

I. देखभाल संबंधित मानकों का उद्देश्य और इस्तेमाल

दि वर्ल्ड प्रोफेशनल एसोसिएशन फॉर ट्रांसजेंडर हेल्थ (WPATH)ⁱ, एक से अधिक क्षेत्रों में विशेषता रखने वाली एक पेशेवर अंतर्राष्ट्रीय समिति है जिसका लक्ष्य पारलैंगिक (ट्रांससेक्स्युअल) और विपरीत लिंग प्रदर्शक/विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर) लोगों के स्वास्थ्य में प्रमाणित देखभाल, शिक्षा, शोध, पक्ष समर्थन, सार्वजनिक नीति, और सम्मान को बढ़ावा देना है। WPATH एक ऐसी दृनिया की कल्पना करता है, जिसमें पारलैंगिक (ट्रांससेक्स्युअल), विपरीत लिंग प्रदर्शक/विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर) और लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोगों को प्रमाणित स्वास्थ्य देखभाल, सामाजिक सेवा, न्याय और समानता की सुविधा का फायदा हो।

WPATH के मुख्य कार्यों में से एक है, पारलैंगिक (ट्रांससेक्स्युअल), विपरीत लिंग प्रदर्शक/विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर) और लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोगों के लिये स्वास्थ्य की देखभाल संबंधी मानकों (*SOC*) को शब्दों में अभिव्यक्त करके, उनके लिये स्वास्थ्य की देखभाल संबंधी उच्चतम मानकों को बढ़ावा देना। *SOC*, उपलब्ध सर्वश्रेष्ठ विज्ञान और पेशेवर विशेषज्ञों की सहमति पर आधारित है।ⁱⁱ इस क्षेत्र में ज्यादातर अनुसंधान और अनुभव, उत्तरी अमेरिका और पश्चिमी यूरोप के नज़रिये से आता है; इसलिये दृनिया के अन्य भागों में *SOC* का अनुकूलन होना जरूरी हैं। सांस्कृतिक सापेक्षता और सांस्कृतिक क्षमता के बारे में सोच के तरीकों के लिये सुझाव *SOC* के इस संस्करण में शामिल किये गये हैं।

कल मिलाकर *SOC* का लक्ष्य, स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों को पारलैंगिक (ट्रांससेक्स्युअल), विपरीत लिंग प्रदर्शक/विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर) और लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोगों को सुरक्षित और असरदार तरीकों से अपने लिंग के बारे में स्थायी स्ख प्राप्त करने के सरक्षित और असरदार तरीके पता करने, ज्यादा स्वस्थ रहने, मनोवैज्ञानिक रूप से अच्छा महसूस करने और आत्म-तृष्णि/संतृष्णि प्राप्त करने में सहायता करने के लिये क्लिनिकल /नैदानिक मार्गदर्शन प्रदान करना है। इस सहायता में प्राथमिक देखभाल, स्त्री रोग और यूरोलॉजी देखभाल, प्रजनन संबंधी विकल्प, बातचीत के माध्यम से उपचार करना, मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं (जैसे, मूल्यांकन करना, परामर्श देना, मनोचिकित्सा), और हार्मोनल और सर्जरी उपचार शामिल हो सकते हैं। यद्यपि यह दस्तावेज़ मुख्यतः स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों के लिये है, पर *SOC* का इस्तेमाल व्यक्तियों, उनके परिवारों और सामाजिक संस्थानों द्वारा यह समझने के लिये भी किया जा सकता है कि वे इस प्रकार की विभिन्न आबादी के सदस्यों के लिये अनुकूल स्वास्थ्य को बढ़ावा देने में कैसे सहायता कर सकते हैं।

WPATH का मानना है कि स्वास्थ्य सिर्फ अच्छी चिकित्सीय देखभाल पर निर्भर नहीं करता बल्कि सामाजिक सहनशीलता, समानता, और नागरिकता का पूरा अधिकार प्रदान/सुनिश्चित करने वाले सामाजिक और राजनीतिक वातावरण पर भी निर्भर करता है। स्वास्थ्य को, सार्वजनिक नीतियों और कानून में संधार के माध्यम से बढ़ावा दिया जाता है, जो लिंग और यौन विविधता के लिये सहनशीलता और समानता को

ⁱ Formerly the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association

ⁱⁱ The *Standards of Care (SOC)*, Version 7 represents a significant departure from previous versions. Changes in this version are based upon significant cultural shifts, advances in clinical knowledge, and appreciation of the many health care issues that can arise for transsexual, transgender, and gender nonconforming people beyond hormone therapy and surgery (Coleman, 2009a, b, c, d).

बढ़ावा देते हैं और पूर्वाग्रह, भेटभाव और कलंक को कम करते हैं। WPATH सार्वजनिक नीतियों और कानूनी सुधारों में इन परिवर्तनों का समर्थन करने के लिये प्रतिबद्ध है।

देखभाल संबंधी मानक, फ्लेक्सिबल/ बदले जा सकने वाले क्लिनिकल/नैदानिक दिशा-निर्देश हैं

SOC पारलैंगिक (ट्रांससेक्सअल), विपरीत लिंग प्रदर्शक/विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर) और लैंगिक अस्निश्चिता वाले लोगों की स्वास्थ्य की देखभाल संबंधी विभिन्न ज़रूरतों को पूरा करने के लिये फ्लेक्सिबल बने रहना चाहता है। फ्लेक्सिबल होने के साथ, ये स्वास्थ्य की बेहतरीन देखभाल को बढ़ावा देने और लैंगिक डिस्फोरिया का अनुभव कर रहे लोगों के उपचार के लिये मार्गदर्शन करने संबंधित मानक प्रदान करता है, मोटेतौर पर लैंगिक डिस्फोरिया को, किसी व्यक्ति के जन्म के समय निर्धारित/वास्तविक लिंग (और संबंधित लिंग की भूमिका और/या प्राथमिक/सैकेंडरी यौन विशेषताएँ) और व्यक्ति की लैंगिक पहचान में विसंगति/अंतर के कारण होने वाली बेचैनी या परेशानी के रूप में परिभाषित किया जा सकता है (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b)।

SOC के पिछले सभी संस्करणों की तरह, लैंगिक डिस्फोरिया के लिये हार्मोन थेरेपी और सर्जिकल उपचार के लिये *SOC* में सामने रखे गये मानदंड, नैदानिक दिशानिर्देश हैं; व्यक्तिगत स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी और कार्यक्रम उन्हें संशोधित कर सकते हैं। *SOC* से नैदानिक परिवर्तन की वज़ह- किसी मरीज़ की विशिष्ट शारीरिक, सामाजिक, मनोवैज्ञानिक अवस्था; एक अनुभवी स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी का किसी सामान्य स्थिति को सुलझाने का विकसित तरीका; किसी रिसर्च का प्रोटोकॉल, दुनिया के विभिन्न भागों में संसाधनों की कमी; या नुकसान को कम करने के लिये विशेष नीतियों की जरूरत, हो सकती है। इन परिवर्तनों को ऐसे ही स्वीकृत किया जाना चाहिये, मरीज़ को समझाया जाना चाहिये, और मरीज़ की गुणवत्तापूर्ण देखभाल और कानूनी संरक्षण के लिये सूचित सहमति द्वारा दस्तावेजित किया जाना चाहिये। यह दस्तावेज़ीकरण नये डेटा इकट्ठा करने के लिये भी मूल्यवान है, जिसका स्वास्थ्य देखभाल की अनुमति देने के लिये पूर्वव्यापी परीक्षण किया जा सकता है- और स्वास्थ्य देखभाल संबंधी मानकों (*SOC*) को विकसित करने के लिये भी।

SOC देखभाल संबंधी मानकों को ही स्पष्ट नहीं करता बल्कि सूचित विकल्प बनाने के महत्व और हानि को कम करने के इष्टिकोण के महत्व की भी पृष्टि करता है। इसके अलावा *SOC* का यह संस्करण लिंग के उन विभिन्न भावों को मानता और उनकी पृष्टि करता है जिन्हें शायद मनोवैज्ञानिक हार्मोनल, या सर्जरी उपचार की ज़रूरत नहीं होती है। देखभाल के लिये उपस्थित क़छ मरीज़ों ने उनकी लैंगिक भूमिका परिवर्तन, संक्रमण, या उनकी लैंगिक पहचान या लैंगिक डिस्फोरिया से संबंधित अन्य समाधान की दिशा में महत्वपूर्ण आत्म निर्देशित प्रगति की है। अन्य मरीज़ों को अधिक गहन/गंभीर सेवाओं की आवश्यकता होगी। स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी, मरीज़ों को उनकी नैदानिक/क्लिनिकल ज़रूरतों और लैंगिक अभिव्यक्ति के लक्षणों के अनुसार, उनके लिये उपलब्ध स्वास्थ्य सेवाओं की पूरी श्रेणी के बारे में बताने के लिये *SOC* का उपयोग कर सकते हैं।

II. देखभाल संबंधी मानकों को वैशिक स्तर पर लागू करना

जहाँ *SOC* वैशिक स्तर पर इस्तेमाल करने के लिये बना हैं, WPATH इस बात की पृष्ठि करता है कि स्वास्थ्य देखभाल के इस क्षेत्र में रिकॉर्ड/दर्ज किये किये गये ज्यादातर नैदानिक/किलनिकल अन्भव और जान अमेरिकी और यूरोपीय उत्तर पश्चिमी स्रोतों से प्राप्त हैं। जगह-जगह देशों के बीच और देशों के अंदर, इन सभी निम्नलिखित बातों में अंतर हैं: पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंग प्रदर्शक/विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर) और लैंगिक अस्निश्चिता वाले लोगों के प्रति सामाजिक दृष्टिकोण, लैंगिक भूमिका और पहचान का निर्माण, विभिन्न लैंगिक पहचानों का वर्णन करने के लिये इस्तेमाल की गयी भाषा; लैंगिक डिस्फोरिया का महामारी विज्ञान; उपचार तक पहुँच और उसमें खर्च; प्रदान किये जाने वाले उपचार; देखभाल प्रदान करने वाले पेशेवर व्यक्तियों की संख्या और प्रकार; और स्वास्थ्य देखभाल के इस क्षेत्र से संबंधित कानूनी और नीतिगत मुद्दे (Winter, 2009)।

SOC के लिये इन सभी अंतरों को दर्शाना असंभव है। अन्य सांस्कृतिक संदर्भों में इन मानकों को लागू करने में, स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों को इन विभिन्नताओं के प्रति संवेदनशील होना चाहिये और *SOC* को स्थानीय वास्तविकताओं के अनुसार अनुकूल बनाना चाहिये। उदाहरण के लिये, बहुत सारी संस्कृतियों में, लैंगिक अस्निश्चिता वाले लोग इतनी संख्या में पाये जाते हैं और इस प्रकार रहते हैं कि वे समाज में बहुत ज़्यादा दिखाई देते हैं (Peletz, 2006) इस प्रकार की व्यवस्था में, लोगों का अपनी किशोरावस्था या उससे भी पहले अपने लिंग की अभिव्यक्ति और शारीरिक लक्षणों में बदलाव की श्रूआत करना आम बात है। उनमें से बहुत से बड़े होते हैं और काफी हद तक पश्चिमी संस्कृति के विपरीत सामाजिक, सांस्कृतिक, और यहाँ तक कि भाषाई संदर्भ में रहते हैं। फिर भी उनमें से अधिकतर पूर्वाग्रह का अन्भव करते हैं (Peletz, 2006; Winter, 2009)। कई सारी संस्कृतियों में लैंगिक अस्निश्चिता वाले लोगों पर काफी कलंक लगाये जाते हैं और लैंगिक भूमिका दृष्टिकोण बहुत अधिक रुद्धिगत होते हैं (Winter et al., 2009)। ऐसी व्यवस्थाओं में लैंगिक अस्निश्चिता वाले लोगों पर छिपकर जीने का दबाव डाला जाता है और इसलिये उनके स्वास्थ्य देखभाल संबंधी पर्याप्त अवसरों की कमी हो सकती है (Winter, 2009)।

SOC सभी व्यक्तियों के लिये उपलब्ध सर्वश्रेष्ठ देखभाल प्रदान करने के प्रयासों को सीमित नहीं करना चाहता। दूनिया भर के स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी - *SOC* के अंतर्गत बताये गये कई मूल सिद्धांतों को उन क्षेत्रों में भी लागू कर सकते हैं, जहाँ संसाधन और प्रशिक्षण के अवसर सीमित हैं। इन सिद्धांतों में निम्नलिखित शामिल हैं : लैंगिक अस्निश्चिता वाले मरीज़ों को सम्मान देना (लैंगिक पहचान या अभिव्यक्ति में अंतर को विकृति नहीं मानें); देखभाल करें (अपने जानकार सहयोगियों के पास परामर्श हेतु भेजें) जो मरीज़ की लैंगिक पहचान को स्वीकार करें और यदि लैंगिक डिस्फोरिया हो, तो उनके तनाव को कम करें; पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर) और लैंगिक अस्निश्चिता वाले लोगों के स्वास्थ्य देखभाल संबंधी ज़रूरतों के बारे में जानकार बनें, जिसमें लैंगिक डिस्फोरिया के इलाज के विकल्पों के फायदे और नक्सान शामिल हैं; इलाज पद्धति का मिलान मरीज़ों की विशिष्ट ज़रूरतों, विशेषतौर पर लैंगिक अभिव्यक्ति के लिये उनके लक्षणों और लैंगिक डिस्फोरिया से राहत के लिये उनकी ज़रूरतों से करना; उपयोगित देखभाल तक पहुँचना स्विधाजनक बनाना; इलाज करने से पहले मरीज़ों की सूचित सहमति लेना; निरंतर देखभाल प्रदान करना; और मरीज़ों के परिवारों और सम्बद्धायों (स्कूल, कार्यस्थलों और अन्य व्यवस्थाओं) में उनका समर्थन देने और उनकी तरफदारी करने के लिये तैयार रहें।

शब्दावली संस्कृति और समय पर निर्भर है और तेजी से विकसित हो रही है। अलग अलग जगहों और समय पर विभिन्न प्रकार के लोगों के बीच सम्मानपूर्ण भाषा का इस्तेमाल करना महतवपूर्ण होता है। जबकि

SOC का दूसरी भाषाओं में अन्वाद किया जा रहा है; इस बात का बहुत अच्छी तरह ध्यान रखें कि सभी शब्दों का सही से अन्वाद किया जाए। शायद अंग्रेजी की शब्दावली का दूसरी भाषाओं में अन्वाद करना आसान नहीं है और विलोमतः(वाईस-वर्सा)। क्छ भाषाओं में इस दस्तावेज़ में दिये गये शब्दों की समान व्याख्या करने वाले शब्द नहीं हैं, इसलिये, अन्वादक को उपचार के मूल लक्ष्यों का जानकार होना चाहिये और उन लक्ष्यों तक पहुँचने के लिये सांस्कृतिक रूप से लागू मार्गदर्शन स्पष्ट रूप से बताने चाहियें।

III. लैंगिक असुनिश्चिता और लैंगिक डिस्फोरिया के बीच में अंतर

पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर) होना या लैंगिक असुनिश्चिता होना, विविधता है, विकृति नहीं।

WPATH ने मई 2010 में (WPATH Board of Directors, 2010) में एक बयान जारी किया जिसमें दूनिया भर में लैंगिक असुनिश्चिता को मानसिक-विकृति नहीं मानने का आग्रह किया गया था। यह बयान उल्लेख करता है कि “लैंगिक विशेषताओं की अभिव्यक्ति जिसमें पहचान भी शामिल है, जो किसी के जन्म के समय निर्धारित लिंग के साथ पारंपरिक तौर पर ज़ड़ी हई नहीं होती, एक सामान्य और सांस्कृतिक विविधतापूर्ण मानवीय घटना है, इसे स्वाभाविक रोग या नकारात्मक रूप में नहीं आँकना चाहिये।”

द्रभ्मान्य से, दूनिया भर के कई समाजों में लैंगिक असुनिश्चिता कलंक की बात है। इस तरह के कलंक से पूर्वाग्रह और भेदभाव उत्पन्न हो सकता है जिसके परिणामस्वरूप “अल्पसंख्यकों में शामिल होने संबंधी तनाव” हो सकता है (IH Meyer, 2003)। अल्पसंख्यकों में शामिल होने संबंधी तनाव (सभी लोगों द्वारा अनुभव किये जाने वाले सामान्य तनाव के अलावा) विशिष्ट, समाज पर आधारित और स्थायी होता है और यह पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर) और लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोगों को। मानसिक स्वास्थ्य संबंधी चिंताओं जैसे घबराहट और आदि के प्रति ज़्यादा संवेदनशील बनाता है (Institute of Medicine, 2011)। समाज में बड़े पैमाने पर पूर्वाग्रह और भेदभाव होने के अलावा, इस कलंक के कारण किसी व्यक्ति के प्रति उसके दोस्तों और पारिवारिक सदस्यों द्वारा दर्व्यवहार/अपमानजनक शब्दों का प्रयोग और उपेक्षा में बढ़ावा हो सकता है, जो उसकी मनोवैज्ञानिक पीड़ा का कारण बन सकता है। हालाँकि ये लक्षण सामाजिक कारणों से प्रेरित होते हैं, पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर) और लैंगिक असुनिश्चिता होना, अंतर्निहित/ जन्म से नहीं होता।

लैंगिक असुनिश्चिता और लैंगिक डिस्फोरिया, एक ही बात नहीं है

लैंगिक असुनिश्चिता का मतलब है, किसी व्यक्ति की लैंगिक पहचान, भूमिका या अभिव्यक्ति, उसके लिंग के लिये लोगों द्वारा सांस्कृतिक रूप से निर्धारित नियमों से किस हद तक अलग है (Institute of Medicine, 2011)। लैंगिक डिस्फोरिया का मतलब उस बेचैनी या परेशानी से है जो किसी व्यक्ति के जन्म के समय निर्धारित/वास्तविक लिंग (और संबंधित लिंग की भूमिका और/या प्राथमिक/सैकेंडरी यौन विशेषतायें) और व्यक्ति की लैंगिक पहचान में विसंगति/अंतर के कारण होती है (Fisk, 1974; Knudson,

De Cuypere, & Bockting, 2010b)। लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोगों में से सिर्फ़ कुछ ही अपने जीवन में कभी ना कभी लैंगिक डिस्फोरिया का अनुभव करते हैं।

इस प्रकार के तनावयूक्त लोगों की लैंगिक पहचान का पता लगाने और उनके लिये सहज लैंगिक भूमिका को खोजने में सहायता करने के लिये उपचार उपलब्ध है (Bockting & Goldberg, 2006)। उपचार व्यक्तिगत है : एक व्यक्ति में लैंगिक डिस्फोरिया को कम करने में सहायक उपचार किसी दूसरे व्यक्ति से अलग हो सकता है। इस प्रक्रिया से लैंगिक अभिव्यक्ति में बदलाव या शारीरिक परिवर्तन हो भी सकते हैं और नहीं भी। चिकित्स्कीय उपचार के विकल्पों में शामिल है, उदाहरण के लिये हार्मोन थेरेपी और/या सर्जरी से शरीर को जनाना या मर्दाना बनाना, जो लैंगिक डिस्फोरिया को कम करने में असरदार है और बहुत सारे लोगों में चिकित्स्कीय रूप से आवश्यक होता है। लैंगिक पहचान और अभिव्यक्ति अलग अलग होती हैं, इसलिये हार्मोन्स और सर्जरी सहजता के साथ अपनी अस्मिता और पहचान प्राप्त करने में लोगों की सहायता करने के लिये उपलब्ध अनेक विकल्पों में से सिर्फ़ दो विकल्प हैं।

लैंगिक डिस्फोरिया बड़े पैमाने पर उपचार के माध्यम से समाप्त किया जा सकता है (Murad et al., 2010) हालाँकि, जहाँ पारलैंगिक (ट्रांससेक्सअल), विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर) और लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोग अपने जीवन में कभी कभी लैंगिक डिस्फोरिया का अनुभव करते हैं, वहीं उपचार प्राप्त करने वाले बहुत सारे व्यक्ति अपने लिये सहज एक लैंगिक भूमिका और अभिव्यक्ति का पता लगा पाते हैं चाहे यह उनके जन्म के समय निर्धारित लिंग या लिंग से संबंधित नियमों और प्रचलित अपेक्षाओं से अलग हो।

लैंगिक डिस्फोरिया से संबंधित निदान/ निरीक्षण

कुछ लोग लैंगिक डिस्फोरिया का इतना ज़्यादा अनुभव करते हैं कि उन्हें मानसिक बीमारी के लिये किये जाने वाले औपचारिक निरीक्षण की आवश्यकता होती है। इस तरह के निरीक्षण से दोषारोपण करने या नागरिक और मानव अधिकारों की हानि का लाइसेंस नहीं मिलता। वर्गीकरण का मौजूदा सिस्टम जैसे डायग्नोस्टिक स्टैटिस्टिकल मैनुअल ऑफ़ मैटल डिसोर्डर (DSM) (American Psychiatric Association, 2000) और इंटरनेशनल क्लासिफिकेशन ऑफ़ डिसीज़ (ICD) (World Health Organization, 2007) सेंकड़ो मानसिक बीमारियों को परिभाषित करते हैं जो उनकी शुरुआत, अवधि, पैथोजेनेसिस, कार्यात्मक असक्षमता और उपचार के अनुसार विविधता दर्शती हैं। ये सभी व्यवस्थाएँ, लक्षणों और स्थितियों के समूह को वर्गीकृत करने की कोशिश करती हैं, किसी व्यक्ति को नहीं। कोई बीमारी/विकार ऐसी चीज़ की व्याख्या होती है जिससे कोई व्यक्ति पीड़ित होता है, वह उस व्यक्ति या उसकी व्यक्तिगत पहचान की व्याख्या नहीं होती।

पारलैंगिक (ट्रांससेक्सअल), विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर) और लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोग स्वभाविक रूप से रोगी/अव्यवस्थित नहीं होते। बल्कि यदि उन्हें लैंगिक डिस्फोरिया हो, तो इसका पता लगाया/निरीक्षण किया जा सकता है और इसके उपचार के लिये विभिन्न विकल्प उपलब्ध हैं। इस प्रकार के डिस्फोरिया के निदान/निरीक्षण से अक्सर स्वास्थ्य देखभाल प्राप्त करना सुविधाजनक हो जाता है और यह प्रभावशाली उपचारों के बारे में भावी शोध के लिये मार्ग दिखा सकता है।

शोध नयी नैदानिक नामावली की ओर ले जा रही है और परिभाषायें दोनों, DSM (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b; Meyer-Bahlburg, 2010; Zucker,

2010) और ICD में बदल रही हैं। इस कारण से, *SOC* में परिचित शब्दों का इस्तेमाल किया गया है और इस्तेमाल किये गये नये शब्दों के लिये परिभाषायें दी गयी हैं। स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों को अपने कार्य क्षेत्रों में सबसे मौजूदा नैदानिक मानदंडों और यथोचित कोड्स का इस्तेमाल करने चाहिये।

IV. महामारी मानने के बारे में राय

विशेषतौर पर पारलैंगिकता (ट्रांससेक्सुलिस्म) या आमतौर पर विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर) और लैंगिक अस्निश्चिता वाली पहचानों की व्यापकताⁱⁱⁱ और प्रसार^{iv} पर महामारी संबंधी अध्ययनों का विधिवत आयोजन नहीं हुआ है; और इसमें वास्तविक अन्मान प्राप्त करने के प्रयास अत्याधिक कठिनाईयों से भरे हए हैं (Institute of Medicine, 2011; Zucker & Lawrence, 2009)। चाहे महामारी संबंधी अध्ययन से पता चले कि दूनिया भर में पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर) या लैंगिक अस्निश्चिता वाले लोग बराबर अन्‌पात में हैं, तब भी ऐसी संभावना है कि एक देश से दूसरे देश की सांस्कृतिक भिन्नता, विभिन्न लैंगिक पहचानों की व्यवहारिक अभिव्यक्ति और लैंगिक डिस्फोरिया का स्तर-उसकी लैंगिक पहचान से किस हद तक अलग हो सकता है, इन दोनों में रद्दोबदल कर सकती है - वास्तव में पूरी आबादी में ऐसा हो रहा है। ज्यादातर देशों में, लैंगिक नियमों की सीमा को पार करने से सहानुभूति के बदले नैतिक निंदा होती है, क्छ संस्कृतियों में लैंगिक अस्निश्चिता वाले लोगों (जैसे आध्यात्मिक नेताओं) के ऐसे कुछ उदाहरण हैं जिन पर कम लांछन लगाये जाते हैं और बल्कि उन्हें पूजनीय समझा जाता है (Besnier, 1994; Bolin, 1988; Chiñas, 1995; Coleman, Colgan, & Gooren, 1992; Costa & Matzner, 2007; Jackson & Sullivan, 1999; Nanda, 1998; Taywaditep, Coleman, & Dumronggittigule, 1997)।

कई कारणों से, व्यापकता और प्रसार के बारे में अनुसंधानकर्ताओं ने ज्यादातर दिखाई देने/आसानी से गिने जाने वाले सब-ग्रूप, लैंगिक अस्निश्चिता वाले लोगों पर ध्यान केंद्रित करने की कोशिश की है: जैसे पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल) व्यक्ति जो लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित होते हैं और लिंग-संक्रमण संबंधी देखभाल के लिये, लिंग विशेषज्ञ क्लीनिक पर उपस्थित होते हैं (Zucker & Lawrence, 2009)। ज्यादातर अध्ययन यूरोपियन देशों जैसे स्वीडन (Wålinder, 1968, 1971), दि यूनाइटेड किंगडम (Hoenig & Kenna, 1974), नीदरलैंड (Bakker, Van Kesteren, Gooren, & Bezemer, 1993; Eklund, Gooren, & Bezemer, 1988; van Kesteren, Gooren, & Megens, 1996), जर्मनी (Weitze & Osburg, 1996), और बेल्जियम (De Cuypere et al., 2007) में आयोजित होते हैं। एक सिंगापुर (Tsoi, 1988) में आयोजित किया गया था।

डी क्यूपर और सहकर्मियों (2007) ने ऐसे अध्ययनों का निरीक्षण किया, और साथ ही स्वयं भी आयोजित किये हैं। उन सभी अध्ययनों की कूल अवधि 39 वर्ष है। दो बाहरी व्यक्तियों, 1965 में पॉली और 1988 में सोई के निष्कर्ष छोड़कर, दस अध्ययन बाकी हैं, जिनमें आठ देश शामिल हैं। इन दस अध्ययनों में बताये गये प्रसार के आँकड़ों की सीमा, 1:11,900 से 1:45,000 पुरुष से महिला (MtF) और 1:30,400

ⁱⁱⁱ **Incidence**—the number of new cases arising in a given period (e.g., a year)

^{iv} **Prevalence**—the number of individuals having a condition, divided by the number of people in the general population

से 1:200,000 महिला से पुरुष (FtM) है। कुछ विद्वानों की राय है कि प्रसार, शोध में इस्तेमाल की गयी पद्धति के आधार से बहुत अधिक है (e.g., Olyslager & Conway, 2007)।

अध्ययनों में प्रत्यक्ष तलना करना असंभव है क्योंकि पारलैंगिक (ट्रांससेक्स्युल) के रूप में एक व्यक्ति का दस्तावेज़ीकरण (जैसे व्यक्ति ने जननांगों का प्रनिर्माण करवाया है; या हार्मोन थेरेपी करवाई है; या संक्रमण से संबंधित सेवाओं के लिये चिकित्सकीय देखरेख के लिये क्लिनिक आये थे; या नहीं) करने के लिये इस्तेमाल किये गया डेटा एकत्र करने के तरीके और उनके मानदंड अलग-अलग हैं। हाल ही में किये गये अध्ययनों में, प्रसार की उच्चतम दर का चलन संभवतः चिकित्सकीय देखभाल के लिये वाले लोगों की बढ़ती संख्या का सूचक है। इस बात को रीड और सहकर्मियों के शोध (2009) द्वारा समर्थन मिला है, जिसमें बताया गया है कि हर पाँच से छह साल में यूनाइटेड किंगडम में लैंगिक क्लीनिकों पर आने वाले व्यक्तियों की संख्या दृग्नी हो जाती है। इसी तरह, ज़्रैकेर और सहकर्मियों (2008) ने 30-साल की अवधि में उनके टोरंटो, कनाडा क्लिनिक में बच्चों और किशोरों के रेफरल्स में चार से पांच गुना वृद्धि बतायी है।

इस प्रकार के अध्ययनों से प्राप्त हर्ड संख्या को सबसे अच्छे प्रयासों से प्राप्त न्यूनतम अनुमान माना जा सकता है। ये प्रकाशित ऑकड़े ज्यादातर ऐसे क्लिनिक्स से लिये जाते हैं जहाँ मरीज़ प्रचंड लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित होने के मानदंड को पूरा करते हैं और जो उन क्लिनिक्स से स्वास्थ्य देखभाल की सूचिधा प्राप्त कर पाते हैं। इस अनुमान में वो उपचार शामिल नहीं हैं, जिन्हें किफायती, उपयोगी नहीं माना गया या जो उस क्षेत्र के लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित लोगों द्वारा स्वीकृत नहीं हैं। सिर्फ़ उन्हीं लोगों को गिनती में शामिल करके जो क्लिनिक्स पर किसी विशेष उपचार के लिये आए थे, लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित लोगों की अज्ञात संख्या को अनदेखा किया गया है।

अन्य चिकित्सीय अवलोकन, लैंगिक डिस्फोरिया के अधिक प्रसार की संभावना को समर्थन देते हैं (इन्हें अभी तक सिस्टमेटिक/ व्यवस्थित अध्ययन द्वारा दृढ़तापूर्वक समर्थन नहीं मिला है): (i) पहले-से पता नहीं लग पाये लैंगिक डिस्फोरिया की पहचान कभी-कभी तब होती है जब मरीज़ों में घबराहट, डिप्रेशन/निराशा, व्यवहार विकार, मादक द्रव्यों का सेवन, अलग-थलग रहना, व्यक्तित्व संबंधी बीमारी, यौन रोग और लैंगिक विकास संबंधी रोग दिखते हैं (Cole, O'Boyle, Emory, & Meyer III, 1997)। (ii) अपने लिंग के विपरीत पहनावे वाले लोग, ड्रैग क्वीन्स (महिला जैसा पहनावा और हाव-भाव अपनाने वाले प्रूष) / ड्रैग किंग्स (प्रूष जैसा पहनावा और हाव-भाव अपनाने वाली महिलाएँ) या महिला/पुरुष छद्मवेशी लोग, और गे और लेस्बियन में से कुछ लोग लैंगिक डिस्फोरिया का अनुभव कर सकते हैं (Bullough & Bullough, 1993) (iii) कुछ लोगों के लैंगिक डिस्फोरिया की तीव्रता चिकित्सीय सीमा से घटता-बढ़ता रहता है। (Docter, 1988) (iv) बहुत सारी संस्कृतियों में महिला से प्रूष FtM लोगों में अपने लिंग के बारे में अस्निश्चितता अपेक्षाकृत अवश्य रहती है, विशेषतौर पर पश्चिमी स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों और अनुसंधानकर्ताओं द्वारा किये गये अधिकांश अध्ययनों में, जिन पर प्रसार और व्यापकता के वर्तमान आधारित हैं (Winter, 2009)।

क्ल मिलाकर मौजूदा डेटा को शुरुआती मूददा माना जाना चाहिये, और दूनिया भर में विभिन्न स्थानों में महामारी विज्ञान पर दृढ़तापूर्वक किये गये अध्ययन से स्वास्थ्य देखभाल का हित होगा।

V. लैंगिक डिस्फोरिया के लिये चिकित्सीय दृष्टिकोण का संक्षिप्त विवरण

लैंगिक डिस्फोरिया की जानकारी और उपचार में प्रगति

20 वीं सदी के उत्तरार्ध में, लैंगिक डिस्फोरिया के बारे में जागरूकता तब बढ़ी, जब स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों ने हार्मोन थेरेपी और सर्जरी के माध्यम से प्राथमिक और द्वितीयक लैंगिक विशेषताओं और लैंगिक भूमिका में बदलाव करके लैंगिक डिस्फोरिया को कम करने में सहायता करना शुरू किया। हालाँकि हैरी बेंजामिन लैंगिक असुनिश्चिता की विस्तारपूर्वक पुष्टि पहले ही कर चुके थे (Benjamin, 1996) कि प्रारम्भिक नैदानिक दृष्टिकोण विस्तार से पहले यह समझने पर ध्यान केंद्रित करता है कि पुरुष से महिला बनाने या महिला से पुरुष बनाने के लिंग रूपांतरण द्वारा अधिकतम शारीरिक परिवर्तन की संभावना के लिये उपयुक्त उम्मीदवार कौन है (e.g., Green & Fleming, 1990; Hastings, 1974)। इस दृष्टिकोण का बड़े पैमाने पर मूल्यांकन किया गया था और यह अत्यधिक प्रभावकारी सिद्ध किया गया हआ। संतुष्टि का स्तर पुरुष से महिला MtF में 87% से महिला से पुरुष FtM में 97% (Green & Fleming, 1990), और असंतुष्ट/पछताने वाले लोगों का स्तर बहुत कम है (पुरुष से महिला MtF में 1-1.5% से महिला से पुरुष FtM में 1% से कम; Pfafflin, 1993)। निस्संदेह, हार्मोन थेरेपी और सर्जरी को कई लोगों में लैंगिक डिस्फोरिया कम करने के लिये चिकित्सीय रूप से आवश्यक पाया गया है (American Medical Association, 2008; Anton, 2009; The World Professional Association for Transgender Health, 2008)।

जैसे इस क्षेत्र की जानकारी बढ़ी, स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों ने माना कि जहाँ कुछ व्यक्तियों को अपना लैंगिक डिस्फोरिया कम करने के लिये हार्मोन थेरेपी और सर्जरी, दोनों की आवश्यकता होती है, वहाँ अन्य कुछ को इनमें से सिर्फ़ एक ही उपचार की आवश्यकता होती है और कुछ व्यक्तियों को इनमें से किसी की भी ज़रूरत नहीं होती (Bockting & Goldberg, 2006; Bockting, 2008; Lev, 2004)।

अक्सर मनोचिकित्सा की मदद से, कुछ व्यक्ति उनकी ट्रांस- या क्रॉस-जैंडर भावनाओं को उनके जन्म के समय निर्धारित लैंगिक भूमिका के साथ एकीकृत कर लेते हैं और उन्हें अपने शरीर को जनाना या मर्दाना बनवाने की आवश्यकता महसूस नहीं होती। अन्य कुछ के लिये लैंगिक भूमिका और अभिव्यक्ति में बदलाव लैंगिक डिस्फोरिया को कम करने के लिये पर्याप्त होता है। कुछ मरीज़ों को लैंगिक भूमिका में संभव परिवर्तन लाने के लिये हार्मोन्स की ज़रूरत होती है, पर सर्जरी की नहीं; अन्य कुछ मरीज़ों को लैंगिक भूमिका में संभव परिवर्तन लाने के लिये सर्जरी की ज़रूरत होती है, हार्मोन्स की नहीं। दूसरे शब्दों में, लैंगिक डिस्फोरिया का उपचार अब ज़्यादा व्यक्तिगत बन गया है।

जबकि पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंगी (ट्रांसजैंडर) या लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोगों की एक पीढ़ी अपने विकास की पराकाष्ठा प्राप्त कर चुकी है, उनमें से काफी लोगों को इन विभिन्न चिकित्सकीय पद्धतियों से फायदा हआ है- वे अब एक समुदाय के रूप में ज़्यादा दिखने लगे हैं और अपनी लैंगिक पहचान, भूमिका और अभिव्यक्ति में काफी विविधता प्रदर्शित करते हैं। कुछ व्यक्ति अपने आप को लिंग के बारे में असुनिश्चित नहीं मानते परन्तु वे सुस्पष्ट रूप से विपरीत लिंग के होते हैं (जैसे दूसरे लिंग के सदस्य; Bockting, 2008)। कुछ व्यक्ति अपनी विशिष्ट लैंगिक पहचान की पुष्टि करते हुए स्वयं को अब पुरुष या महिला नहीं मानते हैं (Bornstein, 1994; Kimberly, 1997; Stone, 1991; Warren, 1993)। बल्कि वे अपनी लैंगिक पहचान को विशेष शब्दों में जैसे ट्रांसजैंडर/विपरीत लिंगी, बाइजैंडर/उभयलिंगी या

जेंडर क्वियर बताते हैं, जिसकी पुष्टि उनके विशिष्ट अनुभवों से होती है जो केवल पुरुष/महिला वाली लैंगिकता की दोहरी समझ से परे हो सकती है (Bockting, 2008; Ekins & King, 2006; Nestle, Wilchins, & Howell, 2002)। हो सकता है कि उन्हें उनकी पहचान ज़ाहिर करने की प्रक्रिया परिवर्तनशील न लगे, उनके जन्म से निर्धारित उनकी लैंगिक भूमिका को पूरी तरह नहीं अपनाया हो, या क्योंकि वे अपनी लैंगिक पहचान, भूमिका और अभिव्यक्ति को इस तरह से साकार करते हैं कि उसमें एक लैंगिक भूमिका से दूसरी में परिवर्तन करना शामिल नहीं होता। उदाहरण के लिये जेंडर क्वियर के रूप में अपनी पहचान रखने वाले कुछ युवा उनकी लैंगिक पहचान और भूमिका को हमेशा उसी (जेंडर क्वियर) रूप में अनुभव करते हैं। अधिकतम सार्वजनिक दृश्यता और लैंगिक विविधता के बारे में जागरूकता ने (Feinberg, 1996) लैंगिक डिस्फोरिया का अनुभव कर रहे व्यक्तियों के लिये एक सहज पहचान और लैंगिक भूमिका खोजने और अभिव्यक्ति को साकार करने के विकल्पों को और भी आगे बढ़ा दिया है।

स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी, लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित लोगों की उनकी लैंगिक पहचान की पुष्टि करने, उस पहचान की अभिव्यक्ति के लिये विभिन्न विकल्पों का पता लगाने, और लैंगिक डिस्फोरिया कम करने के लिये चिकित्सकीय उपचार के विकल्पों के बारे में पता लगाने में सहायता कर सकते हैं।

लैंगिक डिस्फोरिया के मनोवैज्ञानिक और चिकित्सकीय उपचार के लिये विकल्प

लैंगिक डिस्फोरिया का इलाज ढूँढ रहे व्यक्तियों के लिये चिकित्सकीय उपचारों के बहुत सारे विकल्पों के बारे में सोचा जा सकता है। इस्तेमाल किये जाने वाले उपचारों की संख्या और प्रकार और क्रम, प्रत्येक व्यक्ति में अलग होता है (e.g., Bockting, Knudson, & Goldberg, 2006; Bolin, 1994; Rachlin, 1999; Rachlin, Green, & Lombardi, 2008; Rachlin, Hansbury, & Pardo, 2010)।

उपचार के विकल्पों में निम्नलिखित शामिल हैं:

- लैंगिक अभिव्यक्ति और भूमिका में परिवर्तन (इसमें व्यक्ति का अपनी लैंगिक पहचान के साथ, दूसरी लैंगिक भूमिका में थोड़े समय या पूरे समय के लिये जीना शामिल है)
- शरीर को जनाना या मर्दाना बनाने के लिये हार्मोन थेरेपी
- प्राथमिक और/या द्वितीयक यौन विशेषताओं को बदलने के लिये सर्जरी (जैसे, स्तन/ छाती, बाहरी और/या आंतरिक जननांग, चेहरे की विशेषतायें, शारीरिक आकृति);
- लैंगिक पहचान, भूमिका और अभिव्यक्ति का पता लगाने; लैंगिक डिस्फोरिया और लांछनों के मानसिक स्वास्थ्य पर नकारात्मक प्रभावों को सुलझाने; अंदरुनी ट्रांसफोबिया को कम करने; सामाजिक और परिचितों के समर्थन को बढ़ाने; शारीरिक छवि को सुधारने; या लचीलेपन को बढ़ावा देने; जैसे उद्देश्यों के लिये साइकोथेरेपी/ मनोचिकित्सा (व्यक्तिगत, दम्पति, पारिवारिक या सामूहिक)

लैंगिक अभिव्यक्ति में सामाजिक सहायता के लिये विकल्प और परिवर्तन

ऊपर बताये गये, मनोवैज्ञानिक और चिकित्सा उपचार के विकल्पों के अलावा (या एक विकल्प के रूप में), लैंगिक डिस्फोरिया को कम करने में मदद करने के लिये अन्य विकल्पों पर विचार किया जा सकता है, उदाहरण के लिये :

- वैयक्तिक रूप से और ऑनलाइन साथियों के समर्थन देने वाले संसाधन, समूह या सामुदायिक संगठन जो सामाजिक समर्थन और वकालत/तरफदारी करने के अवसर प्रदान करें;
- परिवारों और दोस्तों के लिये वैयक्तिक रूप से और ऑनलाइन समर्थन देने वाले संसाधन;
- वॉयस और कम्युनिकेशन थेरेपी से व्यक्तियों में मौखिक और अमौखिक कम्युनिकेशन स्किल्स/ अपने विचारों को व्यक्त करने के कौशल को विकसित करने में मदद करना, जो उन्हें उनकी लैंगिक पहचान के साथ सहज बनाये;
- इलेक्ट्रोलिसिस, लेजर उपचार, या वैक्सिंग के माध्यम से बाल हटाना/वैक्सिंग करना
- स्तनों की/ब्रेस्ट बाइडिंग या पैडिंग करवाना, जननांग लिपटवाना/बिंदवाना, या कृत्रिम शिशन लगवाना, कूलहों या नितंबों की पैडिंग करवाना;
- पहचान के दस्तावेजों पर नाम और लिंग बदलवाना

VI. लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित बच्चों और किशोरों का मूल्यांकन और उपचार

बच्चों, किशोरों और वयस्कों में लैंगिक डिस्फोरिया की प्रक्रिया, विकसित होने के तरीके और इलाज के तरीकों में बहुत अंतर है। बच्चों और किशोरों में एक तेज और आकस्मिक विकास प्रक्रिया (शारीरिक, मानसिक और यौन) होती है और परिणामों में बहुत अंतर और परिवर्तन पाये जाते हैं, विशेषतौर पर पूर्व किशोरावस्था वाले बच्चों में।

इसलिये, *SOC* का यह सेक्शन, लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित बच्चों और किशोरों के मूल्यांकन और उपचार के लिये विशिष्ट नैदानिक दिशा निर्देश प्रदान करता है।

लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित बच्चों और किशोरों में अंतर

लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित बच्चों और किशोरों में एक महतवपूर्ण अंतर इस अनुपात में होता है कि किसको डिस्फोरिया व्यस्कता तक बना रहता है। बचपन में होने वाले लैंगिक डिस्फोरिया का व्यस्कता तक बना रहना अनिवार्य नहीं होता।^v बल्कि, लैंगिक डिस्फोरिया के आकलन के लिये क्लीनिक में भेजे जाने वाले, पूर्व किशोरावस्था के बच्चों (मुख्य रूप से लड़कों) के अनुवर्ती/फॉलो अप अध्ययन में, केवल 6-23%

^v Gender nonconforming behaviors in children may continue into adulthood, but such behaviors are not necessarily indicative of gender dysphoria and a need for treatment. As described in section III, gender dysphoria is not synonymous with diversity in gender expression.

