, MD (UK)
Gail Knudson, MD (Canada)*	Ken Zucker, PhD (Canada)

کمیته‌ی انتخاب گروه مشورتی بین‌المللی

Walter Bockting, PhD (USA)	Randall Ehrbar, PsyD (USA)
Marsha Botzer, MA (USA)	Evan Eyler, MD (USA)
Aaron Devor, PhD (Canada)	Jamison Green, PhD, MFA (USA)

Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (USA)

اعضای گروه مشورتی بین‌المللی

Tamara Adrian, LGBT Rights Venezuela (Venezuela)

Craig Andrews, FtM Australia (Australia)

Christine Burns, MBE, Plain Sense Ltd (UK)

Naomi Fontanos, Society for Transsexual Women's Rights in the Phillipines (Phillipines)

Tone Marie Hansen, Harry Benjamin Resource Center (Norway)

Rupert Raj, Sherbourne Health Center (Canada)

Masae Torai, FtM Japan (Japan)

Kelley Winters, GID Reform Advocates (USA)

نویسنده‌ی حرفه‌ای

Anne Marie Weber-Main, PhD (USA)

ویرایش

Heidi Fall (USA)