बच्चों में डिस्फोरिया वयस्कता तक कायम रहा है (Cohen-Kettenis, 2001; Zucker & Bradley, 1995)। इन अध्ययनों में लड़कों की वयस्कता में विपरीतलिंगी/ ट्रांसजेंडर पहचान की जगह समलैंगिक पहचान होने की संभावना अधिक थी (Green, 1987; Money & Russo, 1979; Zucker & Bradley, 1995; Zuger, 1984)। नये अध्ययनों से, लड़कियों में भी वयस्कता में लैंगिक डिस्फोरिया की 12-27% दर का पता चला है (Drummond, Bradley, Peterson-Badali, & Zucker, 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008)।

इसके विपरीत किशोरों में लैंगिक डिस्फोरिया के वयस्कता में बने रहने की दर बहुत ज्यादा है। कोई औपचारिक संभावित अध्ययन मौजूद नहीं है। हालाँकि, उन 70 किशोरों के एक फॉलो-अप/अनुवर्ती अध्ययन में, जो लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित थे और जिन्हें यौवन रोकने के लिये हार्मोन्स दिये गये थे, जनाना/मर्दाना बनाने की हार्मोन थेरेपी शुरू करने से, सभी में उनके सही लिंग रूपांतरण की प्रक्रिया जारी हो गयी (de Vries, Steensma, Doreleijers, & Cohen-Kettenis, 2010)।

लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित बच्चों और किशोरों में एक दूसरा अंतर, प्रत्येक आयु वर्ग में लड़के-लड़की का अनुपात है। नैदानिक-निर्दिष्ट में, लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित 12 साल से छोटे बच्चों में लड़के/लड़की का अनुपात 6:1 से 3:1 है (Zucker, 2004)। नैदानिक-निर्दिष्ट में, लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित 12 साल से बड़े किशोरों में लड़के/लड़की का अनुपात 1:1 है (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003)।

सेक्शन IV में की गयी चर्चा और जकर और लॉरेस (2009) के अनुसार, बच्चों, किशोरों और वयस्कों में - लैंगिक डिस्फोरिया - के ऊपर महामारी विज्ञान औपचारिक अध्ययन की कमी है। दुनिया भर की विभिन्न आबादी में इसकी व्यापकता और दृढ़ता के अनुमान के बारे में अच्छी तरह पता लगाने/को परिष्कृत करने के लिये अतिरिक्त शोध करने की ज़रूरत है।

बच्चों में प्रक्रिया

दो साल की उम्र जितने छोटे बच्चे भी लैंगिक डिस्फोरिया का संकेत देने वाले लक्षण दिखा सकते हैं। हो सकता है कि वे दूसरे लिंग का होने की इच्छा जताएं और अपने शारीरिक लैंगिक विशेषताओं और कार्यों से नाखुश हो। इसके अलावा उन्हें दूसरे लिंग से संबंधित कपड़े, खिलौने और खेल पसंद आ सकते हैं और विपरीत लिंग के साथियों के साथ खेलना पसंद कर सकते हैं। इन लक्षणों में विविधता प्रतीत होती है: कुछ बच्चे अपनी प्राथमिक लैंगिक विशेषताओं के साथ लगातार और गंभीर बेचैनी सहित अत्याधिक लैंगिक असुनिश्चितता वाला व्यवहार और इच्छाएँ दिखाते हैं। अन्य बच्चों में यह लक्षण कम गंभीर होते हैं या आंशिक रूप से उपस्थित होते हैं (Cohen-Kettenis et al., 2006; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010a)।

लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित बच्चों में घबराहट और डिप्रेशन/ निराशा जैसे आंतरिक विकारों का साथ में मौजूद होना अपेक्षाकृत आम बात है (Cohen-Kettenis, Owen, Kaijser, Bradley, & Zucker, 2003; Wallien, Swaab, & Cohen-Kettenis, 2007; Zucker, Owen, Bradley, & Ameeniar, 2002)।

आम आबादी की तुलना में, चिकित्सकीय रूप से घोषित किये गये लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित बच्चों में स्वलीनता /आत्मकेंद्रित स्पेक्ट्रम विकारों का प्रसार अधिक दिखाई देता है (de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes, & Doreleijers, 2010)।

किशोरों में प्रक्रिया

अधिकतर बच्चों में लैंगिक डिस्फोरिया किशोरावस्था आने से पहले या उसकी शुरुआत में ही लुप्त हो जाता है। फिर भी, कुछ बच्चों में किशोरावस्था आते समय और उनकी द्वितीयक लैंगिक विशेषतायें विकसित होते समय, ये भावनायें तेज होती हैं और उनकी अपने शरीर के प्रति विरुचि/विमुखता विकसित होती या बढ़ती है (Cohen-Kettenis, 2001; Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003; Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Zucker & Bradley, 1995)। एक अध्ययन का डेटा बताता है कि बचपन में अत्याधिक लैंगिक असुनिश्चितता का किशोरावस्था में बाद तक और शुरुआती वयस्कता में लैंगिक डिस्फोरिया के साथ दृढ़ संबंध है (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008)। फिर भी लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित बहुत सारे किशोर और वयस्क, बचपन में लैंगिक असुनिश्चितता संबंधी व्यवहारों के बारे में नहीं बताते (Docter, 1988; Landén, Wålinder, & Lundström, 1998)। इसलिये जब किसी युवा व्यक्ति का लैंगिक डिस्फोरिया, सबसे पहले उसकी किशोरावस्था में जाहिर होता है, तो यह अन्य लोगों (माता-पिता, परिवार के अन्य सदस्यों, दोस्तों और सामुदायिक सदस्यों) के लिये हैरानी की बात होती है। जो किशोर व्यक्ति उनकी प्राथमिक और/या द्वितीयक लैंगिक विशेषताओं और उनके जन्म के समय निर्धारित लिंग और उनकी लैंगिक पहचान में अंतर महसूस करते हैं वे इसके बारे में बहुत परेशान रहते हैं। बहुत सारे किशोर व्यक्ति हार्मोन्स और सर्जरी करवाने के लिये बेहद इच्छुक होते हैं, परन्तु सभी नहीं। बढ़ती संख्या में किशोरों ने पहले से ही हाई-स्कूल में प्रवेश के साथ अपनी मनवांछित लैंगिक भूमिका में जीना शुरू कर दिया है (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003)।

लैंगिक पहचान के क्लीनिक अभ्यंतरीन वाले किशोरों में से - पूर्व चिकित्सकीय उपचार के लिये सुयोग्य माने जाने वाले किशोरों की संख्या- प्रथम टैनर स्टेजस में यौवनावस्था को दबाने के लिये GnRH एनालॉग मिलना शुरू होता है किशोरों की संख्या- विभिन्न देशों और केन्द्रों में अलग अलग है। सब क्लीनिक युवावस्था को रोकने की क्रिया प्रदान नहीं करते। यदि इस तरह का उपचार प्रदान किया जाता है तो यौवनावस्था की जिस स्टेज से किशोरों में इसकी शुरुआत की अनुमति दी है- वह टैनर स्टेज 2 से 4 के बीच में अलग अलग होती है (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006; Zucker et al., in press)। इलाज प्राप्त किये किशोरों की प्रतिशतता को स्वास्थ्य की देखभाल करने वाले संगठन, बीमा के पहलूओं, सांस्कृतिक मतभेद, स्वास्थ्य पेशेवरों की राय, और विभिन्न व्यवस्थाओं में प्रदान की जाने वाली नैदानिक प्रक्रियाओं; द्वारा प्रभावित होने की संभावना हैं।

अनुभवहीन चिकित्सक लैंगिक डिस्फोरिया के संकेतों को भ्रम समझने की गलती कर सकते हैं। प्रक्रिया के अनुसार, लैंगिक डिस्फोरिया की उपस्थिति और भ्रम या अन्य मानसिक लक्षणों की उपस्थिति के बीच गुणात्मक अंतर होता है। लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित बच्चों और किशोरों की काफी तादाद ऐसे मानसिक विकारों के रूप में अंतर्निहित गंभीर मानसिक बीमारी से पीड़ित नहीं है (Steensma, Biemond, de Boer, & Cohen-Kettenis, published online ahead of print January 7, 2011)।

लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित किशोरों में अंदरुनी बीमारियों जैसे घबराहट और डिप्रेशन/ निराशा और/या बाहरी रोग जैसे आपोज़ीशनल उद्दंड विकार का साथ मौजूद होना बहुत सामान्य बात है (de Vries et al., 2010)। किशोरों की आम आबादी की तुलना में, चिकित्स्कीय रूप से घोषित किये गये लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित किशोरों में स्वलीनता/आत्मकेंद्रित स्पेक्ट्रम विकारों का अधिक प्रसार देखा जाता है (de Vries et al., 2010)

लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित बच्चों या किशोरों के साथ कार्य करने वाले मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों की योग्यता

लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित बच्चों या किशोरों का आकलन करने वाले, उनको प्रस्तुत करने वाले और उनका उपचार करने वाले मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों के लिये न्यूनतम योग्यता के निम्नलिखित सुझाव दिये गये हैं :

1. सेक्शन VII में रेखांकित, वयस्कों के साथ काम कर रहे मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों के लिये योग्यता आवश्यकताओं को पूरा करें;
2. बचपन और किशोर विकासात्मक मनोविकृतिविज्ञान में प्रशिक्षित;
3. बच्चों और किशोरों की साधारण समस्याओं के निदान और उपचार में सक्षम।

लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित बच्चों या किशोरों के साथ कार्य करने वाले मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों की भूमिका

लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित बच्चों या किशोरों के साथ कार्य करने वाले मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों की भूमिका में निम्नलिखित शामिल सकते हैं :

1. बच्चों और किशोरों में लैंगिक डिस्फोरिया का प्रत्यक्ष आकलन करें (आकलन के लिये नीचे दिये गये सामान्य निर्देशों को देखें)
2. उनकी लैंगिक पहचान का पता लगाने, उनके लैंगिक डिस्फोरिया से संबंधित तनाव को कम करने, और किसी भी अन्य मनोवैज्ञानिक समस्याओं को सुलझाने/सुधारने में बच्चों और किशोरों की सहायता करने के लिये पारिवारिक परामर्श और सहायक मनोचिकित्सा प्रदान करें।
3. बच्चों या किशोरों की किसी भी मौजूदा मानसिक स्वास्थ्य संबंधी चिंताओं का आकलन और इलाज करें । (या इलाज के लिये किसी दूसरे मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी के पास भेज दें) ऐसी चिंताओं को पूरे इलाज के एक भाग के रूप में सुलझाना चाहिये।

4. लैंगिक डिस्फोरिया कम करने के लिये किशोरों को अतिरिक्त शारीरिक उपचार (जैसे युवावस्था कम करने के लिये हार्मोन्स) के लिये आगे परामर्श के लिये भेजें। सिफारिश में लैंगिक डिस्फोरिया और मानसिक स्वास्थ्य के आकलन के दस्तावेज़ शामिल होने चाहिये, शारीरिक उपचार के लिये किशोर की योग्यता (नीचे रेखांकित किया है); मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर की उपयुक्त विशेषज्ञता, और विशिष्ट उपचार के लिये युवाओं के स्वास्थ्य और सिफारिश के लिये उपयुक्त कोई भी अन्य जानकारी।
5. लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित बच्चों, किशोरों और उनके परिवार की ओर से उनके समृदाय (जैसे, दिनभर देखभाल करने वाले केंद्रों, स्कूलों, शिविरों, अन्य संस्थाओं) को शिक्षित करें और उनका समर्थन करें। प्रमाणों की रोशनी में इस बात पर ज़ोर डालना विशेष रूप से महत्वपूर्ण है कि जो बच्चे और किशोर सामाजिक रूप से निर्धारित लैंगिक मानदंडों का पालन नहीं करते, उन्हें स्कूल में उत्पीड़न का अनुभव करना पड़ सकता है (Grossman, D'Augelli, & Salter, 2006; Grossman, D'Augelli, Howell, & Hubbard, 2006; Sausa, 2005), उन्हें सामाजिक अलगाव, डिप्रेशन और अन्य नकारात्मक परिणामों का ज़ोखिम हो सकता है (Nuttbrock et al., 2010)।
6. बच्चों, युवाओं और उनके परिवारों को जानकारी और साथियों के समर्थन के लिये सिफारिश प्रदान करें जैसे लैंगिक असुनिश्चिता वाले और विपरीत लिंगी/ ट्रांसजेंडर बच्चों के माता-पिता के लिये सहायता समूह (Gold & MacNish, 2011; Pleak, 1999; Rosenberg, 2002)।

बच्चों और किशोरों के लिये आकलन और मनोसामाजिक उपाय, अक्सर एक बहुआयामी लैंगिक पहचान की विशेष सेवा के अन्तर्गत प्रदान किये जाते हैं। यदि ऐसी बहुआयामी सेवा उपलब्ध नहीं हो, तो मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी को शारीरिक उपचारों के बारे में किसी भी निर्णय में आकलन, शिक्षा, और भागीदारी के उद्देश्य के लिये एक बाल चिकित्सा एंडोक्राइनोलॉजिस्ट के साथ परामर्श और संपर्क करने की व्यवस्था प्रदान करनी चाहिये।

बच्चों और किशोरों का मनोवैज्ञानिक आकलन

लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित बच्चों और किशोरों का आकलन करते समय मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों को मुख्यतौर पर निम्नलिखित दिशा निर्देशों का पालन करना चाहिये:

1. मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों को लैंगिक असुनिश्चिता या लैंगिक डिस्फोरिया के संकेत दर्शाने वाले व्यक्तियों को अस्वीकार नहीं करना चाहिये या उनके प्रति नकारात्मक रवैया व्यक्त नहीं करना चाहिये। अपितु उन्हें बच्चों, किशोरों, और उनके परिवारों की उपस्थित चिंताओं को स्वीकारना/ समझाना चाहिये; लैंगिक डिस्फोरिया और किसी भी मौजूदा मानसिक स्वास्थ्य संबंधी चिंताओं का पूरी तरह से आकलन करना चाहिये; और यदि आवश्यक हो तो चिकित्सीय विकल्पों के

बारे में मरीजों को और उनके परिवारों को शिक्षित करें। स्वीकृति और गोपनीयता का दिलासा, लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित बच्चों/ किशोरों और उनके परिवारों को काफी राहत दे सकता है।

2. लैंगिक डिस्फोरिया और मानसिक स्वास्थ्य के आकलन से, बच्चे या किशोर की लैंगिक पहचान की प्रकृति और विशेषताओं का पता लगाना चाहिये। एक मनोनैदानिक और मनोरोग के आकलन में- भावनात्मक कामकाज, सहकर्मी और अन्य सामाजिक रिश्तों, और बौद्धिक कार्य/स्कूल में उपलब्धि के क्षेत्रों को सम्मिलित किया जाना चाहिये। आकलन में पारिवारिक कामकाज की शक्तियों और कमजोरियों के मूल्यांकन को शामिल करना चाहिये। भावनात्मक और व्यवहारिक समस्यायें होना अपेक्षाकृत आम हैं, और एक बच्चे के या युवाओं के वातावरण में अनसुलझे मुद्दे मौजूद हो सकते हैं (de Vries, Doreleijers, Steensma, & Cohen-Kettenis, 2011; Di Ceglie & Thümmel, 2006; Wallien et al., 2007)।
3. किशोरों के लिये, आकलन अवस्था का भी युवाओं और उनके परिवारों को विभिन्न उपचारों की संभावनाओं और सीमाओं के बारे में सूचित करने के लिये इस्तेमाल किया जाना चाहिये। यह सूचित सहमति के लिये आवश्यक है, परन्तु आकलन के लिये भी महत्वपूर्ण है। जिस तरह से किशोर लिंग रूपांतरण की वास्तविक जानकारी के लिये प्रतिक्रिया देते हैं, वह नैदानिक रूप से जानकारीपूर्ण हो सकता है। सही जानकारी किसी युवा व्यक्ति की किसी उपचार के प्रति इच्छा बदल सकती है, यदि उसकी इच्छा उस उपचार की संभावनाओं के बारे में अवास्तविक उम्मीदों पर आधारित हो।

बच्चों और किशोरों के लिये सामाजिक और मनोवैज्ञानिक उपाय

लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित बच्चों और किशोरों का समर्थन और इलाज करते समय मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों को मुख्यतौर पर निम्नलिखित दिशा निर्देशों का पालन करना चाहिये:

1. मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों को, लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित बच्चों और किशोरों के परिवारों को उनकी चिंताओं को दूर करने के लिये स्वीकार्य और पोषणदायक प्रतिक्रिया देने में मदद करनी चाहिये। युवाओं के मानसिक स्वास्थ्य और कल्याण में परिवार महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं (Brill & Pepper, 2008; Lev, 2004)। यह समूदाय के साथियों और परामर्शदाताओं पर भी लागू होता है, जो सामाजिक समर्थन प्रदान करने वाले अन्य स्रोत हो सकते हैं।
2. मनोचिकित्सा का ध्यान, बच्चों या किशोरों में लैंगिक डिस्फोरिया से संबंधित तनाव को दूर करने और किसी भी अन्य मनोवैज्ञानिक समस्या को सुलझाने पर होना चाहिये। लिंग रूपांतरण करवाने वाले युवाओं के लिये, मनोचिकित्सा का ध्यान उन्हें रूपांतरण से पहले, के दौरान और बाद में समर्थन देने पर होना चाहिये। ऐसी स्थिति के लिये विभिन्न मनोनैदानिक दृष्टिकोणों के लिये कोई औपचारिक मूल्यांकन प्रकाशित नहीं किया गया है, लेकिन इसके लिये परामर्श के कई तरीके बताये गये हैं (Cohen-Kettenis, 2006; de Vries, Cohen-Kettenis, & Delemarre-van de

Waal, 2006; Di Ceglie & Thümmel, 2006; Hill, Menvielle, Sica, & Johnson, 2010; Malpas, 2011; Menvielle & Tuerk, 2002; Rosenberg, 2002; Vanderburgh, 2009; Zucker, 2006)।

व्यक्ति की लैंगिक पहचान और अभिव्यक्ति को उसके जन्म के समय निर्धारित लिंग के लिये ज़्यादा अनुकूल बनाने की कोशिश करने के लिये पहले भी उपचार किया गया है, जो सफल नहीं हो सका (Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964) (Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965)। ऐसे उपचारों को अब नैतिकपूर्ण नहीं माना जाता।

3. परिवारों को अपने बच्चे या किशोर के मनोवैज्ञानिक यौन परिणामों के बारे में अनिश्चितता और चिंता से संभालने के लिये और एक सकारात्मक आत्म अवधारणा को विकसित करने की मदद के लिये समर्थन दिया जाना चाहिये।
4. मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों को लिंग के सिर्फ़ जनाना/ मर्दाना (बाइनरी) होने की राय नहीं थोपनी चाहिये। उन्हें मरीज़ों को लैंगिक अभिव्यक्ति के लिये विभिन्न विकल्पों का पता लगाने के लिये पर्याप्त अवसर देना चाहिये। हार्मोनल या सर्जिकल उपचार कुछ किशोरों के लिये उपयुक्त होते हैं, परन्तु अन्य के लिये नहीं।
5. मरीज़ों और उनके परिवारों को मुश्किल निर्णय लेने में समर्थन मिलना चाहिये कि उन्हें उनकी लैंगिक पहचान के अनुरूप लैंगिक भूमिका व्यक्त करने की किस हद तक अनुमति है, इसके साथ-साथ उनकी लैंगिक भूमिका और संभव सामाजिक अवस्थांतर में बदलाव करने का सही समय। उदाहरण के लिये, कोई मरीज़ आंशिक सामाजिक अवस्थांतर (जैसे लैंगिक पहचान दर्शाने वाले कपड़े पहनकर और बाल बनाकर) या पूर्ण सामाजिक अवस्थांतर (जैसे लैंगिक पहचान के अनुरूप नाम और सर्वनाम का इस्तेमाल करके) से गुज़रते हए, स्कूल जा सकता है। मुश्किल मुद्दों में शामिल है कि क्या और कब मरीज़ की स्थिति के बारे में अन्य लोगों को बताना चाहिये, और मरीज़ के जीवन से जुड़े अन्य लोग कैसी प्रतिक्रिया देंगे?
6. स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों को मरीज़ों और उनके परिवारों को शिक्षकों के रूप में समर्थन देना चाहिये और समुदाय के सदस्यों और अधिकारियों जैसे शिक्षकों, स्कूल बोर्डों, और अदालतों के साथ उनकी बातचीत में उनकी तरफदारी करनी चाहिये।
7. मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों को किसी भी सामाजिक परिवर्तन या शारीरिक उपायों के दौरान लैंगिक असुनिश्चिता वाले बच्चों/किशोरों और उनके परिवारों के साथ एक विकित्सकीय रिश्ते को बनाये रखने के लिये प्रयास करना चाहिये। इससे सुनिश्चित होता है कि लैंगिक अभिव्यक्ति और लैंगिक डिस्फोरिया के उपचार के बारे में निर्णय सोच समझकर और भली-भाँति विचार कर लिया गया है। यदि कोई बच्चा या किशोर किसी मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी को दिखाये बिना पहले से ही सामाजिक रूप से लैंगिक भूमिका बदल दे, तब भी यही तर्क लागू होता है।

बचपन में सामाजिक अवस्थांतर

कुछ बच्चे कहते हैं कि वे किशोरावस्था में आने से काफी पहले ही एक अलग लैंगिक भूमिका की ओर सामाजिक अवस्थांतर करना चाहते हैं। कुछ बच्चों के लिये यह शायद उनकी लैंगिक पहचान की अभिव्यक्ति करना होता है। कुछ में यह दूसरे लोगों द्वारा डाले गये दबाव के कारण हो सकता है। परिवारों में भी भिन्नता होती है, कि किस हद तक वे अपने युवा सामाजिक अवस्थांतर की अनुमति देते हैं। कुछ परिवारों में सामाजिक अवस्थांतर बचपन के आरंभ में ही सफलता से हुआ है। यह एक विवादास्पद मुद्दा है, और इसके बारे में विभिन्न स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों की अलग अलग राय है। बचपन के दौरान लैंगिक भूमिका में पूरी तरह से परिवर्तन के आगे क्या परिणाम हो सकते हैं, इसका पूर्वानुमान लगाने के लिये वर्तमान प्रमाण अपर्याप्त हैं। जिन बच्चों ने बचपन में सामाजिक अवस्थांतर पूरा कर लिया हो, उनके साथ किये गये शोध के परिणाम भविष्य के लिये चिकित्सकीय सुझाव देने में अच्छे होंगे।

मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी, परिवारों की उनके युवा बच्चों में किसी भी लैंगिक भूमिका के परिवर्तन के समय और प्रक्रिया के बारे में निर्णय लेने में मदद कर सकते हैं। उन्हें माता पिता को जानकारी देनी चाहिये और उनके द्वारा चुने गये विशेष विकल्प के संभावित फायदों और सामने आने वाली चुनौतियों पर गौर करने में मदद करनी चाहिये। इस संदर्भ में बचपन में लैंगिक डिस्फोरिया की अपेक्षाकृत कम दर होने की उपर की गयी चर्चा उपयुक्त है (Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008)। अपनी मौलिक लैंगिक भूमिका में वापिस जाना बहुत तनावपूर्ण हो सकता है और यहाँ तक कि उसका परिणाम बच्चे की दूसरी सामाजिक अवस्थांतर को स्थगित कर सकता है (Steenisma & Cohen-Kettenis, 2011)। इन्हीं कारणों से, माता पिता लैंगिक भूमिका के इस परिवर्तन को दूसरी लैंगिक भूमिका में रहने की खोज की तरह सामने रखना चाहते हैं, ना कि एक अपरिवर्तनीय स्थिति के रूप में। मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी समाधान या समझौते (जैसे, सिर्फ़ छुट्टियों में) के बीच में सम्भावनाओं की पहचान करने में माता पिता की सहायता कर सकते हैं। यह भी महत्वपूर्ण है कि माता-पिता अपने बच्चे को स्पष्ट रूप से बता दें कि वापिस आने का तरीका है।

एक परिवार के अवस्थांतर संबंधित निर्णयों (समय, सीमा) के बावजूद, पेशेवरों को परामर्श और समर्थन ज़रूर देते रहना चाहिये, क्योंकि वे विकल्पों और निष्कर्षों के माध्यम से काम करते हैं। यदि माता-पिता अपने बच्चे को लैंगिक भूमिका में परिवर्तन करने की अनुमति नहीं देना चाहते तो उन्हें अपने बच्चे की ज़रूरतों को संवेदनशील और पोषण-पूर्ण तरीके से पूरा करने में सहायता के लिये, परामर्श देने की आवश्यकता हो सकती है, उन्हें सुनिश्चित करना चाहिये कि बच्चे के लिये सुरक्षित वातावरण में उसकी लैंगिक भावनाओं और व्यवहार को खुलकर जीने की पर्याप्त संभावनायें हों। यदि माता पिता अपने छोटे बच्चों को उनकी लैंगिक भूमिका में परिवर्तन करने की अनुमति देते हैं, तो उन्हें अपने बच्चे के लिये सकारात्मक अनुभव की सुविधा के लिये परामर्श करने की ज़रूरत हो सकती है। उदाहरण के लिये, शायद उन्हें उपयुक्त सर्वनामों का इस्तेमाल करने, अपने अवस्थांतरित बच्चे के लिये सुरक्षित और समर्थनपूर्ण वातावरण बनाने (जैसे स्कूल में, साथियों के समूह में) और अपने बच्चे के जीवन से ज़ुड़े अन्य लोगों से बातचीत के लिये समर्थन की आवश्यकता हो सकती है। दोनों ही स्थितियों में, जब बच्चा किशोरावस्था के समीप हो, तो शारीरिक उपाय के लिये और ज़्यादा आकलन करना उपयुक्त बन जाता है।

किशोरों के लिये शारीरिक उपाय

किशोरों के लिये किसी शारीरिक उपाय के बारे में विचार करने से पहले, उपर चर्चा किये गये मनोवैज्ञानिक, परिवारिक और सामाजिक मृद्दूं पर व्यापक खोजबीन की जानी चाहिये। इस खोजबीन की अवधि स्थिति की जटिलता के आधार पर अलग अलग हो सकती है।

शारीरिक उपायों को किशोरावस्था के विकास के संदर्भ में संबोधित किया जाना चाहिये। किशोरों में कुछ व्यक्तिगत लक्षण स्थिरता और दृढ़ता से व्यक्त होते हैं और वे अपरिवर्तनमय की गलत धारणा देते हैं। किसी किशोर में लैंगिक सहमति की ओर विस्थापन प्राथमिक रूप से माता-पिता को खुश करने के लिये हो सकता है पर शायद यह ज्यादा नहीं टिकता और ना ही इससे लैंगिक डिस्फोरिया में कोई स्थायी बदलाव दिखता है (Hembree et al., 2009; Steensma et al., published online ahead of print January 7, 2011)।

किशोरों के लिये शारीरिक उपाय तीन श्रेणियों या चरणों में आते हैं (Hembree et al., 2009):

1. **पूरी तरह से प्रतिवर्ती उपाय :** इसमें एस्ट्रोजेन या टेस्टोरोस्टेरॉन के उत्पादन को दबाने के लिये GnRH एनालॉग का इस्तेमाल करना शामिल है और इसके परिणामस्वरूप किशोरावस्था से होने वाले शारीरिक परिवर्तनों में देरी होती है। जिन किशोरों को GnRH एनालॉग नहीं दिया जाता उनके लिये वैकल्पिक उपचारों में शामिल हैं, प्रोजेस्ट्रेन्स (सामान्यतौर पर मेड्रॉक्सीप्रोजेस्ट्रॉन) या अन्य दवाईयाँ (जैसे स्पाइरोनोलैक्टॉन) जो किशोरों के अंडकोष से निकलने वाले एण्ड्रोजेन के प्रभाव को कम करते हैं। मासिक धर्म को दबाने के लिये मौखिक गर्भ निरोधकों (या डिपो मेड्रॉक्सीप्रोजेस्ट्रॉन) को लगातार इस्तेमाल किया जा सकता है।
2. **आंशिक प्रतिवर्ती उपाय :** इसमें शरीर को मर्दीना या जनाना बनाने के लिये हार्मोन थेरेपी शामिल है। हार्मोन्स-प्रेरित कुछ परिवर्तनों (जैसे, एस्ट्रोजेन के कारण होने वाला गार्डनेकोमस्टिया), को उलटने के लिये पुनर्निर्माण सर्जरी की आवश्यकता होती है, जबकि कुछ परिवर्तन प्रतिवर्ती नहीं होते (जैसे, टेस्टोरोस्टेरॉन की वजह से आवाज़ भारी होना)।
3. **अपरिवर्तनीय उपाय :** ये सर्जिकल प्रक्रिया होती हैं।

पहले दो चरणों के दौरान विकल्पों को खुला रखने के लिये चरणों में की जाने वाली प्रक्रिया का सुझाव दिया जाता है। जब तक किशोरों और उनके माता पिता पहले किये गये उपचार के प्रभावों को पूरी तरह अपनाने के लिये पर्याप्त समय नहीं दिया जाये तब तक एक चरण से दूसरे में नहीं जाना चाहिये।

पूरी तरह से प्रतिवर्ती उपाय

जैसे ही किशोरों में यौवनावस्था के परिवर्तन होने शुरू हो जाते हैं, वैसे ही वे यौवन दबाने/रोकने वाले हार्मोन्स के योग्य बन जाते हैं। किशोरों और उनके माता-पिता को यौवनावस्था में देरी करने के बारे में

सूचित करने के लिये, यह सुझाव दिया जाता है कि किशोर कम से कम टैनर 2 स्टेज तक यौवनावस्था के प्रारंभ का अनुभव करें। कुछ बच्चे बहुत कम आयु (जैसे 9 वर्ष) में इस स्टेज में पहुँच जाते हैं। इस दृष्टिकोण से आकलन करने वाले अध्ययनों में उन्हीं बच्चों को शामिल किया गया है जो कम से कम 12 वर्ष की आयु के थे (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)।

दो लक्ष्य यौवनावस्था दबाने वाले हार्मोन्स के उपचार को उचित ठहराते हैं : (i) इनके इस्तेमाल से किशोरों को लैंगिक असुनिश्चिता और विकास संबंधी अन्य समस्याओं को सुलझाने के लिये ज़्यादा समय मिल जाता है; और (ii) यदि किशोर लैंगिक पुनर्निर्माण करवाना जारी रखते हैं तो इनके इस्तेमाल से परिवर्तन करने/अवस्थांतर में मुश्किल या उलटने/रद्ध करने के लिये असंभव लैंगिक विशेषताओं के विकास को रोककर, परिवर्तन/अवस्थांतर को सुगम बनाया जा सकता है।

यौवनावस्था को दबाने की प्रक्रिया कुछ वर्षों तक चलती है, जिस समय सभी हार्मोन थेरेपी को बंद करने या जनाना/मर्दीना बनाने वाले हार्मोनल आहार में परिवर्तन करने का निर्णय लिया जा सकता है। यौवनावस्था का दमन अनिवार्य रूप से सामाजिक अवस्थांतर या लैंगिक पुनर्निर्माण की ओर अग्रसर नहीं करता है।

यौवनावस्था को दबाने के हार्मोन्स के लिये मानदंड

यौवनावस्था को दबाने के हार्मोन्स लेने के लिये किशोरों को निम्नलिखित न्यूनतम मानदंडों / कसौटीयों को पूरा करना ज़रूरी है:

1. किशोर लम्बे समय से और गंभीर लैंगिक असुनिश्चितता या लैंगिक डिस्फोरिया का अनुभव कर रहा हो (चाहे छुपे या प्रकट रूप से);
2. किशोरावस्था की शुरुआत के साथ लैंगिक डिस्फोरिया उभरा हो या गंभीर हो गया हो;
3. उपचार में दखल देने वाली किसी भी मौजूदा मनोवैज्ञानिक, मेडिकल, या सामाजिक समस्या (उदाहरणार्थ, जो उपचार पालन में समझौता कर सकती हो) का समाधान हो गया हो जैसे किशोरों की स्थिति और कार्यशीलता उपचार शुरू करने के लिये स्थिर हो;
4. उपचार के लिये किशोर ने स्वयं सूचित सहमति दी हो और यदि किशोर की आयु चिकित्स्कीय रूप से सहमति देने योग्य नहीं हो तो उसके माता-पिता या अन्य देखभाल करने वाले व्यक्ति या अभिभवकों ने उपचार की सहमति दी हो और पूरे उपचार के दौरान किशोर को समर्थन देने में शामिल हों।

यौवनावस्था को दबाने के लिये आहार-नियम, निगरानी और इसमें शामिल ज़ोखिम

यौवनावस्था को दबाने के लिये पुरुष जननांगों वाले किशोरों का उपचार GnRH एनालॉग द्वारा उपचार किया जाना चाहिये, जो ल्यूटिनाइजिंग हार्मोन के साव को रोकता है जिससे टेस्टोरोस्टेरॉन के साव रुक जाता है। वैकल्पिक रूप से उनका इलाज प्रोजेस्टिन्स (जैसे कि मेड्रॉक्सीप्रोजिस्ट्रॉन) या अन्य दवाईयों से किया जा सकता है जो टेस्टोरोस्टेरॉन के साव को रोकता है और/या टेस्टोरोस्टेरॉन के कार्यों को निष्प्रभाव कर देता है। महिला जननांगों वाले किशोरों में यौवनावस्था को दबाने के लिये GnRH एनालॉग द्वारा उपचार किया जाना चाहिये, यह एस्ट्रोजन और प्रोजिस्ट्रॉन के उत्पादन को रोकता है। वैकल्पिक रूप से इनका इलाज प्रोजेस्टिन्स (जैसे कि मेड्रॉक्सीप्रोजिस्ट्रॉन) से किया जा सकता है। मासिक धर्म को दबाने के लिये मौखिक गर्भ निरोधकों (या डिपो मेड्रॉक्सीप्रोजिस्ट्रॉन) को लगातार इस्तेमाल किया जा सकता है। किशोरों के दोनों समूहों में GnRH एनालॉग सबसे ज़्यादा पसंदीदा उपचार माना जाता है (Hembree et al., 2009), परन्तु कुछ मरीज़ों के लिये इनकी अधिक कीमत एक रुकावट बन जाती है।

यौवनावस्था दबाने की प्रक्रिया के दौरान किशोर के शारीरिक विकास का बहुत ध्यान रखना चाहिये- विशेषतौर पर बाल चिकित्सा एंडोक्राइनोलॉजिस्ट द्वारा- जिससे कि आवश्यक उपचार किये जा सके (जैसे लिंग के अनुरूप समुचित कद, हड्डियों में चिकित्साजन्य निम्न खनिज घनत्व/मिनरल डैंसिटी को सुधारना) (Hembree et al., 2009)।

युवावस्था को दबाने के लिये हार्मोन्स का इस्तेमाल जल्दी शुरू करना उन्हें बाद में इस्तेमाल करने की तूलना में ज़्यादा प्रभावशाली ढंग से लैंगिक डिस्फोरिया के नकारात्मक सामाजिक और भावनात्मक परिणामों से बचा सकता है। शुरुआती किशोरावस्था में उपचार, यदि उपलब्ध हो तो, एक बाल चिकित्सक-एंडोक्राइनोलॉजिकल की सलाह के साथ किया जाना चाहिये। पुरुष जननांगों वाले उन किशोरों को जिन्हें शुरुआत में ही GnRH एनालॉग दिया जा रहा हो उन्हें सूचित करना चाहिये कि इसके परिणामस्वरूप शिश्न के परिवर्तन के लिये वैजिनोप्लास्टिक टेक्निक के लिये शिश्न के ऊतक अपर्याप्त हो सकते हैं (वैकल्पिक तकनीक, जैसे कि स्किन ग्राफ्ट या कोलोन टिशू का इस्तेमाल, उपलब्ध हैं)।

न तो यौवनावस्था को रोकना न ही यौवनावस्था को आने देना एक न्यूट्रल/तटस्थ क्रिया है। एक तरफ, यौवनावस्था के दौरान अपरिवर्तनीय माध्यमिक यौन विशेषताओं के विकास से बाद के जीवन की कार्यशीलता में समझौता किया जा सकता है और कुछ साल बीतने पर लैंगिक डिस्फोरिया का अनुभव गंभीर होता जाता है। दूसरी तरफ GnRH एनालॉग के इस्तेमाल से शरीर पर नकारात्मक प्रभावों (जैसे हड्डी बढ़ना और कद) की चिंता होती है। हालाँकि इसके सबसे पहले परिणाम (जैसे कि पिछले 10 सालों के किशोरों के आकलन से पता चला है) बहुत आशाजनक हैं (Cohen-Kettenis et al., 2011; Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006) और इसके लम्बे समय तक रहने वाले परिणामों का पता तभी चल सकता है जब पहले उपचार किये गये मरीज़ उपयुक्त आयु तक पहुँचते हैं।

आंशिक परिवर्तनीय उपाय

किशोर जनाना/मर्दाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी शुरू करवाने के लिये, विशेष रूप से अपने माता-पिता की सहमति से योग्य हो सकते हैं। बहुत सारे देशों में, 16 साल के बच्चे चिकित्सा संबंधी निर्णय लेने के लिये क्रान्ती रूप से वयस्क/योग्य होते हैं और उन्हें माता-पिता की सहमति की आवश्यकता नहीं होती। आदर्श रूप से, उपचार के निर्णय किशोरों, उनके परिवारों और उपचार करने वाली टीम के बीच में लिये जाने चाहिये।

किशोरों में हार्मोन थेरेपी के लिये इस्तेमाल किये जाने वाले लैंगिक डिस्फोरिया संबंधी आहार-नियम / परहेज, वयस्कों से काफी अलग होते हैं (Hembree et al., 2009)। युवाओं के लिये हार्मोन आहार-नियम /परहेज, किशोरावस्था के दौरान होने वाले शारीरिक, भावनात्मक और मानसिक विकास के अनुकूल अपनाये जाते हैं (Hembree et al., 2009)।

अपरिवर्तनीय उपाय

जननांगों की सर्जरी तब तक नहीं की जानी चाहिये जब तक (i) मरीज़, अपने देश के अनुसार चिकित्सकीय प्रक्रिया के लिये सहमति देने की क्रान्ती आयु का नहीं हो जाये, और (ii) मरीज़ कम से कम 12 महीने तक लगातार अपनी लैंगिक पहचान के अनुकूल लैंगिक भूमिका के साथ रहा हो। आयु की सीमा को न्यूनतम शर्त माना जाना चाहिये और इसे सक्रिय उपाय के मूलभूत संकेत के रूप में नहीं देखा जाना चाहिये।

महिला से प्रूष FtM मरीज़ों में छाती की सर्जरी पहले, विशेषतौर पर वांछित लैंगिक भूमिका में पर्याप्त समय बिताने या टेस्टरोस्टेरॉन उपचार के एक वर्ष के बाद की जा सकती है। इस क्रम का सुझाव देने के पीछे इरादा है कि किशोरों को अपरिवर्तनीय सर्जरी करवाने से पहले, अधिक मर्दाना लैंगिक भूमिका को अनुभव करने का पर्याप्त अवसर मिले और वह समाज में ज़्यादा में एडजस्ट हो सकें। हालाँकि, एक किशोर की विशिष्ट नैदानिक स्थिति के आधार पर और लैंगिक पहचान अभिव्यक्ति के लक्ष्यों के अनुसार विभिन्न तरीके उपयुक्त हो सकते हैं।

किशोरों के लिये उपचार को रोकने से होने वाले ज़ोखिम

समय पर उपचार नहीं लेने से किशोरों में लैंगिक डिस्फोरिया बढ़ सकता है और एक ऐसी उपस्थिति को भड़काने में सहयोग देता है जिससे उनके साथ दुर्व्यवहार और दोषारोपण किया जा सकता है। लिंग संबंधी दुरुपयोग का स्तर इन्होंने उपचार के दौरान मनोरोग तनाव के साथ जुड़ा हुआ है (Nuttbrock et al., 2010) युवावस्था को दबाने से रोकना और जनाना या मर्दाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी को रोकना, किशोरों के लिये न्यूट्रल/तटस्थ विकल्प नहीं हैं।

VII. मानसिक स्वास्थ्य

पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंगी (ट्रांसजॉडर), और लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोग, किसी भी कारण से मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी की सहायता ले सकते हैं। सहायता/उपचार लेने आए व्यक्ति का कारण कुछ भी हो, मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों को लैंगिक असुनिश्चिता के बारे में जानकारी होनी चाहिये, उन्हें उचित सांस्कृतिक क्षमता के साथ कार्य करना आना, और देखभाल प्रदान करने में संवेदनशीलता दिखानी चाहिये।

SOC का यह सेक्शन में हम लैंगिक डिस्फोरिया और उससे संबंधित समस्याओं के लिये सहायता लेने वाले व्यस्कों की देखभाल में मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों की भूमिका पर ध्यान देता है। लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित बच्चों, किशोरों और उनके परिवारों के लिये काम करने वाले पेशेवर/कर्मियों को परामर्श के लिये सेक्शन VI देखना चाहिये।

लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित व्यस्कों के लिये काम करने वाले मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मियों की योग्यता

लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित व्यस्कों के साथ काम करने वाले सक्षम मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों का प्रशिक्षण बूनियादी आम नैदानिक क्षमता के मूल्यांकन, निदान और उपचार पर टिका होता है।

क्लीनिकल/नैदानिक प्रशिक्षण किसी भी ऐसे विषय में हो सकता है जो मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों को नैदानिक प्रक्रियाओं जैसे मनोविज्ञान, मनोरोग विज्ञान, सामाजिक कार्य, मानसिक स्वास्थ्य पर परामर्श, शादी और पारिवारिक चिकित्सा, नर्सिंग या पारिवारिक दवा के साथ व्यवहारिक स्वास्थ्य और परामर्श में विशेष प्रशिक्षण के साथ तैयार करता हो। लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित व्यस्कों के साथ काम करने वाले मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों में कम से कम निम्नलिखित योग्यताएं होने का सङ्गाव दिया गया है :

1. नैदानिक व्यवहारात्मक विज्ञान के क्षेत्र में मास्टर डिग्री या इसके समकक्ष। यह डिग्री, या इससे अधिक एडवांस डिग्री, उचित राष्ट्रीय या क्षेत्रीय मान्यता प्राप्त बोर्ड से मान्यता प्राप्त किसी संस्थान द्वारा प्रदान की जानी चाहिये। मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी के पास एक उपयुक्त लाइसेंस बोर्ड या उसके समकक्ष संस्थान में दर्ज किये गये कागजात होने चाहिये।
2. नैदानिक प्रयोजनों के लिये डाइग्नोस्टिक स्टॉटिस्टिकल मनुअल ऑफ मैटल डिसऑर्स और/या इंटरनेशनल क्लॉसिफिकेशन ऑफ डिसीज़स का उपयोग करने में सक्षम।
3. मानसिक स्वास्थ्य संबंधी सह-मौजूदा समस्याओं को पहचानने और निदान करने और लैंगिक डिस्फोरिया से इनमें अंतर समझने की योग्यता
4. मनोचिकित्सा या परामर्श पर किसी के निरीक्षण के अंतर्गत प्राप्त प्रशिक्षण और क्षमता के कागजात
5. लैंगिक असुनिश्चिता की पहचान और अभिव्यक्ति और लैंगिक डिस्फोरिया के आकलन और उपचार के बारे में जानकार हो
6. लैंगिक डिस्फोरिया के आकलन और उपचार के बारे में निरंतर पढ़ता हो। इसमें उपयुक्त प्रोफेशनल मीटिंग्स, वर्कशॉप्स या सेमिनार्स में भाग लेना; अच्छे अनुभव वाले मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी

के अंतर्गत काम करना, या लैंगिक असुनिश्चिता और लैंगिक डिस्फोरिया से संबंधित शोध में भाग लेना शामिल हो सकता है।

ऊपर बतायी गयी न्यूनतम योग्यताओं के अलावा, सुझाव दिया गया है कि मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी पारलैंगिक, विपरीत लिंग प्रदर्शक/विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर), और लैंगिक असुनिश्चिता वाले मरीज़ों के साथ अपने काम को सुविधाजनक बनाने के लिये सांस्कृतिक क्षमता विकसित करें और बनाये रखें। इसमें, उदाहरण के लिये वर्तमान समूदाय, इन मरीज़ों और उनके परिवारों के लिये उपयुक्त समर्थन और सामाजिक नीतियों से संबंधित मूद्दों के बारे में जानकार होना शामिल है। इसके अलावा, लैंगिकता, यौन स्वास्थ्य संबंधी समस्यायें और यौन रोगों के आकलन और उपचार के बारे में जानकारी को प्राथमिकता दी जाती है।

नये मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों (उनके प्रशिक्षण के स्तर और अन्य अनुभव का ध्यान किये बिना) को लैंगिक डिस्फोरिया के आकलन और उपचार में अच्छी योग्यता वाले अनुभवी मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी के अंतर्गत काम करना चाहिये।

लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित व्यस्कों के लिये काम करने वाले मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मियों के कार्य

मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी पारलैंगिक, विपरीत लिंग प्रदर्शक/विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर), लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोगों और उनके परिवारों की, उनकी ज़रूरत के आधार पर बहुत सारे तरीकों से सेवा कर सकते हैं। उदाहरण के लिये मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी एक मनोचिकित्सक, परामर्शदाता, या परिवार के चिकित्सक, या एक निदान / आकलन करने वाले व्यक्ति, समर्थन देने वाले, या शिक्षक के रूप में सेवा कर सकते हैं।

मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी को मरीज़ की पेशेवर सहायता मांगने के कारण का पता करना चाहिये। उदाहरण के लिये मरीज़ निम्नलिखित में से किसी भी संयोजित स्वास्थ्य देखभाल संबंधी सेवाओं के लिये आ सकता है : लैंगिक पहचान और अभिव्यक्ति का पता लगाने या अपनी वास्तविक लैंगिकता के साथ खुलकर सामने आने/कमिंग आउट की प्रक्रिया को सुविधाजनक बनाने के लिये मनोचिकित्सकीय सहायता; जनाना/मर्दाना बनाने वाले चिकित्सकीय उपायों का आलकन करने और उनके बारे में परामर्श लेने; परिवार के सदस्यों (पार्टनर्स, बच्चों, विस्तारित परिवार) के लिये मनोवैज्ञानिक समर्थन; लैंगिक चिंताओं से असंबद्ध मनोचिकित्सा; या अन्य पेशेवर सेवायें।

नीचे मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों के लिये कुछ सामान्य कार्य निर्देश दिये गये हैं जिन्हें वे लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित व्यस्कों के लिये काम करते समय पूरा कर सकते हैं ।

आकलन और परामर्श से संबंधित कार्य

1. लैंगिक डिस्फोरिया का आकलन करना

मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी, मरीज़ों के मनोसामाजिक समायोजन के संदर्भ में उनमें लैंगिक डिस्फोरिया का आकलन करते हैं (Bockting et al., 2006; Lev, 2004, 2009) आकलन में शामिल हैं, कम से कम, लैंगिक पहचान और लैंगिक डिस्फोरिया का आकलन, लैंगिक डिस्फोरिया की भावनायें आने का इतिहास और विकास; मानसिक स्वास्थ्य पर लैंगिक असुनिश्चिता से जुड़े लांछनों का प्रभाव; और परिवार, दोस्तों और परिचितों के समर्थन की उपलब्धता (उदाहरण के लिये अन्य पारलैंगिक, विपरीत लिंग प्रदर्शक/विपरीत लिंगी, लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोगों या समूह के साथ ॲनलाइन सम्पर्क)। आकलन के परिणामस्वरूप कोई निदान नहीं, लैंगिक डिस्फोरिया के औपचारिक निदान और/या अन्य निदान हो सकते हैं जिससे मरीज़ के स्वास्थ्य और मनोसामाजिक समायोजन से संबंधित अन्य पहलूओं के बारे में पता चले। मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों की भूमिका में, इस बात को उचित प्रकार से सुनिश्चित करना भी शामिल है कि लैंगिक डिस्फोरिया अन्य निदानों से माध्यमिक या अधिक महत्व का नहीं है।

उपर बतायी गयी योग्यता वाले मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी (इसके आगे जिन्हें “योग्य मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी” कहा गया है) लैंगिक डिस्फोरिया का आकलन करने के लिये सबसे अच्छी तरह से तैयार होते हैं। हालाँकि यह कार्य किसी अन्य प्रकार के स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी द्वारा भी किया जा सकता है, जिन्होंने व्यवहारिक स्वास्थ्य में उचित प्रशिक्षण लिया हो और जो लैंगिक डिस्फोरिया के आकलन में सक्षम हो, विशेषतौर पर जब वह मर्दाना/जनाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी का आकलन प्रदान करने के लिये एक बहु-विषयक विशेषज्ञ टीम का हिस्सा हों। यह पेशेवर/कर्मी निर्धारित की गयी हार्मोन थेरेपी प्रदान करने वाला या प्रदान करने वाली स्वास्थ्य देखभाल संबंधी टीम का सदस्य हो सकता है।

2. लैंगिक पहचान और अभिव्यक्ति के लिये विकल्पों और संभव चिकित्सकीय उपचारों से संबंधित जानकारी प्रदान करना

मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों का एक महत्वपूर्ण कार्य, मरीज़ों को लैंगिक पहचान और अभिव्यक्ति में विविधता और लैंगिक डिस्फोरिया को कम करने के लिये उपलब्ध विकल्पों के बारे में शिक्षित करना है। मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी एक ऐसी प्रक्रिया की सुविधा दे (या परामर्श हेतु कहीं ओर भ्रेज) सकते हैं जिसमें मरीज़ इन विभिन्न विकल्पों को एक सहज लैंगिक भूमिका और अभिव्यक्ति ढूँढने और यदि आवश्यक हो, तो उपलब्ध चिकित्सा उपचारों के बारे में एक पूर्ण रूप से सूचित निर्णय लेने के लिये तैयार होने के लक्ष्य के साथ, जाँचते हैं। इस प्रक्रिया में व्यक्ति, परिवार और सामूहिक थेरेपी और/या सामुदायिक संसाधनों और दोस्तों के समर्थन प्राप्त करने के तरीकों के बारे में परामर्श देना शामिल है। पेशेवर/कर्मी और मरीज़ लैंगिक भूमिका में किसी भी परिवर्तन के दोनों अल्प और दीर्घकालिक प्रभावों, और चिकित्सकीय उपायों के उपयोग पर चर्चा करते हैं। यह प्रभाव मनोवैज्ञानिक, सामाजिक, शारीरिक, यौन, व्यावसायिक, वित्तीय और क़ानूनी हो सकते हैं (Bockting et al., 2006; Lev, 2004)।

यह कार्य करने के लिये भी एक योग्य मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी सबसे अच्छा रहता है परन्तु यह कार्य किसी अन्य प्रकार के स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी द्वारा भी किया जा सकता है, जिसने व्यवहारिक स्वास्थ्य में उचित प्रशिक्षण लिया हो और जिसे लैंगिक असुनिश्चिता की विविध पहचानों और अभिव्यक्तियों और लैंगिक डिस्फोरिया के लिये संभव चिकित्स्कीय उपचार के बारे में जानकारी हो, विशेषतौर पर जब वह मर्दाना/जनाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी की पहुँच प्रदान करने वाली एक बहु-विषयक विशेषज्ञ टीम का हिस्सा हो।

3. सह-मौजूदा मानसिक स्वास्थ्य संबंधी चिंताओं के आकलन, निदान और उपचार के लिये उपलब्ध विकल्पों पर चर्चा करना

लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित मरीज़ों को बहुत सारी मानसिक स्वास्थ्य संबंधी चिंताओं का सामना करना पड़ सकता है (Gómez-Gil, Trilla, Salamero, Godás, & Valdés, 2009; Murad et al., 2010) चाहे यह लैंगिक डिस्फोरिया और/या पुराने तनाव से संबंधित हो या नहीं। संभावित चिंताओं में घबराहट, डिप्रेशन, अपने आप को नक्सान पहुँचाना, लम्बे समय से दृव्यवहार और उपेक्षा के शिकार, कमप्लसिविटी/ बाध्यकारी होना, मादक द्रव्यों का सेवन, यौन चिंतायें, व्यक्तिगत विकार, खान-पान संबंधी विकार, मानसिक विकार और ऑटिस्टिक स्पेक्ट्रम विकार शामिल हो सकते हैं (Bockting et al., 2006; Nuttbrock et al., 2010; Robinow, 2009)। मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी को इनकी और मानसिक स्वास्थ्य से संबंधित अन्य चिंताओं की जाँच करनी चाहिये और उपचार की पूरी योजना में इन पहचानी गयी चिंताओं को शामिल करना चाहिये। ये चिंतायें तनाव का मुख्य कारण हो सकती हैं और यदि इनका उपचार नहीं किया जाये तो ये लैंगिक पहचान का पता लगाने और लैंगिक डिस्फोरिया के समाधान की प्रक्रिया को जटिल बना देती हैं (Bockting et al., 2006; Fraser, 2009a; Lev, 2009)। इन चिंताओं को सुलझाने से लैंगिक डिस्फोरिया का समाधान, लैंगिक भूमिका में संभव परिवर्तन, चिकित्स्कीय उपचार के बारे में निर्णय लेना और जीवनशैली की गृणवत्ता में सुधार करना काफी सुविधाजनक बन जाता है।

कुछ मरीज़ों में सह-मौजूदा मानसिक स्वास्थ्य संबंधी चिंताओं के लक्षणों को कम करने या इलाज करने के लिये नशीली दवाओं से लाभ हो सकता है। मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों से इसे पहचानने उम्मीद की जाती है और या तो वो स्वयं फार्माकोथेरेपी प्रदान करें या ऐसा करने के लिये किसी योग्य सहकर्मी के पास भेजें। सह-मौजूदा मानसिक स्वास्थ्य संबंधी चिंताओं की उपस्थिति से लैंगिक भूमिका के परिवर्तन या जनाना/मर्दाना बनाने के लिये हार्मोन थेरेपी या सर्जरी के उपयोग में बाधा आना अनिवार्य नहीं है; बल्कि इन चिंताओं का लैंगिक डिस्फोरिया के उपचार से पूर्व या इसके साथ समयपूर्वक अनुकूलतम उपाय करना आवश्यक है। इसके अलावा, मरीज़ों का चिकित्स्कीय उपचार के बारे में शिक्षित होने और सूचित सहमति देने की क्षमता का आकलन किया जाना चाहिये।

योग्य मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों को इन सह-मौजूदा मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं के आकलन, निदान और उपचार करने (या उपचार के लिये किसी के पास भेजने) के लिये विशेषतौर पर प्रशिक्षित किया जाता है। अन्य प्रकार के स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी जिन्होंने व्यवहारिक स्वास्थ्य में उचित प्रशिक्षण लिया हो, विशेषतौर पर जब वह मर्दाना/ जनाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी का आकलन प्रदान करने के लिये एक बहु-विषयक विशेषज्ञ टीम का हिस्सा हों, भी मानसिक स्वास्थ्य संबंधी चिंताओं की जाँच कर सकते हैं और यदि

आवश्यक हो, तो एक योग्य मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर द्वारा अच्छी तरह से आकलन और इलाज की सिफारिश कर सकते हैं।

4. यदि उपयुक्त हो, तो योग्यता का आकलन करना, तैयारी कराना और हार्मोन थेरेपी के लिये भेजना

SOC जनाना/ मर्दाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी के बारे में निर्णय लेने में मार्गदर्शन करने के लिये मापदंड/शर्तें प्रदान करते हैं (सेक्षन VIII) और एपेंडिक्स C में रेखांकित हैं) मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी हार्मोन थेरेपी के बारे में विचार कर रहे मरीज़ों को मानसिक रूप से (जैसे स्पष्ट और उचित अपेक्षाओं के साथ पूरी तरह से सूचित निर्णय लेने; पूरी उपचार योजना में शामिल सेवाओं को लेने के लिये तैयार होने; परिवार और समुदाय को यथोचित रूप में शामिल करने) और व्यावहारिक रूप से (जैसे हार्मोन के इस्तेमाल से होने वाले चिकित्सकीय मतभेदों को निष्प्रभावित करने या उनका समाधान करने के लिये चिकित्सक से जाँच कराने; निहित मनोसामाजिक प्रभावों के बारे में सोचने), दोनों प्रकार से तैयार होने में मदद कर सकते हैं। यदि मरीज़ की आयु गर्भधारण करने वाली हो तो हार्मोन थेरेपी को शुरू करने से पहले प्रजनन संबंधी विकल्प (सेक्षन IX) के बारे में बतायें।

मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों को यह समझना ज़रूरी है कि हार्मोन्स के बारे में निर्णय लेने में मरीज़ का निर्णय सबसे पहला और सर्वोपरि होता है- जैसाकि स्वास्थ्य देखभाल संबंधी सभी निर्णय होते हैं। हालाँकि मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों की यह ज़िम्मेदारी है कि वे पूर्णतया सूचित निर्णय लेने में मरीज़ों को प्रोत्साहित करें, उनका मार्गदर्शन और उनकी सहायता करें और उन्हें पूरी तरह से तैयार करें। अपने मरीज़ों के निर्णय को अच्छी तरह समर्थन देने के लिये मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों को उनके साथ कार्यशील कामकाजी संबंध रखने की और उनके बारे में पर्याप्त जानकारी होने की ज़रूरत है। मरीज़ों का, उनके लैंगिक डिस्फोरिया को कम करने के लक्ष्य के साथ और उन्हें उपयुक्त मेडिकल सेवायें देने के लिये तुरंत और ध्यानपूर्ण आकलन किया जाना चाहिये।

जनाना/मर्दाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी के लिये परामर्श

लोग जनाना/मर्दाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी से संबंधित किसी भी विषय के किसी विशेषज्ञ के पास जा सकते हैं। हालाँकि, विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर) लोगों के स्वास्थ्य की देखभाल, एक से अधिक विषयों वाला क्षेत्र है, और इसमें मरीज़ की देखभाल और परामर्श की देखभाल करने वाली पूरी टीम के बीच सामंजस्य की सिफारिश की गयी है।

हार्मोन थेरेपी को एक योग्य मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी के परामर्श से शुरू किया जा सकता है। वैकल्पिक रूप से एक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी जो व्यवहारिक स्वास्थ्य में समुचित प्रशिक्षित हो और लैंगिक डिस्फोरिया के आकलन में सक्षम हो; विशेषतौर पर मुख्य सह-मौजूदा मानसिक चिंताओं की अनुपस्थिति में और बहृ-विषयक विशेषज्ञ टीम के साथ काम करते समय, हार्मोन थेरेपी के लिये मरीज़ की योग्यता का आकलन कर सकता है, तैयार कर सकता है और उसे परामर्श दे सकता है। परामर्श देने वाले स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी को चार्ट और/या रेफरल लेटर/सिफारिशी पत्र में मरीज़ के व्यक्तिगत और उपचार के इतिहास,

प्रगति और योग्यता के बारे में कागजात प्रदान करने चाहिये। हार्मोन थेरेपी की सिफारिश करने वाले स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों को उनके निर्णय के पीछे नैतिक और कानूनी ज़िम्मेदारी के बारे में उपचार देने वाले चिकित्सक को बताना चाहिये।

जनाना/मर्दाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी के लिये भेजे गये रेफरल लेटर/सिफारिशी पत्र में निम्नलिखित जानकारी होनी चाहिये :

1. मरीज़ में दिखाई देने वाले सामान्य लक्षण;
2. मरीज़ के मनोसामाजिक आकलन का परिणाम, इसमें किये गये निदान शामिल करें;
3. सिफारिश करने वाले स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी के साथ मरीज़ के संबंध की अवधि, आकलन के प्रकार और थेरेपी और उस दिन तक किये गये परामर्श सहित;
4. यह स्पष्टीकरण कि मरीज़ हार्मोन थेरेपी के लिये योग्यता की शर्तों को पूरा करता है, और हार्मोन थेरेपी के लिये मरीज़ के अनुरोध का समर्थन करने वाले नैदानिक तर्क का एक संक्षिप्त विवरण;
5. इस बात का बयान कि मरीज़ से सूचित सहमति ली गयी है;
6. यह बयान कि भेजने वाला स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी देखभाल संबंधी किसी भी सामंजस्य के लिये उपलब्ध है और इसके लिये फोन पर करने का स्वागत करता है।

बहु-विषयक विशेषज्ञ टीम के साथ काम करने वाले प्रदाता के लिये, पत्र देना आवश्यक नहीं है; बल्कि इसकी जगह मरीज़ के चार्ट पर आकलन और सिफारिश लिखी जा सकती है।

5. यदि उपयुक्त हो, तो योग्यता का आकलन करना, तैयारी कराना और सर्जरी के लिये भेजना

SOC स्तरों/छाती की सर्जरी और जननांगों की सर्जरी के बारे में निर्णय लेने में मार्गदर्शन करने के लिये भी मापदंड/शर्तें प्रदान करते हैं (सेक्शन XI और एपेंडिक्स C में रेखांकित है) मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी सर्जरी करवाने के बारे में विचार कर रहे मरीज़ों को मानसिक रूप से (जैसे स्पष्ट और उचित अपेक्षाओं के साथ निर्णय लेने; पूरी उपचार योजना में शामिल सेवाओं को लेने के लिये तैयार होने; परिवार और समुदाय को यथोचित रूप में शामिल करने) और व्यावहारिक रूप से (उदाहरण के लिये प्रक्रिया करने के लिये सर्जन को सोचे समझे निर्णय के आधार पर चूना हो, बाद की देखभाल की व्यवस्था कर रखी हो), दोनों प्रकार से तैयार होने में मदद कर सकते हैं। यदि मरीज़ की आयु गर्भधारण करने वाली हो तो जननांगों की सर्जरी शुरू करने से पहले प्रजनन संबंधी विकल्प (सेक्शन IX) के बारे में बतायें।

SOC अन्य सर्जिकल प्रक्रियाओं के लिये मापदंड नहीं बताते, जैसे चेहरे को जनाना या मर्दाना बनाने के लिये सर्जरी; हालाँकि मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी अपने मरीज़ों को ऐसी प्रक्रिया की अवधि और खुलकर सामने आने/कमिंग आउट या अवस्थांतर की पूरी प्रक्रिया से संबंधित प्रभावों के बारे में पूरी तरह से सूचित निर्णय लेने में मदद करने की एक अहम भूमिका निभा सकते हैं।

मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों को यह समझना ज़रूरी है कि सर्जरी के बारे में निर्णय लेने में मरीज़ का निर्णय सबसे पहला और सर्वोपरि होता है- जैसाकि स्वास्थ्य देखभाल संबंधी सभी निर्णय होते हैं। हालाँकि मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों की यह ज़िम्मेदारी है कि वे पूर्णतया सूचित निर्णय लेने में मरीज़ों को प्रोत्साहित करें, उनका मार्गदर्शन और उनकी सहायता करें और उन्हें पूरी तरह से तैयार करें। अपने

मरीज़ों के निर्णय को अच्छी तरह समर्थन देने के लिये मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों को उनके साथ कार्यशील कामकाजी संबंध रखने की और उनके बारे में पर्याप्त जानकारी होने की ज़रूरत है। मरीज़ों का, उनके लैंगिक डिस्फोरिया को कम करने के लक्ष्य के साथ और उन्हें उपयुक्त मेडिकल सेवायें देने के लिये तुरंत और ध्यानपूर्ण आकलन किया जाना चाहिये।

सर्जरी के लिये परामर्श

लैंगिक डिस्फोरिया के लिये सर्जिकल उपचार एक योग्य मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी के परामर्श से (एक या दो, सर्जरी के प्रकार के आधार पर) शुरू किया जा सकता है। मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी चार्ट और/या रेफरल लेटर/सिफारिशी पत्र में मरीज़ के व्यक्तिगत और उपचार के इतिहास, प्रगति और योग्यता के बारे में कागजात/जानकारी प्रदान करता है। सर्जरी का परामर्श देने वाले मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों को उनके निर्णय के पीछे नैतिक और कानूनी ज़िम्मेदारी के बारे में सर्जन को बताना चाहिये।

- स्तनों/छाती की सर्जरी (जैसे, स्तन मॅस्टेक्टमी [सर्जरी द्वारा एक या दोनों स्तनों को निकलना], छाती के पुनर्निर्माण, या वृद्धि करवाने के लिये मैमोप्लास्टी) के लिये एक योग्य मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी से एक सिफारिश/सुझाव की आवश्यकता होती है।
- जननांगों की सर्जरी (जैसे गर्भाशय/फैलोपियन ट्यूब-ओवरी(अंडाशयों) को निकलवाने की सर्जरी, अंडकोषों को निकलवाने की सर्जरी, जननांगों के पुनर्निर्माण की सर्जरी) के लिये, योग्य मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों की जिन्होंने व्यक्तिगत रूप से मरीज़ का आकलन किया हो - से दो सिफारिशों की आवश्यकता होती है। यदि पहली सिफारिश मरीज़ के मनोचिकित्सक की है तो दूसरी सिफारिश उस व्यक्ति की होनी चाहिये जिसने मरीज़ का सिर्फ आकलन किया हो। दो अलग-अलग पत्र या दोनों के हस्ताक्षर वाला एक ही पत्र भेजा जा सकता है (जैसे यदि दोनों एक ही क्लीनिक में काम करते हो)। प्रत्येक रेफरल लेटर/ सिफारिशी पत्र में, हालाँकि, नीचे दिये गये समान विषयों को ही सम्मिलित करने की अपेक्षा है।
- ध्यान दें कि लैंगिक डिस्फोरिया से असंबंधित या अन्य नैदानिक कारणों से की जाने वाली गर्भाशय/फैलोपियन ट्यूब-ओवरी(अंडाशयों) को निकलवाने की सर्जरी, अंडकोषों को निकलवाने की सर्जरी के लिये किसी पत्र की आवश्यकता नहीं होती।

सर्जरी के लिये भेजे गये रेफरल लेटर/सिफारिशी पत्र में निम्नलिखित जानकारी होनी चाहिये :

1. मरीज़ में दिखाई देने वाले सामान्य लक्षण;
2. मरीज़ के मनोवैज्ञानिक आकलन का परिणाम, इसमें किये गये निदान शामिल करें;
3. सिफारिश करने वाले स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी के साथ मरीज़ के संबंध की अवधि, आकलन के प्रकार और थेरेपी और उस दिन तक किये गये परामर्श सहित;
4. यह स्पष्टीकरण कि मरीज़ सर्जरी के लिये योग्यता की शर्तों को पूरा करता है, और सर्जरी के लिये मरीज़ के अनुरोध का समर्थन करने के लिये नैदानिक तर्क का एक संक्षिप्त विवरण;
5. इस बात का बयान कि मरीज़ से सूचित सहमति ली गयी है;

6. यह बयान कि भेजने वाला स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी देखभाल संबंधी किसी भी सामंजस्य के लिये उपलब्ध है और इसके लिये फोन पर बात करने का स्वागत करता है।

बहु-विषयक विशेषज्ञ टीम के साथ काम करने वाले प्रदाता के लिये, पत्र देना आवश्यक नहीं है; बल्कि इसकी जगह मरीज़ के चार्ट पर आकलन और सिफारिश लिखी जा सकती है।

हार्मोन्स देने वाले चिकित्सकों, सर्जन्स और अन्य स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों के साथ मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों के संबंध

आदर्श रूप से मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों को अपना काम करना चाहिये और समय-समय पर लैंगिक डिस्फोरिया के आकलन और उपचार में योग्य अन्य पेशेवरों/कर्मियों से मरीज़ की (मानसिक स्वास्थ्य संबंधी देखभाल और अन्य स्वास्थ्य संबंधी विषय, दोनों) प्रगति के बारे में पूछताछ और मैत्रीपूर्ण परामर्श लेना चाहिये। मरीज़ की देखभाल में शामिल पेशेवरों/कर्मियों के बीच संबंधों में सहयोगात्मक समन्वय रहना चाहिये, और आवश्यकतानुसार नैदानिक बातचीत होती रहनी चाहिये। ऑपरेशन के बाद की चिंताओं के परामर्श, सिफारिश और प्रबंधन के लिये स्पष्ट और निरन्तर बातचीत/सम्पर्क की आवश्यकता हो सकती है।

मनोचिकित्सा से संबंधित कार्य

मनोचिकित्सा, हार्मोन थेरेपी और सर्जरी के लिये परम आवश्यक नहीं हैं

लैंगिक डिस्फोरिया के लिये हार्मोनल और सर्जिकल उपचार के सुझाव के लिये उपर रेखांकित मानसिक स्वास्थ्य की जाँच और/या आकलन करने की आवश्यकता होती है। इसके विपरीत, मनोचिकित्सा- हालाँकि इसकी अत्यधिक सिफारिश की जाती है- की आवश्यकता नहीं होती।

SOC हार्मोन थेरेपी या सर्जरी से पहले न्यूनतम मनोचिकित्सा के सत्रों/ सेशन्स सेशन का सुझाव नहीं देते। इसके बहुमुखी कारण हैं (Lev, 2009)। पहला, न्यूनतम संख्या में सेशन करना बाधा माना जाता है, जो व्यक्तिगत विकास के वास्तविक अवसरों को हतोत्साहित करता है। दूसरा, मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/ कर्मी मरीज़ को लैंगिक पहचान, लैंगिक अभिव्यक्ति और संभव अवस्थांतरों के सभी चरणों में महत्वपूर्ण समर्थन प्रदान कर सकते हैं- न कि सिर्फ़ किसी संभव चिकित्स्कीय उपाय से पहले। तीसरा, मरीज़ों और उनके मनोचिकित्सकों की एक निर्धारित समय अवधि में एकसमान लक्ष्यों को प्राप्त करने की क्षमता अलग अलग होती है।

लिंग संबंधी चिंताओं वाले व्यक्तियों के लिये मनोचिकित्सा के लक्ष्य

मनोचिकित्सा का सामान्य लक्ष्य है, किसी व्यक्ति की समग्र मनोवैज्ञानिक खुशहाली, जीवन की गुणवत्ता, और आत्म पूर्ति/संतुष्टि को बढ़ाने के तरीकों का पता लगाना। मनोचिकित्सा का इरादा व्यक्ति की लैंगिक पहचान बदलना नहीं होता; बल्कि मनोचिकित्सा व्यक्ति की लैंगिक चिंताओं का पता लगाने और यदि लैंगिक डिस्फोरिया हो तो उसे कम करने के तरीके ढूँढ़ने में मदद कर सकती है (Bockting et al., 2006;

Bockting & Coleman, 2007; Fraser, 2009a; Lev, 2004)। आमतौर पर, व्यापक उपचार का लक्ष्य पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंग प्रदर्शक/ विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर) और लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोगों की उनके रिश्तों, शिक्षा, और काम में सफलता के लिये वास्तविक संभावना के साथ, उनकी लैंगिक पहचान की अभिव्यक्ति में लम्बे समय तक रहने वाले आराम को प्राप्त करने में मदद करना है। अतिरिक्त जानकारी के लिये, Fraser देखें (Fraser, 2009c)।

थेरेपी में व्यक्तिगत, दम्पति, पारिवारिक या सामूहिक मनोचिकित्सा शामिल हो सकती है, बाद वाली विशेषतौर पर साथियों के समर्थन को बढ़ाने के लिये महत्वपूर्ण होती है।

पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर) और लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोगों के लिये मनोचिकित्सा, लैंगिक भूमिका में परिवर्तन के लिये परामर्श और समर्थन सहित

एक सहज लैंगिक भूमिका ढूँढ़ना, सबसे पहले, मनोसामाजिक प्रक्रिया है। मनोचिकित्सा पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंग प्रदर्शक/ विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर) और लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोगों की निम्नलिखित में सहायता करने में अमूल्य हो सकती है : (i) लैंगिक पहचान और भूमिका स्पष्ट करना और पता करना (ii) व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य और व्यक्तिगत विकास पर लांछन और विशिष्ट तनाव को सुलझाना (iii) खुलकर सामने आने/ कमिंग आउट की प्रक्रिया को सुविधाजनक बनाना (Bockting & Coleman, 2007; Devor, 2004; Lev, 2004) जिसमें कुछ व्यक्तियों की लैंगिक भूमिका की अभिव्यक्ति में परिवर्तन करना और जनाना/मर्दाना बनने के लिये चिकित्सकीय उपाय इस्तेमाल करना शामिल है।

मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी, व्यक्तियों और उनके परिवारों को समर्थन दे सकते हैं और उनमें पारस्परिक कौशल और लचीलेपन को बढ़ावा दे सकते हैं, क्योंकि वे एक ऐसी दुनिया में रहते हैं जो पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंग प्रदर्शक व्यक्ति/ विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर), लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोगों के लिये अनुकूल बनने और सम्मान देने के लिये अक्सर पूरी तरह से तैयार नहीं होती। मनोचिकित्सा, जाँच और आकलन के दौरान मालूम हर्ड किसी भी मानसिक स्वास्थ्य संबंधी चिंता (जैसे घबराहट, डिप्रेशन) को कम करने में सहायता कर सकती है।

लैंगिक भूमिका को स्थायी रूप से बदलने और लैंगिक भूमिका में सामाजिक अवस्थांतर करने का इरादा रखने वाले पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंग प्रदर्शक व्यक्ति/ विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर), लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोगों के लिये, मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी विशिष्ट लक्ष्यों और अवधि वाली व्यक्तिगत योजना के विकास की सुविधा दे सकते हैं। यद्यपि लैंगिक भूमिका में परिवर्तन करने का अनुभव प्रत्येक व्यक्ति को अलग होता है, आमतौर पर इस अनुभव के सामाजिक पहलू अक्सर शारीरिक पहलूओं से ज़्यादा चुनौतीपूर्ण होते हैं। क्योंकि लैंगिक भूमिका को बदलने के गंभीर व्यक्तिगत और सामाजिक परिणाम हो सकते हैं, ऐसा करने का निर्णय लेते समय जानकारी होनी चाहिये कि कौन सी पारिवारिक, पारस्परिक, शैक्षिक, व्यावसायिक, आर्थिक चुनौतियां सामने आने की संभावना है, जिससे कि लोग अपनी लैंगिक भूमिका में सफलतापूर्वक कार्य कर सकें।

कई पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंग प्रदर्शक व्यक्ति/ विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर) और लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोग, अपनी लैंगिक पहचान के लिये सबसे अनुकूल लैंगिक भूमिका के साथ कभी जुड़े बिना या स्वीकार किये बिना, देखभाल के लिये उपस्थित होंगे। मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी इन मरीजों की लैंगिक भूमिका में परिवर्तन के प्रभावों का पता लगाने और अनुमान लगाने, और इन परिवर्तनों को लागू करने की प्रक्रिया को तेज़ करने में मदद कर सकते हैं। मनोचिकित्सा मरीजों को अपनी लैंगिक पहचान के अनुकूल अभिव्यक्ति करने के अवसर प्रदान करती है और कुछ मरीजों में लैंगिक अभिव्यक्ति में परिवर्तन से जुड़े डरों पर काबू पाती है। अनुभव लेने और नयी भूमिका में आत्मविश्वास बनाने के लिये चिकित्सा के शुरू होने से पहले ही खतरों का अनुमान लगाया जा सकता है। परिवार और समुदाय (दोस्तों, स्कूल, कार्यस्थलों) के सामने खुलकर सामने आने/ कमिंग आउट में सहायता प्रदान की जाती है।

अन्य पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंग प्रदर्शक व्यक्ति/ विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर) और लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोग, जिन्हें जन्म के समय निर्धारित लिंग से अलग लैंगिक भूमिका में रहने का अनुभव (न्यूनतम, मध्यम, अधिकतम) मिल चुका है, देखभाल के लिये उपस्थिति होंगे। मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी इन मरीजों की संभावित चुनौतियों को पहचानने और उनका सामना करने और उनकी लैंगिक भूमिका में परिवर्तन को जाहिर करने के लिये अनुकूलतम समायोजन को बढ़ावा देने में मदद कर सकते हैं।

पारिवारिक चिकित्सा या परिवार के सदस्यों के लिये समर्थन

लैंगिक भूमिका में परिवर्तन करना और लैंगिक डिस्फोरिया के लिये चिकित्स्कीय उपचार लेने का निर्णय लेने का प्रभाव सिर्फ़ मरीजों पर ही नहीं बल्कि उनके परिवारों पर भी होता है (Emerson & Rosenfeld, 1996; Fraser, 2009a; Lev, 2004)। मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी मरीजों को उनके परिवार के सदस्यों और अन्य लोगों को उनकी लैंगिक पहचान और उपचार के निर्णय के बारे में बताने के लिये सोच समझकर निर्णय लेने में सहायता कर सकते हैं। पारिवारिक चिकित्सा में जीवनसाथी या पार्टनर के साथ काम करना शामिल है और बच्चों और मरीज़ के विस्तृत परिवार के अन्य सदस्यों के साथ भी। मरीज़ अपने संबंधों और यौन स्वास्थ्य में भी सहायता का अनुरोध कर सकते हैं। उदाहरण के लिये वे अपनी कामुकता और अंतरंगता से संबंधित चिंताओं का पता लगाना चाहते हों।

यदि नैदानिक रूप से उपयुक्त हो तो एक ही प्रदाता द्वारा, मरीज़ की व्यक्तिगत थेरेपी के एक भाग के रूप में पारिवारिक थेरेपी भी दी जा सकती है। वैकल्पिक रूप से परिवार के सदस्यों के साथ उपयुक्त विशेषज्ञ के काम करने, या साथियों के समर्थन के लिये उन्हें दूसरे थेरपिस्ट्स/ चिकित्सकों के पास भेजा जा सकता है (जैसे वैयक्तिक रूप से या पार्टनर्स या परिवारों का ऑफलाइन समर्थन)

आजीवन फॉलो-उप/अनुवर्ती देखभाल

मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी मरीजों और उनके परिवारों के जीवन के कई चरणों में उनके लिये काम कर सकते हैं। मनोचिकित्सा अलग-अलग समय और जीवन चक्र के दौरान कई मामलों में सहायक हो सकती है।

ई-थेरेपी, ऑनलाइन परामर्श, या दूर से दिया जाने वाला परामर्श

ऑनलाइन या ई-थेरेपी विशेषताएँ पर उन व्यक्तियों के लिये उपयोगी हैं जिनका मानसिक उपचार करने वाले सक्षम व्यक्ति तक पहुँचना मुश्किल होता है और जो अलगाव और लांछन का अनुभव कर रहे होते हैं (Derrig-Palumbo & Zeine, 2005; Fenichel et al., 2004; Fraser, 2009b)। पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर) और लैंगिक असुनिश्चित वाले लोगों की मनोचिकित्सा के लिये एक्सट्रॉपोलेशन/ बहिर्वेशन द्वारा, ई- थेरेपी एक उपयोगी साधन हो सकती है। ई- थेरेपी संभावित रूप से परिवर्धित, विस्तारित, रचनात्मक और अनुरूप बनाई गयी सेवाओं की डिलिवरी के लिये अवसर प्रदान करती है; हालाँकि एक विकासशील साधन होने के कारण इसमें अनापेक्षित झोखिम भी हो सकते हैं। संयुक्त राज्य अमेरिका के कुछ भागों में कुछ विषयों में टेलीमेडिसिन/दूर चिकित्सा पर दिशा निर्देश स्पष्ट हैं परन्तु सब जगह नहीं; अंतर्राष्ट्रीय स्थिति और भी कम परिभाषित है (Maheu et al., 2005)। जब तक ई- थेरेपी के इस प्रयोग पर पर्याप्त साक्ष्य आधारित डेटा उपलब्ध नहीं होता, तब तक इसके उपयोग में सावधानी रखने की सलाह दी गयी है।

ई-थेरेपी में शामिल मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों को उनके विशेष लाइसेंस बोर्ड, व्यावसायिक संघ, और देश के नियमों का पालन करने और साथ ही तेजी से विकसित हो रहे इस माध्यम से संबंधित सबसे हाल ही में आये साहित्य का भी पालन करने की सलाह दी जाती है। ई- थेरेपी से संबंधित संभावित उपयोगों, प्रक्रियाओं, और नैतिक चिंताओं का एक अधिक व्यापक विवरण प्रकाशित किया गया है (Fraser, 2009b)।

मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों के अन्य कार्य

मरीज़ की तरफ से उसके समुदाय (स्कूलों, कार्यस्थलों, अन्य संगठनों) को शिक्षित करना और मरीज़ की वकालत करना और पहचान संबंधी दस्तावेजों में बदलाव करने में मरीज़ों की सहायता करना।

पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंग प्रदर्शक व्यक्ति / विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर) और लैंगिक असुनिश्चित वाले लोग जब अपनी लैंगिक पहचान और अभिव्यक्ति को जाहिर करते हैं तब उन्हें अपनी व्यावसायिक, शिक्षा, और अन्य प्रकार की जगहों में चुनौतियों का सामना करना पड़ सकता है (Lev, 2004, 2009)। मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी लैंगिक असुनिश्चिता के बारे में इन जगह में लोगों को शिक्षित करके और अपने मरीज़ों की वकालत करके एक महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकते हैं (Currah, Juang, & Minter, 2006; Currah & Minter, 2000)। इस भूमिका में अन्य संगठनों और संस्थाओं से स्कूल के सलाहकारों, शिक्षकों और प्रशासकों, मानव संसाधन कर्मचारी, कार्मिक प्रबंधकों और नियोक्ताओं और प्रतिनिधियों के साथ परामर्श करना शामिल हो सकता है। इसके अलावा, स्वास्थ्य प्रदाताओं को मरीज़ का नाम और/या लैंगिक पहचान या पहचान संबंधी दस्तावेजों जैसे पासपोर्ट, ड्राइविंग लाइसेंस, जन्म प्रमाण पत्र, और डिप्लोमा में सहायता देने के लिये बुलाया जा सकता है।

साथियों के समर्थन के लिये सूचना और परामर्श प्रदान करना

कुछ पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंग प्रदर्शक व्यक्ति/ विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर) और लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोगों के लिये लैंगिक अभिव्यक्ति के विकल्पों के लिये साथियों के समर्थन समूह का अनुभव, किसी भी व्यक्तिगत मनोचिकित्सा की तुलना में अधिक शिक्षाप्रद हो सकता है (Rachlin, 2002)। दोनों प्रकार के अनुभव संभावित रूप से मूल्यवान हो सकते हैं और यदि संभव हो तो लैंगिक समस्याओं का सामना करने वाले सभी लोगों को सामुदायिक गतिविधियों में भाग लेने के लिये प्रोत्साहित करना चाहिये। साथियों के समर्थन और जानकारी के साधन उपलब्ध करवाये जाने चाहिये।

संस्कृति और मूल्यांकन और मनोचिकित्सा पर इसके प्रभाव

स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी दुनिया भर में अत्याधिक अलग अलग वातावरण में काम करते हैं। तनाव के रूपों को जिनके कारण किसी भी संस्कृति में लोग पेशेवर लोगों की सहायता लेते हैं, समझा जा चुका है और उन्हे लोगों द्वारा उनकी संस्कृतियों से उपजी शब्दावलियों में वर्गीकृत किया गया है (Frank & Frank, 1993)। सांस्कृतिक परिवेश भी काफी हद तक निर्धारित करते हैं कि मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी इस तरह की परिस्थितियों को किस प्रकार समझते हैं। लैंगिक पहचान और अभिव्यक्ति से संबंधित सांस्कृतिक मतभेद मरीज़ों, मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों, और स्वीकृत मनोचिकित्सा अभ्यास को प्रभावित कर सकते हैं। WPATH का मानना है कि SOC का विकास पाश्चात्य परंपरा से हुआ है और इसे अन्य सांस्कृतिक संटर्भों के आधार पर अनुकूलित करने की आवश्यकता है।

मानसिक स्वास्थ्य देखभाल संबंधित नैतिक दिशा निर्देश

मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों को उनके देश के पेशेवर नियमों के अनुसार, देश में अभ्यास करने के लिये प्रमाणित या लाइसेंस प्राप्त करने की आवश्यकता होती है (Fraser, 2009b; Pope & Vasquez, 2011)। पेशेवरों को पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर) और लैंगिक असुनिश्चिता वाले मरीज़ों के साथ अपने सभी कामों में अपने पेशेवर लाइसेंस या प्रमाणित संगठनों के नैतिक कोड का पालन करना चाहिये।

अतीत में व्यक्ति की लैंगिक पहचान और जीवंत लैंगिक अभिव्यक्ति को उसके जन्म के समय निर्धारित लिंग के समनुरूप बनाने की कोशिश में उपचार किया जाता था (Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964), जिसमें कोई सफलता नहीं मिली, विशेषतौर पर लम्बे समय के उपचार में (Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965)। ऐसे उपचारों को अब नैतिक नहीं माना जाता।

यदि मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर) और लैंगिक असुनिश्चिता वाले व्यक्तियों और उनके परिवारों के साथ काम करने में असहज या अनुभवहीन हों, तो उन्हें मरीज़ को एक योग्य प्रदाता के पास भेज देना चाहिये या कम से कम एक विशेषज्ञ सहकर्मी से परामर्श करना चाहिये। यदि कोई स्थानीय प्रदाता/प्रैक्टीशनर उपलब्ध नहीं हो, तो परामर्श टेलीहेल्थ के

तरीके के जरिये किया जा सकता है यह मानते हुए कि दूर से परामर्श लेना स्थानीय ज़रूरतों को पूरा कर रहा है।

देखभाल तक पहुँच के मुद्दे

योग्य मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी सब जगह उपलब्ध नहीं हैं; इसलिये, गुणवत्तापूर्ण देखभाल तक पहुँच सीमित हो सकती है। WPATH का लक्ष्य इस पहुँच को सुधारना है और गुणवत्तापूर्ण, ट्रांसजेंडर-विशिष्ट स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने के लिये विभिन्न विषयों के पेशेवरों को नियमित निरंतर शिक्षा के अवसर प्रदान करके प्रशिक्षित करना है। टेक्नोलॉजी का इस्तेमाल करके दूर से मानसिक स्वास्थ्य संबंधी देखभाल प्रदान करना, पहुँच को सुधारने का एक तरीका है (Fraser, 2009b)।

दुनिया भर के कई स्थानों में, स्वास्थ्य बीमा या आवश्यक देखभाल के लिये भुगतान के अन्य साधनों की कमी के कारण भी पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंग प्रदर्शक व्यक्ति/ विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर) और लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोगों के लिये स्वास्थ्य देखभाल प्राप्त करना सीमित है। WPATH स्वास्थ्य बीमा करने वाली कम्पनियों और भुगतान करने वाले अन्य संगठनों से लैंगिक डिस्फोरिया को कम करने के लिये आवश्यक चिकित्स्कीय उपचारों को कवर/बीमे से सुरक्षित करने का आग्रह करता है (American Medical Association, 2008; Anton, 2009; The World Professional Association for Transgender Health, 2008)।

जब किसी ऐसे मरीज़ से सामना हो, जो सेवाओं का तक पहुँचने में असक्षम हो, तो उसे उपलब्ध समर्थन देने वाले साथियों के संसाधनों (ऑफलाइन और ऑनलाइन) के पास भेजने का सुझाव दिया जाता है। अंत में, मरीज़ों को उनके जीवन सुधारने के लिये स्वास्थ्यपूर्ण निर्णय लेने में सहायता करने के लिये हानि कम करने वाले इंजिक्टिवों के बारे में सूचित किया जा सकता है।

VIII. हार्मोन थेरेपी

हार्मोन थेरेपी के लिये चिकित्स्कीय आवश्यकतायें

लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित बहुत सारे पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर), लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोगों के लिये, जनाना/मर्दाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी-जनाना/मर्दाना परिवर्तन प्रेरित करने के लिये एक्सोजेनस एंडोक्राइन एजेंट्स का इस्तेमाल- चिकित्स्कीय रूप से आवश्यक उपचार है (Newfield, Hart, Dibble, & Kohler, 2006; Pfäfflin & Junge, 1998)। कुछ लोगों में अधिकतम जनाना/मर्दाना परिवर्तन आते हैं जबकि अन्य कुछ लोगों में हार्मोन्स न्यूनतम करने से मौजूदा माध्यमिक सेक्स विशेषतायें कम हो जाती हैं और परिणामस्वरूप उन्हें उभयलिंगी परिवर्तन के साथ राहत का अनुभव

होता है (Factor & Rothblum, 2008)। हार्मोन थेरेपी के मनोसामाजिक परिणामों का प्रमाण संक्षेप में एपेंडिक्स D में दिया गया है।

हार्मोन थेरेपी को मरीज़ के लक्षणों, उपचार के ज्ञाखिम / लाभ के अनुपात, अन्य चिकित्सकीय स्थितियों की उपस्थिति, और सामाजिक और आर्थिक मुद्दों को ध्यान में रखते हए, अनुकूलित करना चाहिये। हार्मोन थेरेपी ऐसे मरीज़ों को महत्वपूर्ण आराम प्रदान करती है जो सामाजिक रूप से लैंगिक भूमिका में परिवर्तन नहीं करना चाहते या सर्जरी नहीं करवाना चाहते या जो ऐसा करने में असक्षम है (Meyer III, 2009)। हार्मोन थेरेपी की सलाह एक मानक के तौर पर लैंगिक डिस्फोरिया के कुछ सर्जिकल उपचारों में दी जाती है, पर सब में नहीं (देखें सेक्शन XI और एपेंडिक्स C)।

हार्मोन थेरेपी के लिये मानदंड

हार्मोन थेरेपी की शुरुआत एक मनोसामाजिक आकलन करने और एक योग्य स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी द्वारा मरीज़ को सूचित करके ली गयी सहमति के बाद की जा सकती है, जैसा कि SOC के सेक्शन VII में रेखांकित है। आकलन करने वाले मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी की तरफ से एक सिफारिश की आवश्यकता होती है, यदि आकलन इस क्षेत्र में योग्य हार्मोन प्रदाता द्वारा नहीं किया गया हो।

हार्मोन थेरेपी के लिये निम्नलिखित मानदंड हैं :

1. लगातार रहने वाला लैंगिक डिस्फोरिया, जिसके पूरे कागजात बने हए हो।
2. अच्छी तरह सोच समझकर निर्णय लेने और उपचार के लिये सहमति देने की क्षमता हो
3. अपने देश के अनुसार वयस्कता की आयु हो (यदि छोटे हो, तो सेक्शन VI में रेखांकित किये गये SOC का पालन करें)
4. यदि कोई महत्वपूर्ण चिकित्सकीय या मानसिक स्वास्थ्य संबंधी चिंतायें उपस्थित हों, तो उन्हें समुचित रूप से नियंत्रित किया गया हो।

जैसा कि SOC के सेक्शन VII में बताया गया है कि सह-मौजूदा मानसिक स्वास्थ्य संबंधी चिंताओं की उपस्थिति, आवश्यक रूप से जनाना/मर्दाना बनाने वाले हार्मोन्स के उपयोग में बाधा नहीं डालती; बल्कि इन चिंताओं का लैंगिक डिस्फोरिया के उपचार से पहले या साथ में उपचार किया जाना चाहिये।

कुछ चुनिंदा परिस्थितियों में, उन मरीज़ों को हार्मोन्स देना जो इन मानदंडों को पूरा नहीं करते स्वीकार्य हो सकता है। उदाहरण में शामिल हैं, अवैध रूप से या बिना निरीक्षण के हार्मोन के इस्तेमाल के लिये जानी मानी क्वालिटी के हार्मोन्स का इस्तेमाल करके मॉनीटर्ड थेरेपी की व्यवस्था में मदद करना या उन मरीज़ों को जिन्होंने स्वयं को उनके स्वीकार किये गये लिंग में व्यवस्थित कर लिया है और जिन्होंने पहले भी हार्मोन्स का इस्तेमाल किया है। केवल इस आधार पर कि खून में रक्त-जनित संक्रमणों जैसे HIV या हेपेटाइटिस B या C के वाइरस उपस्थित हैं हार्मोन थेरेपी की उपलब्धता या योग्यता के लिये मना करना अनैतिक होता है।

दुर्लभ मामलों में, व्यक्ति की गंभीर स्वास्थ्य स्थिति के कारण हार्मोन थेरेपी के विपरीत संकेत मिल सकते हैं। स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों को इन मरीज़ों को लैंगिक डिस्फोरिया के लिये नॉन-हार्मोनल उपचारों का उपयोग करने में सहायता करनी चाहिये। मरीज़ के बारे में अच्छी तरह से परिचित एक योग्य मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी इन स्थितियों में सबसे बढ़िया माध्यम होता है।

सूचित सहमति

जनाना/मर्दाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी के कारण अपरिवर्तनीय शारीरिक बदलाव हो सकते हैं। इसलिये, हार्मोन थेरेपी सिफ़्र उन्हें ही दी जानी चाहिये जो क्रान्ती रूप से सूचित सहमति देने में सक्षम हों। इसमें वे लोग शामिल हैं, जिन्हें कोर्ट द्वारा स्वतंत्र अवयस्क, बन्दी लोग और संज्ञानात्मक रूप से दुर्बल घोषित किया गया है जिन्हें अपने लिये चिकित्सा संबंधी निर्णय लेने के लिये योग्य माना गया है (Bockting et al., 2006)। प्रदाता को मेडिकल रिकॉर्ड में लिखना चाहिये कि पूरी जानकारी दी गयी है और हार्मोन थेरेपी के सभी उपयुक्त पहलू समझा दिये गये हैं, जिसमें संभव फायदे और ज़ोखिम और प्रजनन क्षमता पर प्रभाव शामिल है।

देखभाल के मानकों और सूचित सहमति मॉडल के प्रोटोकॉल्स के बीच संबंध

संयुक्त राज्य अमेरिका में कई सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों ने एक दृष्टिकोण पर आधारित हार्मोन चिकित्सा उपलब्ध कराने के लिये प्रोटोकॉल्स विकसित किये हैं, जिन्हें सूचित सहमति मॉडल के रूप में जाना जाने लगा है (Callen Lorde Community Health Center, 2000, 2011; Fenway Community Health Transgender Health Program, 2007; Tom Waddell Health Center, 2006)। ये प्रोटोकॉल्स WPATH के देखभाल के मानक, संस्करण 7 में प्रस्तुत किये गये दिशानिर्देशों के अनुरूप हैं। SOC फ्लेक्सिबल निर्देश हैं, ये सेवायें प्राप्त कर रहे व्यक्ति की उपचार संबंधी ज़रूरतों के अनुसार बदलाव करने की अनुमति देते हैं; और दृष्टिकोण के अनुसार प्रोटोकॉल्स और सेवायें प्रदान करने वाली व्यवस्था में बदलाव करने की अनुमति देते हैं (Ehrbar & Gorton, 2010)।

हार्मोन थेरेपी के लिये सूचित सहमति प्राप्त करना प्रदाताओं का एक महत्वपूर्ण कार्य है जो सुनिश्चित करता है कि मरीज़ हार्मोन थेरेपी के मनोवैज्ञानिक और शारीरिक लाभ और ज़ोखिम समझते हैं, और साथ ही इसके मनोसामाजिक प्रभावों को भी। हार्मोन देने वाले प्रदाताओं या हार्मोन्स का परामर्श देने वाले स्वास्थ्य पेशेवरों को लैंगिक डिस्फोरिया का आकलन करने के बारे में जानकारी और अनुभव होना चाहिये। उन्हें मरीज़ों को हार्मोन्स के विशेष फायदों, सीमाओं और ज़ोखिमों के बारे में; मरीज़ की उम्र, हार्मोन्स के साथ पिछले अनुभव और साथ में जुड़ी हुई शारीरिक या मानसिक चिंताओं को देखते हुए; सूचित करना चाहिये।

तीव्र या वर्तमान मानसिक स्वास्थ्य संबंधी समस्याओं की जाँच और समाधान करना सूचित सहमति प्राप्त करने की प्रक्रिया का महत्वपूर्ण भाग है। यह एक मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर या उपयुक्त प्रशिक्षित प्रदाता द्वारा किया जा सकता है (*SOC* का सेक्शन VII देखें)। वो ही प्रदाता या स्वास्थ्य देखभाल संबंधी टीम का कोई अन्य समुचित रूप से प्रशिक्षित सदस्य (जैसे नर्स) आवश्यकता पड़ने पर हार्मोन्स लेने के मनोसामाजिक प्रभावों का समाधान कर सकता है (जैसे, कोई मर्दाना/जनाना बनाने के प्रभाव और परिवार, मित्रों और सहकर्मियों के साथ संबंधों पर इसके संभावित प्रभाव को कैसे समझता है) यदि आवश्यकता हो तो, ये प्रदाता मनोचिकित्सा और सह-मौजूदा मानसिक स्वास्थ्य संबंधी समस्याओं जैसे घबराहट या डिप्रेशन के आकलन और उपचार के लिये सिफारिश कर सकते हैं।

सूचित सहमति मॉडल और *SOC*, संस्करण 7 में यह अंतर है कि *SOC*, लैंगिक डिस्फोरिया कम करने और लैंगिक भूमिका को बदलने और मनोसामाजिक समायोजन करने को सुविधाजनक बनाने में मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर की महत्वपूर्ण भूमिका पर बहुत ज़ोर डालता है। इसमें आवश्यकता होने पर, मानसिक स्वास्थ्य का व्यापक आकलन और मनोचिकित्सा को शामिल किया जा सकता है। सूचित सहमति मॉडल में, ध्यान एक से अधिक विषयों में, समस्या कम करने वाले वातावरण में हार्मोन थेरेपी की शुरुआत करने के लिये एक शुरुआती कदम के रूप में सूचित सहमति प्राप्त करने पर होता है। इसमें मानसिक स्वास्थ्य संबंधी देखभाल पर तब तक कम ज़ोर दिया जाता है, जब तक मरीज़ अनुरोध नहीं करें, जब तक ऐसी मानसिक स्वास्थ्य संबंधी समस्याओं का पता नहीं चलता, जिनका हार्मोन थेरेपी से पहले समाधान करना आवश्यक होता है।

हार्मोन थेरेपी के शारीरिक प्रभाव

जनाना/मर्दाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी मरीज़ की लैंगिक पहचान से अधिक अनुकूल शारीरिक परिवर्तन करती है।

- महिला से पुरुष बनने वाले मरीज़ों में निम्नलिखित शारीरिक परिवर्तन आने की संभावना होती है : आवाज़ का भारी होना, भग-शिशन का बढ़ना (अस्थिर), चेहरे और शरीर के बालों का बढ़ना, मासिक धर्म की समाप्ति, स्तन के ऊतकों का घटना, और मांसपेशियों की तुलना में शरीर की वसा के प्रतिशत का कम होना।
- पुरुष से महिला बनने वाले मरीज़ों में निम्नलिखित शारीरिक परिवर्तन आने की संभावना होती है : छाती का बढ़ना (अस्थिर), शिशन की उत्थानशीलता में कमी, वृषणों का आकार घटना, और मांसपेशियों की तुलना में शरीर की वसा के प्रतिशत का बढ़ना।

ज्यादातर शारीरिक परिवर्तन, चाहे जनाना हो या /मर्दाना दो साल की अवधि में दिखने लगते हैं। शारीरिक परिवर्तनों की मात्रा और प्रभावों का सटीक घटनाक्रम अत्याधिक अस्थिर होता है। तालिका 1a और 1b में इन शारीरिक परिवर्तनों के आने का अंदाजन समय बताया गया है।

तालिका 1a : मर्दाना बनाने वाले हार्मोन्स के प्रभाव और उनका आपेक्षित समय^a

| प्रभाव | शुरू होने का आपेक्षित समय ^b | आपेक्षित अधिकतम प्रभाव ^b |
|-------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| त्वचा का तैलीयपन/ मुँहासे | 1-6 महीने | 1-2 साल |
| चेहरे/शरीर पर बालों का बढ़ना | 3-6 महीने | 3-5 साल |
| सर की त्वचा से बालों का झड़ना | 12 महीने से ज्यादा ^c | अस्थिर |
| मांसपेशियों/ताकत का बढ़ना | 6-12 महीने | 2-5 साल ^d |
| शरीर की वसा का पुनर्वितरण | 3-6 महीने | 2-5 साल |
| मासिक धर्म की समाप्ति | 2-6 महीने | लागू नहीं होता |
| भग-शिशन का बढ़ना | 3-6 महीने | 1-2 साल |
| योनि का समाप्त होना | 3-6 महीने | 1-2 साल |
| आवाज़ का भारी होना | 3-12 महीने | 1-2 साल |

^a हेम्बर एट अल से अनुमति के साथ अनुकूलित. (2009). कॉपीराइट 2009, दि एंडोक्राइन सोसायटी

^b अनुमान प्रकाशित और अप्रकाशित नैदानिक टिप्पणियों का प्रतिनिधित्व करते हैं

^c उम्र और वंशानुक्रम पर बहुत अधिक निर्भर करता; न्यूनतम हो सकता है

^d व्यायाम की मात्रा पर काफी निर्भर है

तालिका 1b : जनाना बनाने वाले हार्मोन्स के प्रभाव और उनका आपेक्षित समय^a

| प्रभाव | शुरू होने का आपेक्षित समय ^b | आपेक्षित अधिकतम प्रभाव ^b |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| शरीर की वसा का पुनर्वितरण | 3-6 महीने | 2-5 साल |
| मांसपेशियों/ताकत का घटना | 3-6 महीने | 1-2 साल ^c |
| त्वचा का मुलायम होना/तैलीयपन घटना | 3-6 महीने | अज्ञात |
| कामेच्छा घटना | 1-3 महीने | 1-2 साल |
| शिश्न की स्वाभाविक उत्थानशीलता में कमी | 1-3 महीने | 3-6 महीने |
| पुरुष यौन द्रुष्टिक्याशीलता | अस्थिर | अस्थिर |
| स्तन का विकास | 3-6 महीने | 2-3 साल |
| वृषण का आकार घटना | 3-6 महीने | 2-3 साल |
| शुक्राणुओं का उत्पादन घटना | अस्थिर | अस्थिर |
| चेहरे और शरीर के बालों का विरल/पतला होना और कम बढ़ना | 6-12 महीने | 3 साल से ज्यादा ^d |
| पुरुष पैटर्न का गंजापन | दोबारा विकास नहीं होता, 1-3 महीने में नुकसान बंद हो जाता है | 1-2 साल |

^a हेम्बर एट अल से अनुमति के साथ अनुकूलित. (2009). कॉपीराइट 2009, दि एंडोक्राइन सोसायटी

^b अनुमान प्रकाशित और अप्रकाशित नैदानिक टिप्पणियों का प्रतिनिधित्व करते हैं

^c व्यायाम की मात्रा पर काफी निर्भर है

^d पुरुष के चेहरे और शरीर के बालों को पूरा हटाने के लिये इलेक्ट्रोलिसिस, लेजर उपचार, या दोनों की आवश्यकता होती है

शारीरिक प्रभावों की डिग्री और दर, कुछ हद तक ख़ुराक, इस्तेमाल के तरीके और इस्तेमाल किये गये उपचारों पर निर्भर करता है, जिन्हें मरीज़ के विशिष्ट चिकित्स्कीय लक्ष्यों (जैसे लैंगिक भूमिका की अभिव्यक्ति में परिवर्तन, लैंगिक पुनर्निर्माण की योजना) और चिकित्स्कीय ज़ोखिम प्रोफाईल के अनुसार चुना जाता है।

महिला से पुरुष बनने वाले (FtM) लोगों में आवाज़ भारी होने के संभावित अपवाद के साथ इसका कोई मौजूदा प्रमाण नहीं है कि हार्मोन थेरेपी की प्रतिक्रिया का उम्र, शारीरिक प्रकृति, नस्ल, या पारिवारिक बनावट के आधार पर ढढ़ता से पूर्वानुमान लगाया जा सकता है। अन्य सभी कारकों के एकसमान होते हैं, इस बात का स़ुझाव देने वाला कोई प्रमाण नहीं है कि वांछित शारीरिक परिवर्तनों को लाने के लिये हार्मोन्स देने के चिकित्स्कीय रूप से स्वीकृत कोई प्रकार या पद्धति किसी भी अन्य की तुलना में ज्यादा प्रभावशाली है।

हार्मोन थेरेपी के ज़ोखिम

सभी चिकित्सकीय उपचारों में ज़ोखिम शामिल होता है। एक गंभीर प्रतिकूल घटना की संभावना कई कारकों पर निर्भर करती हैःजैसे खूद दवाईयाँ, खुराक, दवाई देने का तरीका, और मरीज़ के नैदानिक लक्षण (आयु, साथ में अन्य रोग, पारिवारिक इतिहास, स्वास्थ्य संबंधी आदतें) इसलिये इस बात का अनुमान लगाना असंभव है कि क्या किसी मरीज़ में प्रतिकूल प्रभाव होंगे या नहीं।

पारलैंगिक, विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर), और लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोगों में जनाना/मर्दाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी से ज़ुड़े सभी ज़ोखिम तालिका 2 में संक्षेप में दिये गये हैं। प्रमाणों के स्तर के आधार पर ज़ोखिमों को निम्न प्रकार से वर्गीकृत किया गया है : (i) हार्मोन थेरेपी से ज़ोखिम बढ़ने की संभावना होती है, (ii) हार्मोन थेरेपी से कदाचित ज़ोखिम बढ़ते हैं, या (iii) ज़ोखिम बढ़ना निश्चित नहीं है या कोई ज़ोखिम नहीं बढ़ता है। आखिरी श्रेणी में वो विषय शामिल हैं जिनमें ज़ोखिम हो सकता है परन्तु उसके प्रमाण इतने कम हैं, कि किसी भी स्पष्ट निष्कर्ष पर नहीं पहुँचा जा सकता।

इन ज़ोखिमों के बारे में अतिरिक्त विस्तारपूर्वक जानकारी एपेंडिक्स B में पाई जा सकती है, जो मर्दाना/जनाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी के दो व्यापक प्रमाणों की साहित्यिक समीक्षा (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009) और एक सामूहिक अध्ययन (Asschelman et al., 2011) पर आधारित है। ये समीक्षाएं अन्य व्यापक रूप से मान्यता प्राप्त, प्रकाशित नैदानिक सामग्री के साथ-साथ, प्रदाताओं द्वारा विस्तृत संदर्भ के रूप में इस्तेमाल की जा सकती हैं (Dahl, Feldman, Goldberg, & Jaber, 2006; Ettner, Monstrey, & Eyler, 2007)।

तालिका 2: हार्मोन थेरेपी के साथ जुड़े ज़ोखिम बोल्ड की गयी वस्तुएं चिकित्सकीय रूप से महत्वपूर्ण हैं

| ज़ोखिम का स्तर | जनाना बनाने वाले हार्मोन्स | मर्दाना बनाने वाले हार्मोन्स |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ज़ोखिम बढ़ने की अधिक संभावना | <ul style="list-style-type: none"> वेनौस थोम्बोएम्बोलिक रोग^a गॉलम्टोन्स एलिवेटिड/ उच्च लिवर एन्जाइम्स वज़न बढ़ना हाइपरट्राइग्लिसरीडमिया | <ul style="list-style-type: none"> पोलिमिथिमिया वज़न बढ़ना मँदामे एंड्रोजेनिक अलोपिशिया (गंजापन) स्लीप एपनिया |
| अतिरिक्त ज़ोखिम संबंधी कारकों की उपस्थिति के साथ ज़ोखिम बढ़ने की संभावना ^b | <ul style="list-style-type: none"> हृदय के/ कार्डियोवास्कुलर रोग | |
| संभावित रूप से ज़ोखिम बढ़ सकते हैं | <ul style="list-style-type: none"> उच्च रक्तचाप हाइपरप्रोलैक्टिनीमिया या प्रोलैक्टिनोमा | <ul style="list-style-type: none"> एलिवेटिड/ उच्च लिवर एन्जाइम्स हाइपरलिपिडमिया |
| अतिरिक्त ज़ोखिम संबंधी कारकों की उपस्थिति के साथ संभावित रूप से ज़ोखिम बढ़ सकते हैं | <ul style="list-style-type: none"> टाइप 2 मधुमेह^a | <ul style="list-style-type: none"> कुछ मानसिक विकारों की अस्थिरता^c हृदय के/ कार्डियोवास्कुलर रोग उच्च रक्तचाप टाइप 2 मधुमेह |
| ज़ोखिम बढ़ना निश्चित नहीं है या कोई ज़ोखिम नहीं बढ़ता है | <ul style="list-style-type: none"> स्तन कैंसर | <ul style="list-style-type: none"> बोन डैंसिटी/हड्डियों के घनत्व का कम होना स्तन कैंसर सर्वाइकल कैंसर ओवरी का कैंसर गर्भाशय कैंसर |

^a त्वचा में एस्ट्रोज़ेन लगवाने की जगह मँह के द्वारा एस्ट्रोज़ेन लेने से ज़्यादा ज़ोखिम होता है।

^b ज़ोखिम के अतिरिक्त कारकों/फैक्टर्स में आयु शामिल है।

^c इसमें शामिल हैं, दोहरी भूमिका, मानसिक असंतुलन/सिज़ोफ्रेनिया और डिप्रेशन और अन्य रोग जैसे पागलपन या मानसिक विकार। यह प्रतिकूल प्रभाव उच्च खुराक या टेस्टरोस्टेरॉन के पूर्व शारीरिक स्तर से बढ़े हुए रक्त स्तर के साथ जुड़ा लगता है।

हार्मोन्स देने वाले चिकित्सकों की योग्यता, उनके अन्य स्वास्थ्य पेशेवरों के साथ संबंध

जनाना/मर्दाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी, सम्पूर्ण स्वास्थ्य का देखभाल करने वाले उपचार के तहत लेना सबसे अच्छा रहता है, जिसमें प्राथमिक देखभाल और साथ में मनोसामाजिक मुद्दों के बारे में समन्वित राय लेना शामिल होता है (Feldman & Safer, 2009)। हार्मोन थेरेपी की शुरुआत करने के लिये मनोचिकित्सा या परामर्श चालू रखने की कोई आवश्यकता नहीं है, यदि कोई थेरेपिस्ट शामिल हो तो स्वास्थ्य पेशेवरों के बीच नियमित रूप से बातचीत करने का सुझाव दिया गया है (मरीज़ की सहमति लेकर) ताकि सुनिश्चित किया जा सके कि शारीरिक और मनोसामाजिक, दोनों अवस्थाओं ठीक प्रकार से हो रहे हैं।

जनाना/मर्दाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी, की देखरेख उपयुक्त प्रशिक्षण के साथ विभिन्न प्रकार के प्रदाताओं द्वारा की जा सकती है जिसमें नर्स प्रैक्टिशनर्स, चिकित्सा सहायक और प्राथमिक देखभाल प्रदान करने वाले चिकित्सक शामिल हैं (Dahl et al., 2006)। हार्मोन के रखरखाव से संबंधित चिकित्स्कीय मुआयने चिकित्सा सेवाओं के अभाव वाली एक बड़ी आबादी की तरफ व्यापक रूप से ध्यान देने का अवसर प्रदान करते हैं (Clements, Wilkinson, Kitano, & Marx, 1999; Feldman, 2007; Xavier, 2000)। लंबी अवधि के हार्मोन उपयोग से संबंधित साथ में होने वाले बहुत सारे साथ में होने वाले रोगों की स्क्रीनिंग/जाँच और प्रबंधन, जैसे हृदय संबंधी रोगों के कारक और कैंसर की स्क्रीनिंग/जाँच, अधिक समान रूप से विशेषज्ञ देखभाल के बजाय प्राथमिक देखभाल के दायरे के भीतर आते हैं, विशेषकर उन जगह पर जहाँ लैंगिकता के लिये समर्पित टीम और विशेष चिकित्सक उपलब्ध नहीं हैं।

हार्मोन थेरेपी लेने वाले पारलैंगिक, विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर), और लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोगों की एक से अधिक ज़रूरतों और सामान्य देखभाल संबंधी मुश्किलों को देखते हैं (विश्व स्वास्थ्य संगठन, 2008), WPATH जनाना/मर्दाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी के क्षेत्र में प्रशिक्षण बढ़ाने और प्राथमिक देखभाल प्रदान करने वाले लोगों की भागीदारी बढ़ाने पर ज़ोरदार प्रोत्साहन देती है। यदि हार्मोन्स एक विशेषज्ञ द्वारा दिये गये हैं तो मरीज़ के प्राथमिक देखभाल प्रदाता और विशेषज्ञ में घनिष्ठ संपर्क होना चाहिये। इसके विपरीत, यदि प्राथमिक देखभाल प्रदाता को इस प्रकार की हार्मोन थेरेपी का कोई अनुभव नहीं है या मरीज़ को पहले से कोई मेटाबोलिक या एंडोक्राइन विकार है जिसका उपचार एंडोक्राइन थेरेपी से किया जा सकता है, तो एक अनुभवी हार्मोन प्रदाता या एंडोक्राइनोलॉजिस्ट को इसमें शामिल किया जाना चाहिये।

जबकि ट्रांसजेंडर चिकित्सा में औपचारिक प्रशिक्षण कार्यक्रम अभी तक मौजूद नहीं है, हार्मोन प्रदाताओं की जिम्मेदारी है कि वह इस क्षेत्र में उचित ज्ञान और अनुभव प्राप्त करें। चिकित्सक, हार्मोन थेरेपी की दीक्षा शुरू करने से पहले किसी अधिक अनुभवी प्रदाता के साथ काम करके या परामर्श लेकर या अधिक सीमित प्रकार की हार्मोन चिकित्सा के प्रदान करके, जनाना/मर्दाना बनाने वाली हार्मोन चिकित्सा प्रदान करने में अपने अनुभव और सहजता को बढ़ा सकते हैं। क्योंकि चिकित्सा का यह क्षेत्र विकसित हो रहा है, इसलिये चिकित्सकों को वर्तमान चिकित्स्कीय साहित्य से स्वयं को परिचित और अवगत कराते रहना चाहिये और अपने सहयोगियों के साथ उभरते हैं मुद्दों पर चर्चा करनी चाहिये। ऐसी चर्चा WPATH और अन्य राष्ट्रीय/ स्थानीय संगठनों द्वारा स्थापित नेटवर्क के माध्यम से की जा सकती है।

हार्मोन देने वाले चिकित्सकों की ज़िम्मेदारियाँ

सामान्य तौर पर, हार्मोन थेरेपी देने वाले चिकित्सकों को निम्नलिखित गतिविधियों में शामिल होना चाहिये:

1. एक प्रारंभिक आकलन करना जिसमें मरीज़ के शारीरिक अवस्थांतर के लक्ष्यों की चर्चा, स्वास्थ्य संबंधी इतिहास, शारीरिक जाँच, ज़ोखिम का आकलन करना और प्रयोगशाला के उपयुक्त निरीक्षण करना शामिल है।
2. मरीज़ों के साथ जनाना/मर्दाना बनाने वाली दवाओं के अपेक्षित प्रभावों और स्वास्थ्य पर पड़ने वाले संभव प्रतिकूल प्रभावों के बारे में चर्चा करना। इन प्रभावों में प्रजनन क्षमता में कमी आना शामिल हो सकता है (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)। इसलिये, हार्मोन थेरेपी शुरू करने से पहले ही मरीज़ के साथ प्रजनन के विकल्पों पर चर्चा कर लेनी चाहिये (सेक्शन IX देखें)।
3. पुष्टि करना कि मरीज़ में उपचार के ज़ोखिमों और फायदों को समझने की क्षमता है और वे चिकित्स्कीय देखभाल लेने के लिये सूचित निर्णय लेने में सक्षम हैं।
4. सतत चिकित्स्कीय निगरानी प्रदान करना जिसमें हार्मोन के प्रभाव और दुष्प्रभाव पर नज़र रखने के लिये नियमित रूप से शारीरिक और प्रयोगशाला जाँच शामिल हैं।
5. मरीज़ के प्राथमिक देखभाल प्रदाता, मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर, और सर्जन के साथ ज़रूरत के अनुसार सम्पर्क/बातचीत करना।
6. यदि आवश्यकता हो, तो मरीज़ को एक संक्षिप्त बयान लिखित में दे कि वे चिकित्स्कीय पर्यवेक्षण और देखरेख में हैं, जिसमें जनाना/मर्दाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी शामिल है। विशेष रूप से हार्मोन थेरेपी की शुरुआती अवस्थाओं में मरीज़ को पुलिस और अन्य अधिकारियों से होने वाली मुश्किलों से बचने में मदद के लिये यह बयान हर समय अपने साथ रखना चाहिये।

हार्मोन्स देने के लिये नैदानिक स्थिति (नीचे देखें), के आधार पर इनमें से कुछ ज़िम्मेदारियाँ कम उपयुक्त होती हैं। इसलिये परामर्श, शारीरिक जाँचों और प्रयोगशाला के आकलनों का स्तर मरीज़ की आवश्यकता के अनुसार व्यक्तिगत होना चाहिये।

हार्मोन थेरेपी के लिये नैदानिक स्थिति

कुछ परिस्थितियाँ ऐसी होती हैं जिनमें लम्बे समय तक जनाना/मर्दाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी की शुरुआत करने या उसे बनाये रखने की आवश्यकता के बिना भी चिकित्सकों को हार्मोन्स देने के लिये बुलाया जा सकता है। इन विभिन्न नैदानिक परिस्थितियों को स्वीकार करके (जटिलता का न्यूनतम से उच्चतम स्तर, नीचे देखें), इसमें हार्मोन थेरेपी देने के लिये उन चिकित्सकों को शामिल करना संभव हो सकता है जो अन्यथा यह उपचार देने में सक्षम महसूस नहीं करते।

1. ब्रिजिंग

चाहे सुझाव किसी दूसरे चिकित्सक ने दिया या वे इलाज किसी अन्य माध्यम से (जैसे इंटरनेट पर खरीद कर) प्राप्त कर रहे हों, पहले से ही हार्मोन थेरेपी ले रहे मरीज़ देखभाल के लिये उपस्थित हो सकते हैं। चिकित्सक एक सीमित समय (1-6 महीने) के लिये हार्मोन्स दे सकते हैं इस दौरान वे एक ऐसा प्रदाता ढूढ़ने में मरीज़ों की मदद कर सकते हैं जो उन्हें लम्बे समय की हार्मोन थेरेपी दे सके। प्रदाता को मरीज़ की खैरियत और दवाईयों की अंतःक्रियाओं के अनुसार उसके वर्तमान आहार-नियम का आकलन करना चाहिये और जब आवश्यक हो, तब विश्वसनीय दवाईयों और खुराक से बदलना चाहिये (Dahl et al., 2006; Feldman & Safer, 2009)। यदि हार्मोन्स पहले भी दिये गये हों, तो आधारभूत जाँचों और प्रयोगशाला परीक्षणों के परिणामों और किसी भी प्रतिकूल घटना के बारे में पता करने के लिये (मरीज़ की अनुमति से) मेडिकल रिकार्ड्स लेने का निवेदन करें। मरीज़ की वर्तमान देखभाल में कोई मानसिक स्वास्थ्य संबंधी पेशेवर/कर्मी शामिल हो, तो हार्मोन्स प्रदाताओं को उनसे भी सम्पर्क/परामर्श करना चाहिये। यदि मरीज़ का कभी भी मनोसामाजिक आकलन नहीं हआ है, जैसा कि SOC में सुझाया गया है (सेक्शन VII देखें), यदि उचित और संभव हो तो चिकित्सकों को मरीज़ को एक योग्य मानसिक स्वास्थ्य संबंधी पेशेवर/कर्मी के पास भेजना चाहिये (Feldman & Safer, 2009)। ब्रिजिंग हार्मोन्स देने वाले प्रदाताओं को ब्रिजिंग थेरेपी के दौरान सीमायें बताने/स्थापित करने के लिये मरीज़ों को समझने की आवश्यकता होती है।

2. जननग्रन्थि निकालने के बाद हार्मोन थेरेपी

अंडाशयों (स्त्री जननग्रन्थि) या अंडकोषों (पुरुष जननग्रन्थि) को सर्जरी द्वारा निकालने के बाद, आमतौर पर जीवन भर एस्ट्रोजेन या टेस्टोरोस्टेरॉन के साथ हार्मोन्स का प्रतिस्थापन/रिप्लेसमेंट तब तक आजीवन जारी रखा जाता है, जब तक कोई चिकित्स्कीय मतभेद उत्पन्न न हो। क्योंकि इस प्रकार की सर्जरी के बाद अक्सर हार्मोन्स की खुराक कम कर दी जाती है (Basson, 2001; Levy, Crown, & Reid, 2003; Moore, Wisniewski, & Dobs, 2003) और उसे केवल उम और सहरुगणता संबंधी स्वास्थ्य चिंताओं के लिये अनुकूलित किया जाता है, इस स्थिति में हार्मोन प्रबंधन किसी भी कम क्रियाशील जननग्रन्थियों वाले मरीज़ों में हार्मोन प्रतिस्थापन के काफी समान होता है।

3. जननपिंड निकालने से पहले हार्मोन अनुरक्षण/रख-रखाव

मरीज़ों को हार्मोन्स से जनाना/मर्दाना बनाने वाले अधिकतम लाभ मिलने के बाद (सामान्यतौर पर 2 या अधिक वर्षों में), उन्हें अनुरक्षण खुराक पर रखा जाता है। उसके बाद अनुरक्षण खुराक को स्वास्थ्य की स्थिति में परिवर्तन, उम बढ़ने, या अन्य कारणों जैसे जीवनशैली में परिवर्तन के अनुसार अनुकूलित किया जाता है (Dahl et al., 2006)। जब अनुरक्षण खुराक पर मरीज़ देखभाल के लिये उपस्थित होता है, तो प्रदाता को मरीज़ की खैरियत और दवाईयों की अंतःक्रियाओं के अनुसार उसके वर्तमान आहार-नियम का आकलन करना चाहिये और जब आवश्यक हो, तब विश्वसनीय दवाईयों और खुराक से बदलना चाहिये। साहित्य में उल्लेखित है, मरीज़ को नियमित रूप से शारीरिक जाँच और प्रयोगशाला परीक्षण द्वारा निगरानी करना जारी रखना चाहिये (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)। मरीज़ के स्वास्थ्य की स्थिति में किसी भी परिवर्तनों और हार्मोन्स के लम्बे समय के संभावित ज़ोखियों पर उपलब्ध प्रमाणों के आधार पर हार्मोन्स की खुराक और रूप में नियमित रूप से दोबारा गौर किया जाना चाहिये(हार्मोन संबंधी आहार-नियम नीचे देखें)।

4. जनाना/मर्दना बनाने वाले हार्मोन्स की शुरुआत

इस नैदानिक स्थिति में प्रदाता के समय और विशेषज्ञता के मामले में सबसे बड़ी प्रतिबद्धता की आवश्यकता होती है। हार्मोन थेरेपी को एक मरीज़ के लक्ष्यों, दवाओं के ज़ोखिम / लाभ अनुपात, अन्य चिकित्सा स्थितियों की उपस्थिति, और सामाजिक और आर्थिक मुद्दों को ध्यान में रखकर व्यक्तिगत बनाना चाहिये।

हालाँकि हार्मोन संबंधी आहार- नियमों को एक विस्तृत विविधता से प्रकाशित किया गया है (Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009; Moore et al., 2003), परन्तु सुरक्षा और प्रभावकारिता की तुलना करने वाले नैदानिक परीक्षणों के बारे में कोई रिपोर्ट्स प्रकाशित नहीं की गयी हैं। इस विभिन्नता के बावजूद, ऊपर दिये गये प्रभावकारिता और सुरक्षा के प्रमाणों के आधार पर, शुरुआती ज़ोखिम के आकलन और हार्मोन थेरेपी की निरंतर निगरानी के लिये एक उचित ढाँचे का निर्माण किया जा सकता है।

हार्मोन थेरेपी की शुरुआत के लिये ज़ोखिम का आकलन और परिवर्तन/मोडिफिकेशन

हार्मोन थेरेपी के प्रारंभिक आकलन में, मरीज़ के नैदानिक लक्ष्यों और हार्मोन से संबंधित प्रतिकूल घटनाओं के लिये ज़ोखिमों का आकलन किया जाता है। ज़ोखिम का आकलन करते समय, मरीज़ और चिकित्सक को जहाँ संभव हो वहाँ ज़ोखिमों को कम करने के लिये एक योजना का विकास करना चाहिये, ऐसा या तो थेरेपी शुरू करने से पहले या इलाज के दौरान ज़ोखिमों को कम करते समय भी किया जा सकता है।

सभी आकलनों में संपूर्ण शारीरिक जाँच करना शामिल होना चाहिये, जिसमें वज़न, कद और रक्तचाप की जाँच भी शामिल है। छाती, जननांगों और गूदा की जाँच, जोकि ज्यादातर पारलैंगिक (ट्रांससेक्सअल), विपरीत लिंग प्रदर्शक/विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर), लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोगों के लिये संवेदनशील मुद्दे हैं, इनकी जाँच व्यक्तिगत ज़ोखिम और निवारक स्वास्थ्य देखभाल संबंधी ज़रूरतों के आधार पर की जानी चाहिये (Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007)।

निवारक देखभाल

हार्मोन प्रदाताओं को मरीज़ों के साथ निवारक स्वास्थ्य देखभाल का इस्तेमाल करना चाहिये, विशेषतौर पर जब मरीज़ के पास कोई प्राथमिक देखभाल प्रदाता नहीं हो। मरीज़ की उम्र और ज़ोखिम के प्रोफाइल के आधार पर, हार्मोन थेरेपी से प्रभावित स्थितियों के लिये उपयुक्त स्क्रीनिंग टेस्ट या जाँच भी हो सकते हैं। आदर्श रूप से ये स्क्रीनिंग टेस्ट हार्मोन थेरेपी की शुरुआत से पहले किये जाने चाहियें।

पुरुष से महिला (MtF) बनाने वाली हार्मोन थेरेपी के लिये ज़ोखिम का आकलन और परिवर्तन/मोडिफिकेशन

जनाना बनाने वाली थेरेपी में कोई संदिग्ध बाधायें नहीं हैं, परन्तु जनाना बनाने वाले विभिन्न एजेंट्स/कारक, विशेषतौर पर एस्ट्रोजन में संदिग्ध बाधायें होती हैं। एक अंतर्निहित हाइपरकोअग्नलबिलिटी/अति आतंचनशीन (रक्त वाहिकाओं में खून के थक्के जमना/ खून गढ़ा होना) स्थिति, एस्ट्रोजन के प्रति संवेदनशील सूजन का इतिहास, और लंबे समय से चली आ रही लिवर/ जिगर की बीमारी की अंतिम अवस्था से संबंधित पुरानी वेनौस/शिरापरक थोम्बोटिक घटनायें इसमें शामिल हैं (Gharib et al., 2005)।

तालिका 2 और एपेंडिक्स B में दी गयी अन्य चिकित्सकीय स्थितियाँ, एस्ट्रोजन या एण्ड्रोजन के अवरोध से और बिगड़ सकती हैं और इसीलिये हार्मोन थेरेपी की शुरुआत करने से पहले इनका आकलन और इन पर अच्छी तरह से नियंत्रण किया जाना चाहिये (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009; Dhejne et al., 2011)। चिकित्सकों को तम्बाकू के इस्तेमाल पर विशेष रूप से ध्यान देना चाहिये, क्योंकि यह वेनौस थम्बोसिस का ज़ोखिम बढ़ने के साथ ज़ुड़ा हूआ है जो आगे एस्ट्रोजन के इस्तेमाल से और ज़्यादा बढ़ सकता है। हृदवाहिनी/कार्डियोवैस्क्युलर व मस्तिष्कवाहिकीय/सेरिब्रोवैस्क्युलर संबंधी बीमारी वाले मरीज़ों को हृदय रोग विशेषज्ञ से परामर्श करने का सुझाव दिया जा सकता है।

प्रयोगशाला के आधारभूत मानक, शुरुआती ज़ोखिम और भविष्य की संभव प्रतिकूल घटनाओं, दोनों का आकलन करने के लिये महत्वपूर्ण है। शुरुआती जाँच, टेबल 2 में रेखांकित जनाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी के ज़ोखिम के आधार के साथ-साथ पारिवारिक इतिहास सहित मरीज़ के व्यक्तिगत ज़ोखिम के घटकों पर आधारित होनी चाहिये। सुझाव देने वाले प्रयोगशाला पैनल्स प्रकाशित किये गये हैं (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)। इन्हें सीमित संसाधनों वाले मरीज़ों या स्वास्थ्य देखभाल करने वाली व्यवस्थाओं, और अन्यथा स्वस्थ मरीज़ों के लिये बदला जा सकता है।

महिला से पुरुष (FtM) बनाने वाली हार्मोन थेरेपी के लिये ज़ोखिम का आकलन और परिवर्तन/मोडिफिकेशन

टेस्टोरोस्टेरोइड थेरेपी के लिये संदिग्ध बाधा में शामिल हैं गर्भावस्था, अस्थिर कोरोनरी नाड़ी रोग, और 55% या ज़्यादा हैमेटोक्रिट के साथ अनुपचारित पोलिसिथिमिया (Carnegie, 2004)। क्योंकि टेस्टोरोस्टेरोइड से इस्ट्रोजन के एरोमैटाइज़ेशन से छाती या अन्य एस्ट्रोजन आश्रित कैंसर के इतिहास वाली मरीज़ों में ज़ोखिम बढ़ जाता है(Moore et al., 2003), उन्हें हार्मोन के इस्तेमाल से पहले ऑकोलॉजिस्ट/ कैंसर विशेषज्ञ से परामर्श लेने का सुझाव दिया जाता है। टेस्टोरोस्टेरोइड के इस्तेमाल से सहरुग्णता संबंधी स्थितियों के गंभीर होने की संभावना होती है अतः इनका आकलन और उपचार किया जाना चाहिये, आदर्शतः हार्मोन थेरेपी शुरू करने से पहले(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)। व मस्तिष्क की रक्त वाहिकाओं संबंधी बीमारी वाले मरीज़ों को हृदय रोग विशेषज्ञ से परामर्श करने का सुझाव दिया जा सकता है। (Dhejne et al., 2011)।

महिला से पुरुष (FtM) बनने वाले मरीज़ों में पॉलीसिस्टिक ओवरियन सिंड्रोम (PCOS) के प्रसार में वृद्धि देखी गयी है, चाहे टेस्टोरोस्टेरोइड का इस्तेमाल भी नहीं किया गया हो (Baba et al., 2007; Balen, Schachter, Montgomery, Reid, & Jacobs, 1993; Bosinski et al., 1997)। हालाँकि जब कि इसका कोई प्रमाण नहीं है कि PCOS किसी पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर), या लैंगिक

असुनिश्चिता पहचान के विकास से संबंधित है। PCOS मधुमेह, हृदय रोग, उच्च रक्तचाप, और ओवेरियन और एंडोमेट्रियल कैंसर के बढ़ते ज़ोखिम के साथ ज़ुड़ा हआ है (Cattrall & Healy, 2004)। PCOS के लक्षणों और संकेतों का आकलन टेस्टरोस्टेरॉन थेरेपी शुरू करने से पहले करना चाहिये, क्योंकि टेस्टरोस्टेरॉन इनमें से बहुत-सी स्थितियों को प्रभावित कर सकता है। टेस्टरोस्टेरॉन विकसित हो रहे अूण को प्रभावित कर सकता है (Physicians' Desk Reference, 2010), और जिन मरीज़ों में गर्भवती होने की संभावना होती है उन्हें अत्यधिक प्रभावशाली गर्भ निरोधक की आवश्यकता होती है।

प्रयोगशाला के आधारभूत मानक, शुरुआती ज़ोखिम और भविष्य की संभव प्रतिकूल घटनाओं, दोनों का ही आकलन करने के लिये महत्वपूर्ण हैं। शुरुआती जाँच, टेबल 2 में रेखांकित मर्दाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी के ज़ोखिम के आधार के साथ-साथ पारिवारिक इतिहास सहित मरीज़ के व्यक्तिगत ज़ोखिम के घटकों पर आधारित होनी चाहिये। सुझाव देने वाले प्रारंभिक प्रयोगशाला पैनल्स प्रकाशित किये गये हैं (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)। इन्हें सीमित संसाधनों वाले मरीज़ों या स्वास्थ्य देखभाल करने वाली व्यवस्थाओं और अन्यथा स्वस्थ मरीज़ों के लिये बदला जा सकता है।

हार्मोन थेरेपी के दौरान प्रभावकारिता और प्रतिकूल घटनाओं के लिये नैदानिक निगरानी

हार्मोन के इस्तेमाल के दौरान नैदानिक निगरानी का उद्देश्य जनाना/मर्दाना प्रभाव के स्तर और दवा के संभव प्रतिकूल प्रभाव का आकलन करना है। हालाँकि, जैसा लंबे समय तक चलने वाली किसी भी दवा की निगरानी के साथ होता है, निगरानी को विस्तारपूर्ण स्वास्थ्य देखभाल के संदर्भ में किया जाना चाहिये। नैदानिक निगरानी से संबंधित सुझाव देने वाले प्रोटोकॉल्स प्रकाशित किये गये हैं (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)। सहरुण्णता संबंधी स्वास्थ्य स्थितियों वाले मरीज़ों की निगरानी जल्दी जल्दी करने की आवश्यकता हो सकती है। भौगोलिक दृष्टि से दूर-दराज़ या कम संसाधनों वाले क्षेत्रों में स्वस्थ मरीज़, दूसरे विकल्पों जैसे टेलीहेल्थ का उपयोग या स्थानीय प्रदाताओं जैसे नर्सों और चिकित्सकों के सहायकों के सहयोग लेने में सक्षम हो सकते हैं। मरीज़ में लक्षणों की कमी की स्थिति में, स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों को उन ज़ोखिमों को प्राथमिकता देनी चाहिये जिनकी या तो हार्मोन थेरेपी से बढ़ने की संभावना हो सकती है या जो हार्मोन थेरेपी से संभव रूप से बढ़ सकते हैं, परन्तु नैदानिक रूप से गंभीर प्रकृति के होते हैं।

पुरुष से महिला (MtF) बनाने वाली हार्मोन थेरेपी के दौरान प्रभावकारिता और ज़ोखिमों की निगरानी

हार्मोन प्रभावकारिता का सबसे बेहतर आकलन नैदानिक प्रतिक्रिया है: क्या मरीज़ में मर्दाना लक्षण घट रहे हैं और जनाना शरीर का विकास हो रहा है, जो उस मरीज़ के लैंगिक लक्ष्यों के अनुकूल हैं? ऐसी हार्मोन खुराकों का और जल्दी पूर्वानुमान लगाने के उद्देश्य से जिससे नैदानिक प्रतिक्रिया प्राप्त हो, दमन के लिये टेस्टरोस्टेरॉन के स्तर एक आम महिला रेज की ऊपरी सीमा के भीतर, और एस्ट्राडियोल के स्तर एक पूर्व रजोनिवृत्त महिला की सीमा के भीतर मापे जा सकते हैं, लेकिन ये पूरी तरह से सूप्राफिज़ियोलॉजिक लेवेल्स/पूर्व शारीरिक स्तर से नीचे हों (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)।

प्रतिकूल घटनाओं की निगरानी करने में नैदानिक और प्रयोगशाला, दोनों आकलन शामिल करने चाहिये। फॉलो-अप/ अनुवर्ती जाँच में रक्तचाप, वज़न और नाड़ी; हृदय और फेफड़ों की परीक्षा; और पेरिफेरल एडीमा/ पैरों की सूजन, स्थानीय सूजन, या दर्द के लिये हाथों-पैरों की जाँच के माध्यम से हृदवाहिनी क्षति और वेनौस थ्रोम्बोएमबॉलिस्म (VTE) के लक्षणों का ध्यानपूर्वक आकलन करना शामिल होना चाहिये (Feldman & Safer, 2009)। प्रयोगशाला निगरानी ऊपर बताये गये हार्मोन थेरेपी के ज़ोखिमों के आधार पर, मरीज़ की व्यक्तिगत सहरुग्णताओं और ज़ोखिम के कारकों, और स्वयं विशिष्ट हार्मोन संबंधी आहार-नियम के आधार पर होनी चाहिये। प्रयोगशाला निगरानी के विशिष्ट प्रोटोकॉल्स प्रकाशित किये गये हैं (Feldman & Safer, 2009)।

महिला से पुरुष (FitM) बनाने वाली हार्मोन थेरेपी के दौरान प्रभावकारिता और ज़ोखिमों की निगरानी

हार्मोन प्रभावकारिता का सबसे बेहतर आकलन नैदानिक प्रतिक्रिया है: क्या मरीज़ में उसके लैंगिक लक्ष्यों के अनुकूल मर्दाना शरीर विकसित हो रहा है और जनाना विशेषतायें/लक्षण कम हो रहे हैं? चिकित्सक सूप्राफिजियोलॉजिक लेवेल्स/पूर्व शारीरिक स्तर को नज़रअंदाज करके, पुरुषों की सामान्य रेंज में टेस्टोरोस्टेरॉन के स्तर को बनाये रखकर, प्रतिकूल घटनाओं की न्यूनतम संभावना के साथ अच्छे नैदानिक परिणाम प्राप्त कर सकते हैं (Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009)। इंट्रामस्कुलर (IM) टेस्टोरोस्टेरॉन सिपीओनट या इन्जेट इस्टेमाल करने वाले मरीज़ों में, कुछ चिकित्सक न्यूनतम स्तर जाँचते हैं जबकि कुछ प्रक्रिया के मध्य स्तर जाँचते हैं (Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009; Tangpricha, Turner, Malabanan, & Holick, 2001; Tangpricha, Ducharme, Barber, & Chipkin, 2003)।

प्रतिकूल घटनाओं की निगरानी करने में नैदानिक और प्रयोगशाला, दोनों आकलन शामिल करने चाहिये। फॉलो-अप/ अनुवर्ती जाँच में अत्याधिक वज़न बढ़ने, मुहासे, गर्भाशय से खून आना, और हृदवाहिनी क्षति के संकेतों और लक्षणों के साथ-साथ ज़ोखिम की उच्च संभावना वाले मरीज़ों में मनोरोग के लक्षणों का ध्यानपूर्वक आकलन करना शामिल होना चाहिये। शारीरिक जाँच में रक्तचाप, वज़न, नाड़ी और त्वचा; और हृदय और फेफड़ों की जाँच शामिल होनी चाहिये (Feldman & Safer, 2009)। प्रयोगशाला की निगरानी ऊपर बतायी गयी हार्मोन थेरेपी, मरीज़ की व्यक्तिगत सहरुग्णताओं और ज़ोखिम के कारकों और स्वयं विशिष्ट हार्मोन संबंधी आहार-नियम के आधार पर होनी चाहिये। प्रयोगशाला निगरानी के विशिष्ट प्रोटोकॉल्स प्रकाशित किये गये हैं (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)।

हार्मोन आहार-नियम

आज तक, शारीरिक अवस्थांतर को सामने लाने में सुरक्षा या प्रभावकारिता का आकलन करने के लिये किसी भी जनाना/मर्दाना बनाने हार्मोन आहार-नियम पर कोई भी नियंत्रित नैदानिक परीक्षण नहीं किया गया है। परिणामस्वरूप, चिकित्सकीय साहित्य में हार्मोन्स की खुराक और प्रकार को व्यापक भिन्नता में प्रकाशित किया गया है (Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003; van Kesteren, Asschelman,

Megens, & Gooren, 1997)। इसके अलावा किसी विशेष उपचार तक पहुँचना, मरीज़ की भौगोलिक स्थिति और/या सामाजिक या आर्थिक स्थितियों द्वारा सीमित हो सकती है। इन्हीं कारणों से, WPATH ने जनाना/मर्दाना बनाने वाले किसी विशेष हार्मोन आहार-नियम का वर्णन या समर्थन नहीं करता है। बल्कि, ज़्यादातर प्रकाशित हुए आहार-नियमों में उपचार की श्रेणियों और उन्हें देने के तरीकों की व्यापक रूप में समीक्षा की जाती है।

जैसा कि उपर रेखांकित किया गया है कि विभिन्न आहार-नियमों के अलग-अलग तत्वों में प्रमाणित सुरक्षा अंतर होते हैं। दि एंडोक्राइन सोसायटी गाइडलाइन्स (Hembree et al., 2009) और फेल्डमैन और सफर (2009) हार्मोन्स के प्रकार के बारे में विशिष्ट मार्गदर्शन प्रदान करते हैं और एक मरीज़ के वांछित लैंगिक अभिव्यक्ति (पूर्ण रूप से जनाना/मर्दाना अभिव्यक्ति प्राप्त करने के लक्ष्य के आधार पर) के लिये शारीरिक सीमाओं के भीतर के स्तरों को बनाये रखने के लिये खुराक का सुझाव देते हैं। इस बात का दृढ़ता से सुझाव दिया जाता है कि हार्मोन प्रदाताओं को नये साहित्यों की नियमित रूप से समीक्षा करनी चाहिये और उन दवाईयों का इस्तेमाल करना चाहिये जो मरीज़ की व्यक्तिगत ज़रूरतों को सुरक्षापूर्वक पूरा करती हो और स्थानीय संसाधनों के साथ उपलब्ध हों।

जनाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी (MtF) के लिये आहार-नियम

एस्ट्रोजेन

मौखिक एस्ट्रोजेन, और विशेष रूप से एथिनाईल एस्ट्राडियोल के उपयोग से VTE का ज़ोखिम बढ़ने की संभावना होती है। सुरक्षा संबंधी इस चिंता के कारण जनाना बनाने वाली थेरेपी में एथिनाईल एस्ट्राडियोल इस्तेमाल करने का सुझाव नहीं दिया जाता। जिन मरीज़ों में VTE का ज़ोखिम होता है, उनमें त्वचा के माध्यम से एस्ट्रोजेन इस्तेमाल करने का सुझाव दिया जाता है। उच्च मात्रा में खुराक से प्रतिकूल घटनाओं का ज़ोखिम बढ़ जाता है, विशेष खुराकों के परिणामस्वरूप सूप्राफिजियोलॉजिक लेवेल्स/पूर्व शारीरिक स्तर बढ़ जाता है (Hembree et al., 2009)। सहरुगणताओं से पीड़ित मरीज़ों, जो एस्ट्रोजेन से प्रभावित हो सकते हैं, को यदि संभव हो तो मौखिक एस्ट्रोजेन लेने से बचना चाहिये और इसे कम स्तर पर शुरू करना चाहिये। कुछ मरीज़ वांछनीय परिणाम प्राप्त करने के लिये आवश्यक मौखिक एस्ट्रोजेन का सुरक्षापूर्वक इस्तेमाल करने में सक्षम नहीं होते। इस संभावना के बारे में मरीज़ों को हार्मोन थेरेपी शुरू करने से पहले बता देना चाहिये।

एण्ड्रोजेन को कम करने के लिये दवाएं ("एंटी-एण्ड्रोजेन")

जनाना बनाने वाली थेरेपी में एस्ट्रोजेन और "एंटी एन्ड्रोजेन" के संयोजन के बारे में सामान्यतः सबसे अधिक विचार किया जाता है। एण्ड्रोजेन कम करने वाली दवाये, विभिन्न प्रकार के वर्गों की दवायें, या तो एंडोजिनस टेस्टोरोस्टेरॉन के स्तर या टेस्टोरोस्टेरॉन की गतिविधि को कम करती हैं और इस प्रकार मर्दाना लक्षणों जैसे शरीर पर बालों को कम करती हैं। ये टेस्टोरोस्टेरॉन को दबाने के लिये आवश्यक एस्ट्रोजेन की खुराक को कम करती हैं, फलस्वरूप एक्सोजीनस एस्ट्रोजेन की उच्च मात्रा की खुराक से जुड़े ज़ोखिम को

कम करती हैं (Prior, Vigna, Watson, Diewold, & Robinow, 1986; Prior, Vigna, & Watson, 1989)।

सामान्य एंटी-एन्ड्रोज़ेन में निम्नलिखित शामिल होते हैं:

- स्पैरोनोलाक्टोन, एक उच्चरक्तचापरोधी एजेंट है, जो टेस्टोरोस्टेरॉन के स्त्राव को प्रत्यक्ष रूप से रोकता है और एन्ड्रोज़ेन रिसेप्टर से एन्ड्रोज़ेन को बांधता है। हाइपरकैलिमिया/ अतिपोटेशियम रक्तता की संभावना होने के कारण रक्तचाप और इलेक्ट्रोलाइट्स की निगरानी करने की ज़रूरत होती है।
- सिप्रोटेरोन एसीटेट, एंटी-एन्ड्रोज़ेनिक गुणों वाला प्रोजेस्टेशनल कम्पाउंड है (Gooren, 2005; Levy et al., 2003)। हेपटोटोक्सिसिटी की अधिक संभावना होने के कारण इसके उपयोग को संयुक्त राज्य अमेरिका में स्वीकृति नहीं दी गयी है, परन्तु अन्य जगहों पर इसका व्यापक रूप से इस्तेमाल किया जाता है (De Cuypere et al., 2005)।
- GnRH अग्निस्ट्स (जैसे गोसरलीन, बुस्लिन, ट्रिप्टोरेलिन) न्यूरोहार्मोन्स हैं जो गोनाडोपिन रिलीस करने वाले हार्मोन रिसेप्टर को ब्लॉक करते हैं, इस प्रकार फोलिकल स्टम्युलेटिंग हार्मोन और ल्युटिनाईज़िंग हार्मोन के रिलीस होने को ब्लॉक करते हैं। यह अत्यधिक प्रभावकारी तरीके से जननांगों के अवरोधन का कारण बनता है। हालाँकि यह इलाज महंगे होते हैं और सिर्फ इंजेक्शन और इम्प्लांट्स के रूप में उपलब्ध हैं।
- 5-अल्फा रिडक्टेज़ इन्हिबिटर्स (फाइनेस्ट्राईड और ड्यूट्रोट्राईड) टेस्टोरोस्टेरॉन को अधिक सक्रिय एजेंट 5-अल्फा-डाईहाईड्रोटेस्टोरोस्टेरॉन में रूपांतरित होने से रोकता है। इन दवाओं से सिर के बाल झड़ना, शरीर पर बाल उगना, वसामय ग्रंथियों, और त्वचा के एकसमान होने पर लाभकारी प्रभाव होता है।

सिप्रोटेरोन और स्पैरोनोलाक्टोन सबसे ज्यादा इस्तेमाल किये जाने वाले एंटी-एन्ड्रोज़ेन हैं और इनके सबके ज्यादा फ़ायदेमन्द होने की संभावना होती है।

प्रोजेस्टिन्स

सिप्रोटेरोन के अपवाद के साथ, जनना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी में प्रोजेस्टिन्स को शामिल किया जाना विवादास्पद है (Oriel, 2000)। क्योंकि प्रोजेस्टिन्स सेल्युलर स्तर पर स्तन संबंधी विकास में भूमिका निभाते हैं, इसलिये कुछ चिकित्सकों का मानना है कि ये एजेंट्स स्तनों के पूर्ण विकास के लिये आवश्यक होते हैं (Basson & Prior, 1998; Oriel, 2000)। हालाँकि, प्रोजेस्टिन्स के साथ और प्रोजेस्टिन्स बिना के जनना बनाने वाले आहार-नियम की नैटानिक तुलना में पाया गया है कि प्रोजेस्टिन्स मिलाने से न तो स्तनों का विकास होता है न ही मुक्त टेस्टोरोस्टेरॉन के सीरम स्तर में कमी आती है (Meyer III et al., 1986)। प्रोजेस्टिन्स के संभावित प्रतिकूल प्रभावों के बारे में चिंतायें हैं, जिसमें निराशा, वज़न बढ़ना और

लिपिड परिवर्तन शामिल हैं (Meyer III et al., 1986; Tangpricha et al., 2003)। प्रोजेस्टिन्स (विशेषतौर पर मेड्रॉक्सीप्रोजेस्टरोन) से महिलाओं में स्तन केंसर और हृदवाहिनी रोगों का ज़ोखिम होने की संभावना बढ़ जाती है (Rossouw et al., 2002)। माईक्रोनाइज़्ड प्रोजेस्टरोन को शायद बेहतर सहन किया जा सकता है और मेड्रॉक्सीप्रोजेस्टरोन की खुराक की तुलना में इनका लिपिड प्रोफाइल पर ज्यादा अनुकूल प्रभाव होता है (de Lignières, 1999; Fitzpatrick, Pace, & Wiita, 2000)।

मर्दाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी के लिये आहार (FtM)

टेस्टरोस्टेरॉन

टेस्टरोस्टेरॉन आमतौर पर मौखिक रूप से, त्वचा से या नसों/पेशियों में दिये जाने वाले इंजेक्शन (IM) द्वारा दिये जा सकते हैं, हालाँकि बक्कल/गाल और इम्प्लांट किये जाने वाले उपक्रम भी उपलब्ध हैं। संयुक्त राज्य अमेरिका के बाहर उपलब्ध मौखिक टेस्टरोस्टेरॉन अंडेकनोएट, गैर-मौखिक उपकर्मों की तुलना में निम्न सीरम टेस्टरोस्टेरॉन वाले परिणाम देते हैं और मासिक धर्म को रोकने में भी इनकी प्रभाविकता सीमित है (Feldman, 2005, April; Moore et al., 2003)। क्योंकि इंट्रामस्क्युलर टेस्टरोस्टेरॉन सिपीओनट या इन्नथेट अक्सर प्रत्येक 2-4 हफ्ते में दिया जाता है, इसलिये कुछ मरीज़ों में इंजेक्शन चक्र के दौरान प्रभाव दिखाई दे सकते हैं (जैसे इंजेक्शन के चक्र के अंत में थकान और चिड़चिड़ापन, इंजेक्शन चक्र की शुरुआत में क्रोध/अक्रामक या अलग-अलग प्रकार की मनोदिशा) और ज्यादातर वह व्यक्ति सामान्य शारीरिक स्तरों से बाहर रहता है (Jockenhövel, 2004, Dhejne et al., 2011)। इसे एक निम्न मात्रा लेकिन अधिक नियमित शेड्यूल वाली खुराक या रोजाना त्वचा के माध्यम से लिये जाने वाले उपक्रम का इस्तेमाल करके कम किया जा सकता है (Dobs et al., 1999; Jockenhövel, 2004; Nieschlag et al., 2004)। इंट्रामस्क्युलर टेस्टरोस्टेरॉन अंडेकनोएट (वर्तमान में संयुक्त राज्य अमेरिका में उपलब्ध नहीं हैं) लगभग 12 सप्ताह तक, शारीरिक टेस्टरोस्टेरॉन के स्तर को स्थिर बनाये रखता है और यह अल्पजननग्रंथिता समायोजन और महिला से पुरुष बनने वाले मरीज़ों (FtM), दोनों में प्रभावी है (Mueller, Kiesewetter, Binder, Beckmann, & Dittrich, 2007; Zitzmann, Saad, & Nieschlag, 2006)। इस बात का प्रमाण है कि त्वचा के माध्यम से दिये जाने वाले और नसों/पेशियों में दिये जाने वाले/इंट्रामस्क्युलर टेस्टरोस्टेरॉन, दोनों से मर्दाना बनाने में एकसमान परिणाम प्राप्त किये जाते हैं, हालाँकि त्वचा के माध्यम से दिये जाने वाले उपकर्मों में समयावधि थोड़ी धीमी होती है (Feldman, 2005, April)। विशेषतौर पर मरीज़ की आयु के अनुसार, वांछित नैदानिक परिणाम प्राप्त करने के लिये आवश्यक न्यूनतम खुराक का इस्तेमाल करने के साथ बॉन डैसिटी को बनाये रखने के लिये उचित सावधानियाँ लेने का उद्देश्य होता है।

अन्य एजेंट्स

हार्मोन थेरेपी की शुरुआत में, मासिक धर्म बंद करने में सहायता करने के लिये प्रोजेस्टिन, आम तौर से मेड्रॉक्सीप्रोजेस्टरोन का थोड़े समय के लिये इस्तेमाल किया जा सकता है। GnRH अग्निस्ट्स को इसी प्रकार से और बिना अंतर्निहित स्त्रीरोग संबंधी असामान्यता वाले मरीज़ों में रेफ्रेट्री यूट्राइन ब्लीडिंग के लिये भी इस्तेमाल किया जा सकता है।

बायोआइडेंटिकल और कॉम्पाउंडेड/ संयुक्त हार्मोन्स

जैसा कि मासिक धर्म के बाद हार्मोन्स बदलने में बायोआइडेंटिकल हार्मोन्स के इस्तेमाल पर चर्चा बढ़ गयी है, और जनाना/मर्दाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी में इसी प्रकार के कंपाउंड्स का इस्तेमाल करने में भी रुचि बढ़ गयी है। इस बात का कोई प्रमाण नहीं है कि व्यक्तिगत आवश्यकतानुसार बनाये गये संयुक्त बायोआइडेंटिकल हार्मोन्स, सरकारी एजेंसी द्वारा स्वीकृति प्राप्त संयुक्त बायोआइडेंटिकल हार्मोन्स से सुरक्षित या ज्यादा प्रभावशाली होते हैं (Sood, Shuster, Smith, Vincent, & Jatoi, 2011)। इसलिये नॉर्थ अमेरिकन मेनोपॉज़ सोसायटी (2010) द्वारा सुझाव दिया गया है और दूसरों द्वारा माना गया है कि चाहे हार्मोन किसी कम्पाउंडिंग फार्मसी से हो या नहीं, यदि उसमें सक्रिय तत्व एकसमान हों, तो उनका साइड-इफेक्ट/ दुष्प्रभाव प्रोफाइल एकसमान होना चाहिये। WPATH इस आकलन से सहमत है।

IX. प्रजनन स्वास्थ्य

कई विपरीत लिंग प्रदर्शक/विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर), पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), और लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोग बच्चे चाहते होंगे। क्योंकि जनाना/मर्दाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी जनन क्षमता को सीमित करती है (Darney, 2008; Zhang, Gu, Wang, Cui, & Bremner, 1999), इसलिये वांछनीय है कि मरीज़ों को उनके जननांग हटवाने/बदलवाने के लिये हार्मोन थेरेपी या सर्जरी करवाने से पहले प्रजनन संबंधी निर्णय कर लेने चाहियें। ऐसे केस सामने आये हैं कि हार्मोन थेरेपी और जननांगों की सर्जरी करवाने के बाद लोग अनुवांशिक रूप से संबंधित बच्चों के माता पिता बनने की असमर्थता पर पछताते हैं (De Sutter, Kira, Verschoor, & Hotimsky, 2002)।

स्वास्थ्य देखभाल संबंधी पेशेवरों/कर्मियों - जिसमें शामिल हैं हार्मोन थेरेपी या सर्जरी का सुझाव देने वाले मानसिक स्वास्थ्य संबंधी पेशेवर/कर्मी, हार्मोन देने वाले चिकित्सक और सर्जन को लैंगिक डिस्फोरिया के लिये इन चिकित्सकीय उपचारों की शुरुआत करने से पहले मरीज़ के साथ प्रजनन संबंधी विकल्पों पर विचार विमर्श करना चाहिये। यदि मरीज़ उपचार के समय इन मुद्दों में दिलचस्पी नहीं दिखाये तब भी यह चर्चा की जानी चाहिये, ऐसा ज्यादातर युवा आयु के मरीज़ों में होता है (De Sutter, 2009)। प्रारंभिक विचार विमर्श वांछनीय है, लेकिन यह हमेशा संभव नहीं होता। यदि किसी व्यक्ति की लिंग रूपांतरण सर्जरी पूरी नहीं हुई है, तो प्रसव संबंधी हार्मोन्स को पुनः प्राप्त करने और मैच्योर गैमेट्स/ परिपक्व युग्मकों का उत्पादन होने देने के लिये हार्मोन्स को लम्बे समय तक रोकना संभव हो सकता है (Payer, Meyer III, & Walker, 1979; Van den Broecke, Van der Elst, Liu, Hovatta, & Dhont, 2001)।

बहस/चर्चा और विचार पत्रों के अलावा, बहुत कम शोध पत्रों में लैंगिक डिस्फोरिया के लिये विभिन्न चिकित्सा उपचार प्राप्त करने वाले व्यक्तियों के प्रजनन स्वास्थ्य की समस्याओं को प्रकाशित किया गया है। दूसरा समूह जिसे जननग्रंथियों के नष्ट होने या हानि पहुँचने के कारण प्रजनन कार्य को संरक्षित रखने का

सामना करना पड़ता है उन लोगों का है जिन्हें मेलाइग्नेन्सीस/असाध्य ट्यूमर, कैंसर है जिससे प्रजनन अंगों को हटवाने या हानिकारक विकिरण या कीमोथेरेपी का इस्तेमाल करने की आवश्यकता होती है। ऐसे लोगों से मिले सबक/परिणामों को लैंगिक डिस्फोरिया का इलाज करवाने वाले लोगों पर लागू किया जा सकता है।

पुरुष से महिला बनने वाले मरीज़ों (MtF) को, विशेषतौर पर जिन्होंने पहले प्रजनन नहीं किया है, हार्मोन थेरेपी शुरू करने से पहले उनके शुक्राणुओं को सरंक्षित करने का विकल्प बताया जाना चाहिये और उन्हें उनके शुक्राणुओं की बैंकिंग करने के लिये प्रोत्साहित करना चाहिये। वीर्यकोष/टेस्टिस का निरीक्षण करने वाले एक अध्ययन, जिसमें उन्हें एस्ट्रोजन की उच्च खुराक दी गयी थी (Payer et al., 1979), के परिणामों से पता चला है कि एस्ट्रोजन को रोकने से वीर्यकोष/टेस्टिस को ठीक/पुनर्प्राप्त किया जा सकता है। शुक्राणु स्थिर/फ्रीज़ करने के बारे में पुरुष से महिला बने व्यक्तियों (MtF) की राय पर सूचना देने वाले एक लेख में (De Sutter et al., 2002) 121 सर्वेक्षण उत्तरदाताओं के विशाल बहुसंख्यकों को लगा कि शुक्राणु स्थिर/फ्रीज़ करने की उपलब्धता पर चिकित्सा जगत द्वारा चर्चा और पेशकश की जानी चाहिये। शुक्राणुओं को हार्मोन थेरेपी से पहले या थेरेपी रोकने के बाद जब शुक्राणुओं की संख्या फिर से बढ़ जाती है तब एकत्रित किया जाना चाहिये। वीर्य की गुणवत्ता में कमी होने पर भी क्रयोप्रिज़र्वेशन/हिमांक संरक्षण पर विचार करना चाहिये। अशुक्राणुता वाले व्यक्तियों में, वृषण की बायोप्सी के बाद बायोप्सी किए गये पदार्थ का शुक्राणु के लिये क्रयोप्रिज़र्वेशन/हिमांक संरक्षण करना संभव है, पर शायद यह सफल नहीं रहता है।

महिला से पुरुष बनने वाले मरीज़ों (FtM) के प्रजनन विकल्पों में डिम्बाणुजनकोशिका (अंडा) या भूषा को स्थिर/फ्रीज़ करना शामिल हो सकता है। स्थिर/फ्रीज़ किये हुए गैमेट्स//युग्मकों और भूषा को बाद में गर्भावस्था के लिये एक किराए की/सरोगेट औरत के साथ इस्तेमाल किया जा सकता है। पॉलीसिस्टिक डिम्बग्रंथि रोग से पीड़ित महिलाओं पर हुए अध्ययन से पता चलता है कि टेस्टरोस्टेरॉन के उच्च स्तर के प्रभाव से अंडाशय को कुछ हद तक ठीक कर सकते हैं (Hunter & Sterrett, 2000)। कुछ समय के लिये टेस्टरोस्टेरॉन को रोकने से, अंडाशय को अंडे जारी करने के लिये पर्याप्त रूप से ठीक किया जा सकता है; सफलता की संभावना मरीज़ की उम्र और टेस्टरोस्टेरॉन के उपचार की अवधि पर निर्भर करती है। जबकि व्यवस्थित रूप से अध्ययन नहीं किया है, महिला से पुरुष बने कुछ व्यक्तियों (FtM) वास्तव में ऐसा कर रहे हैं और कुछ गर्भवती होने और बच्चों को जन्म देने में सफल हुए हैं (More, 1998)।

मरीज़ों को सुझाव देना चाहिये कि ये तकनीक सब जगह उपलब्ध नहीं हैं और महंगी हो सकती हैं। पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर), और लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोगों को किसी भी कारण से प्रजनन के विकल्पों के लिये मना नहीं किया जाना चाहिये।

युवावस्था से पहले या युवावस्था वाले किशोरों का एक विशेष समूह है, जिनमें अवरोधकों/ ब्लॉकर्स या पारलैंगिक हार्मोन्स के कारण उनके जन्म के लिंग से संबंधित प्रजनन अंगों ने कभी कार्य नहीं किया होता है। फिलहाल इन व्यक्तियों की जननग्रंथियों की कार्यक्षमता को संरक्षित करने वाली कोई तकनीक नहीं है।

X. आवाज़ और संचार द्वारा की जाने वाली चिकित्सा

संचार, मौखिक और अमौखिक दोनों, मानव व्यवहार और लैंगिक अभिव्यक्ति का एक महत्वपूर्ण पहलू है। पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर), और लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोग आवाज़ में परिवर्तन लाने/विशेषता विकसित करने (जैसे, पिच, इन्टोनेशन, प्रतिर्द्वन्द्व, भाषण की दर, शब्दों के पैटर्न) और अमौखिक संचार के पैटर्न (जैसे इशारे करना, हाव-भाव/चाल- ढाल, चेहरे के भाव) के लिये आवाज़ और संचार विशेषज्ञ की सहायता ले सकते हैं, जिससे उन्हें उनकी लैंगिक पहचान के साथ सहजता महसूस होती है। आवाज़ और संचार से की जाने वाली चिकित्सा लैंगिक डिस्फोरिया को कम करने में मदद करती है और किसी व्यक्ति को उसकी लैंगिक भूमिका की अभिव्यक्ति से संबंधित लक्ष्यों को प्राप्त करने की दिशा में एक सकारात्मक और प्रेरित कदम है।

पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर), और लैंगिक असुनिश्चिता वाले मरीज़ों के साथ काम करने वाले आवाज़ और संचार के विशेषज्ञों की योग्यता

विशेषज्ञों में स्पीच-लैंग्वेज़ पैथोलॉजिस्ट, स्पीच थेरेपिस्ट और स्पीच-वौइस् चिकित्सक शामिल हो सकते हैं। अधिकांश देशों में स्पीच-लैंग्वेज़ पैथोलॉजिस्ट के पेशेवर संघ की सदस्यता के लिये विशिष्ट योग्यताओं और उपलब्धियों की आवश्यकता होती है। कुछ देशों में सरकार लाइसेंस, प्रमाण पत्र, या पंजीकरण प्रक्रिया के माध्यम से इनकी प्रैक्टिस को नियंत्रित करती है (American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia)।

पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर), और लैंगिक असुनिश्चिता वाले मरीज़ों के साथ काम करने वाले आवाज़ और संचार विशेषज्ञों में कम से कम निम्नलिखित योग्यताएँ होने का सुझाव दिया गया है:

1. पारलैंगिक, विपरीत लिंगी और लैंगिक असुनिश्चिता वाले मरीज़ों के संचार कौशल के आकलन और विकास में विशेष प्रशिक्षण और योग्यता।
2. विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर) लोगों के स्वास्थ्य के बारे में बुनियादी समझ होनी चाहिये जिसमें जनाना/मर्दाना बनाने के लिये हार्मोनल और सर्जिकल उपचार और ऊपर SOC में बताये गये ट्रांस-विशिष्ट मनोसामाजिक मुद्रे शामिल हैं; और बुनियादी संवेदनशील प्रोटोकॉल्स जैसे पसंदीदा लिंग के अनुसार सर्वनाम और नाम का इस्तेमाल करने की समझ (Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia)।

- पारलैंगिक, विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर), और लैंगिक असुनिश्चिता वाले मरीजों के संचार कौशल के आकलन और विकास में सतत शिक्षा। इसमें प्रोफेशनल मीटिंग्स, वर्कशॉप्स या सेमिनार में भाग लेना; लैंगिक पहचान संबंधी समस्याओं से संबंधित शोध में भाग लेना; स्वतंत्र अध्ययन; या एक अनुभवी, प्रमाणित चिकित्सक के अधीन काम करना शामिल है।

अन्य पेशेवर जैसे वोकल/आवाज के शिक्षक, थियेटर पेशेवर, गाना सिखाने वाले शिक्षक और चलना सिखाने वाले विशेषज्ञ एक महत्वपूर्ण सहायक भूमिका निभा सकते हैं। ऐसे पेशेवरों को आदर्शतः स्पीच-लैंग्वेज पैथोलॉजिस्ट के साथ काम हुए या सक्रिय सहयोग देते हुए अनुभव होगा।

आकलन और उपचार संबंधी विचार

आवाज और संचार चिकित्सा का कुल उद्देश्य मरीजों को उनकी आवाज और संचार को सुरक्षित और प्रामाणिक दोनों तरीकों से अनुकूलित करने में मदद देना है, जिससे मरीजों को लगे कि संचार के तरीके उनकी लैंगिक पहचान के समनुरूप हैं और स्वयं के प्रति उनकी भावना को व्यक्त करते हैं। (Adler, Hirsch, & Mordaunt, 2006) यह आवश्यक है कि आवाज़ और संचार विशेषज्ञ व्यक्तिगत संचार संबंधी प्राथमिकताओं के प्रति संवेदनशील हों। संचार का - स्टाइल/ ढंग, आवाज़, भाषा का चुनाव आदि - व्यक्तिगत है। लोगों को ऐसा व्यवहार अपनाने का परामर्श नहीं देना चाहिये जिसमें वह सहज महसूस नहीं कर पायें या जो विश्वसनीय नहीं लगता हो। विशेषज्ञ अपने मरीजों की लैंगिक चिंताओं और लैंगिक भूमिका की अभिव्यक्ति के लक्ष्यों को समझने में अच्छी तरह समय बिताकर उन्हें बेहतर सेवा दे सकते हैं (American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia)।

व्यक्ति अपने लिये संचार करने का वह व्यवहार चुन सकते हैं जिसे वे अपनी लैंगिक पहचान के अनुसार अपनाना चाहते हैं। इन निर्णयों को आवाज़ और संचार विशेषज्ञ की जानकारी और उस मरीज़ के डेटा के आकलन अनुसार स्पष्टीकरण और समर्थन मिलता है (Hancock, Krissinger, & Owen, 2010)। आकलन में मरीज़ का आत्म-मूल्यांकन और विशेषज्ञ द्वारा उसकी आवाज़, प्रतिध्वनि, अभिव्यक्ति, वार्तालाप और अमौखिक संचार का मूल्यांकन करना शामिल है (Adler et al., 2006; Hancock et al., 2010)।

आवाज़ और संचार के उपचार की योजना उपलब्ध शोध के प्रमाण, विशेषज्ञ के नैदानिक ज्ञान और अनुभव और मरीज़ के अपने लक्ष्यों और मूल्यों को ध्यान में रखते हुए विकसित की जाती है (American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia)। उपचार के लक्ष्यों में आमतौर पर पिच, इन्टोनेशन, तेज़ी और ज़ोर देने के तरीके, आवाज़ की गुणवत्ता, प्रतिध्वनि, अभिव्यक्ति, बोलने की गति/दर और वाक्य रचना, भाषा, और अमौखिक संचार शामिल हैं (Adler et al., 2006; Davies & Goldberg, 2006; de Bruin, Coerts, & Greven, 2000; Gelfer, 1999; McNeill, 2006; Oates & Dacakis, 1983)। उपचार में व्यक्तिगत

और/या सामूहिक चर्चा शामिल हो सकती है। उपचार की आवृति और अवधि मरीज़ की ज़रूरतों के अनुसार अलग-अलग होता है। एक व्यक्तिगत चिकित्सा योजना के विकास के लिये आवाज़ और संचार उपचार के लिये मौजूदा प्रोटोकॉल्स को ध्यान में रखा जा सकता है (Carew, Dacakis, & Oates, 2007; Dacakis, 2000; Davies & Goldberg, 2006; Gelfer, 1999; McNeill, Wilson, Clark, & Deakin, 2008; Mount & Salmon, 1988)।

आवाज़ को जनाना या मर्दाना बनाने में आवाज़ निकालने की प्रक्रिया का गैर-आदतन इस्तेमाल शामिल है। आवाज़ के द्रुपयोग और लंबी अवधि तक आवाज़ को नुकसान की संभावना से बचने के लिये रोकथाम के उपाय करना आवश्यक हैं। इसलिये आवाज़ और संचार की सभी चिकित्सा सेवाओं में एक वोकल हेल्थ कम्पोनेंट/ मुखर स्वास्थ्य घटक शामिल होता है (Adler et al., 2006)।

आवाज़ को जनाना बनाने की सर्जरी के बाद आवाज़ स्वास्थ्य संबंधी विचार

जैसा कि सेक्शन XI में बताया गया है, कुछ पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंग प्रदर्शक व्यक्ति/ विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर), और लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोग आवाज़ को जनाना बनाने वाली सर्जरी करवाते हैं। (मर्दाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी द्वारा आवाज़ को कड़क/ भारी बनाया जा सकता है, परन्तु जनाना बनाने वाले हार्मोन्स का पुरुष से महिला (MtF) बनने वाले वयस्क लोगों की आवाज़ पर कोई असर नहीं होता) जो लोग ऐसी सर्जरी करवाते हैं उनमें संतुष्टि, सुरक्षा और लम्बे समय तक सुधार का स्तर अलग-अलग होता है। आवाज़ को जनाना बनाने वाली सर्जरी करवाने वाले लोगों को सर्जरी के अधिकतम परिणाम प्राप्त करने, आवाज़ संबंधी स्वास्थ्य की रक्षा करने और संचार की गैर-पिच से संबंधित अन्य पहलूओं को सीखने के लिये आवाज़ और संचार विशेषज्ञ से परामर्श लेने की सलाह दी जाती है। आवाज़ की सर्जरी की प्रक्रिया में उस देश में स्पीच थेरेपिस्ट्स/ स्पीच लैंगवेज़ पैथोलॉजिस्ट्स के लिये ज़िम्मेदार बोर्ड द्वारा लाइसेंसधारी और/या प्रमाणित आवाज़ और संचार विशेषज्ञ के साथ फॉलो-अप सेशन्स/अनुवर्ती सत्र शामिल हैं (Kanagalingam et al., 2005; Neumann & Welzel, 2004)।

XI. सर्जरी

लैंगिक पुनर्निर्माण की सर्जरी प्रभावशाली और चिकित्सकीय रूप से आवश्यक है

सर्जरी - विशेषतौर पर जननांगों की सर्जरी अक्सर, लैंगिक डिस्फोरिया के इलाज की प्रक्रिया का आखिरी और सबसे ज्यादा माना जाने वाला उपाय है। एक तरफ जहाँ बहुत सारे पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर), और लैंगिक असुनिश्चिता लोग बिना सर्जरी के अपनी लैंगिक पहचान, भूमिका और अभिव्यक्ति के साथ सहज महसूस करते हैं वहीं कई अन्य लोगों में उनके लैंगिक डिस्फोरिया को कम करने के लिये सर्जरी आवश्यक और चिकित्सकीय रूप से आवश्यक है (Hage & Karim, 2000)। दूसरे समूह के लिये, उनकी प्राथमिक और/या माध्यमिक लैंगिक विशेषताओं को उनकी लैंगिक पहचान के अनुकूल बनाने के लिये उनमें संशोधन किये बिना लैंगिक डिस्फोरिया में राहत हासिल नहीं की जा सकती। इसके अलावा सर्जरी मरीज़ों को यौन साथी की उपस्थिति या जगहों जैसे चिकित्सकों के क्लिनिक्स, स्वीमिंग पूल्स या

हेल्थ क्लब्स में ज्यादा सहज महसूस करने में मदद करती है। कुछ स्थितियों में, सर्जरी गिरफ्तारी की घटना या पुलिस या अन्य अधिकारियों द्वारा खोजबीन में होने वाले अहित के ज़ोखिम को भी कम करती है।

फॉलो-अप/अनुवर्ती अध्ययन ने लैंगिक पुनर्निर्माण सर्जरी होने के बाद के परिणामों जैसे व्यक्तिगत कल्याण, सौंदर्य और यौन कार्यों पर निर्विवाद प्रभाव दिखाये हैं (De Cuypere et al., 2005; Gijs & Brewaeys, 2007; Klein & Gorzalka, 2009; Pfäfflin & Junge, 1998)। सर्जिकल उपचारों के परिणामों पर अतिरिक्त जानकारी संक्षेप में एपेंडिक्स D में दी गयी है।

लैंगिक पुनर्निर्माण सर्जरी के बारे में नैतिक सवाल

साधारण सर्जिकल प्रक्रिया में, बाधित कार्यों को दोबारा शुरू करने के लिये रोग के ऊतकों को हटाया जाता है, या मरीज़ की स्वयं की छवि में सुधार करने के लिये शारीरिक लक्षणों में परिवर्तन करके उनमें सुधार किया जाता है। कुछ लोग, जिसमें कुछ स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी शामिल हैं, लैंगिक डिस्फोरिया के उपचार के रूप में सर्जरी के लिये नैतिक आधार पर आपत्ति करते हैं, क्योंकि उपरोक्त अवस्थाएँ लागू नहीं होती हैं।

यह महतवपूर्ण है कि लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित मरीज़ों की देखभाल करने वाले स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी उनकी सामान्य संरचनात्मक बनावट में परिवर्तन करने में सहज महसूस करें। यह समझने के लिये कि सर्जरी द्वारा लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित व्यक्तियों की मनोवैज्ञानिक असहजता और तनाव को कैसे कम हो सकता है, पेशेवरों/कर्मियों को इन मरीज़ों के लक्षणों, द्रुविधाओं, और जीवन इतिहास के बारे में ध्यान से सुनने की ज़रूरत है। "उपर बतायी गयी चीज़ें नुकसान नहीं पहुँचाती" के नैतिक आधार पर सर्जरी करने से रोकने का सम्मान किया जाना चाहिये, उस पर चर्चा करनी चाहिये और लैंगिक डिस्फोरिया होने के मानसिक तनाव के बारे में खुद मरीज़ों से जानने के अवसर मिलने चाहिये और उपयुक्त उपचारों तक पहुँचने से रोकने के कारण होने वाले नुकसानों की संभावना का पता लगाना चाहिये।

लैंगिक डिस्फोरिया के लिये जननांगों और स्तनों/छाती का सर्जिकल उपचार एकमात्र वैकल्पिक प्रक्रिया नहीं है। विशिष्ट वैकल्पिक प्रक्रियाओं में मरीज़ और सर्जन के बीच केवल एक निजी पारस्परिक सहमति अनुबंध/कॉन्ट्रैक्ट होना शामिल है। जैसा कि SOC के सेक्शन VII में बताया गया है, लैंगिक डिस्फोरिया के लिये जननांग और स्तन/छाती की सर्जरी आवश्यक चिकित्सकीय उपचार के रूप में, केवल योग्य मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों द्वारा मरीज़ का आकलन किये जाने के बाद की जानी चाहिये। ये सर्जरी तभी की जा सकती हैं जब इसका लिखित दस्तावेज़ीकरण हो कि यह आकलन हूँआ है, और व्यक्ति विशिष्ट सर्जिकल उपचार के मानदंड पूरा करता है। इस प्रक्रिया का पालन करके, मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर, सर्जन, और मरीज़ शरीर में अपरिवर्तनीय परिवर्तन करने के निर्णय से संबंधित ज़िम्मेदारी मिलकर उठाते हैं।

केवल इस आधार पर कि खून में रक्त-जनित संक्रमणों जैसे HIV या हेपेटाइटिस C या B के वाइरस उपस्थित हैं लैंगिक पुनर्निर्माण सर्जरी की उपलब्धता या योग्यता के लिये मना करना अनैतिक है।

सर्जन्स के मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों, हार्मोन देने वाले चिकित्सकों (यदि लागू हो), और मरीज़ों के साथ संबंध (सूचित सहमति)

लैंगिक डिस्फोरिया के उपचार में सर्जन की भूमिका सिर्फ़ एक तकनीशियन की नहीं है। बल्कि, कर्तव्यनिष्ठ/ईमानदार सर्जन्स को प्रत्येक मरीज़ के इतिहास के बारे में जानकारी होती है और वे सर्जरी का सुझाव देने वाली चर्चा भी करते हैं। इसलिये सर्जन्स को मरीज़ के साथ खुलकर बात करनी चाहिये और उनकी नैदानिक देखभाल में सक्रिय रूप से शामिल अन्य स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों के साथ मिलकर काम करना चाहिये।

परामर्श आसानी से पूरा होता है जब एक सर्जन अंतर्विषयक स्वास्थ्य देखभाल टीम के रूप में काम करता है। टीम की अनुपस्थिति में, एक सर्जन आश्वस्त होना चाहिए कि सर्जरी की सिफारिश करने वाले मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी और यदि लागू हो, तो हार्मोन्स देने वाले चिकित्सक, सभी लैंगिक डिस्फोरिया के आकलन और उपचार में सक्षम हैं, क्योंकि सर्जन काफी हद तक उनकी विशेषज्ञता पर निर्भर होता है।

एक बार जब सर्जन संतुष्ट हो जाये कि सर्जरी के लिये मानदंडों को पूरा किया गया है (जैसे नीचे रेखांकित की गयी है), सर्जिकल उपचार के बारे में सोचना चाहिये और सर्जरी से पहले संबंधित परामर्श देना शुरू करना चाहिये। इस परामर्श के दौरान, सर्जरी की प्रक्रिया और इसके बाद के कोर्स/उपचार के बारे में मरीज़ के साथ विस्तार से चर्चा की जानी चाहिये। लैंगिक डिस्फोरिया के लिये सर्जिकल उपचार के इच्छुक मरीज़ों के साथ निम्नलिखित पर चर्चा करना सर्जन की ज़िम्मेदारी होती है :

- उपलब्ध विभिन्न सर्जिकल तकनीकें; (उन सहयोगियों के पास जाने के सुझाव के साथ जो वैकल्पिक उपचार प्रदान करते हैं)
- प्रत्येक तकनीक के फायदे और नुकसान;
- “आदर्श” परिणाम प्राप्त करने में प्रक्रिया की सीमायें, सर्जन को अपने मरीज़ों की सर्जरी से पहले व बाद की तस्वीरों की एक पूरी रेंज/क्रमबद्ध शृंखला प्रदान करनी चाहिये, इसमें सफल और असफल परिणामों दोनों को शामिल करना चाहिये।
- विभिन्न तकनीकों में शामिल ज़ोखिम और संभव जटिलतायें; सर्जन को मरीज़ को प्रत्येक प्रक्रिया में शामिल मरीज़ की स्वयं की जटिलताओं का स्तर उनको बताना चाहिये।

ये चर्चा सूचित सहमति का मूल है, जो किसी भी सर्जिकल प्रक्रिया के लिये नैतिक और कानूनी दोनों रूप से आवश्यक है। यह सुनिश्चित करना कि मरीज़ परिणामों से उचित/वास्तविक अपेक्षाएँ रखते हैं लैंगिक डिस्फोरिया को कम करने के लिये परिणाम प्राप्त करने के लिये महत्वपूर्ण है।

यह सारी जानकारी मरीज़ को लिखित रूप में उस भाषा में जो उसके लिये सहज हो और तस्वीरों के उदाहरणों के साथ दी जानी चाहिये। मरीज़ों को सारी जानकारी पहले से ही मिल जानी चाहिये (संभवतः इंटरनेट के माध्यम से) और उन्हें इसे ध्यानपूर्वक सोचने-समझने के लिये पर्याप्त समय दिया जाना चाहिये। सूचित सहमति पत्र के सभी तत्वों पर सर्जिकल उपचार से पहले आमने-सामने बैठकर चर्चा की जानी चाहिये। तब मरीज़ों के सवालों का जवाब दिया जा सकता है और मरीज़ लिखित सूचित सहमति दे सकता

है। क्योंकि ऐसी सर्जरी अपरिवर्तनीय होती हैं इसलिये सूचित सहमति मांगने से पहले सुनिश्चित कर लिया जाना चाहिये कि मरीज़ों को जानकारी पूरी तरह से समझने के लिये पर्याप्त समय है। कम से कम 24 घंटे देने का सुझाव दिया गया है।

सर्जन्स को सर्जरी के बाद की जाने वाली देखभाल तुरंत प्रदान करनी चाहिये और भविष्य में मरीज़ की सेवा करने वाले चिकित्सकों के साथ परामर्श करना चाहिये। मरीज़ों को अपने सर्जन के साथ सर्जरी के बाद की पर्याप्त देखभाल की योजना बनानी चाहिये।

लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित मरीज़ों के उपचार के लिये सर्जिकल चिकित्सा की प्रक्रियाओं का अवलोकन

पुरुष से महिला बनने वाले (MtF) मरीज़ों के लिये, सर्जिकल प्रक्रिया में निम्नलिखित शामिल हो सकते हैं

1. स्तन/छाती की सर्जरी : स्तन बढ़वाने के लिये सर्जरी (इम्प्लांट/लिपोफिलिंग)
2. जननांगों की सर्जरी : शिश्न हटवाने की सर्जरी, अंडकोषों को निकलवाने की सर्जरी, योनि के निर्माण की सर्जरी, क्लिटरोप्लास्टी, वल्वोप्लास्टी
3. जननांगों, स्तनों के अलावा सर्जिकल उपचार : चेहरे को जनाना बनाने वाली सर्जरी, लिपोसक्शन, लिपोफिलिंग, आवाज़ की सर्जरी, थायराइड कार्टिलेज रिडक्शन, ग्लूइटल आर्ग्युमेंटेशन (इम्प्लांट्स/लिपोफिलिंग), बालों का पुनर्निर्माण और विभिन्न सौंदर्य संबंधी प्रक्रियाएँ।

महिला से पुरुष बनने वाले (FtM) मरीज़ों के लिये, सर्जिकल प्रक्रिया में निम्नलिखित शामिल हो सकते हैं

1. स्तन/छाती की सर्जरी : स्तन हटवाने और पुरुषों वाली छाती के निर्माण के लिये सर्जरी
2. जननांगों की सर्जरी : गर्भाशय/फैलोपियन ट्यूब- ओवरी(अंडाशयों) को हटवाने की सर्जरी, मूत्रमार्ग का पुनर्निर्माण, जिसे (पेडिकल्ड या फ्री वैस्कुलराइज्ड फ्लैप लगाकर) महिला जननांगों का पुरुष जननांगों में पुनर्निर्माण/कृत्रिम शिश्न के निर्माण के लिये की जाने वाली सर्जरी के साथ जोड़ा जा सकता है, वैजिनेक्टोमी, स्क्रोटोप्लास्टी और इरेक्शन और/या टेस्टीक्युलर प्रोस्थिस इम्प्लांट करना।
3. जननांगों, स्तनों के अलावा सर्जिकल उपचार : आवाज़ की सर्जरी (कभी-कभी), लिपोसक्शन, लिपोफिलिंग, पेक्टोरल इम्प्लांट्स और विभिन्न सौंदर्य संबंधी प्रक्रियाएँ।

सौंदर्य सर्जरी की तुलना में पुनर्निर्माण सर्जरी

लैंगिक पुनर्निर्माण सर्जरी को सौंदर्य सर्जरी माना जाना चाहिये या पुनर्निर्माण सर्जरी, यह प्रश्न न केवल फिलॉस्फिकल/तात्त्विक नज़रिये से उपयुक्त है बल्कि आर्थिक नज़रिये से भी उपयुक्त है। सौंदर्य या कॉस्मेटिक सर्जरी को चिकित्सकीय रूप से आवश्यक नहीं माना जाता और इसलिये आमतौर पर इसका पूरा भुगतान मरीज द्वारा किया जाता है। इसके विपरीत, पुनर्निर्माण प्रक्रिया को निर्विवाद चिकित्सकीय परिणामों के साथ, चिकित्सकीय रूप से आवश्यक माना जाता है- और इस प्रकार इनका आंशिक रूप से या पूरा भुगतान राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रणाली या बीमा कंपनियों द्वारा किया जाता है।

द्रभ्मांग से, प्लास्टिक और पुनर्निर्माण सर्जरी (सामान्य और विशेष रूप से लिंग से संबंधित सर्जरी, दोनों के लिये) के क्षेत्र में, कोई स्पष्ट अंतर नहीं दिया गया है कि विशुद्ध रूप से पुनर्निर्माण क्या है और विशुद्ध रूप से कॉस्मेटिक क्या है? ज्यादातर प्लास्टिक सर्जरी की प्रक्रियाएँ वास्तव में पुनर्निर्माण और सौंदर्य संबंधी प्रक्रिया दोनों का मेल होती हैं।

जबकि ज्यादातर पेशेवर/कर्मी सहमत हैं कि जननांगों की सर्जरी और स्तन हटवाने की सर्जरी को पूरी तरह से सौंदर्य सर्जरी नहीं माना जा सकता, वहीं मतभेद हैं कि अन्य सर्जिकल प्रक्रियाओं (जैसे स्तन वृद्धि, चेहरे को जनाना बनाने वाली सर्जरी) को किस हद तक विशुद्ध रूप से पुनर्निर्माण सर्जरी माना जा सकता है। हालाँकि कृत्रिम शिश्न के निर्माण (फैलोप्लास्टी) या योनि हटवाने (वजिनोप्लास्टी) की सर्जरी को आजीवन पीड़ा को समाप्त करने वाले एक उपचार के रूप में आसानी से देखा जा सकता है, कुछ मरीज़ों के लिये राइनोप्लास्टी (नाक की प्लास्टिक सर्जरी) जैसे उपचार उनके जीवन की गुणवत्ता पर महत्वपूर्ण और स्थायी प्रभाव डालते हैं और इसलिये किसी बिना लैंगिक डिस्फोरिया वाले व्यक्ति के मुकाबले उनके लिये चिकित्सकीय रूप से ज्यादा आवश्यक होते हैं।

सर्जरी के लिये मानदंड

सभी *SOC* के लिये, लैंगिक डिस्फोरिया के लिये सर्जरी उपचार की शुरुआत के मानदंड मरीज़ों को सर्वोत्कृष्ट देखभाल देने के लिये विकसित किए गये हैं। जबकि *SOC* मरीज की स्वास्थ्य संबंधी देखभाल की ज़रूरतों को अच्छी तरह से पूरा करने के लिये व्यक्तिगत वृष्टिकोण रखने की अनुमति देता है, वहीं दूसरी तरफ स्तन/छाती और जननांगों की सभी सर्जरी के लिये योग्य मानसिक स्वास्थ्य संबंधी पेशेवर/कर्मी द्वारा लैंगिक डिस्फोरिया पर रिपोर्ट देने की शर्त रखता है। कुछ अन्य सर्जरी के लिये, अतिरिक्त शर्तों में जनाना/मर्दाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी की तैयारी और उपचार करना और एक साल तक लगातार अपनी लैंगिक पहचान के अनुकूल लैंगिक भूमिका में जीना शामिल है।

ये मानदंड नीचे रेखांकित हैं। उपलब्ध प्रमाण और विशेषज्ञों की नैदानिक सहमति के आधार पर, अलग-अलग सर्जरी के लिये अलग-अलग सुझाव दिये गये हैं।

SOC में विभिन्न सर्जरी के लिये विशिष्ट क्रम नहीं बताया गया है। सर्जिकल प्रक्रियाओं की संख्या और क्रम अलग-अलग मरीज़ में उनकी नैदानिक ज़रूरतों के अनुसार अलग होता है।

स्तन/छाती की सर्जरी के लिये मानदंड (एक रेफरल)

महिला से पुरुष बनने वाले (FtM) मरीज़ों में स्तन हटवाने और पुरुषों वाली छाती के निर्माण के लिये मानदंड :

1. लैंगिक डिस्फोरिया की निरंतर, अच्छी तरह दस्तावेजित ह्रई रिपोर्ट;
2. उपचार के लिये पूर्ण रूप से एक सूचित निर्णय लेने और सहमति देने में सक्षम होना;
3. उस देश के अनुसार वयस्कता की आयु (नाबालिंग हों तो बच्चों और किशोरों वाले *SOC* का पालन करें);
4. यदि कोई महत्वपूर्ण चिकित्स्कीय या मानसिक स्वास्थ्य संबंधी चिंतायें उपस्थित हों, तो उन्हें समुचित रूप से नियंत्रित किया गया हो।

हार्मोन थेरेपी पूर्व अपेक्षित/पहले से अनिवार्य नहीं है।

पुरुष से महिला बनने वाले (MtF) मरीज़ों में स्तन बढ़वाने (इम्प्लांट/लिपोफिलिंग) के लिये मानदंड :

1. लैंगिक डिस्फोरिया की निरंतर, अच्छी तरह दस्तावेजित ह्रई रिपोर्ट;
2. उपचार के लिये पूर्ण रूप से एक सूचित निर्णय लेने और सहमति देने में सक्षम होना;
3. उस देश के अनुसार वयस्कता की आयु (नाबालिंग हों तो बच्चों और किशोरों वाले *SOC* का पालन करें);
4. यदि कोई महत्वपूर्ण चिकित्स्कीय या मानसिक स्वास्थ्य संबंधी चिंतायें उपस्थित हों, तो उन्हें समुचित रूप से नियंत्रित किया गया हो।

हालाँकि कोई सुनिश्चित मानदंड नहीं है, परन्तु पुरुष से महिला बनने वाले मरीज़ों (MtF) को सुझाव दिया गया है कि उन्हें स्तन बढ़वाने की सर्जरी करवाने से पहले जनाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी (कम से कम 12 महीने तक) करवानी चाहिये। इसका उद्देश्य सर्जरी के बेहतर (सौंदर्य) परिणाम प्राप्त करने के लिये स्तनों में अधिकतम वृद्धि प्राप्त करना है।

जननांगों की सर्जरी के लिये मानदंड (दो रेफरल)

जननांगों की सर्जरी के लिये मानदंड, आवेदन की गयी सर्जरी के प्रकार के अनुसार होते हैं।

महिला से पुरुष बनने वाले मरीज़ों (FtM) में गर्भाशय/फैलोपियन ट्यूब- ओवरी (अंडाशयों) हटवाने और पुरुष से महिला बनने वाले मरीज़ों (MtF) में अंडकोषों को निकलवाने की सर्जरी के लिये मानदंड :

1. लैंगिक डिस्फोरिया की निरंतर, अच्छी तरह दस्तावेजित ह्रई रिपोर्ट;
2. उपचार के लिये पूर्ण रूप से एक सूचित निर्णय लेने और सहमति देने में सक्षम होना;

3. उस देश के अनुसार वयस्कता की आयु (नाबालिंग हों तो बच्चों और किशोरों वाले SOC का पालन करें);
4. यदि कोई महत्वपूर्ण चिकित्सकीय या मानसिक स्वास्थ्य संबंधी चिंतायें उपस्थित हों, तो उन्हें समुचित रूप से नियंत्रित किया गया हो;
5. मरीज़ के लैंगिक लक्षणों के अनुसार 12 महीने तक निरंतर हार्मोन थेरेपी (जब तक नैदानिक रूप से व्यक्ति के लिये हार्मोन के उपयोग का संकेत नहीं मिला हो)

जननांगों के हटवाने की प्रक्रिया से पहले हार्मोन थेरेपी का मुख्य उद्देश्य मरीज़ के अपरिवर्तनीय सर्जिकल उपचार करवाने से पहले कुछ समय तक प्रतिवर्ती एस्ट्रोजन या टेस्टोरोस्टेरॉन के उत्पादन को रोकना है।

ये मानदंड उन मरीज़ों पर लागू नहीं होते जो लैंगिक डिस्फोरिया के अलावा अन्य चिकित्सीय लक्षणों के लिये ये उपचार ले रहे हों।

महिला से पुरुष बनने वाले मरीज़ों (FtM) में महिला जननांगों का पुरुष जननांगों में पुनर्निर्माण/कृत्रिम शिशन के निर्माण के लिये की जाने वाली सर्जरी और पुरुष से महिला बनने वाले मरीज़ों (MtF) में कृत्रिम योनि के निर्माण की सर्जरी के लिये मानदंड :

1. लैंगिक डिस्फोरिया की निरंतर, अच्छी तरह दस्तावेजित हॉर्ड रिपोर्ट;
2. उपचार के लिये पूर्ण रूप से एक सूचित निर्णय लेने और सहमति देने में सक्षम होना;
3. उस देश के अनुसार वयस्कता की आयु (नाबालिंग हों तो बच्चों और किशोरों वाले SOC का पालन करें);
4. यदि कोई महत्वपूर्ण चिकित्सकीय या मानसिक स्वास्थ्य संबंधी चिंतायें उपस्थित हों, तो उन्हें समुचित रूप से नियंत्रित किया गया हो;
5. मरीज़ के लैंगिक लक्षणों के अनुसार 12 महीने तक निरंतर हार्मोन थेरेपी (जब तक नैदानिक रूप से व्यक्ति के लिये हार्मोन के उपयोग का संकेत नहीं मिले);
6. लगातार 12 महीने तक अपनी लैंगिक पहचान के अनुकूल लैंगिक भूमिका में रहना।

हालाँकि कोई सुनिश्चित मानदंड नहीं है, परन्तु इन मरीज़ों को भी मानसिक स्वास्थ्य या अन्य चिकित्सा पेशेवरों/कर्मियों के पास नियमित रूप से जाने का सुझाव दिया जाता है।

सर्जरी से पहले, 12 महीने तक लैंगिक पहचान के अनुकूल लैंगिक भूमिका में जीने के अनुभव का औचित्य

उपर कुछ प्रकार की जननांगों की सर्जरी के लिये दिया गया मानदंड, मतलब मरीज़ को 12 महीने तक लगातार अपनी लैंगिक पहचान के अनुकूल लैंगिक भूमिका में जीना चाहिये, विशेष नैदानिक सहमति पर आधारित है कि यह अनुभव मरीज़ के अपरिवर्तनीय सर्जरी करवाने से पहले उसे अपनी वांछित लैंगिक भूमिका में जीने का अनुभव करने और सामाजिक रूप से अनुकूल होने के लिये पर्याप्त समय प्रदान करता है। जैसा कि सेक्शन VII में बताया गया है कि किसी व्यक्ति की लैंगिक भूमिका में परिवर्तन करने के

सामाजिक पहलू आमतौर पर शारीरिक पहलू से ज्यादा चुनौतीपूर्ण होते हैं। लैंगिक भूमिका में परिवर्तन करने के गंभीर व्यक्तिगत और सामाजिक परिणाम हो सकते हैं, और ऐसा करने का निर्णय लेते समय संभावित परिवारिक, पारस्परिक, शैक्षिक, व्यावसायिक, आर्थिक, और कानूनी चुनौतियों के बारे में जागरूकता होनी चाहिये जिससे कि व्यक्ति अपनी लैंगिक भूमिका में सफलतापूर्वक कार्य कर सके। योग्य मानसिक स्वास्थ्य संबंधी पेशेवर/कर्मी और परिचित लोगों का समर्थन, लैंगिक भूमिका की सफलतापूर्वक स्वीकृति को आश्वस्त करने के लिये बहुमूल्य हो सकता है (Bockting, 2008)।

12 महीने की अवधि जीवन के विभिन्न अनुभवों और घटनाओं की एक श्रृंखला अनुमति देता है जो उस एक साल में हो सकते हैं (जैसे परिवारिक घटनाएँ, छुट्टियाँ, मौसम से संबंधित कार्य या स्कूल के अनुभव) इस दौरान मरीज़ को लगातार, नियमित रूप से और जीवन की सभी स्थितियों में, अपनी वांछित लैंगिक भूमिका में रहना चाहिये। इसमें पार्टनर्स, परिवार, दोस्तों और समुदाय के सदस्यों (जैसे स्कूल, काम, अन्य जगहों में) के सामने खुलकर आना शामिल है।

स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों को जननांगों की सर्जरी की तैयारी करने वाले मरीज़ों के लैंगिक भूमिका में पूरी तरह जीना शुरू करने के पहले दिन से उसके अनुभवों को चार्ट में स्पष्ट रूप से लिखना चाहिये। कुछ परिस्थितियों में, यदि आवश्यक हो तो स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी मानदंड पूरा करने की पुष्टि करने के लिये निवेदन कर सकते हैं। वे उन व्यक्तियों से सम्पर्क कर सकते हैं जो लैंगिक भूमिका के अनुकूल पहचान में रहने वाले मरीज़ से संबंधित हो, या लागू होते हो तो, कानूनी नाम के कागजातों और/या लैंगिक परिवर्तन के मार्कर दिखाने का निवेदन कर सकते हैं।

मानसिक स्थितियों और अन्य गंभीर मानसिक बीमारियों से पीड़ित लोगों के लिये सर्जरी

जब लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित मरीज़ों में गंभीर मानसिक रोगों का पता चलता है (जैसे मानसिक दौर, दोहरी छवि वाला रोग, अलग करने वाली पहचान संबंधी रोग, सीमांत/दबे हुए व्यक्तित्व संबंधी रोग) और किये गये निरीक्षणों/टेस्ट का वास्तविक परिणाम खराब आता है तब सर्जरी के बारे में विचार करने से पहले नशीली दवाईयों और/या मनोचिकित्सा द्वारा इन स्थितियों को सुधारने का प्रयास ज़रूर किया जाता है (Dhejne et al., 2011)। सर्जरी से पहले एक योग्य मानसिक स्वास्थ्य संबंधी पेशेवर/कर्मी द्वारा मरीज़ की मानसिक स्थिति और तैयारी का विवरण दे। मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी मरीज़ के साथ परिचित हो, इस बात को प्राथमिकता दी जाती है। यदि मरीज़ सक्रिय मनोरोगी है तो कोई सर्जरी नहीं की जानी चाहिये (De Cuypere & Vercruyse, 2009)।

स्तन/छाती या जननांगों की सर्जरी करने वाले सर्जन की योग्यता

लैंगिक डिस्फोरिया के लिये सर्जिकल उपचार करने वाले चिकित्सकों को, यूरोलोजिस्ट, स्त्री रोग विशेषज्ञ, प्लास्टिक सर्जन, या जनरल सर्जन, और राष्ट्रीय और/या क्षेत्रीय संस्था के उपयुक्त बोर्ड द्वारा प्रमाणित

होना चाहिये। सर्जन्स को जननांगों के पुनर्निर्माण में विशेष योग्यता होनी चाहिये, जो किसी अधिक अनुभवी सर्जन के अंतर्गत प्रशिक्षण प्राप्त करने के प्रमाण पत्र में सूचित हो। अनुभवी सर्जन्स को भी उनके सर्जिकल कौशल की उनके समकक्षों/साथियों द्वारा समीक्षा करवाने के लिये तैयार रहना चाहिये। सर्जिकल चिकित्सा के आधिकारिक ऑडिट के परिणामों और इन परिणामों के प्रकाशन से संबंधित स्वास्थ्य पेशेवरों और मरीज़ों, दोनों को बहुत आश्वासन मिलता है। सर्जन्स को नियमित रूप से पेशेवर बैठकों में भाग लेना चाहिये जिनमें नयी तकनीकें पेश की जाती हैं। सर्जन्स और उनकी टीम के साथ अपने अनुभव के बारे में दूसरों को बताने के लिये मरीज़ अक्सर इंटरनेट का प्रभावशाली तरीके से इस्तेमाल करते हैं।

आदर्श रूप से, सर्जन्स को जननांगों के पुनर्निर्माण की सर्जरी के लिये एक से अधिक तकनीक के बारे में जानकारी होनी चाहिये ताकि वो मरीज़ को परामर्श देते समय प्रत्येक मरीज़ के लिये एक अनुकूल तकनीक को चुन सकें। इसके अलावा, यदि सर्जन को सिर्फ़ एक तकनीक में दक्ष हो और वह प्रक्रिया मरीज़ के लिये उपयुक्त नहीं हो या उनकी इच्छानुसार नहीं हो, तो सर्जन को अन्य प्रक्रियाओं के बारे में मरीज़ को बताना चाहिए और किसी दूसरे समुचित दक्षता वाले सर्जन के पास भेजने का प्रस्ताव देना चाहिए।

स्तन/छाती की सर्जरी की तकनीक और जटिलताएं

हालाँकि स्तनों/छाती की उपस्थिति एक महत्वपूर्ण माध्यमिक सेक्स विशेषता है, परन्तु स्तनों की उपस्थिति या आकार सेक्स और लिंग की कानूनी परिभाषा में शामिल नहीं है और ना ही प्रजनन के लिये आवश्यक है। लैंगिक डिस्फोरिया के इलाज के लिये स्तनों/छाती की सर्जरी का कार्य भी उतना ही ध्यानपूर्वक किया जाना चाहिए जितना कि हार्मोन थेरेपी की शुरुआत करते समय, क्योंकि दोनों शरीर में अपरिवर्तनीय परिवर्तन उत्पन्न करते हैं।

पुरुष से महिला बनने वाले मरीज़ों (MtF) में स्तनों में वृद्धि करने की प्रक्रिया (कभी-कभी इसे "छाती पुनर्निर्माण" कहा जाता है) एक प्रसव वाली महिला से अलग नहीं होती। इसे आमतौर पर कृत्रिम स्तन लगाकर और कभी-कभी लिपोफिलिंग तकनीक के माध्यम से किया जाता है। संक्रमण और कैप्स्यूलर फाइब्रोसिस पुरुष से महिला बनने वाले मरीज़ों (MtF) में स्तनों में वृद्धि करने की प्रक्रिया की दुर्लभ जटिलताएं हैं (Kanhai, Hage, Karim, & Mulder, 1999)।

महिला से पुरुष बनने वाले मरीज़ों (FtM) के लिये मास्टेकटॉमी या "पुरुष की छाती का निर्माण/प्लास्टिक सर्जरी" की प्रक्रिया उपलब्ध है। बहुत सारे महिला से पुरुष बनने वाले मरीज़ों (FtM) सिर्फ़ यही सर्जरी की जाती है। जब स्तन के टिशू/ऊतक हटाये जाते हैं, तब त्वचा हटाने की ज़रूरत पड़ती है जिसके परिणामस्वरूप एक निशान रह जाता है और मरीज़ों को इसके बारे में बताया जाना चाहिये। त्वचा का मास्टेकटॉमी या पुरुष की छाती का निर्माण/प्लास्टिक सर्जरी की जटिलताओं में निप्पल नक्रोसिस, त्वचा का ऊबड़खाबड़/असमतल दिखना, और भद्रदे निशान रह जाना शामिल है (Monstrey et al., 2008)।

जननांग की सर्जरी की तकनीक और जटिलतायें

पुरुष से महिला बनने वाले मरीज़ों (MtF) की लैंगिक सर्जरी की प्रक्रिया में ओरिकटॉमी, पेनेकटोमी, वजिनोप्लास्टी, किलटरोप्लास्टी और लेबिआप्लास्टी शामिल हो सकती हैं। तकनीकों में पेनाइल स्किन इनवर्जन, पेडिकल्ड कोलोसीग्मोइड ट्रांसप्लांट, और नयी योनि में फ्री स्किन ग्राफ्ट करना शामिल हैं। कार्यात्मक योनि और स्वीकार योग्य दिखावट के साथ-साथ यौन अनुभूति वजिनोप्लास्टी का एक महत्वपूर्ण उद्देश्य है।

पुरुष से महिला बनने वाले मरीज़ों (MtF) की लैंगिक सर्जरी की जटिलताओं में शामिल हैं योनि और लेबिया का पूरा या आंशिक रूप से गल जाना, योनि में मूत्राशय या आंत्र से नासूर बनना, मूत्रमार्ग की संकीर्णता और ऐसी योनि जो संभोग करने के लिये या तो बहुत कम या बहुत छोटी होती है। एक तरफ नयी योनि बनाने के लिये सर्जिकल तकनीकें कार्यात्मक और सौंदर्य की दृष्टि से उत्कृष्ट होती हैं, वहीं प्रक्रिया के बाद अनोर्गस्मिया (यौन संबंधों में चरम-आनन्द का अभाव) सूचित किया गया है, और दूसरे चरण में सौंदर्य/अच्छी दिखावट के लिये लेबियाप्लास्टी की आवश्यकता हो सकती है (Klein & Gorzalka, 2009; Lawrence, 2006)।

महिला से पुरुष बनने वाले मरीज़ों (FtM) की लैंगिक सर्जरी की प्रक्रिया में हिस्टरेकटॉमी, सल्पिंगो-ओफोरेकटॉमी, वजिनेकटोमी, मेटॉइडियोप्लास्टी, स्क्रोटोप्लास्टी, यूरेथ्रोप्लास्टी, प्लेसमेंट ऑफ टेस्टीक्युलर प्रोस्थेस और फैलोप्लास्टी शामिल हो सकती हैं। जिन मरीज़ों की पहले पेट की कोई सर्जरी नहीं हुई है, उन्हें पेट के निचले हिस्से पर निशान से बचने के लिये हिस्टरेकटॉमी, सल्पिंगो-ओफोरेकटॉमी के लिये लैप्रोस्कोपिक तकनीक इस्तेमाल करने का सुझाव दिया जाता है। योनि तक पहुँचना मुश्किल होता है क्योंकि ज्यादातर मरीज़ों ने कभी किसी बच्चे को जन्म नहीं दिया होता और न ही कभी योनि के माध्यम से किया जाने वाले संभोग किया होता है। आजकल फैलोप्लास्टी की सर्जरी के लिये विविध तकनीकें उपलब्ध हैं। तकनीकों का चुनाव शारीरिक या सर्जरी संबंधी कारणों और मरीज़ के आर्थिक कारणों से सीमित हो सकता है। यदि फैलोप्लास्टी का उद्देश्य, अच्छी दिखावट वाला नया शिश्न, खड़े होकर पेशाब करना, यौन अनुभूति, और/या सहवास करने की क्षमता हो, तो मरीज़ को स्पष्ट रूप से बता देना चाहिये कि सर्जरी विभिन्न चरणों में होगी और अक्सर तकनीकी समस्याएँ होती हैं, जिनके लिये अतिरिक्त ऑपरेशन करने की आवश्यकता हो सकती है। यहाँ तक कि मेटॉइडियोप्लास्टी, जिसे छोटा शिश्न का निर्माण करने वाली एक-चरण की प्रक्रिया माना जाता है, में भी एक से ज्यादा ऑपरेशन करने की आवश्यकता हो सकती है। खड़े होकर पेशाब करने का उद्देश्य इस तकनीक से हमेशा सुनिश्चित नहीं किया जा सकता है (Monstrey et al., 2009)।
महिला से पुरुष बनने वाले मरीज़ों (FtM) की फैलोप्लास्टी की जटिलताओं में अक्सर मूत्रमार्ग का संकीर्ण होना और नासूर होना और कभी-कभी नये शिश्न का गल जाना शामिल हो सकता है। मेटॉइडियोप्लास्टी के परिणामस्वरूप छोटा शिश्न बनता है जिसमें खड़े होकर पेशाब करने की क्षमता नहीं होती। फैलोप्लास्टी, जिसमें पेडिकल्ड या फ्री वैस्कुलराइज़ड फ्लैप का इस्तेमाल किया जाता है, एक लम्बी और एक से अधिक चरणों वाली प्रक्रिया है, जिसमें उल्लेखनीय बीमारी जैसे अक्सर मूत्र संबंधी जटिलतायें होती हैं और शरीर के

जिस भाग से त्वचा ली जाती है (डोनर साइट) वहाँ निशान रह जाता है। इस कारण से महिला से पुरुष बनने वाले बहुत सारे मरीज़ (FtM) हिस्ट्रेक्टॉमी और सल्पिंगो-ओफोरेक्टॉमी के अलावा कोई अन्य जननांग संबंधी सर्जरी नहीं करवाते हैं (Hage & De Graaf, 1993)।

जिन मरीज़ों में सर्जरी संबंधी गंभीर जटिलतायें उत्पन्न होती हैं उन्हें भी सर्जरी करवाने का पछतावा शायद ही कभी होता है। सर्जरी के महत्व की प्रशंसा, सर्जरी के बार-बार मिलने वाले जाँच परिणामों की गुणवत्ता से जा सकती है, जो लैंगिक पुनर्निर्माण सर्जरी के कुल मिलाकर परिणाम का सबसे बेहतर अनुमान दर्शाते हैं (Lawrence, 2006)।

अन्य सर्जरी

शरीर को जनाना बनाने में सहायक अन्य सर्जरी में शामिल हैं रिडक्शन थायरॉइड कोन्ड्रोप्लास्टी (टेंटुए में कमी), आवाज़ में सुधार करने के लिये सर्जरी, कमर की सक्षण-असिस्टेड लिपोप्लास्टी (कान्टुर मॉडलिंग), राइनोप्लास्टी (नाक की प्लास्टिक सर्जरी), फेशियल बॉन रिडक्शन, फेस-लिफ्ट और ब्लीफैरोप्लास्टी (पलकों में सर्जरी द्वारा सुधार करना) शरीर को मर्दाना बनाने में सहायक अन्य सर्जरी में शामिल हैं लिपोसक्शन, लिपोफिलिंग और पेक्टोरल इम्प्लांट्स। आवाज़ को भारी बनाने के लिये वॉइस सर्जरी बहुत कम की जाती है परन्तु इसका सुझाव कुछ मामलों में दिया जा सकता है जैसे जब हार्मोन थेरेपी अप्रभावी होती है।

हालाँकि इन सर्जरीस में मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों द्वारा रेफरल की आवश्यकता नहीं पड़ती, पर ऐसे पेशेवर/कर्मी सामाजिक परिवर्तन के संदर्भ में इस प्रकार की प्रक्रियाओं के समय और प्रभावों के बारे में मरीज़ों को एक पूरी तरह सूचित निर्णय लेने में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकते हैं।

हालाँकि इनमें से ज्यादातर प्रक्रियाएँ “विशुद्ध रूप से सौंदर्य संबंधी प्रक्रियाएँ” मानी जाती हैं परन्तु गंभीर लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित व्यक्तियों में, उनकी विशिष्ट नैदानिक स्थितियों और जीवन की परिस्थितियों के अनुसार इन्हें चिकित्सकीय रूप से आवश्यक माना जा सकता है। यह अस्पष्टता नैदानिक स्थितियों में वास्तविकता दर्शाती है, और इन प्रक्रियाओं की ज़रूरत और वांछनीयता के रूप में व्यक्तिगत निर्णय लेने की अनुमति देती है।

XII. सर्जरी के बाद देखभाल और फॉलो-अप/अनुवर्ती जाँच

लैंगिक डिस्फोरिया के सर्जिकल उपचार के बाद लम्बे समय तक देखभाल और फॉलो-अप/अनुवर्ती जाँच से अच्छे सर्जिकल और मनोसामाजिक परिणाम मिलते हैं (Monstrey et al., 2009)। सर्जरी के बाद मरीज़ के शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य और सर्जरी के फायदों और सीमाओं के बारे में सर्जन की जानकारी के लिये फॉलो-अप/अनुवर्ती जाँच महत्वपूर्ण है। वो सर्जन्स जो दूर से आने वाले मरीज़ों की सर्जरी करते हैं उन्हें उनकी देखभाल की योजना में व्यक्तिगत फॉलो-अप/अनुवर्ती जाँच शामिल करनी चाहिए और मरीज़ों को उनके आसपास के क्षेत्र में किफायती और लम्बे समय तक मिलने वाली स्थानीय देखभाल उपलब्ध करवाने की कोशिश करनी चाहिये।

सर्जरी के बाद कभी-कभी मरीज़ विशेषज्ञों, हार्मोन देने वाले चिकित्सकों (हार्मोन्स प्राप्त करने वाले मरीज़ों के लिये) द्वारा मिलने वाले फॉलो-अप/अनुवर्ती जाँच को छोड़ देते हैं, बिना यह जाने कि ये प्रदाता उन विशेष चिकित्सीय स्थितियों से बचाने, उनका पता लगाने और इलाज करने में सबसे ज़्यादा सक्षम होते हैं, जो हार्मोन और सर्जिकल उपचार लेने वाले मरीज़ों में अक्सर हो जाती हैं। मानसिक स्वास्थ्य संबंधी पेशेवरों/कर्मियों द्वारा भी समान रूप से फॉलो-अप/अनुवर्ती जाँच करने की ज़रूरत होती है क्योंकि उन्होंने मरीज़ के साथ किसी भी अन्य पेशेवर/कर्मी की तुलना में ज़्यादा समय बिताया हो सकता है और इसलिये वे सर्जरी के बाद सामंजस्य करने में आने वाली किसी भी बाधा को दूर करने के लिये सबसे उत्तम स्थिति में होते हैं। स्वास्थ्य संबंधी पेशेवरों/कर्मियों को उनके मरीज़ों के साथ सर्जरी के बाद फॉलो-अप/अनुवर्ती जाँच के महत्व पर ज़ोर देना चाहिये और उन्हें निरंतर देखभाल प्रदान करनी चाहिये।

सर्जरी के बाद मरीज़ों को उनकी आयु के लिये सूझाये गये दिशानिर्देशों के अनुसार नियमित रूप से मेडिकल स्क्रीनिंग/जाँच करवानी चाहिये। इस पर अगले सेक्षण में अधिक चर्चा की गयी है।

XIII. आजीवन निवारक और प्राथमिक देखभाल

पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर), और लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोगों को आजीवन स्वास्थ्य देखभाल की आवश्यकता होती है। उदाहरण के लिये, अपेक्षाकृत कम उम्र में जननग्रंथी हटवाने और/या लंबे समय तक, उच्च ख़राक वाली हार्मोन चिकित्सा प्राप्त करने के नकारात्मक माध्यमिक प्रभावों से बचने के लिये मरीज़ों को प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल और ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य में अनुभवी प्रदाताओं द्वारा अच्छी चिकित्स्कीय देखभाल प्राप्त की ज़रूरत होती है। यदि एक प्रदाता सभी सेवायें देने में सक्षम नहीं हो, तो सभी प्रदाताओं के बीच में निरंतर सम्पर्क होना आवश्यक है।

प्राथमिक देखभाल और स्वास्थ्य की देखरेख से संबंधित सभी मृद्दों का समाधान, लैंगिक भूमिका में संभव परिवर्तनों और लैंगिक डिस्फोरिया को कम करने के चिकित्स्कीय उपचार के पहले, दौरान और बाद में किया जाना चाहिये। हालाँकि हार्मोन प्रदाता और सर्जन निवारक देखभाल प्रदान करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकते हैं, फिर भी प्रत्येक पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर), और लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोगों को संपूर्ण स्वास्थ्य की देखभाल की ज़रूरतों के लिये एक प्राथमिक देखभाल प्रदाता से सम्पर्क में रहना चाहिये (Feldman, 2007)।

सामान्य निवारक स्वास्थ्य देखभाल

आम जनता के लिये विकसित किये गये स्क्रीनिंग के दिशानिर्देश, उन अंग तंत्रों के लिये उपयुक्त हैं जिनकी जनाना/मर्दाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी से प्रभावित होने की संभावना नहीं है। हालाँकि, हृदवाहिनी जोखिम के कारकों, ऑस्टियोपोरोसिस, और कुछ तरह के कैंसर (स्तन, गर्भाशय-ग्रीवा, डिम्बग्रंथि, गर्भाशय

और प्रोस्टेट), जैसे क्षेत्रों में इस तरह के सामान्य दिशा निर्देश, हार्मोन थेरेपी प्राप्त करने वाले व्यक्तियों की स्क्रीनिंग/जाँच की लागत- प्रभावशीलता को या तो वास्तविकता से अधिक या कम महत्व दे सकते हैं।

कई संसाधन, जनाना/मर्दाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी करवाने वाले मरीज़ों को प्रदान की जाने वाली प्राथमिक देखभाल के लिये विस्तृत प्रोटोकॉल प्रदान करते हैं, इसमें लैंगिक पुनर्निर्माण सर्जरी के बाद प्रदान की जाने वाली चिकित्सा भी शामिल है (Center of Excellence for Transgender Health, UCSF, 2011; Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007; Gorton, Buth, & Spade, 2005)। चिकित्सकों को उनके राष्ट्रीय प्रमाणों पर आधारित दिशा निर्देशों से परामर्श लेना चाहिये और अपने मरीज़ों से स्क्रीनिंग/ जाँच के बारे में हार्मोन थेरेपी के प्रभाव को ध्यान में रखते हुए उनके आधारभूत जोखिमों पर चर्चा करनी चाहिए।

कैंसर की स्क्रीनिंग/जाँच

लिंग से संबंधित अंगों में कैंसर की स्क्रीनिंग/जाँच में पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंग प्रदर्शक/ विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर), और लैंगिक असुनिश्चिता वाले मरीज़ों और उनके स्वास्थ्य की देखभाल करने वाले प्रदाताओं के लिये विशेष चिकित्सकीय और मनोसामाजिक चुनौतियां सामने ला सकती हैं। बड़े पैमाने पर इस जन-समुदाय पर कोई अद्ययन नहीं होने से, प्रदाताओं के पास इनके लिये कैंसर की जाँच के उपयुक्त प्रकार और आवृत्ति निर्धारित करने के लिये पर्याप्त प्रमाण होने की संभावना नहीं है। बार-बार जाँच से स्वास्थ्य देखभाल की महँगी कीमतें, अधिक गलत सकारात्मक दरें, और अक्सर अनावश्यक रेडिएशंस और/या नैदानिक उपचारों जैसे बायोप्सी का जोखिम होता है। कम जाँच से संभावित रूप से उपचार योग्य कैंसर में नैदानिक विलम्ब होता है। मरीज़ों को कैंसर की जाँच लैंगिक पुष्टि करने वाली (जैसे पुरुष से महिला बनने वाले मरीज़ों MtF में मैमोग्राफ्स) या शारीरिक और भावनात्मक दोनों रूप से द्रुखदायी (जैसे महिला से पुरुष बनने वाले मरीज़ों FtM में पैप स्मीयर्स निरंतर देखभाल प्रदान करता है) लग सकती हैं।

मूत्रजननांगों की देखभाल

दोनों लिंग के पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर), और लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोगों के लिये स्त्री रोग विशेषज्ञ द्वारा देखभाल प्राप्त करना आवश्यक होता है। महिला से पुरुष बनने वाले मरीज़ों (FtM) में ऐसी देखभाल मुख्यतौर पर उन व्यक्तियों के लिये आवश्यक होती है जिन्होंने जननांगों की सर्जरी नहीं करवायी है। पुरुष से महिला बनने वाले मरीज़ों (MtF) में इस प्रकार की देखभाल की आवश्यकता जननांगों की सर्जरी के बाद होती है। जबकि बहुत सारे सर्जन मरीज़ों को सर्जरी के बाद मूत्रजननांगों की देखभाल करने संबंधी परामर्श देते हैं, प्राथमिक देखभाल प्रदान करने वाले चिकित्सकों और स्त्री रोग विशेषज्ञों को भी इस जन-समुदाय की जननांगों संबंधी विशिष्ट चिंताओं से परिचित होना चाहिये।

सभी पुरुष से महिला बनने वाले मरीज़ों (MtF) को जननांगों की स्वच्छता, कामुकता, और यौन संचारित संक्रमणों की रोकथाम के बारे में परामर्श प्राप्त करना चाहिये; जिन व्यक्तियों ने जननांगों की सर्जरी करवाई है उन्हें योनि की गहराई और चौड़ाई बनाए रखने के लिये नियमित रूप से योनि के फैलाव या योनि के माध्यम से किये जाने वाले/छेदक संभोग की ज़रूरत पर सलाह दी जानी चाहिये (van Trotsenburg, 2009)। पुरुष के पेल्विस/पेड्रू की संरचना के कारण नयी योनि की धुरी/एक्सिस और आयाम/डाईमेंशन्स जैविक/प्राकृतिक योनि से काफी अलग होती है। यदि शारीरिक संरचना का यह अंतर पुरुष से महिला बनने वाले मरीज़ों (MtF) और उनके पार्ट्नर्स को समझ नहीं आता तो यह संभोग को प्रभावित कर सकता है (van Trotsenburg, 2009)।

मूत्र मार्ग छोटा करने की पुनर्निर्माण सर्जरी के कारण पुरुष से महिला बनने वाले मरीज़ों (MtF) में अक्सर निचले मूत्र मार्ग के संक्रमण हो जाते हैं। इसके अलावा, यह मरीज़ निचले मूत्र मार्ग के कार्य संबंधी विकारों से पीड़ित हो सकते हैं, इस तरह के विकार, मलाशय और मूत्राशय के बीच विच्छेदन के दौरान मूत्राशय के तल की स्वशासी तंत्रिका की क्षति या मूत्राशय के अपने आप जगह बदलने के कारण हो सकते हैं। लैंगिक पुनर्निर्माण सर्जरी के बाद मूत्राशय खराब हो सकता है (जैसे बार-बार पेशाब आना, पेशाब करने में परेशानी या पेशाब आने की संवेदना पर असंयमता) (Hoebelke et al., 2005; Kuhn, Hiltebrand, & Birkhauser, 2007)।

ज्यादातर महिला से पुरुष बनने वाले मरीज़ (FtM) वैजिनेक्टोमी/ योनि के सभी भाग हटवाने की सर्जरी (कल्पेक्टोमी) नहीं करवाते। टेस्टोरोस्टेरॉन से इस्ट्रोज़न में काफी हद तक रूपांतरण करवाने के बाद, मर्दाना बनाने वाले हार्मोन्स लेने वाले मरीज़ों में नियमित रूप से योनि की परतों में एट्रोफिक/अपक्षय संबंधी बदलाव देखे जा सकते हैं और इसके कारण स्थानीय ख़जली और जलन हो सकती है। जाँच, शारीरिक और भावनात्मक रूप से दुखदायी हो सकती है, परन्तु उपचार के अभाव में स्थिति और बिगड़ सकती है। महिला से पुरुष बनने वाले मरीज़ों (FtM) की जननांगों संबंधी समस्याओं का इलाज करने वाली स्त्री रोग विशेषज्ञों को इस संवेदनशीलता के बारे में पता होना चाहिये कि पुरुष लैंगिक पहचान और मर्दाना अभिव्यक्ति वाले मरीज़ों के जननांग, विशिष्ट रूप से महिला लिंग से संबंधित हो सकते हैं।

XIV. संस्थागत वातावरण में रहने वाले लोगों की देखभाल के मानकों को लागू करना

SOC सभी पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंग प्रदर्शक/विपरीत लिंगी (ट्रांसजैंडर), और लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोगों पर उनकी आवासीय स्थिति का ध्यान किये बिना, पूरी तरह से उन पर लागू होता है। उपयुक्त स्वास्थ्य देखभाल के अवसर प्राप्त करने में लोगों के साथ उनके रहने की जगह के आधार पर भेदभाव नहीं किया जाना चाहिये, इसमें संस्थागत वातावरण जैसे जेलें या दीर्घ /मध्यवर्ती कालिक स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने वाले केंद्र शामिल हैं (Brown, 2009)। संस्थागत वातावरण में रह रहे पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंगी (ट्रांसजैंडर), और लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोगों को मिलने वाली स्वास्थ्य देखभाल, वैसी ही होनी चाहिये जैसी कि उन्हें उस समदाय के भीतर किसी गैर-संस्थागत वातावरण में रहते हुए मिलती।

SOC में बताये गये आकलन और उपचार के सभी तत्व संस्थानों में रह रहे लोगों को उपलब्ध कराये जा सकते हैं (Brown, 2009)। स्वास्थ्य सेवा केंद्र में रखे जाने या आवासीय व्यवस्थाओं के आधार पर इन आवश्यक चिकित्सकीय उपचारों का उपयोग करने से मना नहीं किया जाना चाहिये। यदि संस्था के अंदर प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से काम करने वाले स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित मरीज़ों का आकलन करने और/या इलाज करने के लिये उपलब्ध नहीं हों तो बाहरी पेशेवरों/कर्मियों जिन्हें स्वास्थ्य देखभाल के इस विशेष क्षेत्र की जानकारी हो, से परामर्श करना उपयुक्त होता है।

संस्थाओं में रह रहे लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित लोगों को सह-मौजूदा मानसिक स्वास्थ्य संबंधी समस्याएँ भी हो सकती हैं (Cole et al., 1997)। इन स्थितियों का उपयुक्त तरीके से आकलन और उपचार किया जाना चाहिये।

जो लोग किसी संस्था में दाखिल होते वक्त हार्मोन थेरेपी के एक उपयुक्त आहार-नियम पर होते हैं उन्हें उसे या उससे मिलती जूलती थेरेपी को जारी रखना चाहिये और *SOC* के अनुसार उसकी निगरानी करनी चाहिये। ज्यादातर स्थितियों में “फ्रीज़ फ्रेम” वृष्टिकोण पद्धति को उपयुक्त देखभाल नहीं माना जाता (Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. No. 92-12820-MLW, 2002)। लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित जिन लोगों को (*SOC* का पालन करते हए) हार्मोन थेरेपी के लिये उपयुक्त माना जाता है, उनकी ऐसी थेरेपी शुरू की जानी चाहिये। जब हार्मोन थेरेपी चिकित्सकीय रूप से आवश्यक होती है तब अचानक से हार्मोन्स बंद करने या हार्मोन थेरेपी की शुरुआत ही नहीं हो पाने से संबंधित परिणामों में नकारात्मक परिणामों जैसे ऑटोकास्ट्रोशन द्वारा स्वयं सर्जिकल उपचार, उदासीनता, डिस्फोरिया और/या आत्मघातकता की उच्च संभावना शामिल होती है (Brown, 2010)।

SOC के अनुरूप देखभाल प्रदान करने वाले यथोचित आवासों को संस्थागत वातावरण में बनाया जा सकता है, बस वहाँ लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित लोगों को आवश्यक चिकित्सकीय देखभाल पहुँचाने में कोई ज़ोखिम नहीं होना चाहिये। एक यथोचित आवास का उदाहरण है एक ऐसा वातावरण जहाँ औषधि के मुँह से लिये जाने की अधिक संभावना होने पर भी, यदि चिकित्सकीय रूप से निषेद्ध न हो, हार्मोन्स लेने के लिये इंजेक्शन का इस्तेमाल किया जा सकता है (Brown, 2009)। निवास-स्थान के आधार पर लैंगिक भूमिका में आवश्यक परिवर्तन या उपचार, जिसमें लैंगिक पुनर्निर्माण सर्जरी भी शामिल है, का अवसर देने से इंकार करने वाली संस्था *SOC* के अनुसार उचित आवास नहीं है (Brown, 2010)।

संस्था में रह रहे पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंग प्रदर्शक/विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर), और लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोगों के लिये आवास और नहाने/शौचालय की सुविधायें उनकी लैंगिक पहचान और भूमिका, शारीरिक स्थिति, मर्यादा और व्यक्तिगत सुरक्षा को ध्यान में रखकर की जानी चाहियें। किसी व्यक्ति को केवल उसके बाह्य जननांगों की दिखावट के आधार पर समान लिंग के लोगों के एकसाथ रहने वाले आवास, वार्ड, या पॉड में रखना उपयुक्त नहीं होता और इससे उस व्यक्ति पर जुल्म होने का ज़ोखिम हो सकता है (Brown, 2009)।

संस्थाएँ, जहाँ पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंग प्रदर्शक/विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर), और लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोग रहते हैं और स्वास्थ्य संबंधी देखभाल प्राप्त करते हैं, वहाँ एक सहनशील और

सकारात्मक वातावरण के लिये निगरानी रखनी चाहिये जिससे सुनिश्चित किया जा सके कि उन लोगों को वहाँ के कर्मचारियों या अन्य निवासियों से कोई खतरा नहीं है।

XV. लैंगिक विकास संबंधी विकार वाले लोगों के लिये देखभाल के मानकों की व्यावहारिकता

शब्दावली

लैंगिक विकास संबंधी विकार/ डिसॉर्डर ऑफ सेक्स डेवेलपमेंट (DSD) का मतलब है जननांगों के असामान्य विकास वाली शारीरिक स्थिति (Hughes, Houk, Ahmed, Lee, & LWPES/ESPE Consensus Group, 2006)। लैंगिक विकास संबंधी विकार (DSD) में एक स्थिति शामिल है जिसे इंटरसेक्सुएलिटी कहा जाता था। हालाँकि 2005 में एक अंतर्राष्ट्रीय सर्वसम्मति सम्मेलन के दौरान इस परिभाषा/शब्दावली को लैंगिक विकास संबंधी विकार (DSD) से बदल दिया गया था (Hughes et al., 2006) परन्तु भाषा के प्रयोग के बारे में असहमति अभी भी बनी हूँड़ है। कुछ लोग “विकार” के नाम पर दृढ़ता से आपत्ति जताते हैं, और इसकी जगह इन पैदाइशी स्थितियों को विविधता का विषय मानने का बढ़ावा देते हैं (Diamond, 2009) और इंटरसेक्स या इंटरसेक्सुएलिटी शब्दों का इस्तेमाल जारी रखते हैं। SOC में, WPATH ने DSD शब्द का इस्तेमाल उद्देश्यात्मक और वैन्यू फ्री तरीके से करता है, यह सुनिश्चित करने के लक्ष्य के साथ कि स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी इस चिकित्सा शब्दावली को पहचाने और जैसे इस क्षेत्र में प्रगति होती है इसका इस्तेमाल उपयुक्त साहित्य/जानकारी पाने में करें। WPATH ऐसी नयी शब्दावली का स्वागत करने के लिये तैयार रहती है जो इस विविध जन-समूदाय के सदस्यों के अनुभव पर और रोशनी डालती है और स्वास्थ्य देखभाल के उपयोग और वितरण में सुधार की ओर ले जाती है।

SOC में जोड़ने के लिये तर्क

पहले लैंगिक विकास संबंधी विकार (DSD) से पीड़ित लोग जिनमें लैंगिक पहचान संबंधी विकार दर्शाने वाला DSM-IV-TR संबंधी व्यवहार (American Psychiatric Association, 2000) मिलता था, उन्हें सामान्य निदान से बाहर रखा जाता था। इसकी जगह उन्हें “लैंगिक पहचान संबंधी विकार से पीड़ित - अन्यथा निर्दिष्ट नहीं” श्रेणी में रखा जाता था। उन्हें WPATH के देखभाल संबंधी मानकों में भी शामिल नहीं किया जाता था।

DSM-5 (www.dsm5.org) के लिये मौजूदा प्रस्ताव में लैंगिक पहचान संबंधी विकार को लैंगिक डिस्फोरिया से बदलने का प्रस्ताव है। इसके अलावा, DSM के लिये प्रस्तावित परिवर्तनों में लैंगिक विकास संबंधी विकार (DSD) के साथ लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित लोगों को लैंगिक डिस्फोरिया का एक उप-प्रकार मानने पर गौर करना है। यह प्रस्तावित वर्गीकरण- जो DSD के साथ और बिना DSD के लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित लोगों में स्पष्टतया अंतर करता है - तर्कसंगत है: DSD के साथ लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित लोगों में यह अपने घटना-क्रिया विज्ञान की प्रस्तुति में, महामारी विज्ञान, जीवन-पथ के उत्तर-चढ़ावों में और एटियोलॉजी / रोग निदान विज्ञान में अलग होता है (Meyer-Bahlburg, 2009)।

लैंगिक विकास संबंधी विकार (DSD) और लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित व्यस्कों का स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों की नज़र में आना बढ़ रहा है। इसलिये, उनकी देखभाल के बारे में एक संक्षिप्त चर्चा *SOC* के इस संस्करण में शामिल की गयी है।

स्वास्थ्य संबंधी इतिहास पर विचार

लैंगिक विकास संबंधी विकार (DSD) और लैंगिक डिस्फोरिया, दोनों से पीड़ित मरीज़ों की सहायता करने वाले स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों को इस बारे में जागरूक होना चाहिये कि जिन चिकित्सकीय संदर्भों परिस्थितियों में ऐसे मरीज़ बड़े होते हैं जो आमतौर पर बिना लैंगिक विकास संबंधी विकार (DSD) वाले लोगों से बहुत अलग होती हैं।

कुछ लोगों में DSD होने की की पहचान जन्म के समय असामान्य जननांगों के अवलोकन के माध्यम से की जाती है। (अल्ट्रासाउंड जैसी इमेजिंग प्रक्रियाओं के माध्यम से जन्म से पूर्व ऐसे अवलोकन लगातार किये जाते हैं) ये नवजात शिशु उसके बाद विस्तृत नैदानिक प्रक्रियाओं से गुज़रते हैं। परिवार और स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों से परामर्श करने के बाद - जिसके दौरान विशेष नैदानिक, शारीरिक और हार्मोनल निष्कर्षों, और लम्बे समय तक परिणामों के अद्ययन के फीडबैक पर गौर किया जाता है (Cohen-Kettenis, 2005; Dessens, Slijper, & Drop, 2005; Jurgensen, Hiort, Holterhus, & Thyen, 2007; Mazur, 2005; Meyer-Bahlburg, 2005; Stikkelenbroeck et al., 2003; Wisniewski, Migeon, Malouf, & Gearhart, 2004) - नवजात शिशु के लिये लड़का या लड़की, लिंग निर्दिष्ट किया जाता है।

DSD से पीड़ित अन्य व्यक्ति यौवनावस्था के आसपास माध्यमिक सेक्स विशेषताओं के असामान्य विकास के अवलोकन के माध्यम से स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों के ध्यान में आते हैं। यह अवलोकन भी एक विशिष्ट चिकित्सीय आकलन की ओर ले जाता है।

DSD के प्रकार और स्थिति की गंभीरता का एक मरीज़ के लिये प्रारंभिक लैंगिक नियतन/ सेक्स असाइनमेंट, बाद में जननांगों की सर्जरी, और अन्य चिकित्सीय और मनोवैज्ञानिक देखभाल के बारे में निर्णय लेने पर महत्वपूर्ण प्रभाव होता है (Meyer-Bahlburg, 2009)। उदाहरण के लिये DSD से पीड़ित व्यक्तियों में जन्म से पूर्व एण्ड्रोजन के इस्तेमाल के स्तर को उनके लैंगिक व्यवहार (यानि, लैंगिक भूमिका और अभिव्यक्ति) के मर्दानापन के स्तर से सहसम्बद्ध किया गया है; हालाँकि यह सहसम्बद्धता सिर्फ़ मध्यम होती है और काफी स्वभावजन्य परिवर्तनशीलता जन्म से पूर्व एण्ड्रोजन के इस्तेमाल के स्तर द्वारा अस्पष्ट रहती है (Jurgensen et al., 2007; Meyer-Bahlburg, Dolezal, Baker, Ehrhardt, & New, 2006)। विशेषकर, जन्म से पूर्व हार्मोन के इस्तेमाल के साथ लैंगिक पहचान की ऐसी ही सहसम्बद्धता प्रमाणित नहीं हुई है (e.g., Meyer-Bahlburg et al., 2004)। यह बात इस तथ्य से रेखांकित की गयी है कि समान (मूलभूत) लैंगिक पहचान वाले लोग, उनके लैंगिक व्यवहार में मर्दानापन के स्तर में व्यापक रूप से भिन्न हो सकते हैं।

लैंगिक विकास संबंधी विकार (DSD) से पीड़ित लोगों में लैंगिक डिस्फोरिया का आकलन और उपचार

लैंगिक विकास संबंधी विकार (DSD) से पीड़ित व्यक्तियों में DSD के निदान से पहले लैंगिक डिस्फोरिया का पता बहुत कम चलता है। फिर भी, DSD का निदान, उपयुक्त इतिहास और बुनियादी शारीरिक जाँच के साथ सामान्यतौर पर स्पष्ट होता है- यह दोनों लैंगिक डिस्फोरिया के लिये हार्मोन थेरेपी या सर्जिकल उपायों की उपयुक्तता जाँचने के लिये चिकित्स्कीय आकलन का भाग हैं। मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों/कर्मियों को लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित उनके मरीज़ों को शारीरिक जाँच करवाने के लिये कहना चाहिये, विशेषतौर पर यदि वे उस समय किसी प्राथमिक देखभाल (या स्वास्थ्य देखभाल) प्रदाता को नहीं दिखा रहे हो।

लैंगिक विकास संबंधी विकार (DSD) से पीड़ित ज्यादातर व्यक्तियों, जो अस्पष्ट जननांगों के साथ पैदा होते हैं, में लैंगिक डिस्फोरिया विकसित नहीं होता (e.g., Meyer-Bahlburg et al., 2004; Wisniewski et al., 2004)। हालाँकि लैंगिक विकास संबंधी विकार (DSD) से पीड़ित कुछ व्यक्तियों में स्थायी लैंगिक डिस्फोरिया विकसित हो सकता है और यहाँ तक कि उन्हें अपने जन्म के समय निर्धारित लिंग और/या लैंगिक भूमिका में परिवर्तन से भी गुज़रना पड़ सकता है (Meyer-Bahlburg, 2005; Wilson, 1999; Zucker, 1999)। यदि लैंगिक डिस्फोरिया की उपस्थिति के स्थायी और दृढ़ संकेत हों, तो मरीज़ की उम्र पर ध्यान दिये बिना, लैंगिक डिस्फोरिया का आकलन और इलाज करने में कुशल चिकित्सकों द्वारा एक व्यापक आकलन किया जाना आवश्यक होता है। लैंगिक विकास संबंधी विकार (DSD) से पीड़ित लोगों में लैंगिक डिस्फोरिया के समाधान के आकलन और इलाज से संबंधित निर्णय लेने के लिये विस्तारपूर्वक सुझाव प्रकाशित किये गये हैं (Meyer-Bahlburg, 2011)। संपूर्ण आकलन होने के बाद ही मरीज़ के जन्म के समय के निर्धारित लिंग या लैंगिक भूमिका में परिवर्तन करने की दिशा में कदम उठाने चाहिये। लैंगिक डिस्फोरिया को कम करने के लिये उपचार के विकल्पों के साथ इन मरीज़ों की सहायता करने वाले चिकित्सकों को, बिना DSD वाले मरीज़ों की देखभाल करने से प्राप्त सूक्ष्म और गहरी जानकारी से लाभ हो सकता है (Cohen-Kettenis, 2010)। हालाँकि, उपचार के लिये कुछ मापदंड (जैसे, उम्र, वांछित लैंगिक भूमिका में रहने के अनुभव की अवधि) आमतौर पर नियमित रूप से DSD वाले लोगों पर लागू नहीं होते; बल्कि, मापदंडों को मरीज़ की विशिष्ट स्थिति के अनुसार समझा जा सकता है (Meyer-Bahlburg, in press)। एक लैंगिक विकास संबंधी विकार (DSD) के सन्दर्भ में, जन्म के समय निर्धारित लिंग और लैंगिक भूमिका में परिवर्तन प्राथमिक स्कूल जाने की शुरुआती उम्र और मध्य वयस्कता के बीच किसी भी उम्र में किया जा सकता है। यहाँ तक कि इन मरीज़ों में जननांगों की सर्जरी बिना DSD वाले लैंगिक डिस्फोरिया से पीड़ित मरीज़ों की तुलना में बहुत पहले की जा सकती है यदि सर्जरी का निर्णय उचित निदान द्वारा लिया गया हो, या निर्धारित लक्षण और लक्षण की गंभीरता का प्रमाण-आधारित लैंगिक-पहचान द्वारा पूर्वानुमान लगाया गया हो, और या मरीज़ की इच्छा हो।

इन उपचारों में अंतर होने का एक कारण यह है कि DSD वाले व्यक्तियों में जननांगों की सर्जरी, बचपन और किशोरावस्था में काफी आम है। जननांगों की पूर्व विफलता या किसी जानलेवा ज़ोखिम के कारण जननांग हटवाने के कारण बांझपन पहले से ही उपस्थित हो सकता है। फिर भी, DSD वाले मरीज़ों को दूसरी लैंगिक भूमिका में पूरी तरह से सामाजिक अवस्थांतर करने का सुझाव केवल तभी दिया जाता है जब असामान्य लैंगिक व्यवहार का दीर्घकालिक इतिहास हो, और लैंगिक डिस्फोरिया और / या अपनी लैंगिक भूमिका में परिवर्तन करने की स्थायी और दृढ़ इच्छा काफी समय से हो। DSM-5 के लिये प्रस्तावित

लैंगिक डिस्फोरिया निदान के निवेदन के लिये आवश्यक पूरे लक्षण अभिव्यक्ति की समय अवधि छह महीने हैं (Meyer-Bahlburg, in press)।

अतिरिक्त संसाधन

DSD वाले लोगों की लिंग से संबंधित मेडिकल हिस्ट्री अक्सर जटिल होती है। उनकी हिस्ट्री में विभिन्न प्रकार की जन्मजात आनुवंशिक, एंडोक्राइन/ अंतःस्त्रावी और शारीरिक असमानतायें और साथ ही विभिन्न प्रकार के, हार्मोनल, सर्जिकल और अन्य चिकित्सा उपचार शामिल हो सकते हैं। इस कारण से, ऐसे मरीज़ों में लैंगिक डिस्फोरिया की उपस्थिति की परवाह किये बिना मनोसामाजिक और चिकित्सा देखभाल में कई अतिरिक्त मुद्दों पर विचार किया जाना चाहिये। इन मुद्दों पर विचार करना *SOC* में शामिल की जा सकने वाली बातों से परे है। दिलचस्पी रखने वाले पाठक मौजूदा प्रकाशनों का इस्तेमाल कर सकते हैं (e.g., Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003; Meyer-Bahlburg, 2002, 2008)। कुछ परिवार और मरीज़ भी सामुदायिक सहायता करने वाले समूहों से परामर्श करने या उनके साथ काम करने को उपयोगी मानते हैं।

DSD वाले मरीज़ों के चिकित्सा प्रबंधन पर बहुत महत्वपूर्ण चिकित्सा साहित्य उपलब्ध है। इस साहित्य का बहुत बड़ा भाग, विशेष रूप से लिंग संबंधी भाग, विशेष मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों के योगदान के साथ, बालरोग, एंडोक्रिनोलॉजी और यूरोलॉजी के उच्च-स्तरीय विशेषज्ञों द्वारा निर्मित किया गया है। हाल ही में अंतर्राष्ट्रीय आम सहमति सम्मेलन में, सामान्य तौर पर DSD और विशेष तौर पर जन्मजात एंड्रेनल हाइपरप्लासिया (Joint LWPES/ESPE CAH Working Group et al., 2002; Speiser et al., 2010) के लिये (Hughes et al., 2006) साक्ष्यों पर आधारित देखभाल (जिसमें लिंग और लैंगिक सर्जरी के मुद्दे शामिल हैं) के लिये दिशा-निर्देशों को संबोधित किया है। अन्यों ने सामान्य तौर पर DSD (Meyer-Bahlburg & Blizzard, 2004) और कुछ चुनिंदा लक्षण जैसे 46, XXY के लिये शोध की ज़रूरतों को संबोधित किया है (Simpson et al., 2003)।

REFERENCES

- 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
- Asscherman, 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. *Siecus 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.

Catrall, 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 psychotherapie. *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:0.1007/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 assault. *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 Phoniatrica 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., Carael, 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., & Vercruyse, H. (2009). Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 194-205. 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/ezines/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., & Breweays, 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., Krissinger, 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., Menville, 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
- Hoebeke, 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:0.1016/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/Malone, C.A. No. 92-12820-MLW (U.S. Federal District Court, Boston, MA, 2002).

- Krege, S., Bex, A., Lümmen, G., & Rübben, 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., Hiltebrand, 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., McMenamin, 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 Cuyper, 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 Cuyper, 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/ijt/pfaefflin/1000.htm>
- Physicians' desk reference*. (61st ed.). (2007). Montvale, NJ: PDR.
- Physicians' desk reference*. (65th ed.). (2010). Montvale, NJ: PDR.
- Pleck, 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., Willemse, 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 posttransexual 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., Asschelman, 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., Rojanaert, 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., & Ameeniar, 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.

एपेंडिक्स A: शब्दावली

पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंगी (ट्रांसजैंडर), और लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोगों के लिये स्वास्थ्य देखभाल संबंधी क्षेत्र में नयी शब्दावली तेज़ी से विकसित हो रही है, नये शब्द शामिल किये जा रहे हैं, और मौजूदा शब्दों की परिभाषायें बदली जा रही हैं। इसलिये इस क्षेत्र में भाषा के बारे में अक्सर गलतफहमी, बहस या असहमति होती है। शब्द जो शायद अपरिचित हो सकते हैं या जिनका SOC के सन्दर्भ में विशिष्ट अर्थ हो सकता है सिफ्ट उन्हें इस दस्तावेज़ के उद्देश्य को समझने के लिये नीचे परिभाषित किया जा रहा है। अन्य लोग इन परिभाषाओं को स्वीकार कर सकते हैं, परन्तु WPATH का मानना है कि इन शब्दों को विभिन्न संस्कृतियों, समुदायों और संदर्भों में विभिन्न तरह से परिभाषित किया जा सकता है।

WPATH इस बात को भी स्वीकार करता है कि इस जन-समुदाय के लिये इस्तेमाल किये जाने वाले बहुत सारे शब्द उपयुक्त नहीं नहीं हैं। उदाहरण के लिये, ट्रांससेक्सुअल और ट्रांसवेस्टाइट जैसे शब्दों - और, कुछ लोगों का तर्क होगा, आजकल प्रचलित शब्द ट्रांसजैंडर - का इस्तेमाल इन लोगों को एक वस्तु की तरह तुच्छ समझने/ नीची दृष्टि से देखने के अंदाज में लागू किया गया है। फिर भी ऐसे शब्दों को लगभग ऐसे सभी लोगों द्वारा अपनाया गया है जो स्वयं को समझाने की बेहतर कोशिश कर रहे हैं। इन शब्दों का इस्तेमाल जारी रखके, WPATH सिफ्ट यह सुनिश्चित करना चाहता है कि ये अवधारणाएँ /कांसेप्ट और प्रक्रियाएँ समझने में आसान हों ताकि पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल), विपरीत लिंग प्रदर्शक/विपरीत लिंगी (ट्रांसजैंडर), और लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोगों को गुणवत्ता वाली स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करना सुविधाजनक हो सके। WPATH ऐसी नयी शब्दावली का स्वागत करने के लिये तैयार रहती है जो इस विविध जन-समुदाय के सदस्यों के अनुभव पर और रोशनी डालती है और स्वास्थ्य देखभाल के उपयोग और वितरण में सुधार की ओर ले जाती है।

जैविक/प्राकृतिक पहचान वाले हार्मोन्स: वो हार्मोन्स जो मानव शरीर में संरचनात्मक रूप में समान होते हैं (ACOG Committee of Gynecologic Practice, 2005)। जैविक/प्राकृतिक पहचान वाले हार्मोन्स से चिकित्सा (BHT) करने के लिये इस्तेमाल किये जाने वाले हार्मोन्स को आमतौर पर परोदौर्धों से प्राप्त किया जाता है और वह संरचनात्मक रूप से मनुष्यों में उपस्थित अंतर्जात हार्मोन्स के समान होते हैं, परन्तु जैविक/प्राकृतिक पहचान वाले हार्मोन्स बनाने के लिये इन्हें व्यावसायिक रूप से संसाधित करने की आवश्यकता होती है।

जैविक/प्राकृतिक पहचान वाले कम्पाउंड/यौगिक हार्मोन्स से की जाने वाली चिकित्सा (BCHT): बने-बनाये, मिश्रित, एसेम्ब्लड/एकत्रित, पैकेज्ड या दवाई के रूप में लेबल लगे हुए केमिस्ट से मिलने वाले और चिकित्सक के निर्देशों के अनुसार मरीज़ की ज़रूरत अनुसार बनाये गये हार्मोन्स का इस्तेमाल। प्रत्येक ग्राहक के लिये बनाये गये कम्पाउंड/यौगिक पदार्थ को सरकारी दवा एजेंसी से स्वीकृति मिलना संभव नहीं है।

विपरीत लिंग का पहनावा (क्रॉस ड्रेसिंग/ट्रांसवेस्टिज़म): किसी निश्चित संस्कृति में, ऐसे कपड़े पहनना और ऐसी लैंगिक भूमिका के हाव-भाव अपनाना जो विपरीत लिंग के ज्यादा सूचक हों।

लैंगिक विकास संबंधी विकार (DSD): जन्मजात स्थितियाँ जिसमें गुणसूत्रों, जननांगों, या शारीरिक लिंग का विकास असामान्य हो। कुछ लोगों "विकार" के नाम पर दृढ़ता से आपत्ति जताते हैं और इसकी जगह इन

स्थितियों को विविधता का विषय मानते हैं (Diamond, 2009) और इंटरसेक्स और इंटरसेक्सुएलिटी शब्दों का इस्तेमाल करते हैं।

महिला-से-पुरुष (FIM): यह विशेषण उन लोगों की व्याख्या करने के लिये इस्तेमाल किया जाता है जिन्हें जन्म के समय महिला निर्धारित किया गया था और अब वे अपना लिंग बदल रहे हैं या जो अपने शरीर और/या लैंगिक भूमिका को महिला से ज़्यादा मर्दाना शरीर या भूमिका में बदल चुके हैं।

लैंगिक डिस्फोरिया: किसी व्यक्ति की लैंगिक पहचान और उसके जन्म के समय निर्धारित/वास्तविक लिंग (और संबंधित लिंग की भूमिका और/या प्राथमिक/सैकेंडरी यौन विशेषताएँ) में विसंगति/अंतर के कारण होने वाली बेचैनी या परेशानी (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b)

लैंगिक पहचान: व्यक्ति की आंतरिक भावना जिसमें वह स्वयं को, पुरुष (लड़का या आदमी), महिला (लड़की या औरत), या वैकल्पिक लिंग (जैसे, बॉयगर्ल/लड़कों जैसा व्यवहार करने वाली लड़की, गर्लबॉय/लड़कियों जैसा व्यवहार करने वाला लड़का, विपरीत लिंगी/ट्रांसजेंडर, जेंडर क्रिवयर, हिज़ा) महसूस करता है (Bockting, 1999; Stoller, 1964)।

लैंगिक पहचान संबंधी विकार: डाइग्नोस्टिक स्टॉटिस्टिकल मैनुअल ऑफ मेंटल डिसॉर्डर्स, 4th संस्करण, *Text Rev (DSM IV-TR)* के औपचारिक निदान द्वारा निर्धारित (American Psychiatric Association, 2000)। लैंगिक पहचान संबंधी विकार का किसी व्यक्ति में दृढ़ और स्थायी विपरीत लैंगिक पहचान होने या किसी का अपने (जन्म-निर्धारित//वास्तविक) लिंग के साथ असहजता महसूस करने या अपनी (वास्तविक) लैंगिक भूमिका में अनुप्रयुक्तता महसूस करने से पता चलता है, यह नैदानिक रूप से महत्वपूर्ण तनाव या समाज, व्यवसाय या कामकाज के अन्य महत्वपूर्ण क्षेत्रों में क्षति पहुँचा सकता है।

लैंगिक असुनिश्चिता: यह विशेषण उन लोगों की व्याख्या करने के लिये इस्तेमाल किया जाता है जो किसी निश्चित संस्कृति और ऐतिहासिक समय के अनुसार उनके जन्म के समय निर्धारित लिंग से अलग लैंगिक पहचान, भूमिका या अभिव्यक्ति दर्शाते हैं।

लैंगिक भूमिका या अभिव्यक्ति: व्यक्तित्व, दिखावट और व्यवहार संबंधी विशेषतायें जिन्हें किसी निश्चित संस्कृति और ऐतिहासिक समय में मर्दाना या जनाना निर्दिष्ट किया गया हो (यानि पुरुष और महिला की अधिक सामान्य सामाजिक भूमिका) (Ruble, Martin, & Berenbaum, 2006)। जबकि ज़्यादातर लोग स्पष्ट रूप से मर्दाना या जनाना लैंगिक भूमिका में उपस्थित होते हैं, वहीं कुछ लोग वैकल्पिक लैंगिक भूमिका जैसे जेंडर क्रिवयर और विपरीतलिंगी (ट्रांसजेंडर) भूमिका में उपस्थित होते हैं। सभी लोग विभिन्न तरीकों और विभिन्न स्तरों से उनकी लैंगिक अभिव्यक्ति में मर्दाना और जनाना दोनों विशेषताओं को शामिल करने की प्रवृत्ति रखते हैं (Bockting, 2008)।

जेंडर क्रिवयर: इस शब्द का इस्तेमाल उन व्यक्तियों के लिये किया जा सकता है जिनकी लैंगिक पहचान और/या भूमिका पुरुष या महिला श्रेणी में सीमित लैंगिकता की दोहरी समझ की पुष्टि नहीं करती (Bockting, 2008)।

अंदरुनी ट्रांस्फोर्मिया: किसी व्यक्ति का समाज में मान्य अपेक्षाओं के परिणामस्वरूप उसका अपनी विपरीतलिंगी भावनाओं या पहचान के साथ असहजता महसूस करना।

पुरुष-से-महिला (MIF): यह विशेषण उन लोगों की व्याख्या करने के लिये इस्तेमाल किया जाता है जिन्हें जन्म के समय पुरुष निर्धारित किया गया था और अब वे अपना लिंग बदल रहे हैं या जो अपने शरीर और /या लैंगिक भूमिका को पुरुष से ज्यादा जनाना शरीर या भूमिका में बदल चुके हैं।

प्राकृतिक हार्मोन्स: वो हार्मोन्स जिन्हें प्राकृतिक माध्यमों जैसे पौधों या जानवरों से प्राप्त किया जाता है। प्राकृतिक हार्मोन्स जैविक पहचान वाले भी हो सकते हैं और नहीं भी।

लिंग (सेक्स): जन्म के समय बाहरी जननांगों की दिखावट के आधार पर आमतौर पर पुरुष या महिला, लिंग निर्धारित किया जाता है। जब बाहरी जननांग अस्पष्ट होते हैं तब अन्य घटकों (आंतरिक जननांग, गुणसूत्र और हार्मोनल लिंग) के आधार पर लिंग निर्धारित किया जाता है (Grumbach, Hughes, & Conte, 2003; MacLaughlin & Donahoe, 2004; Money & Ehrhardt, 1972; Vilain, 2000)। ज्यादातर लोगों में लैंगिक पहचान और अभिव्यक्ति उनके जन्म के समय निर्धारित किये गये लिंग के अनुकूल होती है; पारलैंगिक, विपरीत लिंगी, और लैंगिक असुनिश्चित वाले लोगों में लैंगिक पहचान या अभिव्यक्ति उनके जन्म के समय निर्धारित लिंग से अलग होती है।

लिंग पुनर्निर्माण सर्जरी (लैंगिक समर्थन करने वाली सर्जरी): किसी व्यक्ति की लैंगिक पहचान का समर्थन करने के लिये प्राथमिक और/या माध्यमिक लैंगिक विशेषताओं को बदलने के लिये की गयी सर्जरी। लिंग पुनर्निर्माण सर्जरी लैंगिक डिस्फोरिया को कम करने के लिये आवश्यक चिकित्सकीय उपचार का एक महत्वपूर्ण भाग हो सकती है।

विपरीत लिंग प्रदर्शक व्यक्ति/ विपरीत लिंगी (ट्रांसजेंडर): यह विशेषण व्यक्तियों के उस विविधतापूर्ण समूह की व्याख्या करने के लिये इस्तेमाल किया जाता है जो लिंग के लिये सांस्कृतिक रूप से परिभाषित श्रेणियों से विपरीत या अलग व्यवहार प्रदर्शित करते हैं। विपरीत लिंगी व्यक्तियों की लैंगिक पहचान विभिन्न स्तर तक उनके लिये जन्म के समय निर्धारित लिंग से अलग होती है (Bockting, 1999)।

अवस्थांतर (ट्रॉन्जिशन): वह समयावधि जब व्यक्ति अपने जन्म के समय निर्धारित लैंगिक भूमिका को किसी दूसरी लैंगिक भूमिका से बदलते हैं। ज्यादातर लोगों के लिये, इसमें यह सीखना शामिल है कि दूसरी लैंगिक भूमिका के साथ समाज में कैसे जीना है; कुछ अन्य लोगों के लिये इसका मतलब उस लैंगिक भूमिका और अभिव्यक्ति ढूँढ़ना है जो उनके लिये ज्यादा सहज हो। अवस्थांतर में हार्मोन्स या अन्य प्रक्रियाओं के द्वारा शरीर को जनाना या मर्दाना बनाना शामिल हो भी सकता है और नहीं भी। अवस्थांतर की प्रकृति और इसमें लगने वाले समय की अवधि अलग-अलग और व्यक्तिगत होती है।

पारलैंगिक (ट्रांससेक्सुअल): यह विशेषण (अक्सर चिकित्सा पेशे में प्रयुक्त है) उन लोगों की व्याख्या करने के लिये इस्तेमाल किया जाता है जो अपनी प्राथमिक और/या माध्यमिक लैंगिक विशेषताओं को आमतौर पर लैंगिक भूमिका में एक स्थायी परिवर्तन के साथ जनाना या मर्दाना बनाने वाले चिकित्सकीय उपायों (हार्मोन्स और/या सर्जरी) के माध्यम से बदलवाना चाहते हैं या बदलवा चुके हैं।

एपेंडिक्स B: हार्मोन थेरेपी के चिकित्सकीय ज़ोखिमों का संक्षिप्त विवरण

नीचे रेखांकित ज़ोखिम, मर्दाना/जनाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी के दो व्यापक, प्रमाणों पर आधारित साहित्य की समीक्षा (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009) और एक विशाल सामूहिक अध्ययन पर आधारित है (Asschelman et al., 2011)। ये समीक्षाएँ को अन्य व्यापक रूप से मान्यता प्राप्त, प्रकाशित नैदानिक सामग्री के साथ प्रदाताओं के लिये विस्तृत संदर्भों के रूप में काम आ सकती हैं (e.g., Dahl et al., 2006; Ettner et al., 2007)।

जनाना (पुरुष से महिला MtF) बनाने वाली हार्मोन थेरेपी के ज़ोखिम

ज़ोखिम बढ़ने की संभावना:

वेनौस थ्रोम्बोएम्बोलिक रोग

- एस्ट्रोजेन के इस्तेमाल से वेनौस थ्रोम्बोएम्बोलिक समस्याओं/रोग (VTE) का खतरा बढ़ सकता है, विशेषतौर पर उन मरीज़ों में जिनकी उम्र 40 साल से अधिक है, धूमपान करते हों, ज्यादातर बैठे/लेते रहते हों, मोटे हों, और जिन्हें थ्रोम्बोफिलिक विकार पहले से ही मौजूद हो।
- यह ज़ोखिम तीसरी पीढ़ी के प्रोजेस्टिन्स के अतिरिक्त इस्तेमाल के साथ बढ़ जाता है।
- एस्ट्राडियोल को (मुँह के बदले) त्वचा के माध्यम से देने से इसका ज़ोखिम कम होता है, जोकि VTE के उच्च ज़ोखिम वाले मरीज़ों के लिये सुझाया जाता है।

हृदवाहिनी/कार्डियोवैस्क्युलर, मस्तिष्कवाहिनी/सेरिब्रोवैस्क्युलर संबंधी रोग

- एस्ट्रोजेन के उपयोग से पहले से मौजूद हृदवाहिनी ज़ोखिम के कारकों के साथ 50 से अधिक उम्र के मरीज़ों में हृदवाहिनी संबंधी समस्याओं का खतरा बढ़ जाता है। प्रोजेस्टिन का अतिरिक्त उपयोग इस खतरे को बढ़ा सकता है।

लिपिड्स

- मौखिक एस्ट्रोजेन के उपयोग से मरीज़ों में स्पष्ट रूप से ट्राइग्लिसराइड्स में वृद्धि हो सकती है, जो पैन्क्रियाटाइटिस (लिवर में सूजन व जलन) और हृदवाहिनी संबंधी समस्याओं का खतरा बढ़ा सकता है।
- उपचार देने के विभिन्न तरीकों के एचडीएल कोलेस्ट्रॉल, एलडीएल कोलेस्ट्रॉल और लिपोप्रोटीन के स्तरों पर विभिन्न उपापचयी प्रभाव होंगे।
- सामान्यतौर पर, नैदानिक प्रमाणों से पता चलता है कि पुरुष से महिला बनाने वाले (MtF) मरीज़ों में, जिनमें पहले से ही लिपिड संबंधी विकार उपस्थित हैं, एस्ट्रोजेन को मुँह से देने की बजाय त्वचा के माध्यम से देने से लाभ हो सकता है।

लिवर व पिताशय

- एस्ट्रोजेन और सिप्रोटीरोन एसीटेट का उपयोग, क्षणिक लीवर एंजाइम में वृद्धि और कभी कभार, नैदानिक हेपटोटोकिसिस्टी से संबंधित हो सकता है।
- एस्ट्रोजेन के उपयोग से कोलएलिथायसिस (पित की पथरी) और बाद में कोलेसिस्टेकटॉमी (सर्जरी द्वारा पिताशय निकलवाना) का खतरा बढ़ जाता है।

कदाचित बढ़े हुए ज़ोखिम:

टाइप 2 मधुमेह/ डायबिटीस मोलिटस

- जनाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी, विशेष रूप से एस्ट्रोजेन से टाइप 2 मधुमेह/डायबिटीस का खतरा बढ़ सकता है, विशेषतौर पर उन मरीज़ों में जिनमें मधुमेह/डायबिटीस का पारिवारिक इतिहास हो या इस बीमारी का ज़ोखिम बढ़ाने वाले अन्य कारक हों।

उच्च रक्तचाप

- एस्ट्रोजेन के उपयोग से रक्तचाप बढ़ सकता है, लेकिन इस प्रत्यक्ष उच्च रक्तचाप की घटना इसका प्रभाव अज्ञात है।
- स्पैरोनोलाक्टोन रक्तचाप कम कर देता है और इसे उन मरीज़ों को देने का सुझाव दिया जाता है जिनका रक्तचाप उच्च है या होने का ज़ोखिम है।

प्रोलैक्टिनोमा

- एस्ट्रोजेन के उपयोग से इलाज के पहले वर्ष में पुरुष से महिला बनने (MtF) वाले मरीज़ों में हाइपरप्रोलैक्टिनीमिया का खतरा बढ़ जाता है, लेकिन बाद में इसका खतरा होने की संभावना नहीं होती।
- एस्ट्रोजेन की उच्च खुराक के उपयोग से पहले से मौजूद प्रोलैक्टिनोमा की नैदानिक दिखावट को बढ़ावा मिलता है परन्तु यह चिकित्सकीय रूप से अस्पष्ट होता है।

अनिर्णायक या ज़ोखिम का नहीं बढ़ना:

इस श्रेणी में वो सब विषय शामिल हैं जिनमें ज़ोखिम उपस्थित हो सकता है, परन्तु उसके प्रमाण इतने कम होते हैं कि किसी भी स्पष्ट निष्कर्ष पर नहीं पहुँचा जा सकता।

स्तन कैंसर

- पुरुष से महिला बनने वाले (MtF) मरीज़, जो जनाना बनाने वाले हार्मोन्स लेते हैं, को स्तन कैंसर हो सकता है, परन्तु यह बात अज्ञात है कि महिला जननांगों के साथ जन्म लेने वाले व्यक्ति की तुलना में उन्हें किस हद तक ज़ोखिम होता है।

- लम्बे समय तक जनाना बनाने वाले हार्मोन्स लेने (यानी, एस्ट्रोजेन की तैयारी करने के लिये सालों की संख्या), स्तन कैंसर का पारिवारिक इतिहास, मोटापा (बीएमआई > 35), और प्रोजेस्टिन के उपयोग से ज़ोखिम के स्तर के प्रभावित होने की संभावना होती है।

जनाना बनाने वाली चिकित्सा के अन्य दुष्प्रभाव:

अलग-अलग मरीज़ों के आधार पर निम्नलिखित प्रभावों को मामूली या वांछित माना जा सकता है, लेकिन ये स्पष्ट रूप से जनाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी से संबद्ध होते हैं।

प्रजनन और यौन कार्य/गतिविधि

- जनाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी से प्रजनन क्षमता खराब हो सकती है।
- जनाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी कामेच्छा कम कर सकती है।
- जनाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी से सोते समय शिश्न के उत्तेजित/एरेक्ट होने को कम करती है, इससे यौन रूप से शिश्न के उत्तेजित/एरेक्ट होने पर भी परिवर्तनशील प्रभाव पड़ता है।

एंटी-एण्ड्रोजन दवाओं के ज़ोखिम:

जनाना बनाने वाली हार्मोनल आहार में अक्सर विभिन्न प्रकार के एजेंट्स होते हैं जो टेस्टोस्टेरॉन के उत्पादन या कार्यों को प्रभावित करते हैं। इसमें GnRH एगोनिस्ट, प्रोजेस्टिन (सिप्रोटेरोन एसीटेट सहित), स्पैरोनोलाक्टोन, और 5-अल्फा रिडक्टेस इनहिबिटर्स शामिल होते हैं। इन एजेंटों के विशिष्ट ज़ोखिमों पर एक व्यापक चर्चा करना SOC के दायरे से बाहर है। हालाँकि, स्पैरोनोलाक्टोन और सिप्रोटेरोन एसीटेट दोनों व्यापक रूप से इस्तेमाल किये जाते हैं और सम्मति दिये जाने के योग्य हैं।

सिप्रोटेरोन एसीटेट, एंटी-एण्ड्रोजनिक गुणों वाला प्रोजेस्टेशनल कम्पाउंड है (Gooren, 2005; Levy et al., 2003)। हालाँकि यूरोप में इसे व्यापक रूप से उपयोग किया जाता है, परन्तु हेपटोटोक्सिसिटी से संबंधित चिंता के कारण इसके उपयोग को संयुक्त राज्य अमेरिका में स्वीकृति नहीं दी गयी है (Thole, Manso, Salgueiro, Revuelta, & Hidalgo, 2004)। स्पैरोनोलाक्टोन को सामान्यतः जनाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी में एंटी-एण्ड्रोजन के रूप में इस्तेमाल किया जाता है, विशेष रूप से उन क्षेत्रों में, जहाँ सिप्रोटेरोन का उपयोग करने की स्वीकृति नहीं है (Dahl et al., 2006; Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003)। स्पैरोनोलाक्टोन का उच्च रक्तचाप और हृदय गति के रुकने का इलाज करने में उपयोग किये जाने का लंबा इतिहास रहा है। इसके आम दुष्प्रभावों में हाइपरकैलेमिया, चक्कर आना, और गैस्ट्रोइंटेस्टाइनल लक्षण शामिल हैं (Physicians' Desk Reference, 2007)।

मर्दाना (महिला से पुरुष FtM) बनाने वाली हार्मोन थेरेपी के ज़ोखिम

ज़ोखिम बढ़ने की संभावना:

पोलिसिथिमिया

- मर्दाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी जिसमें टेस्टोस्टेरॉन या अन्य एंड्रोजेनिक स्टेरॉयड शामिल होते हैं, पोलिसिथिमिया (हेमाटोक्रिट > 50%) का खतरा बढ़ाती है, विशेषतौर पर उन मरीज़ों में जिनमें अन्य ज़ोखिमों के कारक होते हैं।
- त्वचा के माध्यम से उपचार देने और अनुकूल खुराक लेने से ज़ोखिम घट सकता है।

वजन/आंत संबंधी वसा का बढ़ना

- मर्दाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी के परिणामस्वरूप आंत संबंधी वसा के बढ़ने के साथ वज़न थोड़ा बढ़ सकता है।

कदाचित बढ़े हुए ज़ोखिम:

लिपिड्स

- टेस्टोस्टेरॉन चिकित्सा एचडीएल को कम करती है, लेकिन यह अस्थायी रूप से एलडीएल और ट्राइग्लिसराइड्स को प्रभावित करती है।
- टेस्टोस्टेरॉन के सीरम स्तर के पूर्व शारीरिक स्तर (सामान्य पुरुष रेंज से ऊपर) जो अक्सर बढ़ी हुई इंट्रामस्कुलर खुराक के साथ पाये जाते हैं, शायद लिपिड प्रोफाइल्स को खराब कर सकते हैं, जबकि त्वचा के माध्यम से उपचार देने से लिपिड ज़्यादा न्यूट्रल/ उदासीन लगते हैं।
- जिन मरीज़ों में अंतर्निहित पॉलीसिस्टिक ओवरियन सिंड्रोम या डिस्लीडसीमिया होता है, उनमें टेस्टोस्टेरॉन थेरेपी से डिस्लीडसीमिया के ज़्यादा गंभीर होने का ज़ोखिम होता है।

लिवर

- टेस्टोस्टेरॉन थेरेपी से लीवर एंजाइम में क्षणिक वृद्धि हो सकती है।
- मौखिक मिथाइलटेस्टोस्टेरॉन लेने से हेपेटिक रोग और कैंसर देखे गये हैं।
हालाँकि मिथाइलटेस्टोस्टेरॉन बहुत सारे देशों में उपलब्ध नहीं है और अब इसका इस्तेमाल नहीं किया जाना चाहिये।

मानसिक रोग

मर्दाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी जिसमें टेस्टोस्टेरॉन या अन्य एंड्रोजेनिक स्टेरॉयड शामिल होते हैं, उन मरीज़ों में जिनमें मानसिक विकार के लक्षण पहले से ही मौजूद हों हाइपोमैनिक, मैनिक या मानसिक लक्षणों के ज़ोखिम को बढ़ा सकती है। यह प्रतिकूल प्रभाव उच्च खुराक या टेस्टोस्टेरॉन के पूर्व शारीरिक स्तर से बढ़े हुए रक्त स्तर के साथ जुड़ा लगता है।

अनिर्णायक या ज़ोखिम का नहीं बढ़ना:

इस श्रेणी में वो सब विषय शामिल हैं जिनमें ज़ोखिम उपस्थित हो सकता है, परन्तु उसके प्रमाण इतने कम होते हैं कि किसी भी स्पष्ट निष्कर्ष पर नहीं पहुँचा जा सकता।

ऑस्टियोपोरोसिस/ हड्डियों की कमज़ोरी

- महिला से पुरुष बनने वाले मरीज़ों में ओवरी (अंडाशयों) को निकलवाने की सर्जरी से पहले, इलाज के कम से कम पहले 3 सालों में, टेस्टरोस्टेरॉन थेरेपी से हड्डियों के खनिज घनत्व को बरकरार रखा या बढ़ाया जाता है।
- अंडाशय निकलवाने के बाद, हड्डियों के खनिज घनत्व कम होने का ज़ोखिम बढ़ जाता है, विशेषतौर पर टेस्टरोस्टेरॉन थेरेपी बीच में रोकने या अपर्याप्त होने से। इसमें मरीज़ का टेस्टरोस्टेरॉन को केवल मौखिक रूप से लेना शामिल है।

हृदवाहिनी संबंधी

- सामान्य शारीरिक खुराक पर मर्दाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी लेने से स्वस्थ मरीज़ों में हृदवाहिनी संबंधी समस्यायें होने का ज़ोखिम बढ़ने की संभावना नहीं होती।
- मर्दाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी उन लोगों में हृदवाहिनी संबंधी समस्यायें होने का ज़ोखिम बढ़ा सकती है, जिनमें ज़ोखिम के कारक पहले से ही मौजूद हो।

उच्च रक्तचाप

- सामान्य शारीरिक खुराक पर मर्दाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी लेने से रक्तचाप बढ़ सकता है परन्तु इससे हाइपरटेंशन/उच्च रक्तचाप का ज़ोखिम बढ़ने की संभावना नहीं होती।
- जिन मरीज़ों में उच्च रक्तचाप का ज़ोखिम बढ़ाने वाले लक्षण होते हैं जैसे वज़न बढ़ना, पारिवारिक इतिहास या पॉलीसिस्टिक ओवरियन सिंड्रोम; उनमें ज़ोखिम बढ़ने की संभावना होती है।

टाइप 2 मधुमेह/ डायबिटीस मेलिटस

- टेस्टरोस्टेरॉन थेरेपी लेने में महिला से पुरुष बनने वाले मरीज़ों में टाइप 2 डायबिटीस का ज़ोखिम बढ़ने की संभावना तब तक नहीं होती, जब तक ज़ोखिम से संबंधित अन्य लक्षण उपस्थित नहीं हों।
- टेस्टरोस्टेरॉन थेरेपी उन मरीज़ों में टाइप 2 डायबिटीस का ज़ोखिम और भी बढ़ा सकती है जिनमें ज़ोखिम से संबंधित अन्य लक्षण उपस्थित होते हैं जैसे अधिक वज़न बढ़ना, पारिवारिक इतिहास या पॉलीसिस्टिक ओवरियन सिंड्रोम। डिस्लिपीडीमिया के लक्षण वाले मरीज़ों में इस ज़ोखिम के बढ़ने का संकेत करने या दिखाने वाला कोई विवरण/ डेटा नहीं है।

स्तन कैंसर

- महिला से पुरुष बनने वाले मरीज़ों में टेस्टरोस्टेरॉन थेरेपी से स्तन कैंसर का ज़ोखिम नहीं बढ़ता।

सरवाइकल/ गर्भाशय ग्रीवा का कैंसर

- महिला से पुरुष बनने वाले मरीज़ों में टेस्टरोस्टेरॉन थेरेपी से सरवाइकल/ गर्भाशय ग्रीवा के कैंसर का ज़ोखिम नहीं बढ़ता, हालाँकि एट्रोफिक परिवर्तनों के कारण यह न्यूनतम असामान्य पैप स्मीयर का ज़ोखिम बढ़ा सकता है।

ओवरियन कैंसर

- उच्च एण्ड्रोजेन स्तर और महिला जननगों के साथ पैदा हो व्यक्तियों के अनुरूप, महिला से पुरुष बनने वाले मरीज़ों में टेस्टरोस्टेरॉन थेरेपी से ओवरियन कैंसर का खतरा बढ़ सकता है, हालाँकि इसका प्रमाण बहुत कम है।

एंडोमेट्रियल (गर्भाशय) कैंसर

- महिला से पुरुष बनने वाले मरीज़ों में टेस्टरोस्टेरॉन थेरेपी से एंडोमेट्रियल (गर्भाशय) कैंसर का खतरा बढ़ सकता है, हालाँकि इसका प्रमाण बहुत सीमित है।

मर्दाना बनाने वाली चिकित्सा के अन्य दुष्प्रभाव:

अलग-अलग मरीज़ों के आधार पर निम्नलिखित प्रभावों को मामूली या वांछित माना जा सकता है, लेकिन ये स्पष्ट रूप से मर्दाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी से संबद्ध होते हैं।

प्रजनन और यौन कार्य/गतिविधि

- महिला से पुरुष बनने वाले मरीज़ों में टेस्टरोस्टेरॉन थेरेपी प्रजनन क्षमता को कम करती है, हालाँकि इसका परिमाण और उत्क्रमणीयता (वापिस लौटना) अज्ञात है।
- टेस्टरोस्टेरॉन थेरेपी विकासशील भ्रूण या गर्भस्थ शिशु में स्थायी शारीरिक परिवर्तन प्रेरित कर सकती है।
- टेस्टरोस्टेरॉन थेरेपी भग-शिशन की वृद्धि को प्रेरित करती है और कामेच्छा बढ़ाती है।

मुँहासे, एंडोजेनिक एलोपेसिया/ एण्ड्रोजेन संबंधित गंजापन

मुँहासे और बदलती मात्रा में पुरुषों की भाँति बाल झड़ने के तरीके (एण्ड्रोजेन संबंधित गंजापन) मर्दाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी के सामान्य दुष्प्रभाव हैं।

एपेंडिक्स C: हार्मोन थेरेपी और सर्जरी के लिये मानदंड का संक्षिप्त विवरण

SOC के पिछले सभी संस्करणों की तरह, लैंगिक डिस्फोरिया के लिये हार्मोन थेरेपी और सर्जिकल उपचार के लिये *SOC* में सामने रखे गये मानदंड, नैदानिक दिशानिर्देश हैं; व्यक्तिगत स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी और कार्यक्रम उन्हें संशोधित कर सकते हैं। *SOC* से नैदानिक परिवर्तन की वजह- किसी मरीज़ की विशिष्ट शारीरिक, सामाजिक, मनोवैज्ञानिक अवस्था; एक अनुभवी स्वास्थ्य पेशेवर/कर्मी का किसी सामान्य स्थिति

को सुलझाने का विकसित तरीका; किसी रिसर्च का प्रोटोकॉल, दुनिया के विभिन्न भागों में संसाधनों की कमी; या नुकसान को कम करने के लिये विशेष नीतियों की जरूरत, हो सकती है। इन परिवर्तनों को ऐसे ही स्वीकृत किया जाना चाहिये, मरीज़ को समझाया जाना चाहिये, और मरीज़ की गुणवत्तापूर्ण देखभाल और कानूनी संरक्षण के लिये सूचित सहमति द्वारा दस्तावेजित किया जाना चाहिये। यह दस्तावेजीकरण नये डेटा इकट्ठा करने के लिये भी मूल्यवान है, जिसका स्वास्थ्य देखभाल की अनुमति देने के लिये पूर्वव्यापी परीक्षण किया जा सकता है- और स्वास्थ्य देखभाल संबंधी मानकों (SOC) को विकसित करने के लिये भी।

जनाना/मर्दाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी के लिये मानदंड (एक रेफरल या मनोसामाजिक आकलन का चार्ट प्रलेखन)

1. लैंगिक डिस्फोरिया की निरंतर, अच्छी तरह दस्तावेजित हड्डि रिपोर्ट;
2. उपचार के लिये पूर्ण रूप से एक सूचित निर्णय लेने और सहमति देने में सक्षम होना;
3. उस देश के अनुसार वयस्कता की आयु (नाबालिंग हों तो बच्चों और किशोरों वाले SOC का पालन करें);
4. यदि कोई चिकित्स्कीय या मानसिक स्वास्थ्य संबंधी चिंतायें उपस्थित हों, तो उन्हें समुचित रूप से नियंत्रित किया गया हो।

स्तन/छाती की सर्जरी के लिये मानदंड (एक रेफरल)

महिला से पुरुष बनने वाले (MtM) मरीजों में स्तन हटवाने और पुरुषों वाली छाती के निर्माण के लिये मानदंड :

1. लैंगिक डिस्फोरिया की निरंतर, अच्छी तरह दस्तावेजित हड्डि रिपोर्ट;
2. उपचार के लिये पूर्ण रूप से एक सूचित निर्णय लेने और सहमति देने में सक्षम होना;
3. उस देश के अनुसार वयस्कता की आयु (नाबालिंग हों तो बच्चों और किशोरों वाले SOC का पालन करें);
4. यदि कोई महत्वपूर्ण चिकित्स्कीय या मानसिक स्वास्थ्य संबंधी चिंतायें उपस्थित हों, तो उन्हें समुचित रूप से नियंत्रित किया गया हो।

हार्मोन थेरेपी पूर्व अपेक्षित/पहले से अनिवार्य नहीं है।

पुरुष से महिला बनने वाले (MtF) मरीजों में स्तन बढ़वाने (इम्प्लांट/लिपोफिलिंग) के लिये मानदंड :

1. लैंगिक डिस्फोरिया की निरंतर, अच्छी तरह दस्तावेजित हड्डि रिपोर्ट;
2. उपचार के लिये पूर्ण रूप से एक सूचित निर्णय लेने और सहमति देने में सक्षम होना;
3. उस देश के अनुसार वयस्कता की आयु (नाबालिंग हों तो बच्चों और किशोरों वाले SOC का पालन करें);

- यदि कोई महत्वपूर्ण चिकित्सकीय या मानसिक स्वास्थ्य संबंधी चिंतायें उपस्थित हों, तो उन्हें समुचित रूप से नियंत्रित किया गया हो।

हालाँकि कोई सुनिश्चित मानदंड नहीं है, परन्तु पुरुष से महिला बनने वाले मरीज़ों (MtF) को सुझाव दिया गया है कि उन्हें स्तन बढ़वाने की सर्जरी करवाने से पहले जनाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी (कम से कम 12 महीने तक) करवानी चाहिये। इसका उद्देश्य सर्जरी के बेहतर (सौंदर्य) परिणाम प्राप्त करने के लिये स्तनों में अधिकतम वृद्धि प्राप्त करना है।

जननांगों की सर्जरी के लिये मानदंड (दो रेफरल)

जननांगों की सर्जरी के लिये मानदंड, आवेदन की गयी सर्जरी के प्रकार के अनुसार होते हैं।

महिला से पुरुष बनने वाले मरीज़ों (FtM) में गर्भाशय/फैलोपियन ट्यूब- ओवरी (अंडाशयों) हटवाने और पुरुष से महिला बनने वाले मरीज़ों (MtF) में अंडकोषों को निकलवाने की सर्जरी के लिये मानदंड :

- लैंगिक डिस्फोरिया की निरंतर, अच्छी तरह दस्तावेजित हड्डि रिपोर्ट;
- उपचार के लिये पूर्ण रूप से एक सूचित निर्णय लेने और सहमति देने में सक्षम होना;
- उस देश के अनुसार वयस्कता की आयु (नाबालिंग हों तो बच्चों और किशोरों वाले SOC का पालन करें);
- यदि कोई महत्वपूर्ण चिकित्सकीय या मानसिक स्वास्थ्य संबंधी चिंतायें उपस्थित हों, तो उन्हें समुचित रूप से नियंत्रित किया गया हो;
- मरीज़ के लैंगिक लक्ष्यों के अनुसार 12 महीने तक निरंतर हार्मोन थेरेपी (जब तक नैदानिक रूप से व्यक्ति के लिये हार्मोन के उपयोग का संकेत नहीं मिला हो)।

जननांगों के हटवाने की प्रक्रिया से पहले हार्मोन थेरेपी का मुख्य उद्देश्य मरीज़ के अपरिवर्तनीय सर्जिकल उपचार करवाने से पहले कुछ समय तक प्रतिवर्ती एस्ट्रोजन या टेस्टोरोस्टेरॉन के उत्पादन को रोकना है।

ये मानदंड उन मरीज़ों पर लागू नहीं होते जो लैंगिक डिस्फोरिया के अलावा अन्य चिकित्सीय लक्षणों के लिये ये उपचार ले रहे हों।

महिला से पुरुष बनने वाले मरीज़ों (FtM) में महिला जननांगों का पुरुष जननांगों में पुनर्निर्माण/कृत्रिम शिश्न के निर्माण के लिये की जाने वाली सर्जरी और पुरुष से महिला बनने वाले मरीज़ों (MtF) में कृत्रिम योग्नि के निर्माण की सर्जरी के लिये मानदंड :

- लैंगिक डिस्फोरिया की निरंतर, अच्छी तरह दस्तावेजित हड्डि रिपोर्ट;
- उपचार के लिये पूर्ण रूप से एक सूचित निर्णय लेने और सहमति देने में सक्षम होना;
- उस देश के अनुसार अनुसार वयस्कता की आयु (नाबालिंग हों तो बच्चों और किशोरों वाले SOC का पालन करें);

4. यदि कोई महत्वपूर्ण चिकित्स्कीय या मानसिक स्वास्थ्य संबंधी चिंतायें उपस्थित हों, तो उन्हें समुचित रूप से नियंत्रित किया गया हो;
5. मरीज़ के लैंगिक लक्षणों के अनुसार 12 महीने तक निरंतर हार्मोन थेरेपी (जब तक नैदानिक रूप से व्यक्ति के लिये हार्मोन के उपयोग का संकेत नहीं मिले);
6. लगातार 12 महीने तक अपनी लैंगिक पहचान के अनुकूल लैंगिक भूमिका में रहना।

हालाँकि कोई सुनिश्चित मानदंड नहीं है, परन्तु इन मरीज़ों को भी मानसिक स्वास्थ्य या अन्य चिकित्सा पेशेवरों/कर्मियों के पास नियमित रूप से जाने का सुझाव दिया जाता है।

उपर कुछ प्रकार की जननांगों की सर्जरी के लिये दिया गया मानदंड, मतलब मरीज़ को 12 महीने तक लगातार अपनी लैंगिक पहचान के अनुकूल लैंगिक भूमिका में जीना चाहिये, विशेष नैदानिक सहमति पर आधारित है कि यह अनुभव मरीज़ के अपरिवर्तनीय सर्जरी करवाने से पहले उसे अपनी वांछित लैंगिक भूमिका में जीने का अनुभव करने और सामाजिक रूप से अनुकूल होने के लिये पर्याप्त समय प्रदान करता है।

एपेंडिक्स D: चिकित्सकीय दृष्टिकोण के नैदानिक परिणामों के लिये प्रमाण

किसी भी नये उपचार को मिलने वाले समर्थनों में परिणामों का विश्लेषण एक वास्तविक समर्थन होता है। लैंगिक पुनर्निर्माण सर्जरी की विवादास्पद प्रकृति के कारण इस प्रकार का विश्लेषण बहुत महत्वपूर्ण है। इस क्षेत्र में लगभग सभी परिणाम देने वाले अध्ययन पूर्वव्यापी हैं।

पारलैंगिक मरीज़ों के उपचार के बाद होने वाले मनोसामाजिक परिणामों की जाँच करने के लिये सबसे पहला अध्ययन जॉन्स हॉपकिस युनिवर्सिटी स्कूल ऑफ मेडिसिन एंड हॉस्पिटल (USA) द्वारा 1979 में किया गया था (J. K. Meyer & Reter, 1979)। यह अध्ययन मरीज़ों के व्यावसायिक, शैक्षिक, वैवाहिक, और आवासीय स्थिरता पर केंद्रित था। परिणामों से उपचार के साथ आये बहुत सारे महत्वपूर्ण परिवर्तनों के बारे में पता चला। इन परिवर्तनों को सकारात्मक रूप में नहीं देखा गया; बल्कि, इनसे पता चला कि उपचार कार्यक्रम में शामिल होने वाले कई व्यक्तियों की स्थिति उपचार के बाद कई उपायों में बेहतर नहीं थी या पहले से और भी बदतर थी। इन निष्कर्षों के परिणामस्वरूप अस्पताल/मेडिकल स्कूल में उपचार के कार्यक्रम बंद कर दिया गया (Abramowitz, 1986)।

इसके बाद, बड़ी संख्या में स्वास्थ्य पेशेवरों को लैंगिक पुनर्निर्माण सर्जरी के लिये योग्यता के मानकों को निर्धारित करने के लिये बुलाया गया। जिसके कारण 1979 में हीरी बैंजामिन अंतर्राष्ट्रीय लैंगिक डिस्फोरिया एसोसिएशन (जो अब WPATH है) के देखभाल के प्रारंभिक मानक तैयार किये गये।

1981 में, पॉली ने लैंगिक पुनर्निर्माण सर्जरी करवाने वाले लोगों पर एक बड़े पूर्वव्यापी अध्ययन के परिणामों को प्रकाशित किया। इस अध्ययन के भागीदारों के बहुत अच्छे परिणाम थे: महिला से पुरुष बनने वाले (FtM) 83 मरीज़ों में से, 80.7% को संतोषजनक परिणाम (मतलब सामाजिक और भावनात्मक अनुकूलन में सुधार के बारे में मरीज़ की स्वयं दी गयी रिपोर्ट), 6.0% को असंतोषजनक परिणाम मिले। पुरुष से

महिला बनने वाले (MtF) 283 मरीज़ों में से, 71.4% को संतोषजनक परिणाम, 8.1% को असंतोषजनक परिणाम मिले। इस अध्ययन में वे मरीज़ शामिल थे जिनका, देखभाल के मानकों के प्रकाशन और इस्तेमाल से पहले इलाज किया गया था।

जब से देखभाल के मानकों का उपयोग होना शुरू हआ है, तब से लैंगिक पुनर्निर्माण सर्जरी के परिणामों से मरीज़ों के संतोष में नियमित वृद्धि और असंतोष में कमी हुई है। 1996 के बाद किये गये अध्ययनों में उन मरीज़ों पर ध्यान केंद्रित किया गया जिनका इलाज देखभाल के मानकों के अनुसार किया गया था। रहमान और सहकर्मियों (1999) और क्रेंग और सहकर्मियों (2001) के निष्कर्ष इस प्रकार के काम का प्रतीक हैं; इन अध्ययनों में किसी भी मरीज़ को सर्जरी करवाने का खेद नहीं है, और ज़्यादातर मरीज़ सर्जरी के कॉस्मेटिक और कार्यात्मक परिणामों से संतुष्ट होने की पुष्टि करते हैं। यहाँ तक कि जिन मरीज़ों को सर्जरी के समय गंभीर समस्यायें हुई होंगी, उन्हें भी शायद ही सर्जरी करवाने का खेद होता है। सर्जरी के परिणामों की गुणवत्ता लैंगिक पुनर्निर्माण के सभी परिणामों का सबसे उत्कृष्ट पूर्वानुमान है (Lawrence, 2003)।

फॉलो-अप/अनुवर्ती अध्ययनों के विशाल बहमत ने लैंगिक पुनर्निर्माण सर्जरी के बाद के परिणामों जैसे आत्मपरक स्वास्थ्य, सौंदर्य और यौन कार्यों पर निर्विवाद रूप से लाभकारी प्रभाव दिखाये हैं (De Cuyper et al., 2005; Garaffa, Christopher, & Ralph, 2010; Klein & Gorzalka, 2009), हालाँकि लाभ के विशिष्ट परिमाण उपलब्ध मौजूदा प्रमाण से अनिश्चित हैं। एक अध्ययन ने मरीज़ की आय में भी सुधार दिखाये हैं (Emory, Cole, Avery, Meyer III, 2003)।

एक चिंताजनक रिपोर्ट (Newfield et al., 2006) आम जन-समुदाय की तुलना में महिला से पुरुष बनने वाले (MtM) मरीज़ों के लिये जीवन की गुणवत्ता को कम अंकों में (SF-36 द्वारा नापा गया है) दस्तावेजित करती है। इस अध्ययन की एक कमी रही कि इसमें एक व्यवस्थित तरीके के बजाय एक सामान्य ईमेल के माध्यम से 384 भागीदारों को चुना गया था, और इसमें उपचार के स्तर और प्रकार को दर्ज नहीं किया गया था। अध्ययन के भागीदार जो टेस्टरोस्टेरॉन ले रहे थे वे विशिष्ट रूप से ऐसा पिछले 5 से कम सालों से कर रहे हैं। स्तन/छाती की सर्जरी करवाये हुए मरीज़ों के जीवन की गुणवत्ता उन मरीज़ों से बेहतर थी जिन्होंने यह सर्जरी नहीं करवायी थी ($p<.001$) (जननांग सर्जरी के लिये इस प्रकार का विश्लेषण नहीं किया गया)। अन्य कार्यों में, कुहन और सहकर्मियों ने (2009 में) 55 पारलैंगिक मरीज़ों में सर्जरी के 15 साल बाद उनके जीवन की गुणवत्ता का आकलन करने के लिये किंग्स हेल्थ प्रश्नावली का उपयोग किया। स्कोर की तुलना उन 20 स्वस्थ महिला नियंत्रण मरीज़ों से की गयी जो पेट/पेडु (पैल्विक) की सर्जरी पहले करवा चुकी थी। पारलैंगिक मरीज़ों के लिये जीवन गुणवत्ता के अंक कुछ उप-श्रेणियों में (भावनाओं, नींद, असंयम, गंभीर लक्षण, और भूमिका की सीमा) नियंत्रित मरीज़ों के समान या उनसे बेहतर थे, लेकिन अन्य क्षेत्रों में (सामान्य स्वास्थ्य, शारीरिक सीमा, और व्यक्तिगत सीमा) बहुत खराब थे।

दो लंबी अवधि के अवलोकन करने वाले पूर्वव्यापी अध्ययनों में, पारलैंगिक वयस्कों की मृत्यु दर और मनोरोग रुग्णता की तुलना आम जनसंख्या के नमूनों से की गयी (Asschelman et al., 2011; Dhejne et al., 2011)। स्वीडिश नेशनल बोर्ड ऑफ हेल्थ अंड वेलफेयर इनफारमेशन रिजिस्ट्री से प्राप्त एक डेटा के विश्लेषण से पता चला कि समान उम्र, प्रवासी स्थिति, पूर्व मनोरोग रुग्णता, और जन्म निर्धारित लिंग वाले गैर-पारलैंगिक नियंत्रण समूह की तुलना में लैंगिक पुनर्निर्माण सर्जरी करवाने वाले (191 पुरुष से महिला,

MtF और 133 महिला से पुरुष, FtM बनने वाले) व्यक्तियों में मृत्यु दर, आत्महत्या, आत्मघाती व्यवहार, और मानसिक रुग्णता की दरें बहुत ज्यादा उँची थीं (Dhejne et al., 2011)। इसी तरह, नीदरलैंड में हआ एक अध्ययन उस देश की आम जनसंख्या की तुलना में पारलैंगिक मरीज़ों (966 MtF और 365 FtM) में सर्जरी के पहले और बाद में, दोनों में आत्महत्या की घटनाओं सहित उच्च मृत्यु दर सूचित करता है (Asschelman et al., 2011)। इनमें से किसी भी अध्ययन ने लैंगिक पुनर्निर्माण सर्जरी की प्रभावकारिता पर सवाल नहीं किया है; दरअसल, दोनों में उपचार प्राप्त नहीं करने वाले या जननांगों की सर्जरी के अलावा अन्य उपचार प्राप्त करने वाले पारलैंगिक समूहों में पर्याप्त तुलना का अभाव है। इसके अलावा, इन अध्ययनों में शामिल पारलैंगिक लोगों का इलाज 1970 से बहुत पहले हआ था। हालाँकि, ये निष्कर्ष इस जन-समुदाय के लिये अच्छी दीर्घकालिक मनोवैज्ञानिक और मनोरोग देखभाल उपलब्ध होने की ज़रूरत पर ज़ोर देते हैं। लैंगिक डिस्फोरिया के वर्तमान आकलन और इलाज के लिये इस्तेमाल किये जाने वाले तरीकों के परिणामों पर ध्यान केंद्रित करने वाले ज्यादा अध्ययनों की आवश्यकता है।

सिर्फ लैंगिक डिस्फोरिया में राहत से हार्मोन्स की प्रभावकारिता का पता लगाना मुश्किल है। लैंगिक डिस्फोरिया के लिये मर्दाना/जनाना बनाने वाली हार्मोन थेरेपी की प्रभावकारिता का आकलन करने वाले ज्यादातर अध्ययन उन मरीज़ों के साथ किये गये हैं जो अपनी लैंगिक पुनर्निर्माण सर्जरी भी करवा चुके हैं। 1961 और 1991 के बीच किये गये 79 अध्ययनों में (ज्यादातर देख-रेख संबंधी) 2000 से अधिक मरीज़ों की व्यापक समीक्षा में उपचारों के अनुकूल प्रभाव सूचित किये गये जिसमें हार्मोन और सर्जिकल दोनों थेरेपी शामिल थीं (Eldh, Berg, & Gustafsson, 1997; Gijs & Brewaeys, 2007; Murad et al., 2010; Pfäfflin & Junge, 1998)। जिन मरीज़ों की सर्जरी 1986 के बाद हई थी उनके परिणाम 1986 से पहले सर्जरी हुए मरीज़ों के मुकाबले बेहतर थे; यह सर्जरी संबंधी जटिलताओं में हार्द महत्वपूर्ण सुधार को दर्शाता है Eldh et al., 1997)। अधिकांश मरीज़ों ने मनोसामाजिक परिणामों में सुधार की सूचना दी है जिनकी रेज MtF मरीज़ों के लिये 87% और FtM मरीज़ों के लिये 97% है (Green & Fleming, 1990)। इसी तरह के सुधार एक स्वीडिश अध्ययन में पाये गये जिसमें "5 साल में लगभग सभी मरीज़ लैंगिक पुनर्निर्माण सर्जरी से संतुष्ट थे, और 86% को चिकित्सकों द्वारा फॉलो-अप में स्थायी और सभी क्रियाओं में सुधार हआ निर्धारित किया गया" (Johansson, Sundbom, Höjerback, & Bodlund, 2010) इन पहले अध्ययनों की कमियाँ उनकी पूर्वव्यापी योजना और परिणामों का मूल्यांकन करने के लिये अलग-अलग मापदंड का उपयोग करना है।

नीदरलैंड में किये गये एक भावी अध्ययन में लैंगिक पुनर्निर्माण सर्जरी की मांग करने वाले 325 वयस्क और किशोरों का सिलसिलेवार आकलन किया गया (Smith, Van Goozen, Kuiper, & Cohen-Kettenis, 2005)। लैंगिक पुनर्निर्माण सर्जरी (हार्मोन और सर्जिकल उपचार, दोनों) करवाने वाले मरीज़ों ने उनके औसत लैंगिक डिस्फोरिया के स्कोर में सुधार दर्शाया है, जिसे उट्रेच लैंगिक डिस्फोरिया के स्केल से नापा गया है। ज्यादातर श्रेणियों में शारीरिक असंतुष्टि और मनोवैज्ञानिक कार्यों के स्कोर में भी सुधार हुआ है। 2% से भी कम मरीज़ों ने थेरेपी के बाद खेद व्यक्त किया है। पूर्वव्यापी अध्ययनों के परिणामों की पुष्टि करने की दिशा में कि हार्मोन थेरेपी और सर्जरी संयुक्त रूप से लैंगिक डिस्फोरिया और अन्य मनोसामाजिक कार्यों के अन्य क्षेत्रों में सुधार करते हैं यह सबसे बड़ा भावी अध्ययन है। सर्जरी के बिना हार्मोन थेरेपी के प्रभावों और अधिकतम शारीरिक जनाना या मर्दाना प्रभाव प्राप्त करने के लक्ष्य के बिना प्रभावों पर और भी शोध करने की आवश्यकता है।

कुल मिलाकर, अध्ययनों के परिणामों में लगातार सूधार सूचित हआ है क्योंकि क्षेत्र अधिक विकसित हो गया है। परिणामी शोध का ध्यान मुख्य रूप से लैंगिक पुनर्निर्माण सर्जरी के परिणामों पर केंद्रित रहा है। वर्तमान चलन में पहचान, भूमिका और शारीरिक अनुकूलताओं के कई प्रकार हैं जो अतिरिक्त फॉलो-अप/अनुवर्ती या परिणामी शोध का इस्तेमाल कर सकते हैं (Institute of Medicine, 2011)।

एपेंडिक्स E: देखभाल के मानकों, संस्करण 7 के लिये विकास की प्रक्रिया

देखभाल के मानकों, संस्करण 7 के लिये विकास की प्रक्रिया की शुरुआत 2006 में *SOC* के एक आरंभिक “कार्यकरणी समूह” की स्थापना हुई। सदस्यों को *SOC*, संस्करण 6 के विशेष सेक्शनों की जाँच करने के लिये आमंत्रित किया गया। प्रत्येक सेक्शन के लिये, उनसे कहा गया कि वे संबद्ध संशोधन साहित्य की समीक्षा करें, देखें कि शोध में कहाँ पर कमी है और ज़रूरत है, और *SOC* के लिये के संभावित संशोधनों का सुझाव दें जैसा नये प्रमाणों द्वारा वांछित है।

आमंत्रित किये गये कागजात निम्नलिखित लेखकों द्वारा प्रस्तुत किये गये: Aaron Devor, Walter Bockting, George Brown, Michael Brownstein, Peggy Cohen-Kettenis, Griet DeCuypere, Petra De Sutter, Jamie Feldman, Lin Fraser, Arlene Istar Lev, Stephen Levine, Walter Meyer, Heino Meyer-Bahlburg, Stan Monstrey, Loren Schechter, Mick van Trotsenburg, Sam Winter, and Ken Zucker. इनमें से कुछ लेखकों ने इस काम में अपनी सहायता के लिये सह-लेखकों को शामिल किया।

इन कागजातों के आरंभिक ड्राफ्ट को जमा करने की अंतिम तिथि जून 1, 2007 थी। इसमें से ज्यादातर सितम्बर 2007 में पूरे हए थे और बाकि 2007 के अंत तक पूरे हए। ये हस्तलिखित दस्तावेज़ उसके बाद इंटरनेशनल जॉर्नल ऑफ ट्रांसजेंडरिसम (IJT) को प्रस्तुत किये गये।

इनमें से प्रत्येक की IJT के सहकर्मियों द्वारा समीक्षा की गयी। फाइनल पेपर्स 2009 में वॉल्यूम 11 (1-4) में प्रकाशित किये गये और उन्हें चर्चा और विचार-विमर्श के लिये उपलब्ध करवाया गया।

इन लेखों के प्रकाशित होने के बाद, 2010 में WPATH के बोर्ड ऑफ डायरेक्टर्स द्वारा एक *SOC* संशोधन कमेटी स्थापित की गयी। संशोधन कमेटी को पहली बार गूगल वेबसाइट के माध्यम से IJT के पृष्ठभूमि पत्रों पर विचार-विमर्श और चर्चा करने का जिम्मा दिया गया। बोर्ड ऑफ डायरेक्टर्स ने लेखकों के समूह के रूप में काम करने के लिये संशोधन कमेटी का एक उपसमूह नियुक्त किया। इस समूह को *SOC*, संस्करण 7 का पहला ड्राफ्ट तैयार करने और विस्तृत संशोधन कमेटी द्वारा विचार किये गये संशोधनों पर काम करना जारी रखने का जिम्मा दिया गया। बोर्ड ने संशोधन में योगदान देने के लिये पारलैंगिक, विपरीत लिंगी, और लैंगिक असुनिश्चिता वाले लोगों का एक अंतर्राष्ट्रीय सलाहकारी समूह भी नियुक्त किया।

एक तकनीकी लेखक को काम पर रखा गया (1) संशोधन के लिये सभी सुझावों की समीक्षा करने के लिये जिसमें दोनों शामिल हैं - IJT लेखों में रेखांकित मूल सुझाव और ऑनलाइन चर्चा से सामने आये अतिरिक्त सुझाव, और (2) इस संभावित संशोधन पर और ज्यादा योगदान मांगने के लिये सर्वेक्षण तैयार करने के लिये। सर्वेक्षण के परिणामों से लेखकों का समूह, यह विचार कर सका कि सहमति देने के क्षेत्रों और ज्यादा चर्चा और बहस करने की आवश्यकता वाले क्षेत्रों के बारे में विशेषज्ञों की क्या राय है? उसके बाद तकनीकी लेखक ने (3) लेखकों के समूह के गौर करने और विचारों को आधारित करने के लिये SOC, संस्करण 7 का एक बिल्कुल प्रारंभिक रफ ड्राफ्ट तैयार किया।

लेखकों का समूह 4 और 5 मार्च, 2011 को विशेषज्ञों के आमने सामने बैठकर कंसल्टेशन मीटिंग में मिला। उन्होंने सुझाव गये सभी परिवर्तनों की समीक्षा की और उनपर बहस की और विभिन्न विवादास्पद क्षेत्रों पर सर्वसम्मति पर पहँचे। निर्णय, उपलब्ध बेहतर विज्ञान और विशेषज्ञों की सहमति के आधार पर लिये गये। इन निर्णयों को ड्राफ्ट में शामिल किया गया और तकनीकी लेखक की सहायता से लेखक समूह द्वारा अतिरिक्त सेक्षन लिखे गये।

उसके बाद कंसल्टेशन मीटिंग की चर्चा से उभर कर आये ड्राफ्ट को लेखक समूह के बीच वितरित किया गया और तकनीकी लेखक की मदद से उसे अंतिम रूप दिया गया। इस प्रारंभिक ड्राफ्ट को अंतिम रूप देने के बाद इसे विस्तृत SOC संशोधन कमेटी और अंतर्राष्ट्रीय सलाहकारी समूह के बीच वितरित किया गया। गूगल वेबसाइट पर खुली चर्चा की गयी और मुद्रदों को हल करने के लिये एक कॉन्फ्रेंस कॉल आयोजित की गयी। इन समूहों से प्राप्त फाइबैक/प्रतिपूष्टि पर लेखक समूह द्वारा विचार किया गया जिन्होंने इसमें आगे और संशोधन किये। दो अतिरिक्त ड्राफ्ट तैयार किये गये और उन्हें विस्तृत SOC संशोधन कमेटी और अंतर्राष्ट्रीय सलाहकारी समूह द्वारा विचार करने के लिये गूगल वेबसाइट पर पोस्ट किया गया। समीक्षा और संशोधन की इन तीन पुनरावृत्तियों के पूरा होने पर, अंतिम दस्तावेज़ को मंजूरी के लिये WPATH के बोर्ड ऑफ डायरेक्टर्स के सामने प्रस्तुत किया गया। बोर्ड ऑफ डायरेक्टर्स ने 14 सितंबर, 2011 में इस संस्करण को मंजूरी दे दी।

निधीयन/ फंडिंग

देखभाल के मानकों की संशोधन की प्रक्रिया, तवानी फाउंडेशन से एक उदार अनुदान और एक गुमनाम दाता से एक उपहार के माध्यम से संभव हुई है। इस निधि से निम्नलिखित कार्यों में सहायता मिली है:

1. एक पेशेवर तकनीकी लेखक का शुल्क;

2. लैंगिक पहचान के पेशेवरों और विपरीतलिंगी समुदाय से प्रस्तावित परिवर्तनों पर अंतर्राष्ट्रीय योगदान मांगने की प्रक्रिया;
3. लेखक समूह की कार्य संबंधी बैठक;
4. अतिरिक्त फीडबैक/ प्रतिपृष्ठि एकत्रित करने और पेशेवर और विपरीतलिंगी समुदायों, देखभाल के मानकों, संस्करण 7 की संशोधन कमेटी, और WPATH के बोर्ड ऑफ डायरेक्टर्स से अंतिम विशेषज्ञ सर्वसम्मति लेने की प्रक्रिया;
5. देखभाल के मानकों, संस्करण 7 को छपाने और उसका वितरण करने और WPATH की वेबसाइट पर फ्री डाउनलोड की जा सकने वाली कॉपी को पोस्ट करने में हुआ व्यय;
6. 2011 में अटलांटा, जॉर्जिया, संयुक्त राज्य अमेरिका में हुए WPATH के द्विवार्षिक संगोष्ठी में, देखभाल के मानकों, संस्करण 7 का लोकार्पण करने के लिये पूर्ण अधिवेशन करना।

देखभाल के मानकों संशोधन समिति के सदस्य^{vi}

Eli Coleman, PhD (USA)* - Committee chair

Richard Adler, PhD (USA)

Walter Bockting, PhD (USA)*

Marsha Botzer, MA (USA)*

George Brown, MD (USA)

Peggy Cohen-Kettenis, PhD (Netherlands)*

Griet DeCuypere, MD (Belgium)*

Aaron Devor, PhD (Canada)

Randall Ehrbar, PsyD (USA)

Randi Ettner, PhD (USA)

Evan Eyler, MD (USA)

Jamie Feldman, MD, PhD (USA)*

Lin Fraser, EdD (USA)*

Rob Garofalo, MD, MPH (USA)

* Writing Group member

^{vi} All members of the *Standards of Care, Version 7 Revision Committee* donated their time to work on this revision.

Jamison Green, PhD, MFA (USA)*
Dan Karasic, MD (USA)
Gail Knudson, MD (Canada)*
Arlene Istar Lev, LCSW-R (USA)
Gal Mayer, MD (USA)
Walter Meyer, MD (USA)*
Heino Meyer-Bahlburg, Dr. rer.nat. (USA)
Stan Monstrey, MD, PhD (Belgium)*
Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (USA)
Friedmann Pfaefflin, MD, PhD (Germany)
Katherine Rachlin, PhD (USA)
Bean Robinson, PhD (USA)
Loren Schechter, MD (USA)
Vin Tangpricha, MD, PhD (USA)
Mick van Trotsenburg, MD (Netherlands)
Anne Vitale, PhD (USA)
Sam Winter, PhD (Hong Kong)
Stephen Whittle, OBE (UK)
Kevan Wylie, MB, MD (UK)
Ken Zucker, PhD (Canada)

अंतर्राष्ट्रीय सलाहकारी समूह चयन समिति

Walter Bockting, PhD (USA)
Marsha Botzer, MA (USA)
Aaron Devor, PhD (Canada)
Randall Ehrbar, PsyD (USA)
Evan Eyler, MD (USA)
Jamison Green, PhD, MFA (USA)
Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (USA)

अंतर्राष्ट्रीय सलाहकारी समूह

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)

तकनीकी लेखक

Anne Marie Weber-Main, PhD (USA)

सम्पादकीय सहायता

Heidi Fall (USA)